



CENTRO DE ESTUDIOS HISTORICOS

**“LA VIDA DEL NIÑO ES LA VIDA DE LA NACIÓN”: LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN
MATERNO-INFANTIL EN COLOMBIA, 1918-1938**

Tesis presentada por
NATALIA MARÍA GUTIÉRREZ URQUIJO

En conformidad con los requisitos establecidos para optar por el grado de
DOCTORA EN HISTORIA

Director
DR. PABLO YANKELEVICH R.

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO DE 2022



CENTRO DE ESTUDIOS HISTORICOS

APROBADO POR EL JURADO EXAMINADOR

Presidente

Primer Vocal

Vocal Secretario

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN, p. 1.

Objeto y problema de investigación, p. 3.

Estado de la cuestión, p. 6.

Enfoque y metodología: por un diálogo entre la historia social de la salud y del Estado, p. 11.

Fuentes, p. 16.

Estructura, p. 18.

CAPÍTULO I: LOS MÉDICOS Y EL PROBLEMA DE LA INFANCIA: LA CONFIGURACIÓN DE UN OBJETO DE INTERVENCIÓN SOCIAL A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

INTRODUCCIÓN, p. 20.

DIAGNÓSTICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL: CAUSAS Y MEDIOS PARA COMBATIRLA, p. 21.

La ilegitimidad, p. 23.

“Ignorancia” de las madres, lactancia materna e inquietud por las trabajadoras, p. 27.

Los médicos interpelan al Estado, p. 33.

BENEFICENCIA PÚBLICA Y PRIVADA PARA LA PRIMERA INFANCIA: EL PASO A LOS CUIDADOS “CIENTÍFICOS”, p. 36.

Crítica a la beneficencia: el Hospicio y el fracaso de las “prácticas modernas”, p. 40.

La Gota de Leche en Medellín y Bogotá, p. 45.

Auxilios nacionales para las Gotas de Leche, p. 56.

“La Cruz Roja ampara y protege la madre, cuida y preserva al niño”, p. 60.

CONSIDERACIONES FINALES, p. 66.

CAPÍTULO II: LAS BASES LEGALES DE LA PROTECCIÓN INFANTIL EN COLOMBIA: DEMANDAS SOCIALES, PACTO POLÍTICO Y PROCESO LEGISLATIVO, 1920-1925

INTRODUCCIÓN, p. 69.

LOS ACTORES: CLASE OBRERA Y LIBERALES, p. 71.

Un acercamiento a las mujeres trabajadoras, p. 76.

LA COMISIÓN INTERPARLAMENTARIA DE ASUNTOS SOCIALES Y LA LEGISLACIÓN SOCIAL, p. 81.

La Comisión escucha a los interesados, p. 84.

LOS PROYECTOS DE LEY EN EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA: DEBATES Y APROBACIÓN, p. 93.

El problema de la infancia: debates sin resultado, p. 96.

Pacto político y aprobación de las leyes sociales, p. 101.

CONSIDERACIONES FINALES, p. 111.

CAPÍTULO III: EMERGENCIA DE LA CAMPAÑA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN BOGOTÁ, 1928-1931

INTRODUCCIÓN, p. 113.

LOS PRIMEROS PASOS DE LA CAMPAÑA DE PROTECCIÓN INFANTIL: COLABORACIÓN FINANCIERA Y TÉCNICA, p. 115.

La campaña municipal, p. 119.

El Centro Prenatal, p. 123.

LA LIMITADA CAMPAÑA “NACIONAL”: ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA NUEVOS SERVICIOS, p. 132.

LA ENFERMERÍA SANITARIA Y LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER, p. 137.

“El alma del movimiento higiénico social”, p. 139.

La Escuela de Enfermeras Visitadoras: una breve pero significativa experiencia formativa, p. 143.

CONSIDERACIONES FINALES, p. 153.

CAPÍTULO IV: REGENERAR LA INFANCIA Y ASISTIR A LA MADRE: LA EXPANSIÓN DE UNA POLÍTICA SOCIAL, 1932-1938

INTRODUCCIÓN, p. 155.

LA INFANCIA COLOMBIANA COMO OBJETO DE ATENCIÓN DEL ESTADO: LA CREACIÓN DE INSTITUCIONALIDAD, p. 157.

LA GESTIÓN ESTATAL DE LA PRIMERA INFANCIA URBANA, 1932-1934, p. 164.

La situación de la infancia y su protección en 1932, p. 166.

Expansión de la campaña a las capitales departamentales, p. 177.

Los casos de Cúcuta y Barranquilla, p. 187.

LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA CAMPAÑA Y LA PROTECCIÓN DE LA “MATERNIDAD OBRERA”, 1934-1938, p. 197.

La defensa integral de la infancia, p. 209.

Proteger a la madre soltera y trabajadora, p. 218.

CONSIDERACIONES FINALES, p. 224.

CONCLUSIONES, p. 227.

ANEXOS, p. 233.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA, p. 273.

ÍNDICE IMÁGENES

1. Grupo de madres con los niños que sostiene la Gota de Leche en Medellín, 1917, p. 49.
2. Sala cuna del barrio de Las Cruces, p. 65.
3. Grupo de niños en el patio de la casa [sala-cuna], bajo el cuidado de una enfermera, p. 66.
4. Primer grupo de alumnas de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, 1930, p. 148.
5. Profesores y enfermeras del Centro de Protección Infantil de Bogotá, 1931, p. 148.
6. La ilegitimidad en los nacimientos ocurridos en el año de 1932, por departamentos, p. 168.
7. Niños en las salas cuna de la Cruz Roja Nacional (Bogotá, 1932), p. 174.
8. Gota de Leche y Consultorio de la Cruz Roja de Nariño, Pasto, p. 183.
9. Espacios de la Gota de Leche-Sala cuna de Cúcuta, 1932, p. 189.
10. Directores, expertos y beneficiarios de la Gota de Leche-Sala cuna de Cúcuta, 1932, p. 190.
11. Formato Servicio Prenatal, Barranquilla, p. 195.
12. Formato Consulta de Lactantes, Barranquilla, p. 196.
13. Centro de Protección Infantil y Escuela de Enfermeras Visitadoras en Pereira, 1936, p. 204.
14. Grupo de lactantes en el Concurso del Niño Sano, municipios de Ocaña y Girardot, p. 214.

ÍNDICE CUADROS

1. Mortalidad infantil y mortinatalidad en las capitales departamentales de Colombia, 1932, p. 166.
2. Distribución porcentual de gasto nacional en Higiene y Asistencia Pública por ramos, 1924-1933, p. 171.

ÍNDICE MAPAS

1. Las organizaciones unitarias en Colombia, 1936, p. 207.

SIGLAS

ANM	Academia Nacional de Medicina
CIAS	Comisión Interparlamentaria de Asuntos Sociales
CPI	Centro de Protección de la Infancia
CPIB	Centro de Protección Infantil de Barranquilla
CRN	Cruz Roja Nacional
CSR	Comisiones Sanitarias Rurales
DIS	División Internacional de Salud
DMHB	Dirección Municipal de Higiene de Bogotá
DNH	Dirección Nacional de Higiene
DNH	Departamento Nacional de Higiene
DPIM	Departamento de Protección Infantil y Materna
FR	Fundación Rockefeller
IHB	International Health Board
IHD	International Health Division
MEN	Ministerio de Educación Nacional
RAC	Rockefeller Archive Center
OGT	Oficina General del Trabajo
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OS	Oficinas de Sanidad
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
SPIAP	Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública
US	Unidades Sanitarias

AGRADECIMIENTOS

De corazón quiero agradecer a las personas e instituciones que acompañaron el proceso de esta investigación. Su apoyo fue fundamental en cada una de las etapas que tuvo este proyecto personal y académico. Expreso mi profundo agradecimiento al profesor Pablo Yankelevich quien de forma muy inteligente orientó mi trabajo para que tuviera un mayor alcance en la búsqueda y análisis de la información. Los aciertos de la tesis los debo a sus constantes preguntas, críticas y sugerencias. A él mil gracias por tantas enseñanzas y más que nada por la paciencia y las palabras de aliento.

Tuve la fortuna de contar con los comentarios de las doctoras Claudia Agostoni, Marta Saade, Ana María Carrillo, Elsa Muñoz, y del doctor Josep Simons, en los seminarios de avance. Su afabilidad, lecturas juiciosas y comentarios pertinentes fueron de gran utilidad. Fui también estudiante de las profesoras Agostoni y Carrillo. Sus lecciones docentes orientaron en gran parte mi perspectiva de trabajo. Agradezco además las lecturas y recomendaciones que amablemente realizaron al proyecto o a algún avance las doctoras Karina Ramacciotti, Carolina Biernat, Mercedes Alanís y Beatriz Castro Carvajal.

Gracias a El Colegio de México por haberle brindado la oportunidad a esta medellinense de formarse en una institución de reconocimiento internacional y gran calidad académica. Allí tomé clases con docentes excepcionales como Pilar Gonzalbo, Gabriela Cano, Engracia Loyo, Elisa Speckman y el mismo Pablo Yankelevich, entre otros. A mis amigos y compañeros del doctorado ¡qué gusto haber coincidido con ustedes! Menciono de manera especial a Oscar Torres, Carlos Mejía, Abraham Trejo, Clemente Cruz, Carlos Inclán y José Juan Espinosa. Gracias a Pilar Morales Covarrubias y a Karina Pérez Juárez por su gentileza y a nuestro bibliógrafo Víctor Cid por la amistad.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca que me permitió salir de mi país para ir a estudiar tranquilamente a México. Con el apoyo del programa RAC Research Stipend realicé una estancia de investigación en el Rockefeller Archive Center en 2017. Gracias a Norine Hochman, Lee Hiltzik y Tom Rosebaum (q.e.p.d.) por creer en mi propuesta y ayudarme en la búsqueda de información en ese fabuloso archivo. Para costear el desplazamiento a Nueva York fui beneficiaria del programa de movilidad internacional de la Fundación COLMEX en alianza con AEROMÉXICO. También recibí apoyo académico y económico del Instituto Colombiano de Antropología e Historia-ICANH con el programa

de fomento a la investigación en la modalidad Investigadores con trayectoria en 2019. Gracias especialmente a Guillermo Sosa y Lorena Gacharná.

Quiero dar las gracias a familiares y amigos por los gratos momentos y la ayuda cuando la necesitamos. A la familia Mejía Ruiz en Nueva York; a la familia Villafrade Calderón en Montevideo; a Fredy Montoya, Ana Serrano, Farouk Caballero (cuando estaban en México); a Fredy Sierra, Ana Higueta y Anthony Picón en Bogotá (también a Cindia Arango); a Pilar Ospina y Jaime Correa en Pereira. A Willinton Álvarez. A Mauricio Arango. A Katherine Bolívar. A Netza Gutiérrez. A Catalina Garzón y Teresa Gutiérrez por estar dispuestas al diálogo y al intercambio a pesar de la distancia.

En Medellín agradezco a los profesores Jorge Márquez y Ruth López de la Universidad Nacional de Colombia, pues ellos conocieron e impulsaron mi tema de investigación. A mi maestra Patricia Londoño Vega y a la profe Lucella Gómez por su apoyo incondicional. A Astrid Ocampo, amiga de siempre a pesar de que ambas somos tan ingratas. Gracias a la familia Samacá Alonso en Bucaramanga por su presencia constante y su cariño.

Por último, mis infinitas gracias son para mi familia. A Patricia Urquijo, que nunca dejó de cuidarme y alentarme, a Jackeline Gutiérrez por la comprensión, y a mi amado Santiago Marín Gutiérrez, quien se convirtió en un adolescente mientras yo escribía. A mis peluditos Lola, Nerón y Dayla. No tengo las suficientes palabras de agradecimiento para Gabriel Samacá, desde el primer momento juntos, inseparables. Gracias por no soltarme la mano, por la compañía y el amor. Gracias familia por todo durante este tiempo de pandemia.

A México, gracias por recibirme afectuosamente.

Estas páginas están dedicadas a la memoria de mi abuela Nelly Betancur (1933-2012) quien pudo haber sido muchas de las mujeres que están en este relato. Ella siempre estuvo presente.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XIX, los Estados nacionales depositaron sus anhelos de civilización y progreso en la formación de ciudadanos sanos y el aumento de su población. Los propósitos poblacionistas tuvieron en la supuesta existencia de la degeneración racial el principal obstáculo para su concreción. Esta idea estuvo asociada a los efectos negativos generados por la urbanización y la industrialización en las clases bajas, así como a los atributos indeseables adquiridos por herencia que podían afectar al “cuerpo social” en su conjunto. A fin de asegurar el fortalecimiento del poder estatal, estimular el avance económico y evitar la disociación social, los gobiernos del mundo occidental se inclinaron progresivamente por el establecimiento de políticas intervencionistas legitimadas por el saber científico. El objetivo era garantizar la cantidad y la “calidad” de los habitantes y combatir, hasta donde fuera posible, la miseria, las enfermedades y el atraso.¹

Ante esta situación, en América Latina se acudió a la higiene y la educación para modificar los comportamientos de los individuos percibidos como nocivos. Los médicos, en su condición de expertos y miembros de los partidos políticos, participaron activamente en el diseño y puesta en marcha de reformas destinadas a solucionar asuntos que amenazaran el incremento demográfico y el orden social. En este contexto, la familia se convirtió en el epicentro de las acciones gubernamentales y filantrópicas que pretendían detener graves problemas como la mortalidad infantil, el hacinamiento, la deficiente alimentación, etc.² De sus integrantes, las madres fueron consideradas las principales responsables de velar por los cuidados y la crianza de sus hijos en pro del bienestar social y el porvenir de la nación.³

Para el caso colombiano, los años veinte del siglo pasado marcaron el inicio de la preocupación por la conformación del “elemento humano”. Según la clase política, la inferioridad como nación se manifestaba en la proliferación de defectos anatómicos, problemas fisiológicos y la presencia de varias patologías en buena parte de la población. De

¹ REGGIANI, *Historia mínima*, pp. 17-31; BOCK y THANE, *Maternidad y políticas de género*, pp. 39-43.

² STEPAN, *The Hour of Eugenics*, pp. 85-104; BIERNAT y RAMACCIOTTI, *Crecer y multiplicarse*, passim; GARCÍA y ÁLVAREZ, *En busca de la raza perfecta*, p. XXI.

³ El interés por la familia, especialmente por el papel de la madre en la sociedad, se vio profundizado en Latinoamérica luego de la primera posguerra al conjugarse factores como la consolidación del nacionalismo, el auge de las preocupaciones por la natalidad y el nacimiento de la medicina social. SCARZANELLA, *Ni gringos ni indios*, pp. 105-140.

acuerdo a las regiones, se tendía más o menos a la “degeneración” por el predominio de la mezcla entre las “razas colombianas” (blancos, negros e indios) y la influencia de una geografía adversa.⁴ Estas opiniones se reforzaron con la aparición de la naciente clase obrera considerada, a su vez, como “no apta” para el ejercicio de la ciudadanía y un riesgo para la unidad nacional.⁵

Las inquietudes por la decadencia biológica y las posibilidades de progreso del país se debatieron especialmente durante una serie de conferencias realizadas en Bogotá entre mayo y julio de 1920.⁶ En este evento, organizado por universitarios de la capital, participaron reconocidos intelectuales y médicos con el ánimo de “pensar el problema de nuestra raza” a propósito del planteamiento apocalíptico del médico psiquiatra y político conservador, Miguel Jiménez López (1875-1955).⁷ Desde su perspectiva, era inevitable e irremediable la degeneración física y espiritual del pueblo colombiano a causa de la influencia negativa del medio ambiente en la zona tropical, el carácter racialmente heterogéneo, los vicios “heredados de los ancestros” y la falta de inmigración europea.⁸

Los postulados de este médico boyacense fueron matizados y debatidos por algunos de sus colegas quienes sostuvieron que la nación podía tener futuro, siempre y cuando se mejoraran las condiciones de vida de los más desamparados. Personajes como Calixto Torres Umaña (1885-1960) y Jorge Bejarano (1888-1966) situaron en las precarias condiciones de vida los motivos fundamentales del marasmo en que se hallaba el país y en las estrategias educativas, sanitarias e higiénicas la manera de fortalecer la “raza”.⁹ Para estos médicos, los

⁴ Por “razas” se hacía referencia a categorías jerarquizadas de grupos humanos. Su utilización en singular, “raza”, se entendió como sinónimo de población o pueblo, aunque también se mezcló con la voz etnia. FLÓREZ BOLÍVAR, “Representaciones del Caribe”, pp. 35-59; MCGRAW, “Purificar la nación”, pp. 62-75; SAADE GRANADOS, “La racialización”, pp. 245-259; DÍAZ, “Raza, pueblo y pobres”, p. 60.

⁵ VÁSQUEZ, “Degeneración”, pp. 145-158.

⁶ Para mayor información sobre las conferencias de la raza, consúltese: MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 21-28; MARTÍNEZ MARTÍN, *la degeneración de la raza*, passim; VILLEGAS VÉLEZ, “Nación, intelectuales de elite”, pp. 7-24; VILLEGAS VÉLEZ, “Raza y nación”, pp. 209-232; CHARRY, “Los intelectuales colombianos”, pp. 55-70; PEDRAZA, “El debate eugenésico”, pp. 115-160; URIBE VERGARA, “Sociología biológica”, pp. 204-221.

⁷ Miguel Jiménez López estudió medicina en la Universidad Nacional y se especializó en enfermedades mentales en París. Fundó la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad Nacional e ingresó a la Academia Nacional de Medicina como miembro de número. También fue congresista, ministro y miembro del Directorio Nacional Conservador. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 116-117.

⁸ JIMÉNEZ LÓPEZ, “Algunos signos de degeneración colectiva”, pp. 67-137. Conferencia publicada originalmente en la compilación realizada por Luis López de Mesa en 1920 en el libro titulado *Los problemas de la raza en Colombia*.

⁹ Jorge Bejarano estudió Medicina en la Universidad Nacional y se especializó en Pediatría e Higiene en París. Fue miembro fundador, junto con otros reconocidos médicos liberales, de la Sociedad de Pediatría de Bogotá

procesos de modernización por los que se atravesaba implicaban transformaciones nefastas, sobre todo en los valores morales de la familia.¹⁰ Al tiempo, creían que la mujer-madre podía convertirse en el medio más efectivo para “regenerar” un pueblo debilitado en la medida que ayudara al Estado en la formación de una niñez capaz de enfrentar la vida moderna.¹¹

Si bien la idea de la “degeneración” prevaleció durante aquellos años, las conferencias mencionadas representaron un quiebre significativo en la discusión pública sobre el futuro nacional. A partir de entonces, diferentes voces insistieron en que los colombianos se encontraban en un proceso de formación inconcluso que podía culminarse de forma exitosa. En tal sentido, los conservadores y liberales optaron inicialmente por estimular el arribo de extranjeros “deseables” que auxiliaran de manera más expedita al rescate de la población.¹² Ante el fracaso de la política migratoria, enfatizaron en el crecimiento y mejoramiento del “elemento propio” a través de reformas sociales, campañas sanitarias e iniciativas de asistencia pública y privada que permitieran el sano desarrollo de los ciudadanos presentes y futuros.¹³ En este marco se inscribe el tema central de la presente investigación.

Objeto y problema de investigación

La República de Colombia entró a formar parte de las tendencias continentales por mejorar y aumentar la población a través de la protección materno-infantil, la atención a los sectores pobres de la sociedad y la creación de instituciones de salud. En el proceso de formulación de una política sanitaria dirigida a las familias pobres, se aumentó la capacidad de acción pública con base en la higiene y la salud pública y el ofrecimiento de servicios de atención

en 1917. Fundó la Cátedra de Higiene en la Universidad Nacional e ingresó a la Academia Nacional de Medicina como miembro de número. Fue el primer Ministro de Higiene que tuvo Colombia en 1946. Calixto Torres Umaña se graduó como médico de la Universidad Nacional y se especializó en pediatría en la Universidad de Harvard en Estados Unidos. Trabajó como catedrático en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, fundó y presidió la Sociedad Colombiana de Pediatría, organizó los servicios en varias instituciones asistenciales e introdujo en el país la vacuna contra la tosferina. Hizo parte de la Academia Nacional de Medicina. OSPINA ORTIZ, “Jorge Bejarano”, pp. 57-60; PEDRAZA, “Jorge Bejarano Martínez”, pp. 389-414; CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 126-127.

¹⁰ MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 21-28; JALIL PAIER, “Gender as pathology”, pp. 243-276; NOGUERA, *Medicina y política*, p. 86.

¹¹ BEJARANO, “Quinta conferencia”, pp. 239-261; TORRES UMAÑA, “Cuarta conferencia”, pp. 207-235; BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 272-281.

¹² RHENALS DORIA y FLÓREZ BOLÍVAR, “Escogiendo entre los extranjeros ‘indeseables’”, pp. 243-271; FAWCETT, “Árabes y judíos”, pp. 1-29; GÓMEZ MATOMA, “La política internacional migratoria”, pp. 7-17.

¹³ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada* pp. 44-82; SÁNCHEZ SALCEDO, “Los hospicios y asilos”, p. 85.

médica estatal con el fin de incorporar a las masas obreras y campesinas al cuerpo de la nación. Modernizar significó profundizar en la centralización estatal, es decir, vigilar y dirigir los servicios que estaban en manos particulares, e implicó el aumento de la presencia del Estado nacional a través de la dirección de campañas sanitarias, creación de instituciones y ampliación de cargos burocráticos con personal experto que intentó ejecutar la política.¹⁴

Como han demostrado Javier Sáenz, Óscar Saldarriaga y Armando Ospina, las intervenciones por parte de los gobiernos dirigidas a la infancia se dieron a través de la familia y la escuela. En esta última, se debía privilegiar la formación moral del niño sobre la instrucción para contrarrestar la degeneración espiritual y social de la familia y del pueblo en general. Por sus investigaciones, ha tomado carrera la tesis de la debilidad de la red privada y pública de asistencia social y de protección a la infancia sin haber emprendido investigaciones sistemáticas sobre la misma. Con base en sus afirmaciones, se considera que la escuela se convirtió en la principal institución de medicalización y moralización de la raza.¹⁵

Es preciso decir que la atención materno-infantil y la higiene escolar hicieron parte de un programa más amplio que buscó consolidar un proyecto de protección a la infancia que vinculara la mayor cantidad de aspectos que competían a la formación y cuidado de las nuevas generaciones. Sin embargo, pocos trabajos han estudiado la atención a la niñez antes de la edad escolar, esto es, desde el momento mismo de la concepción y durante los primeros años de vida, a pesar de las constantes alusiones a esta etapa en diferentes registros. Al respecto, Christopher Abel señaló hace varios años la importancia de explicar el impulso que se dio en la década del treinta del siglo pasado a iniciativas públicas que procuraron atender el problema de la maternidad y la primera infancia a través de instituciones, servicios y medidas legislativas.¹⁶

En este sentido, la presente investigación se ocupa de estudiar el proceso de formulación y puesta en marcha de la política social destinada a la protección y asistencia del binomio madre-hijo en Colombia entre 1918 y 1938. Durante estos años, el Estado colombiano trató de renovar las formas de administrar la pobreza y dispuso del conocimiento

¹⁴ ARÉVALO HERNÁNDEZ, “Muchas acciones”, pp. 166-186; GUTIÉRREZ, “Proceso de institucionalización”, pp. 73-97; AGUDELO GONZÁLEZ, “Regenerar e higienizar”, pp. 94-109.

¹⁵ SALDARRIAGA, SÁENZ OBREGÓN y OSPINA, *Mirar la infancia*, pp. 24-35.

¹⁶ ABEL, *Ensayos de historia de la salud*, pp. 66, 75-76.

científico y de la ayuda particular para implementar programas que regularan el cuerpo social y transformaran las prácticas tradicionales por unas calificadas como modernas. Me pregunto de qué manera la maternidad y la primera infancia fueron objetos de intervención estatal en un marco de transición de la caridad a la asistencia pública, del creciente interés por “mejorar” la población para alcanzar el progreso y como respuesta preventiva de las clases dirigentes a la llamada “cuestión social”.¹⁷

Esta investigación explora la estrategia nacional con el ánimo de conocer los logros y límites de esta política pública que pretendió ser de alcance general para el país. Esta tesis interrelaciona diferentes escalas de análisis con el propósito de dar cuenta de las interacciones entre Bogotá –modelo y experiencia piloto a seguir en la materia– y el proceso de expansión a centros urbanos principales, intermedios y zonas semirurales. La dinámica espacial que presentan los fenómenos estudiados también estuvo asociada a la distribución de responsabilidades fiscales para la financiación de los diferentes servicios y al impulso de iniciativas benéficas y particulares. En suma, el marco espacial se concibe en términos relacionales entre los niveles nacional y local con especial énfasis en las directrices, decisiones y acciones que desde el Estado se plantearon para el conjunto del país. Para esto, como indica Germán Soprano, reconstruyo los procesos de formación de agencias estatales dedicadas a superar los problemas relacionados con las muertes infantiles, sus proyectos institucionales, las formas de organización interna, el papel de los funcionarios públicos y las interlocuciones con diferentes actores políticos, estatales y societales.¹⁸

La investigación se inscribe en un periodo distinguido internacionalmente por la ideología poblacionista, la cual estuvo en el centro de la construcción de las políticas sociales dirigidas particularmente a estimular el crecimiento y el vigor demográfico. También sobresalió el viraje que los Estados occidentales dieron hacia una mayor intervención en la economía y el bienestar de las sociedades a través del reconocimiento de un conjunto de derechos sociales que buscaban disminuir las tensiones entre las clases.¹⁹ El punto de partida es 1918, momento a partir del cual se evidencia la preocupación por el binomio madre-hijo como nuevo sujeto de intervención social a través de la creación de instituciones benéficas

¹⁷ CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, passim.

¹⁸ Lastimosamente para este ejercicio fue imposible rastrear a los receptores de las políticas por la falta de documentación que diera cuenta de ello. SOPRANO, “El Estado en los extremos”, pp. 5-25.

¹⁹ BIERNAT, “Debates poblacionistas”, pp. 189-208.

destinadas para atenderlo y la participación de médicos en espacios académicos y políticos para demandar al Estado el inicio de la lucha contra la mortalidad infantil en el marco de la higiene nacional. El cierre en 1938 corresponde a la inclusión definitiva de este segmento de la población en las políticas de protección estatales y la concreción de leyes a favor de las madres solteras y trabajadoras. Además, a partir de entonces el interés inicial en torno a la primera infancia se amplió para abarcar la “protección integral del niño”; es decir, a todas las etapas de su desarrollo enfocándose en sus aspectos higiénico, intelectual y moral, con especial énfasis en su etapa escolar.

El interés central que sirve de hilo conductor a la tesis se desglosa en tres tipos de interrogantes que se encuentran en la base de los capítulos que estructuran la investigación. En primer lugar, indago cuáles fueron los argumentos que el gremio médico formuló y presentó para posicionar la protección y la asistencia infantil y materna en la agenda estatal y qué condiciones sociales y políticas existieron para que tal discurso tuviera efectos políticos en el país. En segunda instancia, me cuestiono acerca de cuál fue el proceso que surtió tal iniciativa y el rol que desempeñaron las autoridades estatales, las asociaciones particulares y los organismos internacionales en su aplicación. Por último, es necesario indicar las realizaciones, alcances y limitaciones que tuvo la campaña sanitaria con especial énfasis en la labor desempeñada por los expertos en la organización y puesta en práctica, así como en las reformulaciones que se presentaron en los diferentes gobiernos conservadores y liberales en que tuvo lugar la formulación y ejecución de la política pública.

Estado de la cuestión

Para entender la importancia que adquirieron los cuidados materno-infantiles y la participación de la mujer-madre en los estados modernos, los investigadores han empleado distintas perspectivas de análisis entre las que se destacan la historia social, de género, de la ciencia, de la salud y la enfermedad, intelectual, económica y política. De estas posibilidades que ofrecen los estudios históricos para analizar tal fenómeno, he identificado cuatro enfoques desde los que se puede abordar el tema de mi interés: 1. La relación entre maternidad y feminismo; 2. La triada conformada por raza-eugenesia-población; 3. La mirada que enfatiza en el papel de la ciencia médica y el cuerpo femenino y 4. El estudio de las políticas públicas orientadas a la madre y la infancia. Cabe aclarar que estos ejes no se

excluyen entre sí, sino que permiten entender el tema desde distintos ángulos de análisis con sus respectivos acentos. En este sentido, mostraré de manera sucinta cómo se han abordado estos temas para países europeos y latinoamericanos, para luego tratar los estudios existentes en el caso colombiano. Debido a la abundancia de publicaciones, especialmente artículos de diferente calidad y profundidad, me centraré en los libros y capítulos de libro que ofrecen un tratamiento más exhaustivo.

Desde la perspectiva de la historia de género se ha estudiado la relación existente entre los movimientos feministas y el surgimiento de la política de asistencia y de bienestar de los Estados. En este enfoque se ha advertido que las luchas de las mujeres por los derechos políticos y sociales se apoyaron en las particularidades de la maternidad para impulsar sus demandas. Con base en las voces femeninas –plasmadas en cartas, autobiografías y revistas–, los autores concluyen que desde finales del siglo XIX las feministas se preocuparon especialmente por las madres que vivían en condiciones de pobreza para exigir medidas de protección al Estado y en exaltar la maternidad como una “función social” y una experiencia fundamental de vida de las mujeres que merecía reconocimiento público.

También, a través de las publicaciones masculinas dirigidas a las madres, se ha precisado la transformación de las relaciones de género, la función del Estado en la regulación de la familia y el papel de la medicina moderna como generadora de un conjunto de ideas y prácticas nuevas respecto a la “naturaleza” de ser madre en la lucha contra la mortalidad infantil. Con base en estos aspectos, se indica que la maternidad y la construcción del feminismo en las primeras décadas del siglo XX, permitieron que las mujeres accedieran al espacio público apoyadas en sus roles tradicionales de esposas y madres para buscar soluciones a asuntos considerados domésticos, en un contexto que planteó un nuevo régimen de reproducción de las poblaciones y de su fuerza de trabajo.²⁰

En segunda instancia, la preocupación por el descenso demográfico y el vigor de la población que se dio en los Estados modernos, ha llamado la atención de los investigadores para estudiar la triangulación raza-eugenesia-población. Los estudios muestran que, con base

²⁰ Para conocer la situación para varios países europeos, consúltese: BOCK y THANE, *Maternidad y políticas de género*, pp. 35-47; BOCK, “Pobreza femenina”, pp. 438-478; LEFAUCHEUR, “Maternidad, familia, Estado”, pp. 479-505. Para Europa y América Latina: VAN DER KLEIN ET AL, *Maternalism reconsidered*, passim; NASH, “Maternidad, maternología y reforma eugénica”, pp. 687-708; MORTAN, *Historia de las mujeres en España y América Latina*, passim; LAVRIN, *Mujeres, feminismo y cambio social*, passim; NARI, *Políticas de maternidad*, passim; CLARK, *Gender, State, and Medicine*, passim.

en los nuevos conocimientos en Medicina y Biología, el interés de los países occidentales se centró en obstaculizar los efectos negativos de la herencia para la descendencia y el progreso de la nación. Según Marisa Miranda, las investigaciones han sugerido la adaptación de la eugenesia anglosajona (geneticista) y la latina (neolamarckiana). La primera evitaría la reproducción de los “anormales” con medidas extremas como la eutanasia, la esterilización o la castración, así como con restricciones a la inmigración y al matrimonio. La segunda, influenciada por la Iglesia católica, avalaba los mandatos legales y los condicionantes al comportamiento y a la moral. Ésta se interesó por mejorar la población a través de la higiene, la salud pública y la educación, en la cual los cuidados materno-infantiles fueron el centro de las intervenciones.²¹

Este enfoque ha demostrado que la aplicación de la eugenesia dependió de las particularidades de los gobiernos y las necesidades de los países. Por tanto, en Alemania, Inglaterra y Estados Unidos se optó por una eugenesia más restrictiva de la vida, mientras que en Francia se le dio preferencia a la lucha contra la mortalidad infantil a través de la Puericultura y la Pediatría. Como indican Alison Bashford y Philippa Levine, su práctica y entendimiento varían considerablemente de un lugar a otro, pero comparten lenguajes y ambiciones. En su núcleo, la eugenesia apuntó a que algunas vidas humanas eran más valiosas para el Estado, la nación, la raza y las futuras generaciones, que otras, de manera que se enfocó en el análisis de las diferentes prácticas de aplicación para conseguir tal diferenciación y jerarquización.²²

En los estudios sobre América Latina se plantea que la eugenesia tendió a la vertiente latina, acercándose, en mayor medida, a la propuesta francesa. Dentro de los temas más tratados se privilegia el estudio de la educación y la higiene como medios para vigilar e intervenir a las familias pobres por parte de especialistas con el objetivo de encontrar los medios sociales para prevenir la “mala herencia”. Esto se puede evidenciar en la clásica obra de Nancy Stepan y en las investigaciones que se han basado en ella. Geográficamente, México, Brasil, Argentina y Cuba han ocupado el interés de los investigadores por haber tenido una clara recepción de los postulados eugenésicos que se materializó en sociedades científicas dedicadas al particular.²³

²¹ MIRANDA, “La eugenesia y sus historiadores”, pp. 83-101; PALMA, “Gobernar es seleccionar”, pp. 134-147.

²² CAROL, *Histoire de l'eugénisme*, pp. 38-50; BASHFORD y LEVINE (eds), *The Oxford handbook*, pp. 3-15.

²³ STEPAN, *The hour of eugenics*, passim; REGGIANI, *Historia mínima*, passim.

Con base en publicaciones seriadas, el seguimiento a médicos eugenistas destacados, la organización y participación de éstos en congresos nacionales e internacionales y de las medidas propuestas para el mejoramiento de la raza, se ha pretendido conocer de qué manera Latinoamérica hizo parte del movimiento eugenésico. Para dar cuenta de este asunto, la historiografía ha dedicado especial atención a la relación entre ciencia e ideología, a la raza como noción identitaria y de clasificación de la población, al control de las inmigraciones y del matrimonio, las propuestas que se hicieron en materia de educación sexual con base en la higiene y la salubridad, la protección materno-infantil y la higiene escolar como mecanismos para asegurar una prole sana y vigorosa.²⁴

El tercer enfoque identificado corresponde a la intervención de la ciencia médica sobre el cuerpo femenino desde finales del siglo XIX. Esta perspectiva se interesa por dos aspectos fundamentalmente: las prescripciones de los médicos para educar a las madres sobre los cuidados personales y la salud del infante, y los nuevos conocimientos sobre los órganos genitales femeninos y la atención al parto a partir de los desarrollos de la Ginecología y la Obstetricia. Los estudios han demostrado que con la medicalización de las experiencias que habían sido entendidas como asuntos exclusivos del conocimiento femenino, se recalcó en la “ignorancia” de las madres para criar a sus propios hijos –por lo que necesitaba de la orientación del experto– y en la deslegitimación de las parteras como los agentes encargados de velar por los nacimientos. Para dar cuenta del discurso y la práctica médica, los investigadores han recurrido a la documentación producida por la comunidad médica en publicaciones periódicas, memorias de eventos, tesis, manuales, propaganda y la revisión de fichas clínicas de las madres.²⁵

Por último, se encuentran los trabajos que resaltan las políticas públicas orientadas a las madres y la infancia con particular énfasis en la primera mitad del siglo XX. Este enfoque da a conocer las acciones llevadas a cabo desde el Estado para la creación de estructuras administrativas dirigidas a la protección materno-infantil con el interés de fortalecer el

²⁴ MIRANDA y VALLEJO, *Darwinismo social*, passim; MIRANDA, *¡Madre y Patria!*, passim; ÁLVAREZ, “Evolucionismo y eugenismo”, pp. 777-800; GARCÍA y ÁLVAREZ, *En busca de la raza perfecta*, passim; GARCÍA y ÁLVAREZ, *Las trampas del poder*, passim; URÍAS, *Historia secreta del racismo*, pp. 103-158; STERN, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, pp. 275-304; SUÁREZ, *Eugenesia y racismo*, passim.

²⁵ APPLE, *Perfect motherhood*, passim; APPLE, *Mothers and medicine*, passim; ZÁRATE, *Dar a luz en Chile*, passim; LÓPEZ SÁNCHEZ, *De la costilla de Adán*, passim; LÓPEZ SÁNCHEZ, *El dolor de Eva*, passim; STERN, “Madres conscientes y niños normales”, pp. 293-337.

crecimiento de la población y la integración de actores sociales excluidos. Las investigaciones en esta línea muestran que la proyección y ejecución de dichas políticas no solo dependieron de la voluntad manifiesta del Estado sino de la interacción de distintos grupos e intereses políticos, económicos y sociales. Además, dan cuenta de la ligazón existente entre las representaciones que médicos y autoridades políticas elaboraron sobre la niñez y la maternidad y la creación de instituciones –que tenían como base la educación– y oficinas públicas.²⁶

Estas líneas de investigación poco se han desarrollado para Colombia. A pesar de que la primera mitad del siglo XX es uno de los periodos que más interés ha despertado en la historiografía colombiana en temas de raza, medicina, higiene y políticas de salud, lo relativo a la maternidad, la infancia y la crianza se tratan de forma marginal.²⁷ Los estudios se han concentrado en la pretensión de las elites en “civilizar” al pueblo colombiano por medio de las campañas contra los “males sociales” y las enfermedades, el tránsito de la higiene hacia la salud pública, la higiene de la ciudad y las exigencias en materia sanitarias en función de las relaciones internacionales, particularmente las de tipo comercial.²⁸

Sin embargo, las siguientes investigaciones han avanzado en el camino y son fundamentales para comprender el problema de la infancia y la maternidad en el país. Los estudios de las historiadoras Libia Restrepo y Ruth López Oseira abordan algunas dimensiones de la maternidad en la región antioqueña. Restrepo examinó, a través de pleitos judiciales y publicaciones médicas, qué sucedió en las primeras décadas del siglo XX cuando convergieron los discursos ginecológicos y obstétricos respaldados por las autoridades médicas, y el viejo saber de las comadronas fundamentado en las tradiciones populares. Por su parte, López Oseira indagó cómo un grupo de mujeres de la ciudad de Medellín se valieron de la importancia otorgada a la maternidad como rol social para influir en las políticas

²⁶ BIERNAT y RAMACCIOTTI, *Crecer y multiplicarse*, passim; RAMACCIOTTI, *La política sanitaria del peronismo*, passim; PERDIGUERO GIL, *Salvad al niño*, passim; ALANÍS, *La atención médica infantil*, passim.

²⁷ Recientemente, el tema ha llamado la atención de algunos investigadores. Al respecto, es pertinente mencionar los trabajos de grado de Erick Ariza y Mónica Álvarez de la Universidad del Rosario: ARIZA CARDOZO, “Nodrizas, madres, médicos”, passim; ÁLVAREZ TELLO, “Para cuidar un ser”, passim. También la tesis de doctorado que se aproxima al tema desde la preocupación por el pensamiento eugenésico: OLAYA, “Eugénisme et politiques de population”, pp. 385-720.

²⁸ Para mayor información, consúltese: PEDRAZA GÓMEZ, *En cuerpo y alma*, passim; CALVO ISAZA y SAADE GRANADOS, *La ciudad en cuarentena*, passim; OBREGÓN TORRES, *Batallas contra la lepra*, passim; QUEVEDO, et al, *Café y Gusano*, passim; ABEL, *Ensayos de Historia de la salud*, passim; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, passim; NOGUERA, *Medicina y política*, passim.

sociales dirigidas a proteger la salud de madres e hijos entre 1940 y 1950 en calidad de expertas y administradoras de programas sociales. Esta autora utilizó las revistas femeninas y los trabajos de grado de la Escuela de Servicio Social de Medellín para elaborar su argumentación.²⁹

En cuanto a las intervenciones del Estado a la infancia, es pertinente destacar tres trabajos: *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*, *Escenarios de la minoridad en Colombia. Los juzgados de menores y la Beneficencia de Cundinamarca 1900-1930* y *Caridad y beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*. En el primero se señala la ayuda que prestaron los maestros al Estado para crear un futuro ciudadano fuerte, sano y trabajador a través de la enseñanza en la escuela de principios higiénicos y saludables. El segundo, se dedica a estudiar la intervención de la infancia pobre y abandonada por medio de la corrección y reforma de los menores delincuentes. Y el tercero indaga las instituciones de beneficencia y caridad que se dedicaban a la atención de la población infantil.³⁰ Cada una de estas investigaciones se ocupa de una etapa o condición de la niñez que también fue sometida a la vigilancia estatal: la niñez escolar, la abandonada y la delincuente. La participación de los saberes médicos y de las asociaciones civiles y religiosas a través de instituciones de carácter público y privado son puntos de encuentro con la atención hacia la primera infancia en el país.³¹

Enfoque y metodología: por un diálogo entre la historia social de la salud y del Estado

Las dimensiones del objeto de estudio me condujeron a pensar en la conjunción de diferentes marcos de análisis que entren en diálogo con las perspectivas historiográficas mencionadas en el apartado anterior. Inicialmente, una historia de la política sanitaria de protección materno-infantil debe considerar los planteamientos de la historia de la salud pública, la cual “tiende a enfocarse en el poder, la política, el Estado, las instituciones y la profesión médica.” En este enfoque es importante tener en cuenta la caracterización de los agentes-actores

²⁹ RESTREPO, *Médicos y comadronas*, passim; LÓPEZ OSEIRA, “Inventar a la madre”, pp. 175-198.

³⁰ De la autora Beatriz Castro también se puede consultar: CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica y el Estado*, passim; CASTRO CARVAJAL, “Los médicos”, pp. 507-536.

³¹ SALDARRIAGA, SÁENZ OBREGÓN y OSPINA, *Mirar la infancia*, passim; SÁNCHEZ Y CASTRILLÓN, *Escenarios de la minoridad en Colombia*, passim; CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, passim. Sobre los cambios en la concepción de la niñez y la vida cotidiana de los infantes en Bogotá durante los primeros treinta años del siglo XX, consúltese: MUÑOZ y PACHÓN, *La niñez en el siglo XX*, passim.

involucrados en las políticas de salud, las dinámicas implícitas en los procesos de formulación e implementación de las medidas definidas y la posterior transformación de las políticas sanitarias en su proceso de ejecución.³²

Además, como parte de la llamada historia sociocultural de la salud, es preciso indagar, hasta donde las fuentes permitan, por el funcionamiento de las instituciones y prácticas de asistencia, el disciplinamiento y control médico-social y el papel del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria. Al respecto, Claudia Agostoni llama la atención sobre la creación a finales del siglo XIX y primeras décadas del XX de espacios de atención, curación y prevención en los que se puede rastrear la conjunción de políticas, discursos y prácticas del personal de la salud y los pacientes mediante relaciones no solo de imposición sino también de persuasión.³³ Una de las características más importantes de este enfoque reside en la consideración de los asuntos ligados a la salud y la enfermedad como realidades biológicas y sociales. Su definición, apropiación y experimentación colectiva e individual pasan necesariamente por las clases sociales, la adscripción étnica, las relaciones de género y la distinción espacial entre lo urbano y lo rural, entre otros aspectos.³⁴

Ahora bien, la preocupación por la creación y ejecución de políticas públicas en salud remite a un campo de reflexión e investigación en cuyo centro se ubica el problema del Estado. En tal sentido, retomo algunos desarrollos de la corriente denominada como historia social del Estado que pone el acento en el “rostro humano” o las encarnaciones de los fenómenos de estatalidad.³⁵ Desde esta perspectiva, se somete a crítica la idea de un Estado como actor neutral que se halla por fuera de la sociedad, así como la imagen de una maquinaria portadora de una coherencia e intenciones que se despliegan en leyes y políticas públicas. Si bien el Estado, como arena o campo de fuerzas políticas, sociales y económicas, no está por fuera de la sociedad, tampoco responde mecánicamente a los intereses, presiones y acciones provenientes de ella. De esta forma, podríamos hablar de un Estado *en* la sociedad pero con un margen de autonomía donde toda acción se considera como resultado de una

³² ARMUS, “Discursos, políticas y experiencias”, p. 38.

³³ Esta autora habla expresamente de las Gotas de leche y centros de higiene materno-infantil como espacios donde se desarrolló la popularización de distintas prácticas y técnicas consideradas o definidas como esenciales, con el fin de garantizar la salud y prevenir la enfermedad en poblaciones específicas como niños, mujeres y madres. AGOSTONI, “Historias, enfermedades y salud pública”, p. 31.

³⁴ ARMUS, “Discursos, políticas y experiencias”, p. 39.

³⁵ BOHOSLAVSKY, “El rostro humano”, pp. 239-247.

dinámica interna y externa respecto a los influjos, presiones, competencias, disputas y recursos de diferentes agentes locales, nacionales y extranjeros.³⁶ En este sentido, el estudio de la formación de una política pública se puede realizar mediante el rastreo de las prácticas concretas de aquellos que hablan y actúan en nombre del Estado, es decir, en los organismos y sujetos que son reconocidos como estatales.³⁷

Germán Soprano sostiene que desde la perspectiva de la historia social del Estado o del *Estado desde adentro*, se procura comprender la organización y dinámica institucional del Estado y sus agencias, resolviendo el problema de su autonomía relativa respecto a la sociedad a partir de cuatro ámbitos interdependientes: la constitución de agencias estatales; la formación de cuerpos de funcionarios públicos; la formulación, implementación y transformación de las políticas públicas y, por último, el papel de los saberes y profesionales/intelectuales de Estado en cada uno de los procesos anteriores.³⁸ En la medida que la campaña objeto de estudio se concretó a través de diferentes agencias u oficinas públicas, la investigación considera aspectos como el proyecto institucional que las presidió, los objetivos y competencias atribuidas en la normatividad, así como la superposición, conflictos y choques entre diferentes agencias que abordaran tareas similares. Uno de los asuntos más relevantes a tratar remite a las funciones de los agentes, encarnación de la intervención estatal en el campo de la salud y cuyo desenvolvimiento dependió de la definición de jerarquías internas, redes de sociabilidad y lealtad que pudieron incidir en el desempeño de sus obligaciones.³⁹

De acuerdo con Óscar Oszlak, las agencias y los agentes cobran existencia en la medida en que participan en el diseño, implantación y evaluación de políticas públicas. ¿Cómo surge este tipo de acción estatal? En líneas generales, se puede decir que el Estado reconoce, asume o elabora diferentes problemas que, por decisión autónoma o por presiones extraestatales, entran a formar parte de una agenda pública, siendo objeto de medidas apropiadas por las diferentes estructuras estatales. Este proceso implica la distribución de

³⁶ SKOCPOL, “El Estado regresa”, pp. 169-202. Para esta autora, el margen de autonomía de los Estados no es un rasgo estructural, de manera que la formulación de estrategias y políticas oficiales y su materialización depende de circunstancias políticas concretas que marcarán el grado de transformación de dicha autonomía respecto al mundo social y económico.

³⁷ BOHOSLAVSKY Y SOPRANO, “Una evaluación y propuestas”, pp. 23-28.

³⁸ SOPRANO, “El Estado en los extremos”, pp. 5-25; BOHOSLAVSKY Y SOPRANO, “Una evaluación y propuestas”, p. 21.

³⁹ DI LISCIA Y SOPRANO, “Entre espacios grises”, pp. 9-41.

competencias, responsabilidades y compromisos entre las agencias en sus distintos niveles, las organizaciones de la sociedad civil y el mercado.⁴⁰

La incorporación de un tema a la agenda estatal es el resultado del juego político que implica, por lo menos, las siguientes operaciones: elaboración de un diagnóstico de la situación considerada un problema; búsqueda y definición de las posibles soluciones; decisión y compromiso de las agencias para implementar las medidas o creación de nuevas oficinas con la respectiva asignación de recursos. Cada uno de estos momentos está mediado por las posiciones y objetivos de los funcionarios respecto a los problemas y los principios que guían la acción estatal, así como por las normas, arreglos internos, las demandas sociales, los recursos asignados y medios disponibles para cumplir sus tareas. Junto a los planes, promesas y declaraciones de intención, hay que considerar que toda política pública depende de diferentes correlaciones de fuerzas, así como de variados apoyos y restricciones.⁴¹

Dicho lo anterior, es pertinente enunciar las particularidades de las políticas sociales y, más específicamente, de las políticas sanitarias. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti las definen como aquel “conjunto de concepciones ideológicas que se plasman en diseños normativos e institucionales que buscan limitar las consecuencias sociales producidas por el libre juego de las fuerzas del mercado. Concepciones que, al mismo tiempo, son útiles para construir legitimidad política.”⁴² Una de las características de este tipo de políticas es la importancia de la retroalimentación de los diferentes actores involucrados en el momento de la implementación, debido a las interpelaciones sobre las agencias estatales y la dinámica que imprimen en el mundo sociopolítico. Las políticas sociales se elaboran y despliegan a través de las relaciones bidireccionales de poder, influencia y negociación, en la que todas las partes implicadas defienden, internamente o en el debate público, una cuota de poder.⁴³

Metodológicamente, una historia de las políticas sociales ha de considerar cuatro momentos: 1. Las lógicas políticas que permiten que en un determinado momento sea posible pensar en soluciones a demandas particulares con el fin de integrar a ciertos grupos poblacionales sin que todavía se llegue a la expedición de un marco normativo. 2. Las particularidades históricas que permiten pasar de las ideas y los debates a la enunciación

⁴⁰ OSZLAK, “Burocracia estatal”, p. 5.

⁴¹ OSZLAK, “Burocracia estatal”, pp. 5-30.

⁴² BIERNAT Y RAMACCIOTTI, “Preguntas y herramientas”, p. 10.

⁴³ BIERNAT Y RAMACCIOTTI, “Preguntas y herramientas”, p. 10.

política y de ésta a la fase normativa y la creación de instituciones públicas. 3. La implantación de las políticas se ve cruzada por relaciones conflictivas con diferentes áreas administrativas que propician la yuxtaposición de competencias con otras agencias, escasez de presupuesto y reorientación de objetivos políticos. Aquí añadiría las relaciones de complementariedad entre agencias. 4. Determinar los múltiples factores que conducen a establecer nuevas prioridades y cambios en los objetivos propuestos inicialmente en función de la obtención de mayor legitimidad para el poder político.⁴⁴

De esta forma, en la definición y elaboración de las políticas sanitarias concurren diversos factores que se deben rastrear en la medida de lo posible: las demandas sociales, los conflictos de clase, la búsqueda de la inclusión de sectores desprotegidos, las capacidades institucionales para dar respuesta a las demandas y el rol de las diferentes fuerzas políticas. El diseño, formulación, implantación y transformación de las políticas de salud será resultado de las interacciones entre diferentes grupos de interés, en calidad de beneficiarios, opositores y promotores, actores políticos y científicos, pertenecientes a las ramas del poder público, asociaciones gremiales o científicas, instituciones nacionales o locales e instancias internacionales.⁴⁵

Otra dimensión que se debe considerar en el estudio de una política sanitaria, en este caso la de protección materna e infantil, corresponde al campo de los saberes de Estado, el cual dota de un nuevo sentido el estudio de la formación de las elites técnicas estatales y el funcionamiento de la administración pública.⁴⁶ La relación entre intelectuales y expertos se configura, entre otras formas, a través de la elaboración de diagnósticos y formulación de soluciones a los problemas que debe atender el Estado a partir de los conceptos y lenguajes propios del mundo científico. Tales procesos se hallan estrechamente ligados a la constitución de las profesiones, las cuales necesitan de la legitimidad y reconocimiento de las agencias estatales para incrementar su prestigio y efectividad social. A través del mutuo fortalecimiento, las decisiones y prácticas oficiales también aprovechan las conexiones internacionales para arroparse bajo la sombra del conocimiento proveniente de los epicentros

⁴⁴ BIERNAT Y RAMACCIOTTI, “Preguntas y herramientas”, pp. 13-14.

⁴⁵ IDIART, “Estado, actores y políticas sanitarias”, pp. 147-158.

⁴⁶ NEIBURG Y PLOTKIN, “Intelectuales y expertos”, pp. 15-30.

académicos mundiales impulsando reformulaciones y adaptaciones de las transferencias de conocimiento.⁴⁷

La acción estatal fundamentada en saberes científicos y técnicos conduce a la pregunta por el papel de los intelectuales, expertos y profesionales en la formación del Estado. En la investigación se considerará el papel de los médicos a partir de esta triple dimensión. Como intelectuales, procuraron ofrecer interpretaciones plausibles de los principales problemas de la nación colombiana, trascendiendo en ocasiones las categorías y procedimientos propios de su formación. La condición de expertos la detentaron al producir diagnósticos sobre problemáticas en torno a la salud y enfermedad de las madres y los niños colombianos que redundaron en la creación de normatividad y servicios públicos para atenderlos. Además, los médicos contribuyeron a definir y cimentar un conjunto de acciones y servicios como profesionales en el terreno y como cuadros directivos y burocráticos de las agencias estatales que ellos mismos ayudaron a crear. Gracias al reconocimiento oficial del que gozaron, entre otras razones por las interpelaciones constantes que hacían a las autoridades políticas, a lo largo del periodo de entreguerras se erigieron como protagonistas de primera línea en la resolución de problemas en torno a la salud de la población y el bienestar de la sociedad.⁴⁸

Fuentes

Para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos propuestos he realizado una labor de búsqueda y procesamiento de diferentes tipos documentales que, en su conjunto, remiten a las huellas que las agencias estatales y protagonistas de la campaña dejaron en diferentes lugares. En contraste con países como Argentina o México, donde existen archivos relativamente organizados de las oficinas públicas, en Colombia no se cuenta con fondos documentales debidamente organizados y catalogados de aquellas instancias que se ocuparon

⁴⁷ PLOTKIN Y ZIMMERMANN, “Introducción”, pp. 9-21.

⁴⁸ Como parte de este proceso de legitimación recíproca entre el Estado y el gremio médico durante el periodo surgió un nuevo tipo de ocupación en el mundo de la salud de la mano de estos dos actores. Nos referimos a la enfermería, la cual ocupó una posición subordinada en la jerarquía profesional del cuidado materno-infantil, sin dejar de experimentar procesos propios de la profesionalización como la autorregulación de los procesos de trabajo y del segmento del mercado ocupacional reconocido como propio, el control técnico de saberes y prácticas específicas de su actividad, la producción de conocimientos disciplinares comunicados a través de un lenguaje singular, la formación de nuevos miembros con sus respectivas credenciales académicas y las habilitaciones profesionales. RODRÍGUEZ Y SOPRANO, “De las profesiones liberales”, pp. 17 y 35.

de los temas relacionados con la salud pública en general y la protección materno-infantil en particular para el periodo de estudio. En tal sentido, el acopio de fuentes parte de la fragmentación y la dispersión de los vestigios fundamentales en una variedad de ministerios y secretarías, situación que obligó a complementar con otras piezas para hacer viable el objeto de estudio.

De acuerdo a la organización del capitulado y con base en las preguntas formuladas, decidí organizar en cuatro grandes grupos la documentación recabada: 1. Sobre el proceso legislativo, 2. Las fuentes estatales sobre la campaña, 3. Publicaciones de organizaciones médicas y 4. Intervención de organismos internacionales. En el primer grupo procuré trascender la revisión y análisis de la normatividad expedida para adentrarme en los avatares de los debates y formulación de los marcos legales sobre el tema de estudio. Así pues, en la Biblioteca del Congreso de la República de Colombia consulté los *Anales* del Senado y la Cámara de Representantes, donde se evidencia la discusión política sobre los proyectos de ley, la correlación de fuerzas y los intereses de los diferentes actores que se ocuparon de estas materias. En este propósito, la información que arrojó la prensa nacional, especialmente el periódico liberal *El Tiempo*, fue fundamental para seguir el desarrollo de la discusión política y la sanción jurídica.

El segundo grupo de fuentes corresponde a la documentación estatal que hace referencia al funcionamiento o puesta en marcha de la campaña. En este punto, es necesario señalar que, debido al juego de escalas en el análisis, conjugo documentación de los niveles nacional, local e incluso internacional que dejan ver la política en terreno.⁴⁹ Los tipos documentales más importantes en este caso corresponden a las memorias anuales que los ministros entregaban al Congreso sobre el desarrollo de las actividades a nivel nacional en el ramo de higiene y salud pública; los informes de la Junta de Beneficencia que eran enviados a las autoridades políticas para su control e inspección; anuarios estadísticos, los informes de los directores seccionales de Higiene que eran remitidos a la capital y las noticias que aparecían en los medios de circulación nacional en los que se daba cuenta de la realización de las actividades de la campaña. También consulté las publicaciones periódicas que servían

⁴⁹ Un ejemplo del tipo de fuente que arroja información de alcance nacional con datos referidos a localidades es la que contiene el *Diario Oficial*. Allí se puede dar seguimiento no solo a la normatividad sancionada sino a contratos públicos de servicios, nombramientos y adjudicación de recursos en diferentes partes del territorio nacional. La consulta se realizó en la Biblioteca Especializada del Archivo General de la Nación en Bogotá.

de órgano de difusión oficial, la correspondencia dispersa que está en el Archivo General de la Nación (AGN) y en el Archivo de la Academia Colombiana de Historia (AACH) y algunos informes de higiene locales que da cuenta de la gestión de diferentes oficinas públicas creadas en el marco de la campaña.⁵⁰

En el tercer grupo están las publicaciones médicas. A través de tesis de grado, libros y folletos de divulgación, revistas científicas, informes de médicos, artículos publicados en prensa, memorias de congresos nacionales e internacionales, pude acceder a los diagnósticos de los médicos sobre las enfermedades y condiciones sociales que afectaban a las madres y sus hijos pequeños, y las medidas que proponían para combatirlas. Además, esta fuente arroja alguna información sobre el funcionamiento de los servicios estatales.⁵¹ Por último, el cuarto grupo corresponde a los documentos que logré recopilar en el Rockefeller Archive Center (RAC). Allí pude obtener información acerca de la cooperación de la Fundación Rockefeller con el Gobierno colombiano para formar enfermeras profesionales y sobre sus relaciones con las autoridades políticas nacionales para delinear las políticas de salud pública en el país.⁵²

Estructura

Para la exposición de los resultados he decidido privilegiar el criterio diacrónico con el fin de entrelazar las diferentes dimensiones que concurren en la producción y ejecución de la campaña sanitaria objeto de estudio. Por tanto, la investigación está organizada en cuatro capítulos. El primero titulado “Los médicos y el problema de la infancia: la configuración de un objeto de intervención social a principios del siglo XX”, define el interés del gremio médico bogotano por comprender las causas de la mortalidad infantil y definir posibles soluciones, principalmente, llamar la atención del Estado para hacer de la protección materno-infantil un asunto de política pública. Además, se expone el surgimiento de la dupla

⁵⁰ Una búsqueda detenida en el Archivo General de la Nación (Bogotá) me ha permitido localizar algunos oficios y pagos sobre el asunto de la protección materno-infantil entre 1918 y 1938 que están dispersos en los fondos del Ministerio de Instrucción Pública, Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Gobierno.

⁵¹ Los principales títulos consultados fueron: el *Repertorio de Medicina y Cirugía*, *Revista Clínica*, *Revista Médica de Bogotá*, *Revista de la Facultad de Medicina*, *Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura*. Cabe aclarar que estos títulos no se conservan en su totalidad en los repositorios.

⁵² Accedí a algunos números de prensa obrera del periodo que muestran las demandas y posturas de los trabajadores ante los problemas sociales. Como fueron pocos los que logré consultar, no fueron agrupados dentro de la organización expuesta.

madre-hijo como un segmento social desprotegido y la necesidad de crear nuevas instituciones para su beneficio.

Las peticiones y sugerencias médicas para incluir a la primera infancia y las mujeres pobres y trabajadoras en el proyecto de nación, tuvieron eco en la discusión y sanción de las primeras leyes de protección y asistencia a la infancia en Colombia en un contexto político que buscaba dar solución a la “cuestión social”. Este es el tema del segundo capítulo que lleva por título “Las bases legales de la protección infantil en Colombia: demandas sociales, pacto político y proceso legislativo, 1920-1925”. En el tercer capítulo, “Emergencia de la campaña de protección infantil en Bogotá, 1928-1931”, procuro evidenciar cuáles fueron los primeros pasos en la implantación y puesta en marcha de la legislación social aprobada a mediados de los años veinte. Allí se muestra de qué manera la campaña inició en Bogotá bajo la dirección de autoridades sanitarias (nacionales y locales) que se interesaron por abrir nuevos servicios hasta el momento inexistentes en el país y por formar personal técnico femenino que sirviera de enlace entre los preceptos médicos y los hogares más pobres de la ciudad. Esta labor se realizó con la cooperación de la Fundación Rockefeller y dio como resultado la creación de una escuela de enfermeras visitadoras.

Con el arribo de los liberales al poder en 1930, la campaña experimentó una serie de significativos cambios en materia institucional y de cobertura. De este modo, en el cuarto y último capítulo titulado “Regenerar la infancia y asistir a la madre: la expansión de una política social, 1932-1938” se estudia el proceso de centralización de la higiene nacional y sus impactos en la creación de oficinas dedicadas exclusivamente a la atención de la infancia. Expondré cómo se pasó de las campañas específicas –dedicadas a un solo problema, en este caso la mortalidad infantil– al modelo estadounidense de los servicios coordinados. Gracias a este cambio impulsado por el nuevo contexto político y el cambio generacional de los principales promotores de la campaña, fue posible la expansión de la política por fuera de Bogotá, lo cual implicó la unión de esfuerzos de autoridades políticas y particulares en un entrelazamiento de las directrices nacionales y dinámicas locales que otorgaron un cariz propio a la intervención estatal en torno a la infancia y la maternidad.

CAPÍTULO I

LOS MÉDICOS Y EL PROBLEMA DE LA INFANCIA: LA CONFIGURACIÓN DE UN OBJETO DE INTERVENCIÓN SOCIAL A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX e inicios del XX, la formación académica de médicos colombianos como pediatras en universidades inglesas, estadounidenses y francesas permitió el surgimiento de un interés científico por explicar y remediar las razones que provocaban la muerte sistemática de los niños.⁵³ La comunidad médica pretendió cambiar la comprensión del fenómeno e indicar las diversas enfermedades y problemas sociales que afectaban directamente la salud y el bienestar infantil. En su opinión, la defensa de la población residía en la garantía de un organismo saludable desde el embarazo y en enseñar a las madres a seguir las recomendaciones de los expertos. Además, plantearon la obligación que debían asumir las autoridades estatales con la niñez a través de reformas y medidas proteccionistas que convirtieran la salud infantil en un componente central del proyecto modernizador del país.⁵⁴

La emergencia de un gremio profesional y la creciente medicalización de la pobreza permitieron el develamiento de las tasas de mortalidad infantil que indicaban el poco o mucho grado de prosperidad alcanzado por un país.⁵⁵ Si los niños significaban el futuro y la riqueza de una nación, sus muertes eran una amenaza a la existencia de una población numerosa y sana, a la par que un obstáculo para la modernización, civilización y crecimiento de las naciones.⁵⁶ Este vínculo entre el bienestar infantil y el progreso nacional ayudó a reforzar la necesidad de obtener una “raza” vigorosa por medio de los cuidados “racionales” propuestos

⁵³ RODRÍGUEZ, “La pediatría”, pp. 361-364.

⁵⁴ La puericultura fue concebida por Alfred Pierre Caron en 1864 y difundida por Adolphe Pinard quien la definió como “la ciencia que tiene por objeto la investigación de los conocimientos relativos a la reproducción, a la conservación y al mejoramiento humano”. Desde esta perspectiva, los cuidados de la madre, desde su embarazo, eran fundamentales para la obtención de personas sanas. Para mayor información, consúltese: GARCÍA GONZÁLEZ y ÁLVAREZ PELÁEZ, *En busca de la raza perfecta*, pp. 117-118; CAROL, *Histoire de l'eugénisme*, pp. 38-50.

⁵⁵ La *medicalización* hace referencia a la asignación de comportamientos y aspectos de la vida social al control médico, comprendidos dentro de las nociones de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad. FOUCAULT, “Historia de la medicalización”, pp. 1-25.

⁵⁶ NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 111-124; GALLO VÉLEZ y MÁRQUEZ VALDERRAMA, “La mortalidad infantil”, pp. 57-89; BIRN, “No More Surprising?”, pp. 17-24.

desde la medicina. Detener el “retroceso de la raza”, manifestado en el deterioro fisiológico y mental de los habitantes y la despoblación, sería posible con asistencia e higiene.

En el presente capítulo mostraré cómo desde principios del siglo XX, los médicos colombianos lideraron una serie de propuestas a favor de la primera infancia con base en referentes internacionales, especialmente franceses. A través de sus publicaciones y reuniones, elaboraron y difundieron argumentos para explicar las razones de las altas cifras de mortalidad infantil en el país e hicieron peticiones al Estado para transformar tal situación. Esta cuestión la abordaré en el primer apartado. En el segundo expondré de qué manera el gremio médico criticó la beneficencia pública por carecer de recursos técnicos y científicos al tiempo que solicitó el tránsito hacia la asistencia pública. Las condiciones económicas, sociales y políticas desfavorables a sus pretensiones obligaron a los médicos a intervenir “científicamente” los pocos servicios existentes y a crear algunos nuevos bajo su orientación y por iniciativa particular. Estos servicios llegarían a suplir la indiferencia respecto a una franja de la población que hasta el momento no recibía atención pública ni privada: la primera infancia y la maternidad pobre.

DIAGNÓSTICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL: CAUSAS Y MEDIOS PARA COMBATIRLA

Lisa Featherstone afirma que, con la inclusión de los pediatras en las universidades, hubo un giro en la forma de observar a la madre y a su hijo. Desde finales del siglo XIX, las investigaciones y los cursos que habían estado concentrados en comprender especialmente los ciclos de gestación y la atención del parto hospitalario, se transformaron para estudiar por separado el cuerpo del niño y de la mujer. Esto impulsó la preocupación médica –y luego social– por el problema de la mortalidad infantil y la vida del lactante, para lo cual se prestó especial interés a la higiene y la puericultura.⁵⁷

En el caso colombiano, este giro se presentó con la introducción desde 1906 de la cátedra de Clínica Infantil en la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de Bogotá.⁵⁸ La iniciativa de crear clases especializadas de medicina infantil correspondió al médico pediatra José Ignacio Barberi quien instituyó una cátedra gratuita

⁵⁷ FEATHERSTONE, “Infant ideologies”, pp. 131-132.

⁵⁸ Desde 1911 se ofreció la materia de Clínica Infantil en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. CÓRDOBA PALACIO, “Anotaciones sobre la historia de la pediatría”, p. 10.

sobre el tema en su casa antes de que fuera aprobada en la Universidad Nacional.⁵⁹ Este médico, profesor y político también fundó el Hospital de La Misericordia con énfasis en la atención de las enfermedades de los niños pobres donde los estudiantes realizaban sus prácticas.⁶⁰ Las clases estuvieron a cargo de los médicos Barberi, Guillermo Márquez y José María Montoya.⁶¹ Bajo la orientación de estos profesores, se formaron distinguidos pediatras (como Calixto Torres Umaña y Jorge Bejarano) que elaboraron estudios sobre las enfermedades infantiles, se dedicaron a orientar a las madres en la crianza de sus hijos y propusieron medidas para los cuidados científicos de la niñez.⁶²

Con base en las observaciones realizadas en el desarrollo de los cursos, estudiantes y maestros elaboraron diagnósticos que buscaban entender por qué era tan frecuente la muerte de los niños en el país. La situación era preocupante y por tanto un problema social. Para 1900 calculaban 250 muertes por cada mil nacidos vivos, las cuales representaban más del 70% de las defunciones totales correspondientes a niños menores de cinco años. Estas cifras se mantuvieron hasta 1930 cuando descendió a 200 muertes por cada mil nacimientos.⁶³ Para una mejor comprensión del fenómeno se asumió una clasificación de la niñez por rangos de edades así: la primera infancia hacía referencia a los bebés desde su nacimiento hasta los dos años de edad, momento considerado el más peligroso donde la vida de los niños requería la mayor vigilancia de la madre y el médico. La segunda infancia comprendía a los niños entre los dos a cinco años, edad menos delicada, pero en la que seguían siendo propensos a contraer enfermedades. Finalmente, los escolares, entre los seis y quince años, etapa en la que

⁵⁹ José Ignacio Barberi (1855-1940) estudió medicina en la Universidad Nacional de Colombia y se especializó en pediatría en Liverpool. Fue concejal, diputado, representante y secretario de gobierno de Cundinamarca. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 97-98.

⁶⁰ En ocasiones, el Hospital de La Misericordia hacía las veces de asilo ya que algunos padres dejaban abandonados allí a los niños enfermos. “Una visita al Hospital de La Misericordia”, *El Tiempo*, (20 de febrero de 1924); portada; SÁNCHEZ AVELLA, “Hospital de La Misericordia”, p. 263. Sobre el caso mexicano, consúltese: DEL CASTILLO TRONCOSO, “La visión de los médicos”, pp. 10-16.

⁶¹ José María Montoya estudió en Estados Unidos y era especialista en ortopedia infantil. Fundó la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el Hospital San José y la revista *Repertorio de Medicina y Cirugía*. Guillermo Márquez estudió pediatría en París. CÁCERES Y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, p. 104; RODRÍGUEZ, “La pediatría”, pp. 365-366; VARGAS RUBIANO, *Universidad Nacional*, pp. 111-122; ÁLVAREZ TELLO, ““Para cuidar un ser””, pp. 7, 41-50.

⁶² Para mayor información, consúltese: OBREGÓN TORRES, *Sociedades científicas*, pp. 84-88. MUÑOZ y PACHÓN, *La niñez en el siglo XX*, pp. 27-39; RODRÍGUEZ, “La pediatría”, pp. 364-374.

⁶³ RUEDA PLATA, “Historia de la población”, p. 364.

comenzaban a desarrollar su capacidad intelectual y en la que pasaban al control de la escuela y el maestro.⁶⁴

Con base en esta clasificación, los estudios médicos concentraron sus esfuerzos en la primera infancia al ser la edad más vulnerable. Apoyados en investigaciones realizadas para los principales países europeos, los médicos colombianos sostenían que había razones de tipo social y sanitario que explicaban el problema de la mortalidad infantil.⁶⁵ En cuanto a las causas sociales, destacaron la ilegitimidad, el abandono y la ignorancia de las madres.⁶⁶ Tal diagnóstico dejaba de lado una eventual responsabilidad del Estado en asuntos desatendidos como la sanidad urbana, las precarias condiciones laborales que llevaban a la miseria y el desplazamiento de población del campo a la ciudad producto de la transformación de la estructura económica. En contraste, los médicos enfatizaron en los malos comportamientos de los mismos pobres como factor fundamental de las altas tasas de muerte infantil, hábitos que debían ser transformados por los expertos a partir de la higiene y la profilaxis.⁶⁷

La ilegitimidad

De las mujeres se esperaban actitudes y comportamientos relacionados con la imagen de la Virgen María como la virginidad, el recato, el pudor, la vergüenza, la inocencia y la buena reputación. Por tanto, la sexualidad femenina solo era bien vista si estaba en el marco del matrimonio católico y buscaba la procreación legítima. Los hijos de madres solteras eran ilegítimos por Ley y considerados socialmente como el “fruto del pecado” que visibilizaba el quebrantamiento de los valores de una “buena” mujer.⁶⁸ Tal situación las hacía vulnerables al escándalo público y al desprestigio familiar.⁶⁹ Para evitar la fuerte reprobación social, algunas mujeres decidían abortar, matar o abandonar a su hijo recién nacido con el fin de ocultar su “deshonra”. Ese temor a que por una “mala conducta” se afectara su imagen ante

⁶⁴ NEDELECK, *Guía de las madres de familia*, passim.

⁶⁵ ÁLVAREZ TELLO, ““Para cuidar un ser””, pp. 37-58.

⁶⁶ MUÑOZ y PACHÓN, *La niñez en el siglo XX*, pp. 44-64.

⁶⁷ Sobre las causas de la mortalidad para el caso chileno, consúltese: MAC-CLURE, *En los orígenes de las políticas sociales*, pp. 146-148.

⁶⁸ El artículo 6° de la Ley 57 de 1887, definió por hijos legítimos aquellos concebidos durante el matrimonio de sus padres o los legitimados por el matrimonio de los mismos, posterior a la concepción. Todos los demás eran considerados ilegítimos. “Ley 57 de 1887 (15 de abril), sobre adopción de Códigos y unificación de la legislación nacional”, *Diario Oficial*, (20 de abril de 1887), p. 437.

⁶⁹ El escándalo suponía formas desordenadas de conducta que rompían con la moral pública y con las concepciones religiosas.

la sociedad, que se hicieran públicos los comportamientos realizados en el marco de la vida privada, en ocasiones era más fuerte que el miedo a los castigos divinos. En este sentido, preferían salvar el honor personal a costa de cometer un pecado o un delito, pues el valor simbólico del honor contaba con peso real en las relaciones interpersonales y colectivas.⁷⁰

Para los médicos, era fundamental cambiar la imagen negativa y el rechazo que generaban las madres solteras en la sociedad para evitar que ellas actuaran en contra de sus hijos, al tiempo que consideraban importante acabar con las actitudes de indiferencia de los padres que constantemente desamparaban a las mujeres con sus “bastardos”.⁷¹ La falta de apoyo paterno, obligaba a muchas madres a trabajar por fuera del hogar para conseguir el sustento, motivo por el cual dejaban a sus hijos en las casas sin los cuidados maternos, los abandonaban en el Hospicio donde la mortalidad infantil campeaba, o los ponían en manos de gente “inexperta” que no brindaba los cuidados ni la alimentación adecuada.⁷² A la mujer en dicha situación había que reconocerle su misión de madre por encima de cualquier circunstancia que rodeara su vida personal o sus comportamientos. Cabe señalar que las madres solteras pocas veces encontraban socorro en la caridad. Por tanto, los médicos resaltaban la necesidad de ayudarlas cuando eran cabeza de familia, apoyarlas durante el embarazo y enseñarles acerca de la crianza de sus niños.⁷³

Los números fueron de una herramienta fundamental para elaborar un diagnóstico de la situación a intervenir y definir posibles soluciones. En este caso, una forma revelar de manera más objetiva el problema de la mortalidad infantil en relación a la ilegitimidad. Cabe señalar que los datos que brindaba la Oficina General de Estadística eran tenidos por erróneos o aproximados por dos razones: la primera, porque desde 1914 era permitido que personas

⁷⁰ GUTIÉRREZ URQUIJO, “Los delitos de aborto e infanticidio”, pp. 159-177. Para mayor información, consúltese: NÚÑEZ CETINA, “Reforma social, honor y justicia”, pp. 68-113; SPECKMAN GUERRA, “Morir a manos de una mujer”, pp. 295-319; RUGGIERO, “Honor, maternity”, pp. 353-373.

⁷¹ A pesar de que los hijos ilegítimos fueron una parte importante de la población en Colombia durante el siglo XIX y el XX, son mínimos los estudios cuantitativos o cualitativos sobre este fenómeno en el país. Para mayor información, consúltese: URREGO, *Sexualidad, matrimonio y familia*, pp. 224-229; PACHÓN C., “La Casa de Corrección”, pp. 323-357; FROYSLAND, ““Para el bien común””, pp. 209-217; DUEÑAS VARGAS, *Los hijos del pecado*, passim.

⁷² ENCISO, Enrique, “Mortalidad infantil en Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:3, (diciembre de 1923), pp. 146-147.

⁷³ Beatriz Castro pone el ejemplo de la Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín que negaba en sus estatutos la ayuda a estas madres. CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 87. Sobre las madres solteras y la ilegitimidad, consúltese: TWINAM, “Honor, sexualidad”, p. 130; GARCÍA PEÑA, “Madres solteras”, pp. 647-692; MILANICH, “Perspectiva histórica”, pp. 246-248; SANDERS, *Gender and Welfare*, pp. 73-75.

que ejercían sin titulación o que carecían de conocimientos médicos certificaran la causa de una muerte cuando no hubiera en el lugar médico titulado. La segunda fue la inexistencia del registro civil obligatorio que dejaba a muchos niños, sobre todo ilegítimos, sin registrar en la parroquia.⁷⁴ Además, era innegable la desconexión entre esta oficina y las autoridades de higiene.⁷⁵

A pesar de lo anterior, en sus estudios y reportes muchos médicos se aventuraron a exponer cifras que hacían pasar por certeras. Según el doctor Enrique Enciso, entre 1912 y 1919, el 41.64% de los niños nacidos en Bogotá eran ilegítimos.⁷⁶ Esta cifra implicaba que casi la mitad de los recién nacidos podían ser víctimas fáciles de la muerte pues, según estudios realizados para otras naciones, los niños nacidos por fuera del matrimonio morían hasta un doble en proporción que los legítimos. Por tanto, en las ciudades donde era mayor la ilegitimidad, indiscutiblemente la mortalidad infantil era más elevada. Sin detenerse en especificar las fuentes de donde tomó los datos, Enciso mostró que la totalidad de ilegítimos era más baja en países como Estados Unidos e Inglaterra donde la infancia era considerada la fuente más poderosa de riqueza. Entre tanto, en las ciudades hispanoamericanas el porcentaje era alto debido a que las leyes de protección a la mujer y la infancia dejaban mucho que desear. Así, Londres y Nueva York tenían menos de un 10% de muertes de ilegítimos; Madrid, Río de Janeiro y Buenos Aires menos del 20%, mientras que Bogotá estaba muy por encima de estas cifras llegando al 40%, solamente superada por Santiago de Chile y otras ciudades colombianas como Cali que registraban más del 50%.⁷⁷

La relación causal que plantearon entre ilegitimidad y mortalidad infantil llevó a que este fenómeno fuera asociado negativamente a las enfermedades, los desórdenes sociales y la escasa civilización de los países.⁷⁸ Especialmente, a los problemas que afectaban a los bebés desde la concepción y contribuían directamente a la “degeneración de la raza” como

⁷⁴ MUÑOZ y PACHÓN, “Mortalidad infantil”, p. 110.

⁷⁵ La Oficina General de Estadística tuvo varios inconvenientes para su eficaz funcionamiento como fue la escasez de personal, dificultades en la recolección de datos fiables, la restricción de información a pocos departamentos del país y el interés por recolectar únicamente datos relacionados con el comercio. ESTRADA, “La valeur des chiffres”, pp. 221-236.

⁷⁶ Enrique Enciso estudió Salud Pública en Estados Unidos entre 1920 y 1922 con una beca otorgada por la Fundación Rockefeller. Enciso, Enrique. RAC, RFR, F, Fellowship Recorder Cards, RG 10.2, caja 10; NETO, QUEVEDO y RODRÍGUEZ, “Vital Brazil”, p. 236.

⁷⁷ ENCISO, Enrique, “Mortalidad infantil en Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:3, (diciembre de 1923), pp. 146-147; TROCONIS, “Apuntaciones sobre la mortalidad infantil”, pp. 16-18.

⁷⁸ BIERNAT y RAMACCIOTTI, *Crece y multiplicarse*, p. 37.

los llamados “flagelos sociales”, “enfermedades sociales” o “venenos raciales” (sífilis, tuberculosis y alcoholismo) y la prostitución.⁷⁹ Con base en la creencia de que los caracteres adquiridos podían ser heredados, los médicos higienistas buscaron dirigir las conductas para prevenir los defectos físicos y morales de la población. Cabe advertir que la “eugenesia preventiva”, como la define Nancy Stepan, abordó los resultados sociales altamente complejos de la miseria y la pobreza con metáforas biológicas de herencia y mejora de la “raza”.⁸⁰ Por tanto, se buscó la erradicación de las enfermedades y conductas propias de los sectores pobres de la sociedad que condujeran a degeneraciones permanentes mediante la acción social, moral y médica.⁸¹

Crear una “raza fuerte”, libre de taras hereditarias, solo podía ser producto de familias bien constituidas que aseguraran la “defensa” de los niños desde el momento del embarazo y de madres instruidas sobre su responsabilidad para evitar los vicios y las enfermedades que podían ser transmitidas a sus hijos genéticamente. Una familia conformada por una madre y un padre garantizaba la protección de los hijos con buena alimentación, mejor cuidado y un buen ambiente material y moral para crecer, mientras que una madre soltera tenía mayor riesgo de caer en la miseria. A su vez, la cohabitación y las uniones ilícitas eran vistas como promotoras de enfermedades de todo tipo.⁸² Como medida preventiva, tanto de la ilegitimidad como del infanticidio y del abandono de los niños, se consideró preciso que Colombia siguiera el ejemplo de Francia con la expedición de leyes dirigidas a la investigación de la paternidad, recurso que estaba prohibido por ley.⁸³ Además, se procuró volcar en la mujer la responsabilidad de garantizar el porvenir físico y moral de la población para fortalecer el

⁷⁹ JALIL-PAIER y DONADO, “Socio-political implications”, pp. 486-496; JALIL-PAIER, “Gender as pathology”, pp. 243-276.

⁸⁰ Aunque en Colombia no hubo instituciones de eugenesia como en Argentina, México o Cuba, ni revistas especializadas o encuentros nacionales sobre el tema, sus médicos estaban inmersos en los circuitos de intercambio de ideas, conocían las discusiones internacionales al respecto y proponían a los gobiernos medidas concretas acordadas en aquellos espacios. OLAYA, “Eugénisme et politiques de population”, pp. 385-492. Para mayor información, consúltese: MIRANDA, *¡Madre y Patria!*, pp. 36-40; GARCÍA GONZÁLEZ y ÁLVAREZ PELÁEZ, *En busca de la raza perfecta*, pp. 115-168; SAADE GRANADOS, “El cultivo racional del pueblo”, pp. 74-130.

⁸¹ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, pp. 85-91, 101. Para mayor información, consúltese: REGGIANI, “Eugenesia, panamericanismo e inmigración”, pp. 59-79; SAADE GRANADOS, “El cultivo racional del pueblo”, p. 53.

⁸² CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 92.

⁸³ Las legislaciones en América Latina estuvieron basadas en el *Código Napoleón* que prohibía la investigación de la paternidad y restringía los derechos hereditarios de los hijos nacidos por fuera del matrimonio. SCARZANELLA, “Los pibes en el palacio de Ginebra”, p. 11. TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 37-40; PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las ‘Gotas de Leche’*, pp. 13-14.

Estado nacional. La civilización, el progreso y la democracia podían alcanzarse con la superación física e intelectual de los trabajadores, y allí el agente número uno de la higiene era la mujer en su función de madre y principal responsable del cuidado infantil.⁸⁴

“Ignorancia” de las madres, lactancia materna e inquietud por las trabajadoras

Según el diagnóstico médico, los niños morían principalmente por problemas digestivos provocados por una mala alimentación y por enfermedades respiratorias, como neumonía y bronconeumonía.⁸⁵ Ambos padecimientos, considerados prevenibles, se asociaron a la “ignorancia” de las madres que se traducía en prácticas inadecuadas, descuido y negligencia con el bebé. Por consiguiente, era deber del experto guiar a las madres en el “cuidado inteligente” con el propósito de eliminar falsas creencias, transformar las conductas populares con base en el conocimiento científico y obtener individuos saludables mediante la profundización del vínculo madre-hijo. El médico debía inculcar en las mujeres-madres la importancia de la higiene rigurosa para la prevención de enfermedades contagiosas y de la lactancia materna para impedir los desarreglos digestivos causados por el suministro de alimentación errónea en su cantidad o calidad.⁸⁶

Para 1912, la apreciación del médico Fernando Troconis era que la lactancia mixta, es decir, aquella donde se alternaba el seno con el uso del biberón –llamada lactancia artificial–, estaba muy generalizada entre las mujeres de las clases altas y bajas.⁸⁷ No obstante, las madres pobres añadían a la alimentación mixta el suministro de comidas “extrañas” para el organismo del bebé como sopas, papas, carne, mazamorra, chicha o utilizaban la leche pura de vaca o burra que contenía gérmenes y provocaban una digestión lenta.⁸⁸ Según la recomendación de los expertos, por falta de los elementos indispensables

⁸⁴ PEDRAZA, “El debate eugenésico”, pp. 148-149; PEDRAZA GÓMEZ, “Jorge Bejarano Martínez”, p. 395-403.

⁸⁵ En menor medida, los niños se veían amenazados por otras enfermedades como tuberculosis, sífilis, anemia, debilidad congénita y raquitismo. TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 16-34.

⁸⁶ ROBLEDO, *Higiene de la infancia*, pp. 15-17; CASAS, *Contribución al estudio*, pp. 12-13; PARDO REY, *Consideraciones sobre la lactancia artificial*, pp. 18-27. Para mayor información, consúltese: ARIZA CARDOZO, “Nodrizas, madres, médicos”, pp. 76-108; FEATHERSTONE, “Infant ideologies”, pp. 132-148.

⁸⁷ Fernando Troconis (1887-1945) estudió medicina en la Universidad Nacional y se especializó en neumología en París, Berlín y Londres. Fue profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y su secretario entre 1930 y 1931. También fue miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. CÁCERES Y CUELLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 133-134.

⁸⁸ A partir de 1880, la medicina colombiana comenzó a explicar las enfermedades por la influencia de los microorganismos. TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 37-40; PARDO REY, *Consideraciones sobre la lactancia artificial*, pp. 18-27.

para la masticación, ninguno de los alimentos suministrados al niño podía ser triturable, aun cuando la trituración fuera artificial. Estos debían ser líquidos e ingeridos por succión, por lo menos durante los primeros nueve meses donde la madre debía ser la única fuente de alimento pues proveía la energía necesaria para el niño. Con esta explicación se quería enaltecer y estimular la función de la leche materna en la vida del recién nacido y persuadir a las madres que no amamantaban a sus hijos.⁸⁹ Además denunciar los errores, reales o supuestos, que cometían con la alimentación artificial.⁹⁰

Toda persona medianamente observadora, habrá visto lo que es, sobre todo en las clases humildes, un biberón: un frasco grande, sucio, con un chupón de caucho, pegagoso [sic], lleno de tierra y de moscas [capital enemigo] y que contiene un poco de leche fría, más o menos fermentada. / Si el niño está de pocos meses, se le coloca en su cama, y para evitar que lllore se le pone el biberón en su boca y así se duerme: cuantas veces se despierta encontrará el alimento listo. Si es ya de más edad, acostumbran darle el biberón para que él mismo se lacte; unos ratos juega con él, arrastrándolo por todas partes y contaminándolo con todo lo que se encuentra, y, otros, llevándolo a su boca sin previa limpieza.⁹¹

El médico Luis Enrique Pardo Calderón planteaba que las mujeres de clase alta tenían por “sujeción” o “sacrificio” el hecho de lactar y ponían al cuidado de una mercenaria a su hijo para “seguir llevando una vida mundana” de eventos sociales. Entretanto, las de clase baja desatendían a su esposo y su hogar para vender “sin compasión” la leche que correspondía a su propio hijo. Esta relación entre las mujeres acomodadas que pagaban un precio y las pobres que cedían su seno, ponía en riesgo el bienestar de los niños de ambas, pues la una desconocía la calidad de la leche que se proporcionaba a su bebé y la otra abandonaba a su criatura dejándola sin su alimento natural. Estas prácticas, conocidas como “lactancia mercenaria”, aumentaban la mortalidad infantil en vez de reducirla.⁹²

Para disminuir la mortalidad infantil, era necesario que las madres siguieran dos principios de la higiene infantil: 1. Dar la lactancia al seno o, en su defecto, dar buena leche

⁸⁹ PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil*, pp. 9-10; DÍAZ V., *Apuntes sobre la alimentación*, pp. 9-24.

⁹⁰ La lactancia natural era proporcionada del seno por la madre o la nodriza. La lactancia artificial era la que se proveía con biberón y con leche de un animal, el requisito para su uso era que debía ser científicamente modificada. TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 16-34. Sobre la alimentación de los niños en México, consúltese: CARRILLO, “La alimentación ‘racional’ de los infantes”, pp. 250-245.

⁹¹ CARDONA CORREA, *Contribución al estudio*, pp. 28-29.

⁹² PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las ‘Gotas de Leche’*, pp. 12-13; PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil* p. 57; PARDO REY, *Consideraciones sobre la lactancia artificial*, p. 8. Sobre la lactancia mercenaria en Brasil, consúltese: MACHADO KOUTSOUKOS, “‘Amas mercenarias’”, pp. 311-312.

cuando aquella no era posible y 2. Seguir las reglas elementales de la puericultura.⁹³ A partir de estos preceptos, los médicos pretendían cambiar de manera especial la renuncia de las madres a amamantar directamente a su hijo en favor de la utilización de teteros y de nodrizas, comportamientos considerados perjudiciales para la salud del niño. Para ello, trataron de persuadirlas a través de publicaciones con instrucciones prácticas sobre higiene y lactancia, redactados en términos sencillos. Por ejemplo, la Dirección de Higiene y Salubridad de Bogotá en 1913 puso en circulación el folleto titulado *Los consejos a las madres y nodrizas redactados por la Comisión de Higiene de la Infancia de la Academia de Medicina de París* por recomendación de Troconis.⁹⁴ Este folleto también se imprimió en 1919 por la Dirección Departamental de Higiene de Antioquia y se difundió en el Departamento con el propósito de que en cada municipio las autoridades locales, los párrocos, los médicos y las sociedades constituidas por señoras de elite, se encargaran de propagar y hacer comprender los consejos allí consignados entre las personas pobres y analfabetas.⁹⁵

Debido a los “males” que producía la lactancia mercenaria y artificial, el gremio médico consideró de absoluta necesidad alentar a los gobiernos municipales la organización científica de la Gota de Leche para ayudar en la alimentación de los hijos de las madres menesterosas y promulgar una norma que siguiera el ejemplo de Francia con su Ley Roussel.⁹⁶ Esta Ley, promulgada en 1874 para atender el creciente problema de la alimentación a consecuencia de la guerra franco-prusiana y la alta participación de mujeres como fuerza de trabajo, prometió lactancia materna para los niños abandonados, licencia de maternidad y programas de salud infantil. El gobierno francés instituyó un ramo especial de protección a la primera edad, con oficinas especiales en las capitales municipales para vigilar la protección del niño, control médico de nodrizas y de los hijos de aquellas. Además, establecía que cuando una madre confiara a un niño menor de dos años a una nodriza, ese infante pasaba inmediatamente a ser objeto de vigilancia de las autoridades públicas para

⁹³ RODRÍGUEZ OCAÑA, “La construcción de la salud infantil”, pp. 19-24; BALLESTER y BALAGUER, “La infancia como valor”, pp. 190-192.

⁹⁴ DIRECCIÓN DE HIGIENE Y SALUBRIDAD, *Los consejos a las madres*, pp. 1-8.

⁹⁵ Informe del año de 1919, Dr. V. Peláez; Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1921; Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1922. AHA, FSH, Informes, años 1921-1932, 1925.

⁹⁶ En el capítulo II muestro de qué manera se expidieron las primeras leyes en Colombia a favor de la protección a la infancia que, aunque distó de los alcances que tuvo en Francia, fue el inicio de la intervención estatal en este sentido.

proteger su vida y salud. En este sentido, tanto la nodriza como los padres quedaban sometidos también a la vigilancia estatal. Con el programa de la Gota de Leche, se promovía la alimentación complementaria con leche de nodrizas y la educación en puericultura para las madres pobres con el fin de estimular la lactancia natural.⁹⁷

Con base en el modelo francés, las madres se convirtieron en el principal problema y al mismo tiempo en la potencial solución para prevenir las muertes infantiles. De su papel social (cuidar y amamantar) y de su comportamiento sexual dependía la vida del niño. Por tanto, el conocimiento médico debía contribuir a recordarles sus “deberes naturales”, es decir, convencerlas de que eran las mejores nodrizas de sus hijos y que su propia leche ayudaba a producir niños robustos con poco riesgo de sufrir las perturbaciones gastrointestinales que solían tener con el biberón.⁹⁸ El planteamiento de Adolphe Pinard de que “debe sostenerse el derecho del niño a la madre”, era un pilar fundamental para que el país consiguiera aumentar la población, ubicándose a la par de las naciones más “respetables” donde la natalidad aumentaba o se mantenía, y en las que el niño era fuerte, sano y vigoroso.⁹⁹ Este ideal que caracterizaba a los países civilizados solo podría alcanzarse en Colombia si se fomentaba una buena higiene alimenticia y se eliminaban los prejuicios populares que existían contra los consejos médicos. Igualmente, si el gobierno colombiano dejaba su apatía hacia la maternidad y la infancia asumiendo la obligación de brindar asistencia y protección a las madres y los niños.¹⁰⁰

En 1920, el pediatra e higienista Jorge Bejarano recomendaba seguir a países como Francia, Alemania y Estados Unidos donde se habían fundado instituciones que promovían la buena crianza de los niños y establecido medidas para favorecer la maternidad.¹⁰¹ Para

⁹⁷ Para mayor información, consúltese: ROLLET, “La protection de l’enfance”, p. 33; COVA, “El feminismo y la maternidad”, pp. 215-244; BOCK, “Pobreza femenina”, pp. 438-478.

⁹⁸ Como afirma Rima Apple para Estados Unidos, las elites médicas dedicaron bastante espacio a la discusión sobre el problema de la crianza y la nutrición infantil para contrarrestar los altos índices de mortalidad infantil. Por tanto, se vincularon al análisis y evaluación de los alimentos para lactantes con el fin de determinar cuál era la nutrición adecuada cuando la leche materna no era apta o en caso que la madre no pudiera suministrarla por el trabajo. APPLE, *Mothers and Medicine*, pp. 15-94.

⁹⁹ CASAS, *Contribución al estudio*, pp. 9-15; TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 37-40.

¹⁰⁰ ARIZA CARDOZO, “Nodrizas, madres, médicos”, pp. 77-80. Para el caso de Argentina y México, consúltese: AGOSTONI, “Discurso médico, cultura higiénica”, pp. 1-22; BILLOROU, “La constitución de la puericultura”, pp. 142-161.

¹⁰¹ Jorge Bejarano publicó dos manuales de puericultura: *La madre y su primer bebé* (1919) y *El libro de la maternidad* (1924). En estos libros, dirigidos especialmente a las madres primerizas, Bejarano insistió en la importancia de los cuidados durante el embarazo, de los niños en sus primeros años de vida y en la centralidad de la lactancia materna. RODRÍGUEZ, “La pediatría”, pp. 368-369.

proteger a la embarazada y a la madre trabajadora, en aquellos países se crearon maternidades modernas, escuelas de maternidad, sociedades de seguros que pagaban a las madres trabajadoras la mitad de su salario durante los últimos meses de su embarazo y los primeros después del parto, casas donde dejaban a sus hijos mientras trabajaban y lugares anexos a las fábricas que favorecían el cuidado del niño. Igualmente, había asilos donde las futuras madres descansaban de sus labores y de paso eran instruidas respecto de las funciones maternas. La consolidación de éstas y otras instituciones como las dirigidas a niños ciegos, anormales o débiles, eran para Bejarano el indicativo de que “cuanto más fuertes y civilizados son los pueblos, más intenso es su culto por los niños; más ven en ellos el porvenir de su país y de sus razas.”¹⁰²

El estado de cosas en Colombia era muy diferente pues solo los hospitales en Bogotá, Medellín y Barranquilla tenían salas de maternidad donde atendían a las mujeres únicamente en el trabajo de parto.¹⁰³ Esta situación traía múltiples complicaciones mortales para la madre y el niño e implicaba el nulo seguimiento médico a las condiciones de crecimiento y crianza del recién nacido.¹⁰⁴ En vista que las únicas embarazadas que acudían a las salas de maternidad eran las “madres desvalidas”, que no contaban con apoyo familiar ni empleo, muchos de los recién nacidos eran abandonados:

[...] Las pobres madres que van a nuestra maternidad [Hospital San Juan de Dios], pertenecen a las ínfimas clases sociales o son pobres labriegas venidas de los alrededores y que llegan siempre al hospital, en la más absoluta de las miserias. Una vez cumplido el plazo que los reglamentos de la casa les conceden para que permanezcan allí, es necesario despedirlas, y las infelices no saben qué camino coger, según su propia expresión. Un niño en los brazos —parece mentira— hace que todas las puertas se cierren delante de la joven madre. No puede colocarse como sirvienta, el niño estorba. No puede trabajar en los talleres, el niño está de sobra. No puede trabajar en el campo, las fuerzas faltan para las rudas labores y las puertas del hogar paterno están cerradas para ella. El niño, piensa en ella, es la causa de tanta miseria, de tanto dolor, y enloquecida por el hambre, sin poder alimentar a su hijo por falta de alimento para sí misma, lo mata o lo abandona, creyendo poner término a sus miserias.¹⁰⁵

Junto al problema de las madres solteras sin empleo, estaban las obreras embarazadas. La formación de núcleos urbanos, el aumento de la actividad manufacturera y la demanda de

¹⁰² BEJARANO, Jorge, “La mortalidad infantil en el Hospicio de Bogotá”, *El Tiempo*, 6 de junio de 1920, p. 3; PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil*, p. 91.

¹⁰³ GARTNER, *Notas sobre puericultura pre-natal*, pp. 49-50.

¹⁰⁴ “La sala de maternidad”, *El Tiempo*, (17 de febrero de 1924), p. 6.

¹⁰⁵ MANRIQUE, Julio, “La mortalidad infantil”, *El Tiempo*, 13 de octubre de 1923, p. 1; “Mortalidad infantil”, *El Tiempo*, 18 de mayo de 1924, p. 3.

trabajadores, propiciaron la apertura de trabajos para las mujeres fuera del hogar en almacenes, talleres o fábricas.¹⁰⁶ El trabajo femenino fue considerado un factor principal de la muerte de los niños de las clases pobres, pues impedía que las madres atendieran debidamente a sus hijos y la higiene de sus hogares. Por si fuera poco, durante el embarazo las trabajadoras hacían grandes esfuerzos físicos que daban como resultado nacimientos prematuros de niños debilitados. Ellas debían tener, según Pinard, un periodo de reposo y asistencia materna para evitarle cualquier dificultad:

Todo trabajo fatigante ejecutado por la mujer en los últimos días de la preñez, repercute desfavorablemente sobre el desarrollo del niño. El útero grávido se desarrolla en la cavidad abdominal y cualquier causa que impida ese desarrollo o que tienda a hacerlo descender en la excavación pelviana, favorece la expulsión prematura el feto. La fatiga y la prolongada permanencia de pie no podrán obrar sino en este sentido. Toda mujer encinta, con recargo de trabajo, está, pues, por este sólo hecho, expuesta más que cualquiera otra al aborto o a dar nacimiento a un niño muerto.¹⁰⁷

El interés por la salud de la madre solo era relevante en relación al bebé que esperaba. Las angustias y complicaciones que podía significar para la embarazada el trabajo extenuante era un problema que la higiene debía resolver en pro de su capacidad reproductiva, de amamantar y de cuidar a su hijo. En relación a esta cuestión, el médico Herman Gartner se quejaba de que en otros países había medios “más o menos perfectos” de protección, mientras que en Colombia no había ninguno. Aunque creía que el país carecía de grandes centros industriales y, por tanto, de un “verdadero problema obrero”, consideraba que sí estaba cerca de que las empresas recurrieran cada vez más a contratar mujeres, motivo que debía llamar la atención del Estado para tomar medidas graduales conforme a las necesidades.¹⁰⁸

Para Gartner, las nuevas condiciones de industrialización obligaban a muchas mujeres a trabajar en una fábrica o taller porque el salario del hombre era insuficiente para cubrir los gastos del hogar. Cuando salían del trabajo, aquellas debían seguir en su casa con los quehaceres domésticos, cuidar a su hijo y atender a su esposo, mientras éste buscaba “la diversión en la calle”. Esta concepción sobre los roles de género eran para Gartner una “ley”

¹⁰⁶ ARCHILA, *Cultura e identidad obrera*, p. 98.

¹⁰⁷ GARTNER, *Notas sobre puericultura pre-natal*, pp. 44-45. Según Adolphe Pinard, había una estrecha relación entre el crecimiento del niño y las condiciones de su nacimiento y la salud de la madre durante el embarazo. El médico francés distinguió dos tipos de herencia que contribuían a la formación del recién nacido: la concepcional (que se transmite por los padres) y la uterina (transmitida de la madre al embrión que ella porta). La segunda se podía mejorar con el reposo de la mujer en cinta. CAROL, *Histoire de l'eugénisme*, pp. 38-50.

¹⁰⁸ GARTNER, *Notas sobre puericultura pre-natal*, p. 49.

imposible de modificar. La solución que planteó fue ayudar a estas mujeres cuando más lo necesitaban, es decir, en el momento que llevaba consigo un nuevo ser. En consonancia, los médicos solicitaron la expedición de una ley que protegiera a la potencial madre trabajadora con el fin de evitar consecuencias nefastas como el aborto, el abandono o el infanticidio a razón de no conseguir trabajo o por miedo a perderlo.¹⁰⁹

Los médicos interpelan al Estado

Con la consigna de defender la niñez en su primera edad, los médicos advirtieron que la lucha individual y colectiva para enfrentar las enfermedades evitables en las madres y su descendencia requerían de la intervención estatal.¹¹⁰ Aquellos estaban convencidos de la importancia de su profesión para apoyar el papel del Estado en los servicios de salud e interesados en posicionar su labor en la sociedad y los cargos públicos.¹¹¹ Como profesionales encargados de estudiar la sociedad y encauzarla de acuerdo con los preceptos de la ciencia, hicieron un llamado para que las autoridades políticas ofrecieran servicios que hicieran seguimiento a las mujeres en estado de gravidez y fundaran instituciones especiales para atenderlas con sus recién nacidos. Tales establecimientos debían servir para vulgarizar los “cuidados inteligentes” que favorecieran la vida del bebé y bridle las atenciones necesarias durante su primera edad.¹¹²

Zalatiel Pérez, practicante de maternidad de la Universidad Nacional, sostenía que la protección del niño era un *derecho* que reclamaba cumplimiento y un *deber* del Estado. Éste debía velar por su desarrollo y educación, y atender a la madre en el “alumbramiento”.¹¹³ Cabe señalar que a principios de los años veinte, el Estado colombiano no consideraba la salud como un derecho de los individuos sino como un servicio que brindaba a los ciudadanos

¹⁰⁹ GARTNER, *Notas sobre puericultura pre-natal*, pp. 49-50.

¹¹⁰ Como afirma Anne-Emanuelle Birn, los médicos, bajo la influencia de la medicina francesa, tuvieron un rol fundamental en el movimiento regional en América Latina para favorecer la salud materno-infantil. BIRN, “No More Surprising Than a Broken Pitcher?”, p. 24.

¹¹¹ Para mayor información, consúltese: DÍAZ, “Raza, pueblo y pobres”, p. 46; CASTRO-GÓMEZ, “¿Disciplinar o poblar?”, pp. 44-55.

¹¹² Para mayor información, consúltese: ROOKE y SCHNELL, “Uncramping child life”, p. 177.

¹¹³ PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil*, p. 57; ENCISO, Enrique, “Mortalidad infantil en Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:3, (diciembre de 1923), pp. 144-152.

necesitados en forma de caridad pública. La salud era parte de la vida privada en la que cada quien resolvía sus problemas por medios propios.¹¹⁴

A través de publicaciones académicas, prensa, cátedras universitarias, foros públicos y cargos políticos, el gremio médico hizo escuchar sus demandas e interpelaron al Estado para que asumiera la apertura de instituciones de salud, la puesta en marcha de campañas preventivas y la expedición de marcos normativos y jurídicos.¹¹⁵ Colombia debía estar a la par de las naciones “civilizadas”. Seguir el ejemplo de los países europeos que tenían servicios dedicados a la salud infantil y organizaban asociaciones y reuniones científicas para debatir los problemas que aquejaban a los infantes.¹¹⁶ También alcanzar el nivel de otros países latinoamericanos como Argentina, Uruguay y México donde la infancia se había convertido en un tema prioritario, lo cual había permitido la realización de los congresos americanos del niño desde 1916 y la creación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que funcionó desde 1927 en Montevideo.¹¹⁷ Aunque el gobierno colombiano tenía presencia a través de delegados en reuniones internacionales de este tipo, por cuestiones de presupuesto no se adhirió a las instituciones creadas por estos años ni se interesó por discutir en los espacios gubernamentales las conclusiones a las que se llegaba en tales reuniones.¹¹⁸

¹¹⁴ El Estado solo se encargaba de la *higiene pública* que refería al manejo de aguas, salubridad de los puertos, control de establecimientos y de algunas enfermedades epidémicas. QUEVEDO VÉLEZ, HERNÁNDEZ ÁLVAREZ y MIRANDA CANAL, *Historia social de la ciencia*, pp. 176-186.

¹¹⁵ Para Argentina, Karina Ramacciotti señala que los médicos se convirtieron en el cuerpo profesional más organizado dentro de las intervenciones sociales. RAMACCIOTTI, *La política sanitaria*, p. 22.

¹¹⁶ Estados Unidos con *Children's Bureau* se propuso colaborar a los países sudamericanos a través del *Pan American Sanitary Bureau* (PASB). Aunque en los primeros años se dedicó a reportar y controlar enfermedades epidémicas, fueron los delegados que asistían a las conferencias sanitarias quienes presionaron el protagonismo de la salud de la maternidad y la infancia para PASB en los años posteriores a 1930. Solo hasta la década de 1940, la Oficina Sanitaria Panamericana identificó la salud materna e infantil como un área de importancia programática. SCARZANELLA, “Los pibes en el Palacio de Ginebra”, pp. 5-6; Para mayor información, consúltese: ROOKE y SCHNELL, ““Uncramping child life””, pp. 176-202; BIRN, ““No More Surprising Than a Broken Pitcher?””, pp. 17-46; KLAUS, *Every child a lion*, pp. 208-243.

¹¹⁷ Es pertinente mencionar que desde 1931 hubo intenciones de que Colombia se adhiriera al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, lo que se alcanzó solamente hasta 1942. “Informe de la Comisión de Instrucción Pública sobre el proyecto de ley “por la cual se da una autorización al Gobierno” (para adherir al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia)”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 125, (9 de diciembre de 1931), p. 932. Para mayor información, consúltese: NETTO NUNES, “La infancia latinoamericana”, p. 274.

¹¹⁸ C. Rodríguez Maldonado, encargado de Negocios *ad interim* de la legación colombiana en Bélgica, fue el designado para asistir al Primer Congreso Internacional de Protección a la Infancia realizado en Bruselas en 1913. En su informe hizo un resumen de los temas abordados y las conclusiones. Al siguiente año, el Encargado de Negocios de Bélgica en Colombia, A. Van der Stichele, recordaba al Ministro de Instrucción Pública la participación de Colombia en el Congreso y la importancia de ayudar a crear una Oficina Internacional para la

Los congresos médicos nacionales fueron los espacios donde los distintos especialistas presentaron sus estudios sobre los problemas nacionales y plantearon propuestas para resolverlos. En el Tercer Congreso Médico de Colombia, reunido en Cartagena en 1918, los asistentes hicieron recomendaciones para poner en práctica medidas que trajeran “el mejoramiento de la salubridad pública y la fortaleza de la “raza”, la disminución de la mortalidad y el acrecentamiento de progreso y bienestar general.” La lucha contra la mortalidad infantil y la protección a la infancia se consideraron temas primordiales de atención junto con la lucha contra la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo; la profilaxis de la anemia tropical; la organización de médicos escolares para colaborar junto con el maestro en “regenerar” el país; el saneamiento de ciudades y puertos, y el estudio de las inmigraciones.¹¹⁹

En cuanto a la niñez, el gremio médico consideró fundamental que el gobierno nacional y local llevara a cabo las siguientes disposiciones: establecer y fomentar la institución de la Gota de Leche y dispensarios para niños, organizar la asistencia pública en el país y dictar una ley de protección a la infancia.¹²⁰ Desde su perspectiva, a partir de la intervención política, los hijos de los pobres se convertirían en sujetos “productivos, regenerados y convenientes” para el proceso de industrialización, y se podría vigilar el trabajo femenino y los procesos de gestación, parto y crianza de los bebés.¹²¹ Situar la protección infantil como un asunto público apoyado y legitimado por la medicina tenía dos propósitos centrales: uno, lograr que el país se integrara el movimiento higienista internacional a favor de la infancia, el cual emergió a comienzos del siglo XX y que se intensificó luego de las nefastas consecuencias demográficas que dejó la Primera Guerra

Protección de la Infancia para lo cual era necesario que los gobiernos pagaran una cuota anual. En respuesta, el Ministro informó que Colombia no podía inscribirse a la *Unión Internacional para la Protección a la Infancia en la primera edad* por carecer de recursos. AGN, SAAII, FMIP, Serie Asuntos Internacionales: Informes, caja 2, carpeta 2, ff. 17r-28r; AGN, SAAII, FMIP, Serie Asuntos Internacionales: Informes, caja 2, carpeta 2, ff. 30r-40r. Sobre la participación de colombianos en los congresos de la infancia y sanitarios panamericanos, consúltese: OLAYA, “Eugénisme et politiques”, pp. 499-599.

¹¹⁹ “Tercer Congreso Médico”, *Revista Médica de Bogotá*, 426 a 428, (enero a marzo de 1918), pp. 28-54. Para mayor información, consúltese: SIERRA y SIMANCAS, “Tercer Congreso Médico Nacional”, pp. 163-172; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, p. 66; NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 107-109.

¹²⁰ Los dispensarios eran un tipo de clínica destinada a prestar asistencia médica y farmacéutica. JIMÉNEZ LÓPEZ, Miguel y Eliseo MONTAÑA, “Informe de los delegados del Departamento de Boyacá al tercer Congreso Médico de Colombia reunido en Cartagena en enero de 1918”, *Revista de Higiene. Órgano de la Junta Central de Higiene de Colombia*, 3, (diciembre de 1918), pp. 20-23.

¹²¹ PEDRAZA, *En cuerpo y alma*, pp. 167-171; HERRERA, “Debates sobre la raza”, p. 131.

Mundial. Y dos, profesionalizar la actividad de la crianza de los niños para reemplazar los servicios considerados poco competentes ofrecidos por la caridad lo cual representaría un posicionamiento del saber científico.¹²²

Aunque las inquietudes y medidas señaladas fueron recurrentes durante las primeras décadas del siglo XX, solo hasta finales de los años diez empezaron a ser discutidas por fuera de los círculos médicos para pasar al ámbito de la política pública. En un primer momento, el Estado colombiano únicamente incluyó dentro de sus auxilios económicos a las instituciones benéficas a cargo de la primera infancia para luego hacer parte de la agenda de la política social del país. El proceso que se vivió en los años veinte, a la par con lo que sucedía en otros países latinoamericanos, permitió que las madres y sus hijos más pequeños se volvieran un asunto importante para pensar estrategias de intervención pública donde se entrelazaron objetivos económicos, demográficos, políticos, sociales y científicos.¹²³

BENEFICENCIA PÚBLICA Y PRIVADA PARA LA PRIMERA INFANCIA: EL PASO A LOS CUIDADOS “CIENTÍFICOS”

Con la creación de la Dirección Nacional de Higiene (DNH) en 1918, adscrita al Ministerio de Instrucción Pública y dirigida por el médico higienista Pablo García Medina, el Estado colombiano comenzó a intervenir activamente en los asuntos de la salud del país a través de la configuración de la higiene pública como un servicio estatal.¹²⁴ La DNH tenía las funciones de reforzar la vigilancia de los establecimientos de beneficencia y reglamentar los servicios públicos y privados de higiene que existían en los diferentes departamentos en reemplazo de la Junta Central de Higiene que había actuado sin resultados notables desde 1914.¹²⁵

¹²² CASTRO-GÓMEZ, *Tejidos oníricos*, pp. 179-190.

¹²³ BIERNAT y RAMACCIOTTI, *Crecer y multiplicarse*, p. 25.

¹²⁴ Pablo García Medina (1858-1935) estudió medicina en la Universidad Nacional. Fue miembro fundador y presidente de la Academia Nacional de Medicina, profesor de fisiología e higiene en la Facultad Nacional de Medicina y director honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1922. Estuvo a cargo de la Dirección Nacional de Higiene hasta 1931. PEREIRA NETO, QUEVEDO y RODRÍGUEZ, “Vital Brazil”, pp. 231-237; “Bodas de oro profesionales del Dr. García Medina”, *El Tiempo*, (14 de julio de 1930), p. 5.

¹²⁵ En 1886 se creó la Junta Central de Higiene como cuerpo colegiado asesor del gobierno nacional. Esta Junta estuvo a cargo de la sanidad de los puertos y el manejo de algunas enfermedades endémicas. Con la creación del Consejo Superior de Sanidad, que se propuso luego del Segundo Congreso Médico en 1913, se argumentó que era la “profilaxis” el eje técnico de la higiene y que debía ser manejado por personal especializado. Para 1914 volvió a llamarse Junta Central de Higiene hasta la creación de la Dirección Nacional de Higiene en 1918. YEPES L., *La salud en Colombia*, pp. 24-26, GUTIÉRREZ, “Proceso de institucionalización”, pp. 77-78.

A pesar de que el director nacional de higiene hacía los nombramientos de sus pares departamentales, a su vez adscritos a los gobiernos seccionales, cada unidad administrativa, sin importar que fuera pobre o pequeña, debía asumir el servicio de la higiene pública. A partir de entonces, se estipuló que con ayuda de los departamentos se aunarían esfuerzos para tener una lucha más efectiva contra las enfermedades, pues la epidemia de gripa que azotó buena parte del país en 1918, puso en evidencia las deficientes condiciones sanitarias.¹²⁶ El propósito era que las asambleas departamentales se vieran obligadas a incluir la higiene dentro de sus presupuestos sin atacar la autonomía otorgada en la reforma constitucional de 1910 en cuanto a la administración de sus rentas.¹²⁷ El Tesoro Nacional era responsable solamente de la sanidad de los puertos debido a los compromisos adquiridos en las Convenciones Sanitarias Internacionales de 1905 (Washington) y 1912 (París), así como por las grandes epidemias.¹²⁸

En esta renovación de funciones e intereses de la agencia estatal encargada de la higiene, la salud de la infancia estuvo por fuera de las preferencias, a pesar de los esfuerzos de higienistas y pediatras por llamar la atención del gobierno colombiano. En los asuntos de salud, desde el Estado se favorecieron las campañas para enfrentar los problemas sanitarios en los puertos, las enfermedades que perjudicaban la fuerza de los trabajadores locales, entre ellas la lepra, el paludismo y la uncinariasis¹²⁹; y los males considerados los grandes “flagelos de la raza”.¹³⁰

¹²⁶ “Una nota de la suprema Dirección de Higiene”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:5, (febrero de 1919), pp. 225-227.

¹²⁷ Sobre la reforma constitucional de 1910 comenta Jorge Orlando Melo que, “En cuanto a los departamentos, y para dar gusto a las presiones descentralistas, la reforma de 1910 hacía explícita la propiedad exclusiva de sus bienes, equiparados a propiedad privada, así como su capacidad para imponer contribuciones, y se daba mayor peso a las asambleas al retirar el derecho de los gobernadores a anular sus actos.” MELO, “De Carlos E. Restrepo”, p. 225.

¹²⁸ Estas convenciones impusieron el deber de construir estaciones sanitarias y de mantener un servicio médico organizado en cada puerto marítimo y una vigilancia médica permanente del estado sanitario de las tripulaciones y de la población del puerto. Colombia proyectó construir dos inspecciones sanitarias, una para el Atlántico y otra para el Pacífico. En 1918 solo funcionaba, en mal estado, la del Atlántico. Informe de la Junta Central de Higiene al Ministro de Gobierno, 1918. AGN, SAAII, FMIP, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 3, ff. 71r-72r; “Ley 32 de 1918 (octubre 29). Sobre organización y dirección de los lazaretos de la República y reorganización de la Dirección Nacional de Higiene”, *Anales del Senado*, 80, (31 de octubre de 1918), pp. 317-318.

¹²⁹ A partir de 1920, la Fundación Rockefeller empezó a tener presencia constante en el país en la lucha contra la uncinariasis (o anquilostomiasis), principalmente en las zonas de producción cafetera. ABEL, “Filantropía externa”, pp. 63-96; CONI, *La higiene pública*, passim; OBREGÓN TORRES, *Batallas contra la lepra*, passim; QUEVEDO ET AL., *Café y gusanos*, pp. 183-187.

¹³⁰ OBREGÓN, “Médicos, prostitución”, pp. 161-186. CALVO ISAZA y SAADE GRANADOS, *La ciudad en cuarentena*, passim; JALIL PAIER y DONADO, “Socio-political implications”, pp. 486-496.

Ahora bien, desde la DNH y la Academia Nacional de Medicina (ANM) insistieron en la necesidad de complementar las mencionadas campañas y objetivos con la lucha contra la despoblación y el mejoramiento de los habitantes. Esto implicaba realizar estudios sobre la forma de atraer la inmigración de europeos a zonas despobladas y orientar la acción pública a la organización científica de la protección del niño en su primera edad. Tales esfuerzos permitirían que la “joven nación” contara con una población en cantidad y calidad apta para explotar las riquezas naturales y alcanzar el progreso material. En ambos casos, el propósito oficial estuvo centrado en cambiar la base racial del pueblo colombiano para superar las debilidades hereditarias y restringir la entrada de extranjeros “indeseables”, tal y como sucedía en otros países latinoamericanos.¹³¹

Aunque inicialmente la atención estatal se cifró en la regeneración de la “raza” por medio del aporte de “sangre fresca y vigorosa” que ofreciera caracteres físicos, intelectuales y morales capaces de neutralizar las “deficiencias” que padecía la “raza” colombiana, este proyecto fracasó. Más allá de las buenas intenciones, fue difícil atraer inmigrantes “deseables”, entre otras razones, por lo poco que el país tenía para ofrecerles, máxime cuando invertía escasos recursos en la apertura de caminos y tierras para colonizar. La inmigración interesada fue en mayor medida de sirio-libaneses y afroantillanos, considerados “inconvenientes” por sus condiciones físicas y morales. Esta situación hizo que la elite empresarial, política e intelectual fuera recelosa al ver únicamente extranjeros “peligrosos”, como anarquistas, socialistas y comunistas, y “racialmente deficientes” como negros, gitanos y turcos.¹³²

En este sentido, se optó por la vía de las medidas higiénicas y “humanitarias”. La protección a la infancia fue considerada provechosa para solucionar los graves problemas de la supuesta degeneración colectiva y la despoblación. Esta posición de las elites gobernantes

¹³¹ Para mayor información sobre inmigración, consúltese: OLAYA, “La selección del inmigrante ‘apto’”; RHENALS DORIA y FLÓREZ BOLÍVAR, “Escogiendo entre los extranjeros ‘indeseables’”, pp. 243-271; RHENALS DORIA, “Del ideal europeo a la realidad árabe”, p. 45; FAWCETT, “Árabes y judíos”, pp. 1-29; GÓMEZ MATOMA, “La política internacional migratoria”, pp. 7-17.

¹³² Las normas que promovieron la inmigración, como la Ley 114 de 1922, al igual que otras sancionadas desde finales del siglo XIX, fueron ineficaces como política estatal por los siguientes motivos: poca inversión y ausencia de controles en los puertos, escasos incentivos ofrecidos a los inmigrantes europeos que los llevaban a escoger otros destinos, incapacidad económica del Estado para solventar las ventajas que ofrecía en la ley, y la constante presencia de inmigrantes afro-antillanos y sirio-libaneses. “Ley 48 de 1920 (3 de noviembre). Sobre inmigración y extranjería”, *Anales del Senado*, 95, (16 de noviembre de 1920), pp. 377-378; “Ley 114 de 1922 (diciembre 30). Sobre inmigración y colonias agrícolas”, *Anales del Senado*, 128, (11 de enero de 1923), pp. 513-514.

se complementó con la ratificación de que los problemas de salud de los pobres eran, sobre todo, asunto de una red de instituciones de caridad y beneficencia. Desde la segunda mitad del siglo XIX, estas entidades reunían esfuerzos de la Iglesia católica y la filantropía, quienes se encargaban de aliviar el sufrimiento de los menesterosos urbanos a fin de mantener el orden social y moral. Si bien en ciertos sectores sociales y políticos existía el temor de una revuelta popular debido al posible influjo de la Revolución Bolchevique, al finalizar los años diez no hubo esfuerzo alguno en materia de reformas sociales y se consideró innecesaria la intervención estatal en materia social.¹³³ En este contexto, el Estado únicamente se comprometía a dar auxilios a través de un ramo presupuestal de beneficencia pública que operaba en toda la nación desde 1911 y estableció una relación contractual con comunidades religiosas para que administraran y prestaran atención en las instituciones públicas destinadas a los pobres.¹³⁴

De esta forma, la ayuda siguió siendo para los niños abandonados que estaban a cargo del Hospicio de Bogotá, institución que formaba parte de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (fundada en 1869), responsable de los establecimientos de asistencia social de Bogotá y del país.¹³⁵ Cabe anotar que el Hospicio recibía a los niños expósitos y era la única entidad de este tipo en Colombia, mientras que la Junta, que funcionaba regionalmente, fue el modelo a seguir para otras zonas del país, aunque no tuvieron su misma relevancia.¹³⁶ Beatriz Castro sostiene que el liderazgo de esta institución se debió a que la mayoría de sus miembros eran médicos, a lo que hay que sumar su ubicación en Bogotá como centro de intercambio de conocimientos de esta profesión dada la existencia de la Facultad de Medicina

¹³³ FROYSLAND, 'Para el bien común', pp. 286-299.

¹³⁴ "La beneficencia representaba la ayuda secular a los pobres, vinculada a la actividad estatal, y la caridad era vista como una actividad de la Iglesia católica relacionada con la ayuda a los pobres, así como de ciertas sociedades laicas con algún vínculo con la Iglesia." CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 22; CASTRO CARVAJAL, "Los inicios de la asistencia social", pp. 157-188; "Ley 65 de 1911 (diciembre 2). Sobre auxilios a los establecimientos de beneficencia y caridad en la República", *Anales del Senado*, 119 y 120, (abril 25 de 1912), p. 945. Para mayor información, consúltese: GUTIÉRREZ MÁRQUEZ, "Pobres los pobres", pp. 121-148.

¹³⁵ SÁNCHEZ SALCEDO y CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, *Escenarios de la minoridad*, p. 94. CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica*, pp. 51-60.

¹³⁶ Los recién nacidos que iban a parar al Hospicio eran los abandonados en lugares públicos de la ciudad o los depositados por sus padres directamente en "el torno" para mantener el honor de una joven o por las condiciones económicas precarias de aquellos. MUÑOZ y PACHÓN, *Los niños de la miseria*, p. 95.

de la Universidad Nacional y la consolidación de la ANM, creadas en 1868 y 1873 respectivamente.¹³⁷

Aunque la beneficencia siempre contó con la participación de médicos en sus instituciones –que eran principalmente hospitales–, para 1920 fueron considerados indispensables para mejorar la salud individual de los pobres. Para el caso particular que nos ocupa, los especialistas en pediatría comenzaron a ganar relevancia. Como experto, la función del médico pediatra en la beneficencia pública y privada era la de divulgar las nuevas prácticas que ayudaran a solucionar los problemas de la nutrición y enseñar a las madres las nociones de higiene infantil.¹³⁸ Previo a que la protección a la primera infancia estuviera en el horizonte estatal, la caridad y la filantropía asumieron la creación de los primeros servicios dirigidos a las madres y los recién nacidos.

Crítica a la beneficencia: el Hospicio y el fracaso de las “prácticas modernas”

Desde 1874, el Hospicio había sido encargado por el gobierno de Santiago Pérez (1874-1876) a las Hermanas de la Caridad de la Presentación. Esta fue la primera comunidad religiosa femenina de vida activa en arribar al país contratada por el Estado para hacerse cargo de las instituciones oficiales de asistencia social. Entre sus labores, las religiosas se encargaron de inculcar en los enfermos la disposición de acatar las instrucciones médicas, enseñar a las enfermeras el “arte” de cuidar a los pacientes y colaborar con la medicalización de la población. En el Hospicio, esta Congregación cuidaba directamente de más de cien expósitos y supervisaba aquellos niños que estaban a cargo de nodrizas –o amas de cría– en pueblos del oriente del Estado de Cundinamarca.¹³⁹ Las nodrizas tenían que desplazarse cada mes desde municipios como Cáqueza, Ubaque y Chipaque hasta el Hospicio con los pequeños a su cargo –cuyo número podía ser de cinco o algunas veces más– para que fueran examinados

¹³⁷ Las otras Juntas de Beneficencia que se crearon fueron: la de Antioquia (1882), Santander (1902) y el Valle (1931). CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica*, p. 36

¹³⁸ Para mayor información, consúltese: BIRN, “Child health in Latin America”, p. 684.

¹³⁹ Para ser nodrizas, las mujeres debían inscribirse con el alcalde del lugar donde residían y ser reconocidas por su buena conducta y salud. SÁNCHEZ SALCEDO y CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, *Escenarios de la minoridad*, pp. 93-126; GÓMEZ RODRÍGUEZ, “La medicalización”, pp. 43-72.

físicamente y ellas pudieran recibir su salario. En esta travesía, muchos niños se enfermaban o morían.¹⁴⁰

El Hospicio era la única institución existente desde finales del siglo XIX que velaba por los bebés “desvalidos”. Desde los primeros años del nuevo siglo, fue duramente acusada por los médicos higienistas y pediatras por carecer de un control médico y “científico” para atender la niñez, tener un inadecuado servicio de nodrizas y perpetuar las prácticas de abandono. En 1912, Fernando Troconis exponía que si bien las Hermanas habían abierto recientemente una cuna pública en el Hospicio que servía como medida contra el infanticidio y estimulaban la lactancia natural, pues entregaba los niños a mujeres del campo que daban del pecho, ambas medidas eran deficientes porque obviaban las directrices médicas necesarias. En palabras de Troconis, por su “naturaleza”, ni la caridad ni la beneficencia satisfacían las atenciones para la infancia desamparada. Al contrario, contribuían a mantener una mortalidad infantil que rondaba por la mitad de la mortalidad general. Tal situación era motivo suficiente para solicitar la organización de la asistencia pública sobre bases científicas donde se unieran los esfuerzos tanto particulares como de las autoridades gubernamentales.¹⁴¹

Para los higienistas esta última observación era un tema central si el país quería dar el salto hacia la modernidad. La gestión de la población requería de legislación a favor de la asistencia pública para favorecer su crecimiento y vigor.¹⁴² Aunque Pablo García Medina llamó la atención al Congreso de la República para que legislara en este sentido, la respuesta del Legislativo fue que la beneficencia hacía bien su labor de atender a los más necesitados y que el Estado carecía del suficiente dinero para este propósito.¹⁴³ En contraposición, el

¹⁴⁰ Para 1919, de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca dependían otros siete establecimientos aparte del Hospicio: el Hospital San Juan de Dios, el Asilo de Locos, el Asilo de Locas, el Asilo de San José de Niños Desamparados, el Asilo de Preservación para Niñas, el Asilo de Indigentes de Mujeres y la Colonia de Mendigos de Sibaté. Según Beatriz Castro, las ciudades más importantes del país recibían auxilios municipales y departamentales especialmente para el funcionamiento de hospitales, pero nunca al nivel de la Junta. CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica*, pp. 44-56; CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, pp. 119-129.

¹⁴¹ Fernando Troconis era en 1911 interno por oposición en el servicio de Clínica General en el Hospital San Juan de Dios. TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, pp. 37-38. Para mayor información, consúltese: ARIZA CARDOZO, “Nodrizas, madres, médicos”, pp. 88-93.

¹⁴² PEDRAZA, *En cuerpo y alma*, pp. 167-171; NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 111-124.

¹⁴³ GARCÍA MEDINA, Pablo, “Nota del señor Director Nacional de Higiene, sobre mortalidad infantil y aumento de la tuberculosis”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 59, (7 de octubre de 1924)”, p. 292; “Los problemas de la asistencia pública”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 138, (marzo de 1921), pp. 285-287. Para mayor información, consúltese: GUTIÉRREZ MÁRQUEZ, “Pobres los pobres”, p. 133.

gremio médico insistió en que el Estado debía asumir con urgencia la asistencia así fuera con pocos recursos, para garantizar una intervención constante y, a largo plazo, transformaciones en los individuos y la sociedad.¹⁴⁴ Pensar en la creación de un sistema de asistencia pública despojaría a los establecimientos benéficos de recursos estatales y además, alejaría una entrada importantísima de dineros provenientes del patrocinio de los particulares a través de herencias, donaciones, legados y servicios personales.¹⁴⁵

Médicos como Eliseo Montaña y Marcelino Vargas, quienes habían sido miembros de la Junta, se convirtieron en enérgicos críticos de la beneficencia pública.¹⁴⁶ Ambos expresaron que esta institución debía reformarse para reconocer la obligación estatal de socorrer a los pobres.¹⁴⁷ Es decir, era urgente que en el país se sustituyera el “desusado”, “anacrónico” e “imperfecto” sistema benéfico que ayudaba por medio de limosnas, de la caridad pública y de auxilios del gobierno, por uno “científico” que siguiera el ejemplo de la organización francesa que preveía rentas suficientes y fijas. En sus propias palabras, “[...] No hay, en efecto, [nada] más incierto y aleatorio que la caridad privada, y en cuanto a los auxilios oficiales, o no se votan en cantidad suficiente, o si se votan no se pagan, o se pagan tardíamente, cuando la necesidad para la cual se votaron ha pasado [...]”¹⁴⁸

En particular, el funcionamiento del Hospicio era una muestra de la “pésima” atención que brindaba la beneficencia. Según Jorge Bejarano, en esa institución morían la mayoría de los niños menores de un año que eran entregados a las “asquerosas y depravadas nodrizas” que los llevaban a su hogar “inmundo, ajeno a la higiene”. Enfatizó en que ningún delegado de la beneficencia se interesaba por regular las condiciones en que las nodrizas hacían su trabajo. Los niños quedaban a merced de una mujer a la cual no se hacía un seguimiento sobre sus condiciones de salud y de moralidad, no se revisaban las condiciones higiénicas de

¹⁴⁴ “Asistencia pública”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XI:6, (marzo de 1920), pp. 281-283.

¹⁴⁵ JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1922*, p. XIII.

¹⁴⁶ Eliseo Montaña (1862-1937) fue médico de la Universidad Nacional y especialista de la Facultad de Medicina de París. También llegó a ser miembro de la Academia de Medicina, de la Sociedad de Pediatría y uno de los fundadores de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hizo parte de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 102-103.

¹⁴⁷ Ante las críticas, Clemente Matíz Fernández, presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, y A. Gómez Calvo, médico del Asilo de Locas, acusaron a Marcelino Vargas de querer apropiarse de la administración de la beneficencia. GUTIÉRREZ MÁRQUEZ, “Pobres los pobres”, p. 135; CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica*, pp. 57-59.

¹⁴⁸ MONTAÑA, Eliseo, “Necesidad de reorganizar la Beneficencia y establecer la Asistencia Pública. Reformas necesarias”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:8, (mayo de 1919), pp. 432-440.

su casa, ni muchos menos comprobaban si alimentaba a su propio hijo. La argumentación se resumía en que el Hospicio era un establecimiento que no fomentaba la buena crianza de los niños ni fortalecía la relación entre madre e hijo. Al contrario de la Gota de Leche (institución recién fundada en Bogotá) que dejaba en claro que los niños morían por hambre y falta de cuidados de sus madres y no por una degeneración innata.¹⁴⁹

Ante los constantes llamados de atención que hicieron los médicos a lo largo de la década de los años diez, en 1919 fueron creados dos cargos con el fin de mejorar las condiciones de los expósitos encargados a las amas de cría que estaban fuera de Bogotá. El primero fue el de inspector de nodrizas, responsable de visitar a las mujeres e informar a la Sindicatura de la Junta General de Beneficencia acerca de cualquier omisión o descuido que tuvieran con los niños bajo su cuidado. El segundo fue el de médico en el campo, quien residía permanentemente en una población cercana a la vivienda de las mujeres para que pudieran consultarlo de forma oportuna.¹⁵⁰ De este modo, las nodrizas no necesitaban desplazarse hasta la ciudad con todos los niños, tanto los propios como los expósitos, sino que el control iba hasta sus casas haciendo posible la recolección de información más certera sobre la causa de defunción de los bebés y de contera, poder corregir los comportamientos de las nodrizas.¹⁵¹

Además, en 1920 se creó en el Hospicio una sala cuna con el objetivo de criar “artificialmente” los bebés que corrían más riesgo de morir si eran entregados a amas del campo. La sala cuna consistió en un salón con cunas y un espacio para la preparación higiénica de los biberones y una estufa. Estuvo bajo la dirección del médico Rafael Meoz y

¹⁴⁹ Esta reflexión de Jorge Bejarano quería debatir las teorías del médico psiquiatra Miguel Jiménez López quien afirmaba que la alta mortalidad infantil era una muestra de la imposible regeneración de los colombianos. BEJARANO, Jorge, “La mortalidad infantil en el Hospicio de Bogotá”, *El Tiempo*, (6 de junio de 1920), p. 3; JIMÉNEZ LÓPEZ, “Algunos signos de degeneración colectiva”, pp. 67-137. Para mayor información, consúltese: MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 21-28; CASTRO-GÓMEZ, *Tejidos oníricos*, pp. 185-186.

¹⁵⁰ JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del Departamento en sus sesiones de 1920*, pp. 10-11.

¹⁵¹ Cuando los niños del Hospicio cumplían siete años, eran enviados al Asilo de Niños Desamparados donde se dedicaban a trabajar, especialmente en la agricultura. Allí eran reunidos con los recogidos de la calle. A las niñas las enviaban a la Casa de Preservación para Niñas, pero muchas continuaban en el Hospicio aún con nueve años. Esta situación llevó a que muchos niños permanecieran con la nodriza hasta los tres o cuatro años por falta de espacio en la casa cuando solamente debían estar con ella hasta los dos años y medio. JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del Departamento en sus sesiones de 1920*, p. XIII; JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1922*, pp. XLII-XLIV.

la inspección del pediatra Calixto Torres Umaña, quien debía reglamentar este servicio y fue nombrado médico-jefe *ad honorem*. Allí fueron llevados desde el campo dieciséis niños con desnutrición cuyas edades estaban entre los tres meses y un año. Según el informe del médico del Hospicio, Marco A. Iriarte, todos los bebés que ocuparon la sala cuna habían sufrido de dos epidemias graves de gripe y varicela, sin contar con algunos casos de fiebre tifoidea y disentería bacilar, razón por la que fueron remitidos al Hospital de La Misericordia. De los 54 niños con los que abrió la sala cuna en agosto, en solo cuatro meses fallecieron 42. En diciembre la Junta ordenó suspender el servicio y regresar a las nodrizas los doce niños de lactancia que todavía quedaban en el establecimiento, los cuales perecieron casi en su totalidad en los meses siguientes.¹⁵²

Esta situación permitió que Tomás Rueda Vargas, síndico del Hospicio, reivindicara el servicio de amas que funcionó durante varios en contra de las recomendaciones de los expertos médicos. Así, afirmó que, si bien eran partidarios de la alimentación artificial, se hacía indispensable recurrir a las nodrizas ya que en la sala cuna los expósitos “se [veían] privados del calor, las caricias y el alimento materno”, circunstancia que aumentaba su mortalidad. El síndico también podía dar fe de que el servicio no estaba “en las pésimas condiciones en que lo han hecho aparecer últimamente, ciertas malévolas e intencionadas publicaciones”. Al contrario, casi todas las amas profesaban cariño al niño que cuidaban y eran vigiladas constantemente por el inspector y el médico en el campo. Rueda también comentó que una de las causas del fracaso de la sala cuna había sido la falta de preparación del personal administrativo, es decir, de las Hermanas de la Caridad. Si bien ellas habían hecho todos los esfuerzos por cooperar con los médicos, era de público conocimiento que las funciones de la madre no se improvisaban y que llegar a suplirlas requería de tiempo, consagración y un estudio especial de la mísera condición fisiológica en que llegaban los recién nacidos al Hospicio.¹⁵³

¹⁵² JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1921*, pp. XIII-XVI, 13; JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1922*, p. XLVIII. Ana María Carrillo comenta para México que, con las primeras intervenciones para medicalizar la lactancia, aumentó la mortalidad infantil antes que prevenirla. CARRILLO, “La alimentación ‘racional’ de los infantes”, pp. 268-271.

¹⁵³ JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1921*, pp. XIV-XV. Sobre la lactancia como forma de trabajo femenino, consúltese: SARASÚA, *Criados, nodrizas y amos*, pp. 139-193.

Las dificultades generales que se revelaron sobre el Hospicio llevaron a que se enfatizara en la necesidad de cambios sobre bases científicas para dar cumplimiento a la solicitud médica de brindar una buena crianza a los huérfanos.¹⁵⁴ Aunque se empezó a contar con unas pocas nodrizas dentro del establecimiento, el Hospicio continuó supervisando a las amas de cría del campo, a la par que se mantuvieron las cifras de muertes infantiles debido a la falta de fondos, de personal y de locaciones adecuadas para atender efectivamente a los niños en su primera edad.¹⁵⁵ Aunque los encargados de esta institución buscaron reafirmar el papel de la beneficencia pública como “protectora de la infancia” e incluso, mejorar su servicio para disminuir las múltiples críticas de las que eran objeto, los pediatras siguieron teniendo motivos para pedir la tecnificación de la beneficencia y la necesidad de ejercer una “supervigilancia” sobre los niños pobres en instituciones adecuadas científicamente.¹⁵⁶ Especialmente, se impulsó la creación de instituciones como la recién creada Gota de Leche porque, en contraste con el Hospicio, fortalecía la relación madre-hijo y una correcta alimentación.

La Gota de Leche en Medellín y Bogotá

El médico y también concejal por Bogotá, Tiberio Rojas, presentó en el Tercer Congreso Médico Nacional (Cartagena, 1918) un estudio sobre la mortalidad infantil y la importancia de las Gotas de Leche para enfrentar sus causas. Con base en informes de autoridades sanitarias de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla para los años 1915 a 1917, estimó que las muertes infantiles superaban en promedio el 70% del total de las defunciones y eran ocasionadas en gran medida por enfermedades infectocontagiosas evitables.¹⁵⁷ La pésima

¹⁵⁴ En 1925 se abrió nuevamente una sala cuna con veinte niños, de los cuales murieron dieciocho. La explicación de estas muertes fue la falta de personal especializado y de salones para aislar a los enfermos, razones por las que se expandían rápidamente las enfermedades. Por esta nueva tragedia, el Hospicio desistió de abrir en el futuro otra sala cuna y fue eliminada definitivamente. JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1926*, pp. 46-50.

¹⁵⁵ MANRIQUE, Julio, “La mortalidad infantil”, *El Tiempo*, 13 de octubre de 1923, p. 1; DÍAZ VALENZUELA, Remigio, “Algunas ideas acerca del Hospicio de Bogotá y sus dependencias”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), pp. 603-607.

¹⁵⁶ ARIZA CARDOZO, “Nodrizas, madres, médicos”, pp. 24-30, 81.

¹⁵⁷ Como mencionan Jorge Márquez y Óscar Gallo, es muy probable que los datos utilizados por Rojas tuvieran un margen de error inmenso debido a las condiciones precarias en que se recogía la información y a la falta de estadísticas organizadas. Estos autores comentan para la lucha antituberculosa que la utilización de “estadísticas” sirvió más como un argumento político-médico en favor de la lucha que como conocimiento cuantitativo del problema. GALLO y MÁRQUEZ, “La mortalidad infantil”, p. 67.

calidad de la alimentación de los niños y la ignorancia de las reglas de higiene por parte de las madres mantenían constante las altas cifras.¹⁵⁸ La fundación de Gotas de Leche, “tan populares y exitosas” en países europeos, eran para él la solución para aminorar tal problema, procurar el vigor físico de los habitantes y evitar la despoblación. Estas instituciones, creadas originalmente en Francia a finales del siglo XIX, debían establecerse con los siguientes propósitos: atender a los bebés de madres pobres que por alguna causa no podían ser amamantados, vigilar la alimentación por medio del tetero, estimular el vínculo entre madre e hijo a través de la lactancia al seno, difundir la higiene infantil entre las “madres ignorantes” y suministrar gratuitamente leche pura y esterilizada durante la primera infancia.¹⁵⁹ Igualmente, basado en los postulados de Pinard de preocuparse de la vida del niño desde antes de su nacimiento, insistió en la exigencia de tomar medidas sociales que favorecieran la asistencia materna y un periodo de reposo en los últimos meses de gestación para las madres trabajadoras.¹⁶⁰

La exposición de Rojas otorgó al Congreso Médico los argumentos científicos para recomendar el establecimiento de Gotas de Leche y dispensarios para niños con el patrocinio de las municipalidades, las asambleas departamentales y el Congreso de la República. Estas iniciativas debían contribuir a apresurar el “movimiento social” a favor del niño con la ayuda de los “hombres de buena posición” y de aquellos que contaran con “algún conocimiento” para disponer sus servicios en pro de fomentarlo y favorecerlo. A la vez, las autoridades políticas debían emitir una orden social para que se fundaran Gotas de Leche en las capitales departamentales y municipales con base en las condiciones de vida de las obreras en cada localidad. Fundar una Gota de Leche se debía traducir en mermar hasta en un 50% las muertes infantiles en los lugares donde se establecía.¹⁶¹

Cabe señalar que desde el Segundo Congreso Médico Nacional, realizado en Medellín en enero de 1913, el mismo Tiberio Rojas, junto con el médico Pedro María Ibáñez, había propuesto disminuir la mortalidad infantil a través de la higiene de la leche y de la

¹⁵⁸ ROJAS A., Tiberio, “Mortalidad infantil – Gota de Leche”, *Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina*, XXXVI: 429-432, (abril a julio de 1918), pp. 264-282.

¹⁵⁹ ROLLET, “La protection de l'enfance”, pp. 35-47.

¹⁶⁰ ROJAS A., Tiberio, “Mortalidad infantil – Gota de Leche”, *Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina*, XXXVI: 429-432, (abril a julio de 1918), pp. 246-285.

¹⁶¹ ROJAS A., Tiberio, “Mortalidad infantil – Gota de Leche”, *Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina*, XXXVI: 429-432, (abril a julio de 1918), pp. 250-251.

distribución de propaganda que indicara a las madres la importancia del consumo único de esta bebida durante los primeros siete meses de vida del bebé.¹⁶² También, el médico legista Ricardo Fajardo Vega, expuso que para combatir los infanticidios, antes que el rigor de la ley, era necesario controlar el problema con base en la prevención del delito. Es decir, por medio del establecimiento de salas de maternidad, de Gotas de Leche y de la protección a la infancia desamparada.¹⁶³

Como respuesta a las recomendaciones del gremio médico, para 1920 existían Gotas de Leche en Medellín, Bogotá, Manizales, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Bucaramanga, Tunja y Barranquilla, extensión que sugiere su aceptación por parte de las diferentes asociaciones, principalmente de señoras, interesadas en socorrer a la infancia pobre.¹⁶⁴ A diferencia de países como México y Argentina, donde este tipo de instituciones fueron creadas por el Estado como parte de la asistencia pública, en Colombia fueron atribuidas a la beneficencia particular que servía de colaboradora del Estado en el de amparo a las clases desvalidas.¹⁶⁵

La primera Gota de Leche del país que se fundó en Medellín en 1917. Esta se complementó con una sala cuna establecida en noviembre de 1918. La institución estuvo ubicada en el edificio donde funcionaba el Patronato de Obreras y fue auspiciada por la Iglesia católica, a través del arzobispo Manuel J. Caycedo, y la Asociación de Madres Católicas. La atención de los niños estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad y del médico Miguel María Calle, responsable de la dirección científica.¹⁶⁶ La institución obtenía fondos de particulares a través de una Junta Directiva liderada por la señora Margarita María Jaramillo Villa, responsable de formar grupos de veinte personas en toda la ciudad, con una colectora para cada uno, quien debía recoger \$0.20 por cada persona para alcanzar un total

¹⁶² ROJAS A., Tiberio y Pedro María IBÁÑEZ, “Contribución al estudio de la higiene pública en Bogotá”, *Registro Municipal de Higiene*, Número extraordinario, (julio 20 de 1919), pp. 54-55.

¹⁶³ CONGRESO MÉDICO DE COLOMBIA, *Segundo Congreso Médico*, pp. 139-141.

¹⁶⁴ PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las ‘Gotas de Leche’*, pp. 11-25; TROCONIS, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil*, p. 49. Para mayor información, consúltese: CERA OCHOA, “Mujeres frente a la incidencia de la pobreza”, p. 223; ESTRADA ORREGO, “La valeur des chiffres”, pp. 220-226.

¹⁶⁵ NARI, *Políticas de maternidad*, pp. 122-125; VIESCA TREVIÑO, “La Gota de Leche”, p. 206.

¹⁶⁶ Para mayor información, consúltese: ARANGO DE RESTREPO, *Sociabilidades católicas*, pp. 103-106; LONDOÑO VEGA, *Religión, cultura y sociedad*, p. 210.

de \$4 por cada grupo.¹⁶⁷ También los bancos y el Club Noel aportaban dinero y recibía auxilios nacionales, departamentales y municipales.¹⁶⁸

El propósito de la Gota de Leche de Medellín era que las madres pudieran trabajar tranquilamente y proporcionar leche adecuada a los niños pobres para librarlos de una muerte segura a causa de enfermedades como la gastroenteritis, el raquitismo y la tuberculosis.¹⁶⁹ Antes de que un niño fuera recibido en la institución, era revisado por el médico para determinar si padecía de alguna enfermedad contagiosa. Cuando enfermaba durante la estancia, recibía medicamentos mientras no constituyera peligro para los demás. En ese caso, el niño era entregado a la madre con los alimentos y medicamentos necesarios hasta su recuperación.¹⁷⁰ Hacia 1919, este establecimiento contaba con las siguientes secciones que funcionaban con regularidad de seis de la mañana a seis de la tarde: 1. La sala cuna con capacidad para recibir 24 niños que fueran hijos de madres obreras para facilitarles su colocación en fábricas y atenuar la miseria debido a los bajos salarios.¹⁷¹ 2. Un espacio para los gateadores que ya no necesitaban de cuna. Allí se ejercía vigilancia respecto al aseo y las caídas, además de suministrárseles leche y algo de harinas. 3. La escuela, que recibía niños hasta los siete años, donde enseñaban cantos infantiles, nociones elementales sobre objetos, las primeras letras y conductas higiénicas para la adquisición de “buenos hábitos”.¹⁷²

¹⁶⁷ Se destinaban \$2.40 mensuales en la alimentación de cada niño y la institución tenía capacidad para 160. ARANGO M., Miguel, “Gota de leche y sala-cuna en Medellín”, *Revista Médica de Bogotá*, 499, (enero de 1924), p. 185.

¹⁶⁸ Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1923. AHA, FSH, Informes, años 1921-1932, 1925.

¹⁶⁹ Aparte de Medellín, el único municipio de Antioquia que había establecido una Gota de Leche era Sonsón. Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1921; Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1922. AHA, FSH, Informes, años 1921-1932, 1925.

¹⁷⁰ Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1923. AHA, FSH, Informes, años 1921-1932, 1925.

¹⁷¹ ARANGO M., Miguel, “Gota de leche y sala-cuna en Medellín”, *Revista Médica de Bogotá*, 499, (enero de 1924), pp. 181-188.

¹⁷² La escuela tenía capacidad para 60 niños. ARANGO M., Miguel, “Gota de leche y sala-cuna en Medellín”, *Revista Médica de Bogotá*, 487-498, (enero-diciembre de 1923), pp. 181-188; Informe que presenta el Director Departamental de Higiene al Sr. Dr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene en el año de 1924. AHA, FSH, Informes, años 1921-1932, 1925.

Imagen 1. Grupo de madres con los niños que sostiene la Gota de Leche en Medellín, 1917



Fuente: “Gota de Leche”, Fotografía Rodríguez, 1917. Ubicación: BPP-F-010-0587

En Bogotá, la Gota de Leche se creó en 1919 en el marco del Congreso Mariano como una forma de rendirle homenaje a la Virgen María con la fundación de una “obra científica”. El proyecto fue posible gracias a la conjunción de esfuerzos entre actores que se habían interesado en atender a los “desvalidos”: médicos, mujeres de clase alta e Iglesia católica.¹⁷³ El médico Andrés Bermúdez y algunas señoras instituyeron el Patronato de la Gota de Leche a fin de recoger fondos para el funcionamiento de la institución.¹⁷⁴ Entre tanto, la Sociedad de Pediatría fue comisionada por el Concejo de Bogotá de apoyar y asesorar la iniciativa. Esta Sociedad fue promovida por José Ignacio Barberi en 1917 con el propósito de desarrollar

¹⁷³ La articulación de mujeres de clases altas y médicos, ligados a los objetivos de la caridad, permitieron desarrollar instituciones en pro de las madres pobres y sus hijos. Para mayor información, consúltese: GUY, *Las mujeres*, passim; MARTINS, “Gênero e assistência”, pp. 15-34.

¹⁷⁴ El principal recinto cultural de Bogotá, el Teatro Colón, sirvió para presentar funciones con este fin. “Por la Gota de Leche”, *El Tiempo*, 8 de junio de 1920, p. 1.

el estudio de las enfermedades de los niños, promover la fundación de Gotas de Leche y consultorios gratuitos y difundir las ideas higiénicas modernas entre las madres para la buena crianza de sus hijos.¹⁷⁵

En este sentido, la Gota de Leche estuvo bajo la administración científica de la Sociedad de Pediatría de Bogotá con Jorge Bejarano como médico director, Andrés Bermúdez fue su presidente y las Hermanas de la Caridad estuvieron atentas del cuidado de los niños. La participación de estas últimas en un espacio considerado “científico” se debió a la falta de personal formado en enfermería y a su experiencia en la atención de los enfermos y expósitos. El servicio estuvo orientado especialmente a brindar alimentación y control del crecimiento de los niños y se definió como un espacio con un énfasis educativo sobre las nociones de puericultura.¹⁷⁶

Durante el acto de inauguración, el político Alfonso Robledo alabó la función de las mujeres de elite que, en alianza con los médicos, ayudaban a las “madres desgraciadas” en este tipo de centros. En palabras del propio Robledo: “¡La mujer y el médico! Ella crea, él defiende; ella pone su sangre, él pone sus desvelos. Ambos saben de lo que cuesta la vida: la una porque viene de ella; el otro, porque a él se le confía; la mujer sabe lo que vale un hijo, y el médico sabe lo que vale un niño. ¡Cuán bella asociación!”.¹⁷⁷ Robledo hacía eco de la convicción que tenían las elites respecto a la penosa situación de mortalidad infantil, cuyas dimensiones daban la impresión de que la capital se “despoblara” a causa de la mala higiene. Por tal razón, convocó a los “acaudalados” –referencia a comerciantes y banqueros– a sostener la institución con una cuota mensual. Además, tanto hombres como mujeres de la

¹⁷⁵ La Sociedad de Pediatría estuvo constituida por los siguientes médicos: José Ignacio Barberi, José María Montoya, Roberto Sanmartín, Jorge Bejarano, Guillermo Márquez, Marco A. Iriarte, Ricardo Fajardo Vega, Augusto Rocha, Jorge Esguerra López, Alfredo Luque, Julio Rodríguez Piñeres, Samuel Montaña, Nicolás Buendía, Calixto Torres Umaña, Eliseo Montaña y Miguel Jiménez López. También se vincularon médicos destacados como Luis Morquio de Uruguay, Mamerto Acuña y Gregorio Araoz Alfaro de Argentina, lo que indica la existencia de algún tipo de relación con otras sociedades científicas de pediatría y puericultura de América Latina. “Sociedad de Pediatría”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:7, (abril de 1919), pp. 383-384; “Sociedad de Pediatría”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:8, (mayo de 1919), pp. 440-444; VARGAS RUBIANO, “Los fundadores de la Sociedad de Pediatría”, p. 170; AGN, SR, FMG, SC, tomo 6, f. 131. Citado en: POHL-VALERO, “La raza entra por la boca”, p. 471

¹⁷⁶ “Sociedad de Pediatría”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:7, (abril de 1919), pp. 383-384; “Sociedad de Pediatría”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:8, (mayo de 1919), pp. 440-444.

¹⁷⁷ ROBLEDOS, Alfonso, “La inauguración de la Gota de Leche”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:11, (agosto de 1919), p. 567.

elite bogotana, basados en la idea de la caridad cristiana de mitigar las dolencias de quien lo necesitaba, donaban dinero para el sostenimiento del establecimiento.¹⁷⁸

Stefan Pohl-Valero afirma que la Gota de Leche era concebida como una medida profiláctica contra la mortalidad en general, se enmarcaba en un campo científico de la alimentación y la higiene pública al tiempo que era considerada como un espacio para formar “bellos ejemplares”.¹⁷⁹ Por tanto, inicialmente la institución atendió tanto a madres pobres como de las clases acomodadas. Las primeras recibían las instrucciones necesarias respecto a los cuidados que debían tener con el bebé y eran premiadas con una pensión mensual de dos pesos oro por ser las nodrizas de sus propios hijos.¹⁸⁰ Las segundas eran atendidas en consulta y dejaban en pago una limosna.¹⁸¹

Las madres pobres obtenían de forma gratuita ración de leche esterilizada y modificada “científicamente” para reemplazar parte de la leche materna y detener el alza de enfermedades gastrointestinales. El sistema alimenticio que implementó Jorge Bejarano fue el de Chicago, pero adaptado a las condiciones locales. En términos generales, este método consistía en dar onza y media de leche por libra de peso del bebé y se complementaba cada ración alimenticia con agua. Bejarano modificó el método para obtener un mayor valor nutritivo según el peso y la edad del niño así: se mezclaba la leche con otros líquidos, como agua de cal, de cebada o suero de leche previamente hervido. A medida que el niño aumentaba en edad, peso y normalizara su capacidad digestiva, la fórmula variaba hasta llegar a darle leche pura sin adición de otro líquido.¹⁸²

En 1920, la Gota de Leche se amplió con la instalación de una sala cuna para niños cuyas madres trabajaban durante el día en los telares de fique de la institución.¹⁸³ El propósito de los médicos fue enseñarle a la madre a “ganarse el diario sustento y a querer el trabajo que le procura un medio decoroso e independiente de sostenerse”, pero en un lugar cercano que permitiera dar el seno al niño con regularidad. Todo indica que las madres recibían allí mismo

¹⁷⁸ PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las 'Gotas de Leche'*, p. 16.

¹⁷⁹ POHL-VALERO, “‘La raza entra por la boca’”, pp. 455-486.

¹⁸⁰ BERMÚDEZ, Andrés, “La Gota de Leche de Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XI: 12, (septiembre de 1920), pp. 643-646; PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las 'Gotas de Leche'*, p. 70.

¹⁸¹ ROBLEDO, Alfonso, “La inauguración de la Gota de Leche”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, X:11, (agosto de 1919), pp. 568-569; PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil*, p. 57.

¹⁸² PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las 'Gotas de Leche'*, pp. 56-57.

¹⁸³ BERMÚDEZ, Andrés, “La Gota de Leche de Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XI:12, (septiembre de 1920), pp. 645-646.

alimentación, vestuario y dormitorio.¹⁸⁴ Aunque dar alimento a los niños era una actividad central en el funcionamiento de la Gota de Leche, era aún más relevante la enseñanza de las reglas de la puericultura para corregir las “costumbres viciosas” y “conductas amorales” de las madres, propagar la lactancia materna y atacar la pobreza generada por la industrialización. A diferencia del Hospicio, que brindaba atención a los niños abandonados, la Gota de Leche tenía la virtud de estrechar el lazo madre-hijo, especialmente en la familia obrera. También evitaba que las madres descuidaran a su hijo o lo mataran por miedo a perder el trabajo o a no conseguir uno, y era un medio para “salvar” al país de la despoblación y de la “degeneración” con el desarrollo de “organismos fuertes y bien constituidos y no seres raquíticos e inútiles”.¹⁸⁵ En la prensa capitalina, el escritor Julián Páez alabó la institución y consideró que la nutrición de los bebés pobres era una necesidad indispensable y urgente, pero era aún más importante formar madres que supieran criarlos, educarlos y corregirlos, pues:

“[...] de qué servirá la leche que se proporciona a una criatura de éstas, a quien una madre cruel, brutal, estúpida, deja abandonada, encerrada, durante días y hasta noches enteras, en un cuchitril inmundo, obscuro y húmedo, sin otra compañía que la de las ratas, y víctima del desabrigo y del desaseo? [...] la salvajez, la rudeza, la crueldad estúpida, con que las hembras, que no son más que hembras, crían a sus hijos: una vez que ella rinden tributo a la naturaleza y arrojan al niño sobre el mundo, queda éste totalmente entregado a la misma naturaleza, sin otro cuidado, sin otro calor, sin otro miramiento; si le dan el pecho alguna vez, lo hacen entre gruñidos de fiera encolerizada, y sólo por cumplir una necesidad fisiológica; lo arrojan luego sobre un camastro inmundo, o sobre el suelo las más de las veces, cierran en seguida su puerta, y se van a sus quehaceres, o a correr la vida, sin acordarse de la pobre criatura. Cuando vuelven al cuchitril, del que suelen ausentarse hasta por un día y una noche, desgraciado el hijo si lo encuentran llorando, pues en vez de abrigarlo entre sus brazos y calmar su hambre, pretenden hacerlo callar a golpes y estrujones, en medio de maldiciones espantosas. Cuando el niño cuenta con unos cuatro meses a la gota miserable de leche que él pueda extraer, le agregan ellas un desayuno de chicha que le proporcionan introduciendo en la boquita un pedazo sucio mojado en la totuma del licor que ellas acaban de ingerir. Crecido el niño, y apenas ensaya sus primeros pasos, la madre lo obliga a correr al lado de ella, lo deja atrás, perdido en las calles, y lo castiga porque llora. [...]”¹⁸⁶

La descripción que proporciona Páez da cuenta de la imagen que tenía las clases altas sobre las características generales de las madres pobres, su comportamiento y las condiciones

¹⁸⁴ PARDO CALDERÓN, *Consideraciones sobre las ‘Gotas de Leche’*, p. 70; PÉREZ GUTIÉRREZ, *Causas de la mortalidad infantil*, p. 59.

¹⁸⁵ ROJAS A., Tiberio, “Discurso pronunciado por el honorable concejal Tiberio Rojas A., al inaugurarse la benéfica institución de las “Gotas de Leche” en la ciudad de Tunja”, *Registro Municipal*, 1397, número extraordinario, (1919), pp. X-XII.

¹⁸⁶ PÁEZ M., Julián, “Por los niños”, *El Tiempo*, 23 de agosto de 1919, p. 5.

en que vivían y ejercían la maternidad. En la Gota de Leche debían insistir en estrechar el amor hacia sus hijos y alejarlas de conductas que estaban más cercanos a lo “animal”, por su crueldad e ignorancia. Los hábitos reprochables se compaginaban con las condiciones de miseria que ayudaban a que el niño, visto como víctima, creciera con deficiencias físicas y estuviera expuesto a los peligros que se vivían en las calles. Tal situación aumentaba las posibilidades de tener en el futuro un joven débil y un férreo candidato para ocupar los asilos y las cárceles.¹⁸⁷ Con base en estos argumentos se quería inspeccionar el cuerpo de los niños y de sus familias, de modo que se daba asistencia gratuita a cambio de vigilar y controlar el resultado de los servicios. Tal situación permitía atraer a esta nueva población a la observación de las autoridades médicas. La Gota de Leche se constituía en un nuevo campo de intervención para el pediatra pues allí podía acopiar información sobre las deficiencias alimenticias de los niños y sus taras hereditarias para determinar la normalidad o anormalidad del crecimiento y del peso de un niño vigilándolo por el tiempo que se considerara necesario.¹⁸⁸

Con los auxilios económicos que comenzó a recibir la institución por parte del Concejo Municipal de Bogotá y del gobierno nacional, hacia 1924 había mejorado las condiciones precarias con que inició sus labores. En este año contaba con servicios como una sala de espera, otra para exámenes, una para pesar a los niños con una balanza, un consultorio médico, algunos elementos de laboratorio, entre otras instalaciones.¹⁸⁹ A pesar de que uno de los principales objetivos de la Gota de Leche era estimular y favorecer la lactancia natural, de 150 niños que atendían, solamente 45 eran alimentados al seno y los demás con teteros. Las madres debían llevar a sus hijos cada ocho días a la institución para que fuesen pesados y para recibir indicaciones necesarias sobre la forma correcta de alimentarlos. Si alguno de los niños atendidos se enfermaba, allí mismo recibía atención y tratamiento. Esta labor era

¹⁸⁷ ÁLVAREZ TELLO, ““Para cuidar un ser””, pp. 59-64.

¹⁸⁸ ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política*, pp. 117-119; PALACIO LIS, *Mujeres ignorantes*, pp. 117-118.

¹⁸⁹ Del Concejo Municipal de Bogotá recibía 150 pesos mensuales y 5.000 pesos anuales del gobierno nacional. “Acuerdo 32 de 1919 (junio 13). Por el cual se auxilia la institución de la Gota de Leche establecida en Bogotá”, en línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=8975>: “Ley 64 de 1919 (noviembre 15). Por la cual se ordena la construcción de una Estación Sanitaria y se votan varios auxilios”, *Anales del Senado*, 97, (22 de noviembre de 1919), p. 386; MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), p. 608.

apoyada por algunas farmacias de la ciudad, las que de forma gratuita preparaban entre diez y quince fórmulas mensuales con base en las indicaciones del médico.¹⁹⁰

Cabe comentar que, si bien la Gota de Leche era una institución pensada para recibir a niños sanos, una cantidad considerable de pequeños eran llevados para atender sus enfermedades, lo que propiciaba una alta mortalidad en el establecimiento. Esto significa que las mujeres asumían la institución como un hospital al que se recurría para recibir alivio. Los médicos esperaban que las madres aprendieran a buscar asesoría calificada y consideraran importante la prevención antes que la curación. Por tanto, aparte de las indicaciones que el médico daba a las madres, cada mes se dictaba una conferencia a todas las inscritas sobre higiene de la infancia. La totalidad de los niños registrados contaba con una papeleta donde se tomaban los datos de sus antecedentes y estado de salud, y en cada revisión, se apuntaba el peso y la clase de alimentación prescrita. Tanto las madres como sus hijos tenían una cédula que los acreditaba como beneficiarios de la institución.¹⁹¹

Aunque para los médicos higienistas era necesario apoyar a la madre soltera, las concepciones morales y religiosas fueron un impedimento para ayudar a sus hijos ilegítimos. Esto fue motivo de discrepancia y tensiones entre los médicos Andrés Bermúdez, representante del Patronato y administrador de la Gota de Leche, y Jorge Bejarano, representante de la Sociedad de Pediatría y encargado de la dirección científica. El periódico liberal *El Tiempo* publicó una denuncia en la cual rechazaba que se exigiera a las madres una constancia de bautismo para recibir a sus niños en la Gota de Leche. Para este medio, era una “absurda disposición” que debía ser derogada ya que la función de la institución consistía en atender al niño desamparado sin condicionarlo a quiénes eran sus padres. Este reclamo motivó el pronunciamiento de Bejarano, con el ánimo de aclarar que, aunque su actuación se reducía a la parte científica, no existía tal impedimento. Afirmaba que, de ser cierto, se negaría a seguir prestando su colaboración pues la institución debía buscar el bien general indiferentemente de un credo político o religioso.¹⁹²

¹⁹⁰ Las farmacias eran: La del doctor Roberto Sanmartín, la del doctor Patrocinio Días, J. Riveros & Compañía, Droguería Colombia, Gran Droguería y Farmacia Francesa. MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), pp. 609-610.

¹⁹¹ MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), pp. 609-610.

¹⁹² “En la gota de leche”, *El Tiempo*, (26 de mayo de 1923), p. 3; BEJARANO, Jorge, “En la Gota de Leche”, *El Tiempo*, (28 de mayo de 1923), p. 2.

Ante estas aseveraciones, la Sociedad de Pediatría realizó un informe en el que señaló que la dirección de la Gota de Leche en efecto exigía la fe de bautismo para registrar un niño –conforme al reglamento– y recibía tanto a legítimos como ilegítimos. Sin embargo, según el cuadro estadístico de 1923, de 242 niños registrados, 93 fueron rechazados por faltar al estatuto. Es decir, la dirección había retirado el auxilio debido a que la madre no llevaba una “vida arreglada” y carecía de un hogar constituido de manera “legal y lícita”.¹⁹³ Estas condiciones respondían a los lineamientos expresados en los artículos 5º y 9º que indicaban lo siguiente:

Artículo 5º. Los niños deben ser recomendados a la Presidencia por persona conocida a la cual le conste la necesidad y *buena conducta de la madre*. No se inscribirá ni atenderá ningún niño sin orden escrita del Presidente al médico de la casa [...] Artículo 9º. Los niños favorecidos serán visitados por un empleado especial quien indicará si es *merecedor de auxilio, si se cumplen las prescripciones y si la madre es persona honrada y que lleva su vida arreglada, pues en caso contrario no se seguirá auxiliando*.¹⁹⁴

Como la Sociedad de Pediatría tenía la potestad para ejercer el control sobre la marcha de la institución benéfica y certificar el correcto cumplimiento de sus objetivos, señaló que los artículos citados debían modificarse porque establecían restricciones para la aceptación de niños ilegítimos, lo cual desvirtuaba el “espíritu cristiano” que presidió la fundación. Para la Sociedad, la única condición para la inscripción y la concesión del auxilio debía ser que la necesidad del niño fuera auténtica, sin averiguaciones sobre la vida de la mujer. Salvar la vida de un ser “indefenso”, que estaba en peligro de morir de hambre por la miseria o ignorancia de sus padres, debía primar sobre las condiciones morales y religiosas, el estado de legitimidad o ilegitimidad de su situación o la honradez y buena conducta de los favorecidos. El objetivo de la Gota de Leche era sobre todo combatir la mortalidad infantil que se daba por el desconocimiento de las reglas de la puericultura o por las malas condiciones higiénicas, para lo cual se había optado por atraer a las madres al consultorio con el fin de instruir las, ayudarlas material y pecuniariamente y facilitar la lactancia al seno.¹⁹⁵

¹⁹³ “El doctor Bejarano y la Gota de Leche”, *El Tiempo*, (29 de mayo de 1923), p. 3.

¹⁹⁴ MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), p. 612. Cursiva en el original.

¹⁹⁵ MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), pp. 612-616.

Aunque los médicos de la Sociedad consideraban conveniente “moralizar” a las mujeres para evitar la ilegitimidad, señalaron que esta era una función que competía a los establecimientos religiosos o caritativos. La Gota de Leche podía incluir dentro de su tarea educativa y de propaganda la instrucción a las madres en los principios de moral cristiana y de la higiene con la finalidad de hacerles ver la importancia de una “vida arreglada y honrada” y de un hogar “legítimamente constituido”, pero sin ejercer sobre ellas coacción alguna que pusiera en riesgo la vida de un hijo ilegítimo y menos hacerlo culpable de las “faltas” de sus progenitores. Con la finalidad de controlar mejor la institución, la Sociedad solicitó al Concejo tener injerencia e intervención en la organización y elaboración de la reglamentación y no limitar su tarea a resolver las consultas de carácter científico, con lo cual pretendían sujetar el pago de los auxilios pecuniarios a su visto bueno.¹⁹⁶

La posición de la Sociedad y la tensión con el Patronato dan cuenta de la visión diferenciada que los médicos pediatras e higienistas querían posicionar en favor de la salud colectiva que podía desempeñar la asistencia pública en contraposición a la beneficencia. Las instituciones de carácter privado establecían parámetros basados en creencias morales, religiosas o políticas que entorpecían la atención de algunas personas que requerían también de los servicios. La asistencia pública debía velar por atender a los “desvalidos” en educación y salud con el fin de obtener mejores ciudadanos. Además, mediante la intervención estatal era posible instaurar en la población la confianza en la ciencia y atraer, en forma de ayudas gratuitas, gente interesada en sus nuevos conocimientos.

Auxilios nacionales para las Gotas de Leche

Con base en las conclusiones del Tercer Congreso Médico Nacional y siguiendo las recomendaciones de Tiberio Rojas, la Academia Nacional de Medicina (ANM) presentó en agosto de 1919 un memorial al Senado de la República para solicitar la expedición de una ley de protección a la infancia y fomentar, con auxilios estatales, la fundación de Gotas de Leche en las capitales de los departamentos, provincias y municipios.¹⁹⁷ La petición se

¹⁹⁶ La Sociedad de Pediatría también consideró que la institución debía ampliar el plazo en que ayudaba el niño, pues solo se hacía hasta que cumplía un año y requería prolongarse hasta el destete. MONTAÑA, Eliseo, Rafael BARBERI, Antonio RUEDA VARGAS, “Informe de una Comisión”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:12, (septiembre de 1924), pp. 616-618.

¹⁹⁷ El memorial fue presentado por los médicos Tiberio Rojas A., Ricardo Amaya Arias y José María Montoya a nombre de la ANM. Amaya Arias y Montoya estudiaron medicina en la Universidad Nacional. El primero se

sustentaba en la necesidad de que Colombia se preocupara por la “defensa de la raza”, la cual estaba amenazada por múltiples causas de degeneración propiciadas, especialmente, por la mala crianza y una alimentación defectuosa e insuficiente de los bebés. La medida más eficaz para afrontar tal situación era la protección de la infancia y la divulgación de los conocimientos científicos sobre la higiene y la puericultura en tanto medios para disminuir la muerte entre la población infantil pobre.¹⁹⁸

Para la ANM estaba claro que eran las clases “inferiores” las que, a causa de la miseria y la ignorancia, tenían una mortalidad mayor si se comparaban con los niños de las clases “acomodadas” que disponían de los medios y conocimientos para una “crianza higiénica”. Es importante distinguir que, como afirma Raquel Álvarez, en países como Colombia donde la población era heterogénea, la diferencia de clase descubría jerarquizaciones de tipo racial. Se consideraba que las clases “superiores” estaban conformadas por los individuos “blancos”, mientras que los grupos catalogados como “inferiores” correspondían a los indígenas, negros, mulatos y mestizos. Estos últimos, por ser pobres, “ignorantes” y con múltiples enfermedades, requerían atención y guía a través de la educación y la higiene.¹⁹⁹

El memorial pasó a la Comisión de Higiene del Senado para conocer su pertinencia.²⁰⁰ Esta comisión, de la cual formaba parte el médico psiquiatra Miguel Jiménez López, reiteró que la defensa de la infancia era un asunto esencial para afrontar las causas de la despoblación del país. Cabe señalar que los estudios para países europeos y las constantes muertes infantiles en el país hacían pensar a los médicos que Colombia también seguía la tendencia de la despoblación, pero se carecía de cifras que confirmaran la hipótesis. De acuerdo con información censal, para 1905 Colombia contaba con una población de 4.319.000 habitantes.

especializó en cirugía en París mientras que el segundo lo hizo en ortopedia infantil en Estados Unidos. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, pp. 68, 104; ROJAS A., Tiberio, “Mortalidad infantil—Gota de Leche”, *Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina*, XXXVI: 429-432, (abril a julio de 1918), pp. 246-285.

¹⁹⁸ MENDOZA, Pedro Elías, Miguel JIMÉNEZ LÓPEZ, Anselmo GAITÁN U., E.J. GÓMEZ P., Pablo E. GUTIÉRREZ, “Informe de la Comisión que estudió el memorial de los doctores Tiberio Rojas A., Ricardo Amaya Arias y José María Montoya, en que solicitan la expedición de una ley de protección a la infancia del país y fomento de las *Gotas de Leche*”, *Anales del Senado*, 168, (12 de febrero de 1920), p. 669.

¹⁹⁹ ÁLVAREZ, “Eugenesia y control social”, p. 41.

²⁰⁰ Toda iniciativa de ley era presentada en una de las dos cámaras en que se dividía el Congreso de la República: Cámara de Representantes y Senado. Allí, el congresista o grupo de parlamentarios proponentes exponía los motivos que fundamentaban su proyecto de ley para ser aprobado en primer debate. En caso tal, pasaba al estudio de una comisión en la respectiva cámara que conceptuaba acerca de su pertinencia y coherencia con el fin de cursar un segundo debate que se llevaba a cabo en sesiones plenarias. Para su aprobación como ley de la República, el proyecto debía aprobarse en tres debates reglamentarios en cada una de las cámaras.

En 1912 solo había aumentado a 5.073.000 habitantes. Seis años después sumaba 5.855.000 y en 1938 alcanzó los 8.702.000. Antes de 1905 el crecimiento anual de la población fue de 1%, cifra que aumentó a 2.2% entre 1905 y 1938.²⁰¹

En asociación con los profesores de la Facultad de Medicina, Miguel Rueda A., Pompilio Martínez, Roberto Franco y Federico Lleras, la Comisión concluyó que el Estado colombiano debía prestar protección a la infancia desvalida a través de la madre gestante.²⁰² Por tanto, propusieron la creación de un consultorio y una sala de asilo para embarazadas en los dos últimos meses de gestación como anexos al servicio de maternidad del Hospital San Juan de Dios en Bogotá. Allí se atendería a “la pobre mujer del pueblo” que se desempeñara en trabajos serviles y domésticos y aquella que, por su estado de embarazo, estuviera sin ocupación para su sustento.²⁰³ Con esto, se intentaba alejar a la futura madre de la mendicidad o de trabajos “fatigantes” que enfermaran su organismo para así proteger la vida “del ser inocente que lleva en su seno”. También consideraron fundamental que el gobierno nacional apoyara las Gotas de Leche y las salas cuna creadas desde la iniciativa privada para que pudieran atender un mayor número de hijos de la clase obrera, quienes se encontraban privados de los cuidados maternos por las ocupaciones de la madre.²⁰⁴

A pesar de que los miembros de la ANM solicitaron la expedición de medidas de protección que garantizaran el papel del Estado por el bienestar de la infancia colombiana, los comisionados centraron su atención en las ayudas a la beneficencia. En este sentido, el proyecto de ley que finalmente se redactó solo pretendió modificar la Ley 65 de 1911 que subsidiaba los establecimientos de beneficencia y caridad en la República.²⁰⁵ Dentro de estos apoyos económicos, se incluyó a las recién creadas Gotas de Leche como instituciones de

²⁰¹ RUEDA PLATA, “Historia de la población”, p. 364; OCAMPO GAVIRIA, AVELLA GÓMEZ, BERNAL RAMÍREZ y ERRÁZURIZ COX, “La industrialización”, p. 273.

²⁰² Pompilio Martínez fue profesor de Clínica Externa y era especialista en clínica de niños de París, Berlín y Viena. Miguel Rueda fue profesor de Clínica Obstetricial. Roberto Franco fue profesor de Clínica Interna y especialista en enfermedades tropicales y Federico Lleras era especialista en bacteriología. HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, pp. 44-45.

²⁰³ Las mujeres pobres vivían en inquilinatos o pensiones caracterizados por el hacinamiento. Muchas de ellas eran jóvenes recién emigradas a la ciudad de las cuales se temía que para obtener algún ingreso terminarían en la prostitución. Algunas trabajaban en tiendas, la calle, algunas fábricas o como empleadas domésticas. REYES, “Cambios en la vida femenina”.

²⁰⁴ JIMÉNEZ LÓPEZ, Miguel, Pablo E. GUTIÉRREZ, Pedro Elías MENDOZA, E.J. Gómez, José ACEBEDO, “Informe de la Comisión que estudió el memorial de la Academia Nacional de Medicina, sobre la necesidad de dictar medidas de protección a la infancia”, *Anales del Senado*, 78, (30 de octubre de 1919), pp. 311-312.

²⁰⁵ “Ley 65 de 1911 (diciembre 2). Sobre auxilios a los establecimientos de beneficencia y caridad en la República”, *Anales del Senado*, 119 y 120, (abril 25 de 1912), p. 945.

carácter benéfico. Se estipuló también incrementar el auxilio al Hospital San Juan de Dios de Bogotá para que estableciera –anexo a la sala de maternidad– un servicio de consulta externa dirigido a embarazadas y una sala-asilo para aquellas que estuvieran en los dos últimos meses de gestación. A ello se sumaría la creación en Bogotá de una sala cuna destinada al cuidado de los hijos de obreros jornaleros y a la instrucción de las madres en la crianza de los niños.²⁰⁶

De las tres propuestas que contenía el proyecto únicamente se aprobó, con varios tropiezos, el auxilio a la organización de la Gota de Leche. Las dificultades se manifestaron en el rechazo que tuvo el proyecto en el Senado, decisión que se revisó ante la presión ejercida por un grupo de señoras de Bogotá. Ellas, en representación de la beneficencia pública de la ciudad, dirigieron un memorial solicitando la reconsideración y aprobación del auxilio para esta institución.²⁰⁷ Desde la revista *El Gráfico* se respaldó la actuación de aquellas mujeres y se precisó que era un deber imperativo de las naciones civilizadas proteger los “elementos debilitados” que la integraban y del Estado hacer de la asistencia pública un renglón obligado de su presupuesto. El llamado era a que la acción oficial se uniera al impulso de los ciudadanos en el intento de contrarrestar la mortalidad infantil.²⁰⁸

Ante estas peticiones, el Senado decidió aprobar el subsidio para la Gota de Leche de Bogotá y para las que se establecieran en otras capitales departamentales.²⁰⁹ Tal auxilio hizo parte de la Ley 64 de 1919 la cual dispuso que cada establecimiento sería beneficiado con 5.000 pesos anuales. En relación a otros auxilios, se puede inferir que las Gotas de Leche recibirían un buen porcentaje del presupuesto destinado para la beneficencia en el país. Los departamentos más pequeños obtenían para todos sus hospitales entre 4.000 y 6.000 pesos en auxilios, mientras que comparativamente con los subsidios que recibían las instituciones de

²⁰⁶ MENDOZA, Pedro Elías, Miguel JIMÉNEZ LÓPEZ, Pablo E. GUTIÉRREZ, E.J. GÓMEZ, José ACEBEDO, “Proyecto de ley por el cual se adiciona y reforma la número 65 de 1911”, *Anales del Senado*, 78, (30 de octubre de 1919), p. 312.

²⁰⁷ Las mujeres de clase alta que firmaron el memorial fueron: Elvira de Restrepo Sáenz, Julia Restrepo de Ortiz, Lucía Iriarte de Vargas, Cecilia O. de Bermúdez, Inés Marroquín de Vargas, Elena de Soto, Luisa de Martínez y Rebeca Calvo de Pérez. RODRÍGUEZ, Silvino, Victoriano VÉLEZ y Aquilino GAITÁN U., “Informe de la Comisión que estudió el memorial de un distinguido grupo de matronas de Bogotá, en que solicitan se reconsidere y apruebe el auxilio para la benéfica institución llamada Gota de Leche”, *Anales del Senado*, 169, (13 de febrero de 1920), p. 676.

²⁰⁸ PÉREZ, Francisco de P., “Por los humildes”, *El Gráfico*, 506, (noviembre 15 de 1919), pp. 81-82.

²⁰⁹ RODRÍGUEZ, Silvino, Victoriano VÉLEZ y Aquilino GAITÁN U., “Informe de la Comisión que estudió el memorial de un distinguido grupo de matronas de Bogotá, en que solicitan se reconsidere y apruebe el auxilio para la benéfica institución llamada Gota de Leche”, *Anales del Senado*, 169, (13 de febrero de 1920), p. 676.

Bogotá, tendría casi un tercio del total del presupuesto destinado para el Hospital San Juan de Dios y solamente mil pesos menos que el Hospital de La Misericordia.²¹⁰

Gracias a esta iniciativa, a finales de la década de los años diez la Gota de Leche entró a formar parte de los establecimientos particulares de ayuda a los pobres que contaban con auxilios estatales. El gobierno nacional descartó la necesidad de asumir directamente la protección de la infancia y la maternidad, así fuese mediante acciones legislativas ya que se consideraba que Colombia carecía de grandes problemas asociados al desarrollo de la industrialización y de movimientos obreros que requirieran de la intervención estatal. En su lugar, continuó delegando esta obligación a la caridad, la beneficencia y la responsabilidad individual.²¹¹

“La Cruz Roja ampara y protege la madre, cuida y preserva al niño”

La Cruz Roja Nacional (CRN) se inauguró en el marco de los festejos patrios de 1915 por iniciativa del médico Adriano Perdomo y con el apoyo de la ANM, la Iglesia católica y el Ejército Nacional.²¹² Como requisito para pertenecer a la Liga de la Sociedad de la Cruz Roja Internacional, en 1922 el gobierno nacional reconoció la institución como auxiliar del servicio sanitario del Ejército y, por tanto, en una dependencia del Ministerio de Guerra. Por esta razón recibió financiamiento estatal, aunque se sostenía principalmente de patrocinios otorgados por algunas empresas, bancos y particulares. El personal directivo estaba compuesto por representantes de los sectores que habían alentado su creación y contaba con un Comité de Señoras integrado por las esposas de los miembros del Comité Directivo y mujeres de clase alta, quienes ayudaban en la atención a los pobres y ofrecían lecciones de higiene.²¹³

²¹⁰ “Ley 64 de 1919 (noviembre 15). Por la cual se ordena la construcción de una Estación Sanitaria y se votan varios auxilios”, *Anales del Senado*, 97, (22 de noviembre de 1919), p. 386; “Ley 65 de 1911 (diciembre 2). Sobre auxilios a los establecimientos de beneficencia y caridad en la República”, *Anales del Senado*, 119 y 120, (abril 25 de 1912), p. 945.

²¹¹ GARTNER, *Notas sobre puericultura pre-natal*, p. 49.

²¹² Adriano Perdomo (1877-1953) estudió medicina en la Universidad Nacional y se especializó en la Universidad de París. Fundador de la Cruz Roja Nacional, profesor de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina. Tuvo cargos de representación en concejos, asambleas y el Congreso de la República. CÁCERES Y CUELLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, p. 113.

²¹³ “Decreto número 313 de 1922 (marzo 10)”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:1, (enero de 1923), p. 9; ADOR, Gustave y Paul DES GOUTTES, “Reconnaissance des sociétés de la Croix-Rouge de Colombie et du Paraguay”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:1, (enero de 1923), pp. 9-12; “La Cruz Roja en Colombia”, *El Tiempo*, (8 de abril de 1924), p. 3.

En consonancia con los fines de la Liga –que buscó mejorar las condiciones de salud en los países que habían sufrido la Gran Guerra–, la CRN tuvo dos objetivos primordiales: en tiempos de guerra, procuraría ayudar a las necesidades sanitarias de las tropas oficiales y atender a los heridos con base en la idea de neutralidad; y en tiempos de paz, debía enfocarse en toda clase de obras benéficas en “pro de la raza”.²¹⁴ Con esto hacían referencia a impulsar labores basadas en la higiene que permitieran luchar contra los “flagelos” que minaban a la población, lo que también significaba aliviar y socorrer al desvalido. De todas las acciones para la “defensa social” que emprendió la institución, la protección de la madre y del niño se consideró el problema de urgencia más inmediata y el más importante de atender.²¹⁵

Hacia 1920, la red de ayuda institucional se había ampliado a grupos específicos como los huérfanos, los indigentes y los enfermos donde estaban presentes comúnmente las órdenes religiosas, las sociedades laicas (principalmente femeninas) y el Estado a través de auxilios a las entidades particulares, el Hospicio para la infancia abandonada y los asilos para niños desamparados mayores de ocho años.²¹⁶ La CRN pretendió completar la atención a los niños pobres en Bogotá haciéndose cargo de aquellos desatendidos por las demás entidades benéficas, es decir, de los hijos más pequeños de las madres trabajadoras que estuvieran en peligro de muerte por falta de cuidados adecuados y de las pobres en estado de embarazo (Ver Anexo 1).²¹⁷ Para llevar a cabo este propósito, se fundó en 1923 un Centro Sanitario en el barrio Las Nieves que sirvió como lugar de enseñanza de la higiene y punto de información sobre la beneficencia pública de la ciudad. Los servicios que prestaba el Centro estaban a cargo de un médico con apoyo de un inspector y algunas enfermeras.²¹⁸

²¹⁴ “Estatutos de la Cruz Roja Colombiana”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:1, (enero de 1923), pp. 15-16. Para mayor información, consúltese: HUTCHINSON, “Custodians of the sacred fire”, pp. 17-35.

²¹⁵ “Sociedad Nacional de la Cruz Roja”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional, Bogotá*, 1:1, (enero de 1923), s.p.

²¹⁶ CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, pp. 149-152. Según el Jacques Donzelot, la institución familiar en el siglo XIX ocupó un lugar preferencial en los nuevos mecanismos de control social. El “gobierno a través de la familia” se hizo efectivo por medio de la filantropía, que llevó a que en el siglo XX se creara el llamado “sector social” en el que constituyó el epicentro de las intervenciones. DONZELOT, *La policía de las familias*, passim.

²¹⁷ NIETO CABALLERO, Agustín, “Protección de la infancia”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:4-5, (abril y mayo de 1923), s.p.; MUÑOZ y PACHÓN, *Los niños de la miseria*, pp. 91-99.

²¹⁸ PERDOMO, Adriano, “Neutralidad y caridad”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:1, (enero de 1923), pp. 2-7; PERDOMO, Adriano, Luis Felipe CALDERÓN y Jorge BEJARANO, “Reglamento del Centro Sanitario de la Cruz Roja Nacional”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:6-7, (junio y julio de 1923), pp. 127-128; “La Cruz Roja en Colombia”, *El Tiempo*, (8 de abril de 1924), p. 3.

Para la organización de la asistencia infantil, la CRN contó con la asesoría de la enfermera belga Josette Ledoux, delegada de la Sociedad Internacional de la Cruz Roja.²¹⁹ El Centro Sanitario puso en marcha los siguientes servicios: consulta gratuita para mujeres pobres embarazadas, baño para niños menores de un año –los cuales recibían como estímulo un vestido cuando llevaban seis baños para que las madres continuaran llevándolos–, conferencias sobre higiene infantil dictadas por Jorge Bejarano y toma de peso para los niños de pecho. Además, se atendía a niños enfermos de alguna epidemia como gripe o sarampión y su principal artífice, el doctor Perdomo, abrió un curso de enfermería para un grupo de once “distinguidas señoritas” de la capital.²²⁰ Ledoux respaldó el curso con el objetivo de que las voluntarias de la CRN sirvieran de apoyo al médico en el consultorio y adquirieran capacidades para atender a los enfermos en sus propias casas.²²¹

Con la consulta de maternidad se buscó zanjar el desinterés que tenía la beneficencia pública por el estado de embarazo en la mujer. Según Perdomo, era de suma importancia que las mujeres aprendieran sobre los cuidados necesarios en la preñez y de las observaciones médicas para evitar los “numerosos peligros” a los que estaba expuesta su vida y la del bebé por nacer. Su punto de vista era que tanto las señoras de clases acomodadas como las pobres desconocían la higiene que debían llevar durante el embarazo para evitar dolencias, ya que solamente se concentraban en resolver el momento del parto. Ambas debían ser instruidas en higiene infantil, pero la ayuda tendría que enfocarse en las “desamparadas y desvalidas”, que carecían de un esposo que se hiciera responsable de ellas, para quienes la gestación representaba miseria, desolación y tristeza pues perdían su trabajo definitivamente. Con estas consultas, la CRN esperaba amparar a las embarazadas pobres para que preservaran a sus hijos y difundir entre la gente “cultivada” e “ignorante” la importancia de acudir a los consejos médicos. Pese a las proyecciones, entre marzo y junio de 1923 únicamente se habían inscrito tres mujeres a la consulta de maternidad. Para Perdomo atraer a las futuras madres era una tarea ardua y requería de tiempo, pues las mujeres consideraban innecesaria la

²¹⁹ GARCÍA ORTIZ, Laureano, “La Cruz Roja”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:2-3, (febrero y marzo de 1923), pp. 17-22.

²²⁰ PERDOMO, Adriano, “Centro sanitario de la Cruz Roja”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:2-3, (febrero y marzo de 1923), p. 49; CÉSPEDES, “Acta de la sesión de la XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:10-11-12, (diciembre de 1923), pp. 212-215; “Fundaciones de la Cruz Roja Colombiana en la ciudad de Bogotá”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:18-19, (julio de 1924), s.p.

²²¹ “Curso de enfermería”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:4-5, (abril y mayo de 1923), pp. 66-72; PEDRAZA M., *La enfermería en Colombia*, pp. 25-29; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja Nacional*, pp. 6-7.

consulta en el embarazo. Al parecer, esta indiferencia cedió paulatinamente pues, según el médico, a principios de 1924 ya concurrían “un buen número de mujeres” a recibir consejos de higiene además de haber atendido 33 partos.²²²

Igualmente, como una forma de complementar la acción que estaba llevando a cabo la Gota de Leche en la ciudad, el Comité de Señoras impulsó la creación de la sala cuna. Este proyecto inició como respuesta al tema escogido por el Comité Auxiliar de Mujeres para debatir en el Tercer Congreso Científico Panamericano que se realizaría en Lima.²²³ La sección colombiana, conformada por Elena Holguín de Urrutia, Elvira Cárdenas de Concha y Teresa Tanco de Herrera, acordó que era poco lo que se hacía en el país para evitar las muertes de los niños, de allí que fuese necesaria la fundación de salas cuna para apoyar la obra que venían desempeñando otras instituciones de caridad y beneficencia.²²⁴ Este servicio sería entendido como un lugar donde “se reciben criaturas hasta de tres años de edad, hijos de la clase más pobre, cuyas madres se ven obligadas a dejarlos abandonados en sus míseras viviendas, en tanto ellas van a someterse a las más duras faenas para ganar su subsistencia. La institución consiste en recibirles y cuidarles los niños mientras ellas salen a sus trabajos.”²²⁵

El papel de las mujeres en la marcha de las salas cuna fue relevante. Las señoras de elite aparte de prodigarles cuidados a los niños, eran las encargadas de estimular las donaciones, cosían ropa para su uso, atendían el servicio de baño y preparaban los teteros. Algunas de ellas también participaban de los cursos elementales de enfermería ofrecidos por los médicos de la institución con el fin de estar capacitadas en la mejor manera de atender a los menores y optimizar su estado de salud. Para los médicos era importante que una mujer

²²² PERDOMO, Adriano, “Carta enviada por Adriano Perdomo al Presidente de la Cruz Roja Nacional el 4 de junio de 1923”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:6-7, (junio y julio de 1923), pp. 124-126; PERDOMO, Adriano, “Informe del Director del Centro Sanitario”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:20-21, (septiembre de 1924), pp. 134-140.

²²³ “La Conferencia Panamericana de Señoras”, *El Tiempo*, (13 de octubre de 1923), p. 3.

²²⁴ El Segundo Congreso Científico Panamericano impulsó la creación de un Comité Auxiliar de mujeres. Tal Comité convocó y presidió la Primera Conferencia Panamericana de Señoras reunida en Washington a finales de 1915. En esta Conferencia se promovió la fundación de secciones nacionales en cada una de las capitales de los países americanos con el fin de estimular la participación de la “mujer americana” y preparar trabajos para el Tercer Congreso Científico Panamericano que se reuniría en Lima. TANCO DE HERRERA, Teresa, “Acta de la primera reunión de la sección colombiana del Comité Internacional Panamericano de Mujeres, celebrada en Bogotá el 12 de octubre de 1923”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:10-11-12, (diciembre de 1923), pp. 169-170.

²²⁵ TANCO DE HERRERA, Teresa, “Informe”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:10-11-12, (diciembre de 1923), pp. 172-174.

los apoyara en la asistencia de la población infantil ya que vinculaban en la labor de acercarse al niño y a la familia su “instinto” maternal.²²⁶

Para 1924 existían en Bogotá dos salas cuna dependientes de la CRN que proveía médico, enfermera, dinero y medicinas. Ambas salas cuna estuvieron ubicadas en zonas donde cada vez aumentaba más la población trabajadora: una en el barrio Las Cruces, llamada “Landínez”, y la “de la carrera segunda”.²²⁷ La primera recibía cuarenta niños que debían ser llevados a las seis de la mañana para ser devueltos a sus madres a las seis de la tarde. Estaba dirigida por el párroco del barrio Diego Garzón y era atendida por el médico Eudoro Martínez y la enfermera graduada María de Jesús de Rozo.²²⁸ En la segunda, treinta niños eran admitidos todos los días –menos los feriados– entre las seis y siete de la mañana y entregados de cinco a seis de la tarde.²²⁹ Este servicio estuvo dirigido por el médico Adriano Perdomo junto con varias señoras vinculadas a la CRN. Los niños eran recibidos desde los treinta días de nacidos hasta los quince meses.²³⁰

A pesar de que los niños admitidos en las salas cuna eran alimentados principalmente con tetero, la CRN trató de estimular la lactancia materna.²³¹ Por tanto, era un requisito que la madre diera del seno al niño antes de dejarlo en la institución y tenía que regresar entre las once y las doce del mediodía para amamantarlo de nuevo. Este control en la alimentación hacía parte del registro que llevaba el médico sobre el peso que iba adquiriendo el niño. La estadística se anotaba en una cartulina que contenía los siguientes datos: el número de cama correspondiente, nombre y edad del bebé, nombre de la madre, fecha de entrada y cambios

²²⁶ “Fundaciones de la Cruz Roja Colombiana en la ciudad de Bogotá”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:18-19, (julio de 1924), s.p.

²²⁷ Las Cruces fue un barrio de trabajadores y de artesanos que empezaban a ubicarse en talleres y fábricas. Fue un barrio en el que se originaron varias protestas populares. URIBE, *Los años escondidos*, pp. 37-38.

²²⁸ “Ya principió a funcionar la sala-cuna en el barrio de Las Cruces”, *El Nuevo Tiempo*, (3 de noviembre de 1924), p. 7.

²²⁹ En la sala cuna “de la carrera segunda”, había también un servicio de baños para adultos que funcionaba los sábados para mujeres y los domingos para hombres. Los jueves el servicio era para niños entre los dos y ocho años. PERDOMO, Adriano, “Informe del Director del Centro Sanitario”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:20-21, (septiembre de 1924), pp. 134-140; GARZÓN, Diego, “La Sala-cuna de Las Cruces”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:18-19, (julio de 1924), pp. 81-83.

²³⁰ G. DE LANDÍNEZ, Mónica, “Copia del acta de la instalación de la sala cuna de la Cruz Roja de Las Cruces”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:16-17, (mayo de 1924), pp. 51-54; “La Cruz Roja Nacional”, *El Tiempo*, (15 de julio de 1924), p. 8; “Fundaciones de la Cruz Roja Colombiana en la ciudad de Bogotá”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:18-19, (julio de 1924), s.p.; “La sala-cuna de Las Cruces”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 2:18-19, (julio de 1924), pp. 81-83; “La Sala-Cuna ‘Landínez’ fue entregada antier a la Cruz Roja Nacional”, *El Nuevo Tiempo*, (1 de octubre de 1924), p. 5.

²³¹ “De puericultura. El porqué de la superioridad de la leche materna”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 3:25 a 30, (junio de 1925), pp. 29-30.

en el peso. Esta información permitía a la CRN asegurarse que los cuidados eran óptimos, mostrar los avances en el crecimiento de los niños y establecer los pesos según la edad.²³²

Al considerar que una de las mayores “deficiencias como Nación” que tenía Colombia era la carencia de muchos elementos de bienestar y que apenas contaba con servicios públicos incipientes, la CRN empezó a ofrecer servicios “modernos” que permitirían el alivio de las dolencias de la población en condición de abandono y precariedad. Con ello, podía cumplir el objetivo internacional que regía este tipo de instituciones. En el amparo del niño y la madre, sus miembros vieron la solución al problema de la “decadencia” del país y la esperanza de que la nación se prolongara hacia el futuro con base en un “pueblo fuerte”. Los aportes de la CRN a la niñez bogotana continuaron durante los años veinte en coordinación con las autoridades locales y nacionales para apoyar la campaña de protección a la infancia que comenzó en el país a finales de aquella década.

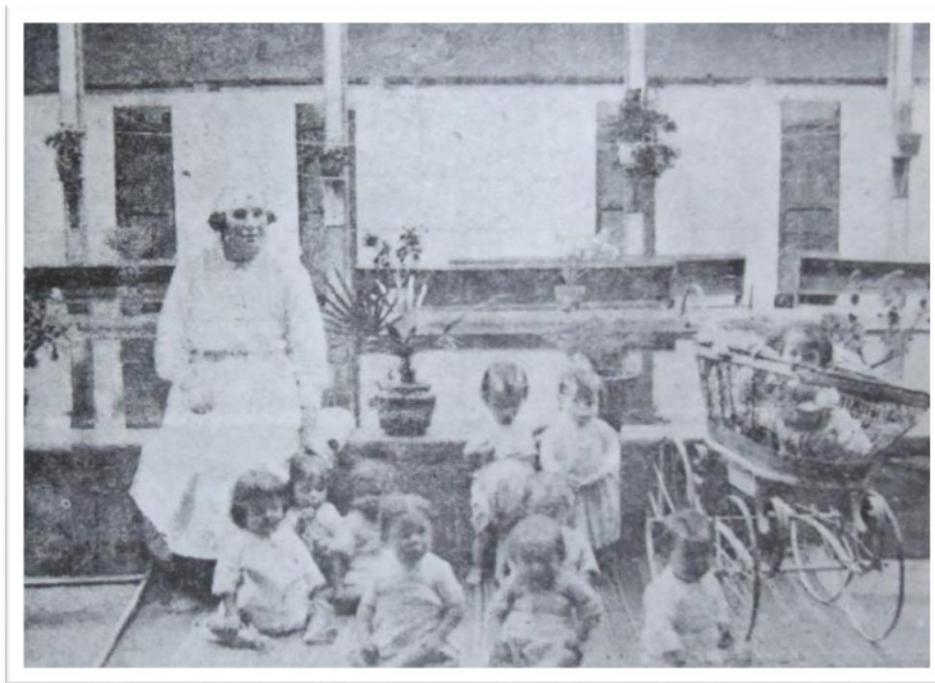
Imagen 2. Sala cuna del barrio de Las Cruces



Fuente: *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, Bogotá, 3:25 a 30, (junio de 1925), p. 11.

²³² Cuando un niño era retirado de la sala cuna, se registraba al reverso de la cartulina el motivo. PERDOMO, Adriano, “Informe que rinde el señor doctor Adriano Perdomo”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 3:25 a 30, (junio de 1925), pp. 8-10.

Imagen 3. Grupo de niños en el patio de la casa [sala cuna], bajo el cuidado de una enfermera



Fuente: *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 3:33, (septiembre de 1925), sp.

CONSIDERACIONES FINALES

La formación en el exterior de médicos colombianos en pediatría, los debates internacionales sobre la salud infantil y la preocupación nacional por la cantidad y la calidad de los habitantes en las primeras décadas del siglo XX, fueron las condiciones que permitieron un creciente interés por conocer las causas de mortalidad infantil. Los médicos, basados en sus conocimientos “científicos”, fueron quienes elaboraron los diagnósticos acerca de los problemas que afectaban a la niñez y presentaron medidas para “regenerar” la población, posicionándose como expertos en el tema.

Así pues, en diferentes medios se estableció una relación entre las altas tasas de muerte infantil, enfermedades evitables –gastrointestinales y respiratorias– y problemas sociales como la pobreza, la ilegitimidad, el abandono de los niños y la “ignorancia” de las madres. A partir de sus conclusiones, destacaron la importancia de divulgar y enseñar las normas de higiene y fomentar la lactancia materna ya que el progreso de la nación estaba en

la salud y supervivencia de los niños en tanto futuros ciudadanos y trabajadores. Sin embargo, no prestaron atención a la situación económica de las mujeres pobres y sus familias. En su lugar, dirigieron sus esfuerzos a modificar las costumbres de los pobres y transformar algunas de las visiones que condicionaban socialmente el papel de las madres solteras y las concepciones sobre los hijos ilegítimos como una forma de prevenir su abandono y muerte.

Igualmente, los expertos advirtieron acerca de la apatía de instituciones privadas y oficiales por el cuidado de las madres pobres, trabajadoras y solteras y sus hijos más pequeños. Según los médicos, solo era posible solucionar los problemas de la “despoblación” y la “decadencia” del país si el Estado asumía la protección a la infancia y cambiaba la beneficencia por asistencia pública. Esta transformación implicaba la modernización del aparato estatal –posicionando el conocimiento científico–, y una mayor intervención en las políticas sociales y económicas. Las peticiones en este sentido no tuvieron eco inmediato en el gobierno nacional, ya que se consideraba que la salud de la población era un asunto de carácter meramente individual, correspondiéndole al Estado solamente auxiliar las instituciones caritativas que brindaban amparo a los “desvalidos”.

Esta distribución de responsabilidades entre los sectores público y privado condujo a la creación de instituciones y servicios como la Gota de Leche y las salas cuna por iniciativa de la beneficencia particular. Desde estos establecimientos, los médicos pretendieron combatir la mortalidad infantil de forma “racional” creando un vínculo “indestructible” entre la madre y el niño con el fin de evitar su abandono. Con ello, también esperaban atacar la mala alimentación producida artificialmente e instalar la idea de que las madres necesitaban de la orientación médica para beneficiar el crecimiento y sano desarrollo de su hijo. De esta manera, la conjunción de esfuerzos entre médicos, señoras de elite e Iglesia católica, completó la red de beneficencia que existía y que se encargaba únicamente del parto, de los niños abandonados por sus padres o de aquellos que terminaban en las calles y la delincuencia.²³³

La fuerte crítica que los médicos hicieron a través de sus congresos y publicaciones al desamparo en el que se encontraba la primera infancia y sus consecuentes muertes, dio lugar a que se formularan y presentaran ante las autoridades estatales propuestas para hacer de la protección infantil una política pública. Aunque estas pretensiones solo fueron posibles

²³³ Para mayor información, consúltese: BERMÚDEZ, “Familias y hogares”, pp. 281-283.

a partir de la segunda mitad de los años veinte y con más fuerza en la década del treinta, sentaron las bases para que la primera infancia entrara en la agenda pública. Mientras esto sucedía, destacados miembros del colectivo médico, con apoyo de sus esposas y de mujeres de la alta sociedad, lograron que instituciones dirigidas específicamente a este tipo de población tuvieran por primera vez un auxilio estatal.

CAPÍTULO II

LAS BASES LEGALES DE LA PROTECCIÓN INFANTIL EN COLOMBIA: DEMANDAS SOCIALES, PACTO POLÍTICO Y PROCESO LEGISLATIVO, 1920-1925

INTRODUCCIÓN

Los años veinte en Colombia fueron un periodo de transformaciones en diferentes órdenes gracias al auge económico que se experimentó durante los gobiernos conservadores de Pedro Nel Ospina (1922-1926) y Miguel Abadía Méndez (1926-1930).²³⁴ La indemnización de veinticinco millones de dólares que el país obtuvo de Estados Unidos por la pérdida de Panamá ocurrida en 1903, los empréstitos a los que accedieron tanto los gobiernos locales como el nacional y el alza en los precios del café en la posguerra, permitieron la llamada “Danza de los Millones”.²³⁵ El presupuesto público aumentó y buena parte de esos recursos fueron destinados a la ampliación de la red ferroviaria, la construcción de carreteras intermunicipales y el acondicionamiento de los puertos para favorecer las exportaciones. Estas medidas aceleraron el proceso de modernización e industrialización y motivaron el desplazamiento a las ciudades de hombres y mujeres del campo ante la demanda de trabajadores en enclaves, obras públicas y las nacientes industrias manufactureras.²³⁶

Si bien la mayor parte de los colombianos seguía concentrada en el campo, la cantidad de personas que habitaba en las ciudades aumentó considerablemente. Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla incrementaron su participación en el total de la población de 4.5% en 1905 a 23.2% en 1925.²³⁷ La cuarta parte de la población urbana residía en cuatro ciudades y el 60%

²³⁴ Desde finales del siglo XIX, el Partido Conservador se dividió entre nacionalistas e históricos. Los primeros se inclinaban más por el tradicionalismo propio de la Regeneración (1878-1900), mientras que los segundos abogaban por el progreso a partir de los postulados del liberalismo económico y la modernización de la sociedad colombiana, al tiempo que políticamente estaban dispuestos a dar mayor participación a los liberales. Los presidentes Ospina y Abadía Méndez hicieron parte del ala histórica. MELO, “De Carlos E. Restrepo”, p. 227.

²³⁵ PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, pp. 125-133; COLMENARES, “Ospina y Abadía”, pp. 252-266.

²³⁶ El crecimiento industrial se dio a partir de la segunda mitad de la década del diez. En 1900 había doce fábricas en Bogotá, diez en Antioquia, una en Boyacá, otra en Bolívar y varias empresas caseras en Santander. Para 1916 existían trece en Bogotá, más de veinticinco en Antioquia, poco más de una decena en Atlántico y ocho en Bolívar. BEJARANO, “El despegue cafetero (1900-1928)”, p. 209; KALMANOVITZ, *Nueva historia económica*, pp. 198-203; PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 90-95.

²³⁷ RUEDA PLATA, “Historia de la población”, p. 364; OCAMPO GAVIRIA, AVELLA GÓMEZ, BERNAL RAMÍREZ y ERRÁZURIZ COX, “La industrialización y el intervencionismo estatal”, p. 273.

de esa población carecía de un hogar digno y un ingreso suficiente para sobrevivir.²³⁸ Estos cambios visibilizaron problemas como la pobreza, la miseria, la criminalidad, la proliferación de enfermedades, el analfabetismo, la insalubridad, unas precarias condiciones laborales y el temor constante a una confrontación entre ricos y pobres. Para los sectores acomodados, si el país quería avanzar en la senda del progreso, debía controlar la llamada cuestión social.²³⁹ Las huelgas, paros e incipientes organizaciones de trabajadores que reclamaban mejoras laborales generaron una nueva realidad social que escapaba a los marcos legales e institucionales existentes. Por tal motivo, el Estado colombiano se vio obligado a incrementar sus tareas reguladoras para responder a estos problemas.²⁴⁰ A través de la expedición de un conjunto de leyes de carácter social, se pretendió disminuir los efectos negativos de la urbanización y la industrialización, a la par que los gobiernos manifestaron cierto interés por algunas de las demandas planteadas por los obreros.²⁴¹

El presente capítulo estudia el primer marco normativo que en Colombia pretendió brindar protección y asistencia estatal a las madres pobres y trabajadoras y a sus hijos más pequeños en tanto respuesta a la cuestión social. Para lograrlo, reconstruye el proceso de formulación, discusión y sanción de la legislación social con el propósito de comprender las circunstancias que permitieron, en parte, la inclusión de este segmento de la población dentro de las responsabilidades estatales. El capítulo está organizado en tres apartados. El primero está dedicado a caracterizar a la clase obrera y su relación con el liberalismo como actores sociales involucrados en la formulación de peticiones a las autoridades políticas para expedir una legislación social. En el segundo aborda el papel de la Comisión Interparlamentaria de Asuntos Sociales (CIAS), instancia estatal encargada de elaborar un paquete legislativo que procuró atender los requerimientos de los sectores interesados. Además, se evidencia cómo el saber de los médicos sirvió como soporte experto en la elaboración de las políticas sociales. Finalmente, analiza el debate en el Congreso de la República que condujo a la aprobación de las leyes a favor de la primera infancia y la asistencia a la maternidad en el marco de un pacto

²³⁸ Entre 1925 y 1930 la población urbana total creció un 24% y en las ciudades principales el crecimiento fue de un 31.7%. BEJARANO ÁVILA, “El despegue cafetero”, pp. 225-227; ARCHILA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 56-57.

²³⁹ Sobre la “cuestión social”, consúltese: SURIANO, “Introducción”, pp. 2-5; GONZÁLEZ LEANDRI, “Miradas médicas”, pp. 430-434.

²⁴⁰ ABEL, *Política, Iglesia y partidos*, p. 24; NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 45-46.

²⁴¹ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, 67-82.

político entre la minoría liberal y las mayorías conservadoras con el fin de apaciguar la emergente protesta social.

LOS ACTORES: CLASE OBRERA Y LIBERALES

La transición que experimentó el país hacia una economía capitalista generó transformaciones en el crecimiento urbano y en el tipo de población trabajadora predominante. La oportunidad de empleo en diversos sectores productivos incrementó el peso de los asalariados en las ciudades quienes, a pesar de ser minoritarios, sustituyeron gradualmente la fuerte presencia de los artesanos en el mundo laboral y en el liderazgo de las huelgas a través de las que demandaban mejores condiciones.²⁴² En este proceso, el término “artesano” entró en desuso y fue reemplazado por el vocablo genérico de “obrero” que refería a todo aquel que vivía de su trabajo independientemente de que fuera artesano, asalariado, campesino e incluso industrial –por la gran cantidad de pequeños y medianos propietarios–. Tal designación también se relacionó con el pobre, particularmente para resaltar carencias materiales y las condiciones habitacionales consideradas por los sectores pudientes como sucias y descuidadas.²⁴³

La naciente clase obrera estuvo constituida principalmente por población rural que se trasladó a capitales como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y centros petroleros como Barrancabermeja, para emplearse en distintas actividades productivas que, si bien no requerían de mano de obra cualificada, eran las de mayor importancia económica en el momento.²⁴⁴ De acuerdo al género, la fuerza de trabajo se distribuyó de la siguiente manera: las trabajadoras tuvieron importante presencia en la industria manufacturera, especialmente en el mundo de los textiles, el procesamiento del tabaco y la trilla de café. También ingresaron a las fábricas de bebidas y como telefonistas.²⁴⁵ Las escogedoras, mujeres encargadas de la selección del grano de café en las trilladoras, representaron la mayoría de la fuerza de trabajo

²⁴² Con el vocablo “artesano” se autodenominaron tanto los dueños de pequeños talleres como los operarios. Ellos se dedicaron a oficios como la zapatería, sastrería, talabartería, carpintería, entre otros. Desde mediados del siglo XIX, se organizaron en sociedades de ayuda mutua y gremios que integraban aprendices y maestros. SOWELL, *Artesanos y política*, pp. 251-265.

²⁴³ ARCHILA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 212-230.

²⁴⁴ PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, pp. 93-95, 117-125.

²⁴⁵ VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, pp. 193-241; VILLARREAL MÉNDEZ, “Movimientos de mujeres”, pp. 73-77.

femenino en el sector manufacturero durante las primeras tres décadas del siglo XX.²⁴⁶ Por ejemplo, en 1918 había tres grandes trilladoras de café en Girardot (Cundinamarca) con más de 250 escogedoras. En Medellín en 1916, catorce trilladoras ocupaban a 1.600 mujeres. Hacia 1925 en Cali, el 72% de la mano de obra femenina se concentraba en cuatro trilladoras de café, las cuales reunían el 86.3% de mujeres trabajadoras.²⁴⁷ La cantidad de mujeres jóvenes que arribaron a las ciudades permitió a los patronos encontrar fácilmente mano de obra considerada dócil y barata. Por tanto, fue habitual emplear más mujeres que hombres en tales actividades con condiciones laborales inferiores en sueldo y derechos.²⁴⁸

Entre tanto, los hombres se concentraron en sectores como las comunicaciones, el transporte (ferroviario y portuario), los enclaves extranjeros (banano y petróleo), la construcción de obras públicas, la minería y los servicios. Allí tuvieron lugar los conflictos sociales más considerables a partir de 1923, los cuales rara vez afectaron la industria manufacturera que solo contó con instancias representativas relevantes hasta finales de la década del treinta.²⁴⁹ Los trabajadores del transporte fueron los más organizados y protagonizaron, junto con los trabajadores de los enclaves estadounidenses, una nueva fase de agitación social influenciados por el socialismo. Sus principales banderas políticas procuraban evitar la explotación por parte de capitalistas y pedir garantías sociales, educación, trabajo y remuneración justa.²⁵⁰

Cabe señalar que las obreras encontraron en el naciente socialismo colombiano un catalizador ideológico y político. Las mujeres presentaron reivindicaciones como trabajadoras y formaron las primeras organizaciones femeninas declaradamente socialistas en Barranquilla, Cartagena, Medellín, Bogotá, Manizales, entre otros lugares. Igualmente, el

²⁴⁶ La historiografía colombiana ha privilegiado el estudio de las obreras de las industrias textiles, especialmente de la ciudad de Medellín. La historia de las escogedoras y de otro tipo de trabajadoras es muy poco conocida. RAMÍREZ BACCA, “Mujeres en la caficultura”, pp. 43-73; RAMÍREZ BACCA, “Clase obrera urbana”, pp. 115-143.

²⁴⁷ BERGQUIST, “Los trabajadores del sector cafetero”, p. 360; OCAMPO Y MONTENEGRO, *Crisis mundial*, p. 153; MONTENEGRO, “El surgimiento de la industria textil”, pp. 153, 172-174; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, p. 204; PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 90-95.

²⁴⁸ Los estudios sobre la legislación en salud para trabajadores y la medicina laboral en Colombia dejan de lado la normatividad específica dirigida a las obreras. Para mayor información, consúltese: GALLO, “Trabalho, medicina e legislação”, passim; LÓPEZ URIBE, *Salarios*, p. 146.

²⁴⁹ URRUTIA, *Historia del sindicalismo*, pp. 54-67; ARCHILA, “Colombia 1900-1930”, pp. 322-358, VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 1, passim.

²⁵⁰ Los trabajadores del transporte lograron un protagonismo considerable en las luchas sociales más importantes hasta 1945. ARCHILA, “Colombia 1900-1930”, pp. 322-358; URRUTIA, *Historia del sindicalismo*, pp. 88-100.

Partido Socialista expresó en su plataforma que trabajaría por la emancipación política y civil de la mujer y por asegurar los auxilios de maternidad para las obreras durante los treinta días antes y después del parto.²⁵¹ Sin embargo, la clase obrera no logró tener un proceso político autónomo ni duradero. El Partido Socialista, conformado en 1919 por varios sindicatos y sociedades de mutuo auxilio con adeptos de varias partes del país, tuvo insuficiente injerencia entre los trabajadores, especialmente por la competencia con los liberales por el favor de los sectores populares y el rechazo que generó esta corriente política e ideológica entre los conservadores y el clero.²⁵²

Al ver sus avances electorales en 1921 y por la cercanía con ciertas corrientes del liberalismo más juvenil, el Partido Liberal rápidamente intentó cooptar al Partido Socialista.²⁵³ En 1922, liberales y socialistas concretaron una alianza con el afán de derrocar a los conservadores que ostentaban el poder desde finales del siglo XIX y acababan de ganar la Presidencia nuevamente en una elección tachada como fraudulenta. Durante la Convención de Ibagué, los liberales adoptaron buena parte de la plataforma política del incipiente socialismo donde reclamaban el establecimiento de derechos laborales mientras que los obreros consideraban a este partido la única fuerza política con presencia en el Parlamento que podía sacar adelante su programa y concretar algunas reformas.²⁵⁴ El Partido Liberal redefinió sus objetivos para ganar el favor de la creciente población urbana ya que en las zonas rurales predominaba un electorado conservador aupado y controlado por la Iglesia católica.²⁵⁵

Entre las aspiraciones expuestas en la Convención se destacaron la defensa y protección de las clases trabajadoras y el impulso de un conjunto de medidas legislativas que

²⁵¹ VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, pp. 242-251; MOLINA, *Las ideas socialistas*, p. 216; BONILLA VÉLEZ, “Los movimientos de mujeres”, pp. 33-35.

²⁵² URRUTIA, *Historia del sindicalismo*, pp. 69-79; ARCHILA NEIRA, “¿De la revolución social a la conciliación?”, pp. 85-89; ORJUELA, “Tensión entre tradición y modernidad”, pp. 206-207; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 4, pp. 112-119.

²⁵³ El Partido Socialista se creó en el marco de una asamblea nacional de trabajadores convocada por el Sindicato Central Obrero y la Asamblea Obrera y Profesional. Este Sindicato era el de mayor influencia en el país y reunió a varios gremios y asociaciones de trabajadores. SINDICATO CENTRAL OBRERO, “Manifiesto del Sindicato Central Obrero”, pp. 278-282.

²⁵⁴ Los acuerdos definidos en la Convención de Ibagué fueron ratificados dos años después en la Convención de Medellín. “Los propósitos y las ideas del Socialismo en Colombia”, *El Tiempo*, (30 de enero de 1924), p. 5; “El programa lanzado por la Convención Liberal”, *El Tiempo*, (15 de julio de 1924), portada y p. 6.

²⁵⁵ BIDEGAÍN DE URÁN, *Iglesia, pueblo y política*, pp. 38-40; VANEGAS USECHE, “Patriotismo o universalismo proletario”, pp. 269-332.

beneficiaran las condiciones sociales y laborales de las clases obreras.²⁵⁶ En lo que respecta a esta investigación, los liberales acordaron insistir en tres asuntos: 1. La organización de la asistencia pública para proteger especialmente a la infancia desvalida. 2. La intensificación de las campañas sanitarias para superar las enfermedades del pueblo con base en los recursos de la medicina, y 3. La reglamentación del trabajo femenino y de los menores.²⁵⁷ Estas cuestiones eran de gran relevancia tanto para los sectores socialistas como para los médicos-políticos adscritos al Partido Liberal.²⁵⁸ Para estos profesionales, que pretendían influir directamente en las políticas sociales, el Estado debía asumir responsabilidades económicas y sociales con el bienestar infantil ya que el ámbito privado era insuficiente para atender el problema. El compromiso del Estado debía sellarse en una legislación que protegiera y asistiera a los hijos de las obreras con el fin de mejorar sus condiciones físicas y fortalecer la “raza” en un país que, a falta de inmigración, solo podía aumentar la población con su elemento propio.²⁵⁹

En los acuerdos de la Convención no se estipularon cuestiones sobre la maternidad obrera. Si bien las mujeres pobres habían sido incorporadas masivamente en las nuevas industrias, hacia mediados de los años veinte no existía una disposición legal que hiciera referencia al cuidado infantil o la pobreza femenina, ni se reconocía algún derecho a las madres (o futuras madres) trabajadoras como ocurría en otros países latinoamericanos.²⁶⁰ A pesar de la temprana adhesión de Colombia a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919, el Estado había desatendido las recomendaciones que realizó este organismo para expedir una legislación que velara por las trabajadoras –casadas o no–, y por sus hijos legítimos e ilegítimos. Las directrices internacionales buscaban que los Estados garantizaran la conservación del empleo de las mujeres antes y después del parto, al tiempo que contaran con prestaciones para su manutención y la de su hijo recién nacido, dos descansos de media

²⁵⁶ Además de una legislación social, el liberalismo definió como propósitos centrales de su accionar político la defensa acérrima de un nacionalismo, la obtención de garantías políticas para la participación electoral, la descentralización administrativa y política para garantizar el manejo de las rentas a los departamentos y la intervención del Estado. MOLINA, *Las ideas liberales*, pp. 77-84.

²⁵⁷ PAZ y SOLANO, *Convención de Ibagué*, pp. 277-281.

²⁵⁸ “El abandono infantil”, *El Socialista*, (20 de febrero de 1920), portada; “El trabajo de la mujer”, *El Socialista*, (21 de febrero de 1920), s.p.; “Con nuestros hombres y nuestros programas”, *El Socialista*, (9 de marzo de 1920), portada.

²⁵⁹ BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 265-273; DÍAZ, “Raza, pueblo y pobres”, p. 46.

²⁶⁰ LAVRIN, *Mujeres, feminismo y cambio social*, pp. 104-109; RAMACCIOTTI, “Las trabajadoras en la mira estatal”, pp. 191-215.

hora en los lugares de trabajo para amamantar, servicios médicos gratuitos, más el establecimiento de políticas de protección dirigidas a regular el trabajo infantil. Tales sugerencias respondían al llamado internacional de gestionar “racional y científicamente” la salud y el bienestar de los niños luego de las graves consecuencias demográficas que dejó la Primera Guerra Mundial.²⁶¹

Si bien en las luchas obreras había cierta preocupación por asegurar el empleo de las mujeres por motivos de embarazo o parto y por instalar el auxilio a la maternidad, fue uno de los puntos menos notables de sus demandas.²⁶² El sector industrial, donde sobresalía la mano de obra femenina, estuvo casi desprovisto de una organización política propia que permitiera una consolidación de sindicatos fuertes, por lo cual se acercaron al Partido Liberal para buscar apoyo y representación.²⁶³ En contraste, asuntos como la construcción de habitaciones para obreros, los accidentes de trabajo, el derecho a la huelga y el seguro colectivo obligatorio, sí habían sido regulados y requerían formalmente la aplicación de la ley en respuesta a las peticiones de los sectores más organizados de los trabajadores. Es decir, la poca legislación laboral existente, beneficiaba a un grupo limitado de trabajadores, realidad que dejaba en manos de la ayuda particular o religiosa las necesidades de protección de las obreras.²⁶⁴

La tardía industrialización, la falta de organización sindical femenina, el insuficiente interés que mostraron las asociaciones obreras por los derechos de las trabajadoras, la subsistencia del paternalismo, la fuerte incidencia de la Iglesia católica y la inexistencia de grupos feministas que abogaran por los derechos sociales y laborales de las mujeres pobres, son razones que ayudan a entender el rezago de Colombia en fijar normas de protección para la infancia y las obreras a pesar del movimiento mundial en este sentido.²⁶⁵ Igualmente, estos factores también pueden explicar por qué el impulso para legislar a favor del binomio madre-hijo provino especialmente de los médicos higienistas, para quienes la maternidad era la

²⁶¹ SCARZANELLA, “Los pibes en el Palacio de Ginebra”, pp. 5-30. La “Declaración de Ginebra” estableció los derechos fundamentales del niño en 1923. SOSENSKI, *Niños en acción*, pp. 38-39.

²⁶² PAZ y SOLANO, *Convención de Ibagué*, pp. 277-278; SOWELL, *Artesanos y política*, p. 237; VILLARREAL MÉNDEZ, “Movimientos de mujeres”, pp. 73-76.

²⁶³ PÉCAUT, *Orden y violencia*, p. 236.

²⁶⁴ PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, p. 113; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 67-82; GALLO, “Accidentes de trabalho”, pp. 129-149.

²⁶⁵ BOCK, “Pobreza femenina”, pp. 438-478.

función social femenina por excelencia dada la responsabilidad en el “mejoramiento de la raza” y la salvaguardia de la familia.²⁶⁶

Desde el debate sobre los problemas de la “raza” que se dio en Bogotá en 1920, los partidarios de la “regeneración” de la población resaltaron el papel fundamental que tenían las mujeres para frenar las supuestas consecuencias nefastas derivadas de los procesos de modernización.²⁶⁷ De ellas dependía que el país no viera obstaculizado su desarrollo económico por razones de denatalidad o debilidad de sus habitantes. Médicos como Jorge Bejarano y Calixto Torres Umaña, resaltaron la maternidad como un ámbito en el que se jugaba la formación moral y física de los futuros ciudadanos. Así, defendieron la educación y la higiene de la madre, la asistencia a la primera infancia y la protección de la capacidad reproductiva de la mujer —especialmente de los sectores populares—, para disminuir la mortalidad infantil, vigorizar a los habitantes, aumentar la población y solucionar la llamada “cuestión social”.²⁶⁸ Estas formulaciones fueron posibles gracias al prestigio que había ganado la medicina como saber científico legitimador del poder político. Esta condición permitió que los médicos-políticos hicieran notorias sus posiciones y requerimientos en torno a las condiciones en que se encontraban las clases trabajadoras y demandaran al Estado nuevas formas de ayuda para los pobres.²⁶⁹ A partir de los años veinte, el médico se asumió como portador del conocimiento científico fundamental para elaborar y desarrollar reformas sociales, dirigir el Estado y superar los obstáculos que impedían el progreso del país.²⁷⁰

Un acercamiento a las mujeres trabajadoras

En los espacios urbanos, las mujeres colombianas habían desempeñado labores en oficios aceptados socialmente por ser calificados una extensión de las actividades hogareñas.²⁷¹ En contraste, el trabajo en las nacientes industrias requería el aprendizaje de una labor técnica

²⁶⁶ MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 21-28; JALIL PAIER, “Gender as pathology”, pp. 243-276.

²⁶⁷ Para mayor información sobre este debate, remitirse a la Introducción. SALDARRIAGA, OBREGÓN y OSPINA, *Mirar la infancia*, pp. 78-92; MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 21-28; JALIL PAIER, “Gender as pathology”, pp. 243-276.

²⁶⁸ BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 272-281; TORRES UMAÑA, “Cuarta conferencia”, pp. 222-231.

²⁶⁹ ABEL, *Ensayos de historia de la salud*, p. 53.

²⁷⁰ GONZÁLEZ LEANDRI, “Miradas médicas”, p. 422-430; STERN, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, p. 282.

²⁷¹ DAVID BRAVO, *Mujer y trabajo*, passim.

para su ejecución y dependía de un horario, un patrón y un salario. Estas condiciones hicieron que la fábrica se entendiera como un lugar riesgoso para las mujeres en términos físicos, especialmente por su “debilidad”, que contribuía al aumento de las muertes infantiles y a la constitución de hijos enfermizos, pero sobre todo peligroso por cuestiones morales ya que las alejaba de sus obligaciones con la familia y el hogar.²⁷² La divulgación de esta idea se acompañó de un sentimiento compasivo hacia la mujer obrera que, forzada por su pobreza, se veía obligada a estar en un ambiente donde era vulnerable. Su condición de desamparo la hacía merecedora de ayuda caritativa y defensa social.²⁷³

Por ejemplo, en el marco de la industria textil en Medellín, el paternalismo y la religiosidad fueron esenciales para asegurar el control de los trabajadores dentro y fuera de la empresa. Al ser un fragmento de trabajadores desprotegidos, es decir, carente de derechos y seguridad laboral, los patronos asumieron una actitud de guardianes de la moral, especialmente de la femenina. De esta forma, aprovecharon la influencia que tenía la Iglesia católica para inculcar en los obreros valores que permitieran primero, asimilar a la empresa con una familia donde todos eran responsables de su rendimiento; segundo, anular el activismo laboral; y tercero, controlar los acercamientos sexuales entre hombres y mujeres.

Para llevar a cabo estos objetivos, fábricas como Coltejer y Fabricato optaron por emplear preferentemente mujeres jóvenes, casi niñas, solteras, de familias católicas de Medellín y de los municipios cercanos. Las mujeres casadas fueron generalmente excluidas o retiradas de su puesto de trabajo en el momento que contrarían matrimonio o embarazaban. Algunas trabajadoras ocultaban a sus hijos o esposo o permanecían en la soltería para conseguir o conservar un empleo.²⁷⁴ La elección de este perfil permitió a los patronos obtener un máximo de ganancia a un bajo costo ya que los salarios eran hasta un 50% menos que el de los hombres. Para 1922, Coltejer pagaba jornales de \$0.50 a \$2.70 a los hombres y de \$0.35 a \$0.80 a las mujeres, mientras que en La Colombiana de Tabaco el pago era en promedio \$1.58 a los hombres y \$0.91 a las mujeres.²⁷⁵

²⁷² VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, pp. 112-119; BERMÚDEZ RICO, *Mujeres obreras*, p. 29.

²⁷³ FARNSWORTH-ALVEAR, “El misterioso caso”, pp. 141-167.

²⁷⁴ Según Luz Gabriela Arango, la política de exclusión de la mujer casada estuvo vigente en las grandes textiles antioqueñas hasta los años setenta. ARANGO, *Mujer, religión e industria*, pp. 41-51; FARNSWORTH-ALVEAR, *Dulcinea in the Factory*, p. XII; JARAMILLO, “Industria, proletariado, mujeres y religión”, pp. 387-423.

²⁷⁵ OSPINA VÁSQUEZ, *Industria y protección*, pp. 443-444.

Los patronatos se crearon para controlar los comportamientos de las obreras y vincular la acción de la Iglesia católica al mundo laboral. Estas asociaciones laicas fueron ideadas por damas de la elite quienes, acompañadas por miembros de la Iglesia y con el respaldo de las empresas, brindaban apoyo a las trabajadoras recién llegadas a la ciudad a fin de acogerlas y evitar que terminaran en bares o prostíbulos. El Patronato de Obreras y la Congregación Obrera de San José sirvieron de base para emprender la Acción Social Católica bajo la dirección de la Compañía de Jesús y el respaldo de la Arquidiócesis de Medellín y los empresarios de la región.²⁷⁶ Esta iniciativa concentró sus esfuerzos en dos áreas: la educación de los sectores populares y la constitución de asociaciones católicas que velaran por la buena actuación de sus miembros.²⁷⁷

La doctrina social cristiana, difundida en la encíclica *Rerum Novarum* proferida por el Papa León XIII en 1891, inspiró los patronatos. Como se sabe, en ella se alentaba a la resolución de los problemas generados por la industrialización como la “corrupción de las costumbres” y el “desorden social” mediante prácticas paternalistas. En este sentido, para contrarrestar la influencia de los sindicatos, se atacó directamente la organización obrera y se mantuvo a los trabajadores apartados de las huelgas, del socialismo, de las actividades “inmorales”, se difundió el amor al trabajo, el acatamiento a la autoridad y se rechazó a las personas alejadas de la doctrina católica.²⁷⁸

Al respecto, Mauricio Archila afirma que el clero de otras partes del país no fue tan organizado como en Antioquia, motivo por el cual se marginó del mundo laboral sin dejar de propiciar un ambiente hostil hacia el socialismo en tanto enemigo del catolicismo. El caso en las textileras antioqueñas fue excepcional y ayudó a la estabilización del capitalismo en la región. El estilo paternalista y el reforzamiento de los valores religiosos llevaron a que las obreras se quejaran poco y tuvieran un fuerte sentido de pertenencia por la empresa.²⁷⁹ La

²⁷⁶ La Acción Social Católica fue un movimiento compuesto por laicos dispuestos a trabajar en las obras de la Iglesia con el fin de ofrecer alternativas a la cuestión social desde el catolicismo, proteger a la clase obrera de la creciente influencia del comunismo y el protestantismo y difundir los valores católicos en la sociedad. Su actividad se realizó a través de la organización de los obreros y los campesinos, las cajas de ahorro, la educación y las acciones políticas. ARIAS, *El episcopado colombiano*, pp. 102-103; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 212-216.

²⁷⁷ LONDOÑO VEGA, *Religión, cultura y sociedad*, pp. 208-210; JARAMILLO, “Industria, proletariado, mujeres y religión”, pp. 411-421; ARANGO DE RESTREPO, *Sociabilidades católicas*, pp. 97-102.

²⁷⁸ ARANGO DE RESTREPO, *Sociabilidades católicas*, pp. 94-97; REYES CÁRDENAS y SAAVEDRA RESTREPO, *Mujeres y trabajo*, pp. 35-37; ARIAS, *El episcopado colombiano*, pp. 89-90; MAYOR MORA, “El control del ‘tiempo libre’”, pp. 35-59.

²⁷⁹ ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, p. 216.

participación en un sindicato implicaba el despido o, cuando menos, la persuasión por parte de los sacerdotes para desistir de la idea de crear organizaciones que promovieran el odio de clases.²⁸⁰ Por consiguiente, son escasas las huellas de las huelgas en las que participaron mujeres con reivindicaciones propiamente femeninas. Han sido más visibles aquellas que buscaban un trato digno como el cese del acoso por parte de los patronos o compañeros de fábrica y, sobre todo, las de tipo económico, esto era, solicitudes de aumento en los salarios.²⁸¹

Si bien los hombres llamaban a las mujeres a unirse a la lucha para alcanzar la igualdad, ellos asumieron una actitud contradictoria en el marco de la sociedad patriarcal que imperaba. Es decir, proyectaron una imagen del obrero como eminentemente masculino, de manera que la autoridad del hogar reposaba en el hombre mientras que la mujer debía retornar a la casa para ejercer los tradicionales roles de madre, esposa y educadora de los futuros ciudadanos. En los espacios laborales se mantuvo la idea de la inferioridad intelectual de las mujeres, entre otras razones porque su presencia en actividades económicas importantes significaba para los propios varones la caída de sus salarios y el desempleo.²⁸²

Con base en las estadísticas elaboradas sobre las trabajadoras de Medellín, se ha podido determinar que en las industrias donde hubo preferencia por la mano de obra femenina entre 1916 y 1931, predominaron las mujeres solteras en proporciones de hasta un 80%.²⁸³ Al concentrarse las investigaciones en las fábricas textiles, se ha generalizado la idea de que en las industrias solo aceptaban trabajadoras solteras sin hijos y que éstas tenían prohibido embarazarse. Sin embargo, los detalles que tenemos sobre las textiles de Medellín se desconocen para otras fábricas, sectores económicos y ciudades del país donde pudieron ser menos estrictos con la castidad de las mujeres. Un indicio en esta dirección nos lo brinda Marco Palacios al afirmar que mientras en las textiles exigían para el ingreso la soltería y la recomendación de un párroco o un notable político, las trabajadoras de las trilladoras de café eran por lo general viudas y madres solteras que, en cuanto podían,

²⁸⁰ NÚÑEZ ESPINEL, *El obrero ilustrado*, pp. 184-189; URIBE, *Los años escondidos*, pp. 55-59.

²⁸¹ FARNSWORTH-ALVEAR, "El misterioso caso", pp. 141-167.

²⁸² "La mujer y el socialismo", *El Luchador*, (23 de julio de 1919), s.p.; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, pp. 242-250; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 399-400; ACELAS ARIAS, "Obreros y artesanos", pp. 74-77, 175.

²⁸³ Vega Cantor apunta que entre 1916 y 1941 el 82% de las obreras eran solteras y el 10% casadas. VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 3, p. 218; OSPINA VÁSQUEZ, *Industria y protección*, pp. 444-445; MONTENEGRO, "El surgimiento de la industria textil", pp. 173-175.

llevaban a sus hijos pequeños al lugar de trabajo.²⁸⁴ Palacios señala que si bien los dos tipos de trabajadora ganaban un salario a destajo y experimentaban altísimas tasas de rotación laboral, las diferencias de tipo cultural y social entre unas y otras llevaron a la falta de solidaridad entre sí, distanciándolas y segmentándolas.²⁸⁵

Otra muestra de que algunos empresarios sí contrataban un número relevante de obreras con hijos se puede ver en la petición que realizó el sindicato obrero de la cervecería Bavaria en el marco de la importante huelga de 1928.²⁸⁶ Con acompañamiento legal del abogado liberal de izquierda, Jorge Eliécer Gaitán, los trabajadores demandaron ante el gerente y la junta directiva de la fábrica el mejoramiento de las condiciones laborales sobre todo para las obreras ya que muchas de ellas eran “madres de familia”. En el pliego de peticiones solicitaron el aumento del 100% en el salario diurno para todo el personal femenino, además que el trabajo nocturno fuera pagado al doble porque las obreras recibían poco salario por largas jornadas, en pésimas condiciones de salud y expuestas a continuos accidentes. El sindicato logró un aumento del salario del 100% para todos los hombres mientras que para las mujeres solamente el 35% por el trabajo diurno y un recargo del 30% por el trabajo nocturno.²⁸⁷ Como parte de las acciones que beneficiarían a las madres obreras, ese mismo año se fundó una sala cuna para los hijos de las trabajadoras de Bavaria, sostenida por el propietario de la fábrica, Leo Kopp, pero administrada por la CRN y adscrita a la oficina de higiene municipal.²⁸⁸ Este hecho también podría entenderse como una forma en que las empleadas solteras, al ser potenciales madres, tuvieran una garantía que asegurara su permanencia en la empresa al momento de tener un hijo.

²⁸⁴ También Renzo Ramírez comenta que entre las prohibiciones en el trabajo para las escogedoras estuvo asistir con niños que dificultaran su actividad diaria. RAMÍREZ BACCA, “Clase obrera urbana”, pp. 129-132; RAMÍREZ BACCA, “Mujeres en la caficultura”, p. 61.

²⁸⁵ PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, p. 119.

²⁸⁶ Bavaria estaba ubicada en el barrio San Diego de Bogotá. Según la Alcaldía, este barrio albergaba la mayor cantidad de obreros porque allí estaban asentadas las principales fábricas de la ciudad. Para 1924, se estimaban más de veinte mil habitantes entre los trabajadores y sus familias. “Las necesidades del Barrio obrero de San Diego”, *El Tiempo*, (17 de febrero de 1924), p. 10.

²⁸⁷ “Los reclamos de los obreros de Bavaria”, *El Tiempo*, (17 de junio de 1928), p. 15; “Los obreros de Bavaria se enfrentan contra la tiranía de los amos”, *Claridad*, (19 de julio de 1928), s.p.; “Se solucionó ayer el conflicto de la Bavaria”, *El Tiempo*, (22 de julio de 1928), p. 6. Para mayor información, consúltese: MARTÍNEZ FONSECA, *Paternalismo y resistencia*, passim; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 167-169.

²⁸⁸ ENCISO, Enrique, “El estado sanitario de Bogotá. Informe del director de higiene doctor Enciso”, *El Tiempo*, (13 de mayo de 1928), p. 15; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, p. 13.

Como se puede apreciar, el mundo laboral femenino de principios del siglo XX fue mucho más complejo y heterogéneo de lo que conocemos hasta el momento. La mano de obra femenina trascendió las textileras para insertarse en la industria del café y las nacientes fábricas de bienes de consumo, actividades en las cuales tuvieron presencia mujeres solteras, madres y esposas. Desafortunadamente, por falta de investigaciones sistemáticas, es difícil llegar a conclusiones más firmes sobre las condiciones de las trabajadoras, sus peticiones laborales y la vida cotidiana que permita hacerse una imagen más clara de la población a la cual estuvieron dirigidas las medidas de protección materno-infantil del Estado colombiano.²⁸⁹

LA COMISIÓN INTERPARLAMENTARIA DE ASUNTOS SOCIALES Y LA LEGISLACIÓN SOCIAL

A partir de 1923 iniciaron dos procesos que posibilitaron la discusión y sanción de algunas leyes sociales: la modernización de la administración pública y una agitación social más enérgica. Por una parte, debido al crecimiento de las exportaciones cafeteras y al primer desembolso que hizo Estados Unidos por la indemnización de Panamá, permitió que el débil Estado colombiano tuviera una mayor capacidad de acción y asumiera nuevas funciones con la creación de agencias para el fortalecimiento de su presencia en el territorio nacional.²⁹⁰ Con la contratación de la Misión Kemmerer, el gobierno de Pedro Nel Ospina buscó la ayuda de expertos del Departamento de Estado de los Estados Unidos para modernizar las finanzas y la administración del país. Como resultado, se creó un banco central, se promulgaron normas sobre los bancos privados, la moneda se estabilizó, se reorganizaron varios ministerios –entre ellos el de Instrucción Pública, al que se le anexó la salubridad pública– se estableció un departamento de presupuesto, se reorganizó la contabilidad nacional y se mejoró la capacidad fiscal estatal. Todo ello redundó en mejores condiciones políticas y administrativas que incrementaron las relaciones comerciales con Estados Unidos.²⁹¹

Por otra parte, en diferentes lugares del país se presentó una mayor movilización social de obreros vinculados a diversos sectores de la economía que exigían cambios en las

²⁸⁹ En junio de 1928 también hubo una huelga de las telefonistas en Bogotá asesorada por Jorge Eliécer Gaitán en la cual las empleadas consiguieron el aumento de su salario. FELACIO JIMÉNEZ, “La huelga de las telefonistas”, pp. 31-38.

²⁹⁰ OCAMPO y MONTENEGRO, *Crisis mundial*, pp. 154-155.

²⁹¹ OSPINA VÁSQUEZ, *Industria y protección*, pp. 379-380; HELG, *La educación*, p. 120; ABEL, *Ensayos de historia de la salud*, p. 56.

relaciones laborales y un trato más humano por parte de los patronos.²⁹² Entre 1923 y 1925 hubo huelgas derivadas de la inflación que afectó los menguados ingresos de los obreros. Trabajadores de los ferrocarriles y de las carreteras, de los enclaves extranjeros, los empleados de teléfonos y de tranvías municipales, y hasta los desempleados, se manifestaron con peticiones específicas.²⁹³ Al agudizarse las demandas laborales, la cuestión social se visibilizó y cobró relevancia política. Para evitar el conflicto y alejar a las familias pobres urbanas del liberalismo y el socialismo, las autoridades políticas accedieron a peticiones mínimas, aunque la reacción general del gobierno conservador fue la represión policial.²⁹⁴

A finales de 1923 se crearon dos instancias que buscaron contener el aumento de la protesta social por vía institucional: la Oficina General del Trabajo (OGT), dependiente del Ministerio de Industrias, y la Comisión Interparlamentaria de Asuntos Sociales y de Fomento de la Agricultura (CIAS) del Congreso de la República. La primera, aunque tenía la función de regular las relaciones entre el capital y el trabajo y velar por el cumplimiento de las leyes que tendieran a mejorar las condiciones de las “clases laboriosas”, se dedicó sobre todo a informar al Ejecutivo antes que a mediar en las negociaciones.²⁹⁵ Marco Palacios señala que la OGT intervino esporádicamente en los conflictos laborales de las principales ciudades y de algunas haciendas cafeteras, pero estuvo ausente de los focos más importantes de las huelgas en los enclaves y el sector del transporte. Entretanto, la CIAS tenía como objetivos estudiar de manera “metódica y científica” las materias que requerían una legislación social y buscar la forma de integrar el país a la economía mundial a través de la agroexportación. Ambas instancias contribuirían a que el país respondiera a las exigencias de los nuevos

²⁹² Si bien desde finales del siglo XIX se presentaron algunos brotes de protesta, éstos fueron realmente débiles. PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 90-91, 104-106; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 87-105, 224-225.

²⁹³ En 1923 se presentaron ocho huelgas principalmente de trabajadores vinculados a sectores artesanales. En 1924 en Bogotá entraron a huelga los trabajadores de los transportes y los barrenderos y se discutieron pliegos de peticiones en las empresas de energía eléctrica y de cemento y en tres ferrocarriles del interior. Las organizaciones de trabajadores más activas de Bogotá en 1924 eran las del tranvía, barrenderos, vendedores de lotería, tipógrafos y los de la industria harinera. Hubo también huelgas en la Fábrica de Tejidos de Suita, Santander; en el periódico *Antioquia Liberal*, y estallaron las primeras huelgas en los enclaves extranjeros, en octubre contra la *Tropical Oil Company* y en noviembre en la *United Fruit Company*. En 1925 hubo quince huelgas, nueve de ellas en el sector del transporte. ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, pp. 224-226; ARCHILA NEIRA, “¿De la revolución social a la conciliación?”, p. 94.

²⁹⁴ COLMENARES, “Ospina y Abadía”, pp. 256-257; PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, pp. 112-118.

²⁹⁵ OTERO MUÑOZ, Gustavo, “La Oficina General del Trabajo”, *Cromos*, (10 de mayo de 1924), p. 1.

tiempos y se articulara a las discusiones internacionales que demandaban una mayor intervención del Estado.²⁹⁶

La CIAS estuvo conformada por los parlamentarios conservadores Jesús Perilla y Antonio José Sánchez y los liberales Armando Solano, Pedro A. Gómez Naranjo y Ricardo Tirado Macías.²⁹⁷ Este grupo bipartidista estuvo encargado de elaborar y presentar al Congreso de la República proyectos de ley que sirvieran para prevenir y resolver los problemas sociales generados por el desarrollo industrial y urbano. Igualmente, se esperaba que dichas iniciativas legales ayudaran al fomento de la agricultura y la industria. Las iniciativas debían contener soluciones prácticas para los distintos asuntos de carácter social que consideraran objeto de disposiciones.²⁹⁸ Para su elaboración procurarían tener la mayor información posible acerca de lo que ocurría en otros países de América en temas tan variados como los asuntos sociales, las cuestiones agrarias y la creación de bancos de crédito nacional.²⁹⁹

Comparar las experiencias de otros países con lo que sucedía en Colombia permitió a los comisionados concluir que la legislación de Estados Unidos y Europa era “inaplicable” en el contexto nacional. El balance de la CIAS era que las masas trabajadoras no estaban preparadas ideológicamente ni en extrema rebeldía para generar fuertes movimientos sociales que requirieran una “legislación avanzada”, es decir, una donde el Estado otorgara amplios derechos. Si bien para los comisionados las huelgas de los trabajadores carecían de organización, temían que al ser constantes desencadenaran una grave alteración del orden público, especialmente en las zonas de importancia económica. Ante la percepción de crisis, las leyes buscaban romper la indiferencia que el Estado tenía respecto a la cuestión social asumiendo una función protectora de las clases trabajadoras, pero sin darles una “falsa noción” sobre sus derechos y los deberes del Estado para con ellos. La premisa era que, si se

²⁹⁶ “Ley 104 de 1923 (diciembre 10). Por la cual se crea la Comisión de Asuntos Sociales y de Fomento de la Agricultura y se reforma el artículo 10 de la Ley 46 de 1918”, *Anales del Senado*, 99, (10 de diciembre de 1923), p. 393; “El Congreso y las reformas sociales”, *El Tiempo*, (22 de junio de 1924), p. 1. Para mayor información, consúltese: PALACIOS Y SAFFORD, *Colombia: país fragmentado*, p. 542; GALLO, “Instituições laborais”, pp. 335-362.

²⁹⁷ Los cinco parlamentarios eran abogados. HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, pp. 47-51.

²⁹⁸ “Labores de la Comisión de Asuntos Sociales”, *El Tiempo*, (17 de enero de 1924), p. 5.

²⁹⁹ “Ley 104 de 1923 (diciembre 10). Por la cual se crea la Comisión de Asuntos Sociales y de Fomento de la Agricultura y se reforma el artículo 10 de la Ley 46 de 1918”, *Anales del Senado*, 99, (10 de diciembre de 1923), p. 393.

brindaban beneficios a través de la previsión social, los trabajadores se sentirían deudores de los representantes de la autoridad y quedarían sin motivos para sublevarse.³⁰⁰

La facultad que tenía la CIAS de privilegiar asuntos que hasta el momento estaban por fuera del interés estatal e insertarlos en la agenda legislativa, llevó a que se alzarán voces que demandaban la incorporación de sus propuestas. Como forma de asegurar que las decisiones de gobierno sobre las políticas sociales tuvieran cierto reconocimiento social y sustento científico, es decir, “neutralidad” y “objetividad”, los comisionados escucharon a los interesados y recurrieron a los expertos.³⁰¹ En este sentido, se reunieron con los “representantes autorizados de los obreros de Bogotá” para oír las exigencias, deseos y opiniones que tenían que manifestar y atendieron las opiniones de médicos especializados en materia de higiene e infancia.³⁰² La CIAS recogió las demandas y preparó algunos proyectos de ley para dar soluciones a los temas que se consideraban más acuciantes para los trabajadores. Las reformas presentadas estuvieron dirigidas renovar las costumbres y comportamientos de las clases más desvalidas, mejorar sus condiciones económicas y garantizar algunos derechos a las mujeres y los trabajadores.³⁰³ Para atender a las finalidades de esta investigación, a continuación expondré el desarrollo de los proyectos de protección a la infancia y el de higiene y asistencia pública con el fin de evidenciar el papel de los médicos y políticos liberales, así como el juego político al interior del Legislativo, en el debate de dos leyes centrales en el largo camino por hacer de la protección a la infancia y la maternidad un asunto público.

La Comisión escucha a los interesados

Para la elaboración de los mencionados proyectos, la CIAS se reunió con representantes de la Sociedad de Pediatría de Bogotá, voceros de los médicos; con el director nacional de

³⁰⁰ COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES Y DE FOMENTO DE LA AGRICULTURA, *Informe*, pp. 1-6. Para mayor información, consúltese: NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 70-73.

³⁰¹ PALACIOS, “Saber es poder”, pp. 160-161.

³⁰² “Labores de la Comisión de Asuntos Sociales”, *El Tiempo*, (8 de febrero de 1924), p. 10; “El Senado y el aumento de sueldo al Presidente de la República”, *El Tiempo*, (24 de octubre de 1924),” p. 5; COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES Y DE FOMENTO DE LA AGRICULTURA, *Informe*, p. 5.

³⁰³ GARCÍA, José Jesús, Román GÓMEZ, Bernardino VARGAS, Carlos GARTNER y Alberto Camilo SUÁREZ, “Informe de la Comisión que estudió para segundo debate el proyecto de ley ‘por el cual se crean las Comisiones de Asuntos Sociales y de Fomento de la Agricultura”, *Anales del Senado*, 97, (6 de diciembre de 1923), pp. 386-387.

higiene, autoridad política en higiene y salubridad del país; y con la Federación Obrera Colombiana y el Directorio Central Obrero de Bogotá, representantes de los trabajadores.³⁰⁴ Aunque se desconocen las solicitudes puntuales que hicieron los obreros en los encuentros que sostuvieron con la CIAS, es probable que en el marco de tales conversaciones plantearan la necesidad de incrementar los salarios –punto central de sus peticiones–, recibir educación técnica, obtener garantías estatales para organizarse, regular el salario mínimo y tener seguridad e higiene en el trabajo.³⁰⁵

Ligado a ello, presentaron peticiones asociadas a la situación laboral de las mujeres trabajadoras, aunque es preciso decir que no figuraban entre los fines principales. Los representantes del obrerismo demandaron que las mujeres recibieran igual paga que los hombres y que, en caso de enfermedad o embarazo, tuvieran asegurado su puesto y salario. También que la trabajadora luego del octavo mes de embarazo no ejerciera “trabajo material” sino hasta un mes después de dar a luz y tuviera derecho a medio salario un mes antes y después del parto. De la misma forma, que las madres con hijos lactantes contaran con un permiso de quince minutos cada tres horas durante la jornada de trabajo para atender el amamantamiento de sus hijos sin que fuera descontado del salario ni de su tiempo libre.³⁰⁶

Las obligaciones del patrono con las obreras embarazadas o en estado de lactancia fueron incluidas por la CIAS en un proyecto que pretendía regular las relaciones obrero-patronales. No obstante, esta propuesta, junto con la del salario mínimo, fueron ignoradas por el Congreso de la República a pesar de que la Comisión argumentó que la base de la reforma social debía ser el incremento del salario y que el problema de la mortalidad infantil era consecuencia de las carencias económicas que impedían a la futura madre estar rodeada de los cuidados necesarios y a los niños de crecer en condiciones favorables.³⁰⁷ Los

³⁰⁴ En 1923 se eligió el Directorio Central Obrero formado por las delegaciones de las sociedades de mutuo auxilio de los diferentes sindicatos de Bogotá. En 1924, en el marco del primer Congreso Obrero Nacional, se creó la Federación Obrera Colombiana encargada de atender todo asunto relacionado con huelgas, accidentes de trabajo, seguro colectivo, salarios y relaciones obrero-patronales. FEDERACIÓN OBRERA COLOMBIANA, “Manifiesto a los obreros de Colombia”, *El Tiempo*, (16 de junio de 1924), p. 5. Para mayor información, consúltese: ARCHILA, *Cultura e identidad obrera*, p. 240.

³⁰⁵ SINDICATO CENTRAL OBRERO, “Manifiesto del Sindicato Central Obrero”, pp. 278-282.

³⁰⁶ JARAMILLO, Antonio M., “Sí hay problemas sociales en Colombia”, *La Humanidad*, 3, (mayo 30 de 1925), p. 3. Para más información, consúltese: VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, tomo 3, p. 242.

³⁰⁷ Las cuestiones sobre los derechos de las madres trabajadoras siguieron siendo objeto de discusión hasta la sanción de la Ley de protección a la maternidad en 1938. PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Proyecto de ley ‘Por la cual se regulan las relaciones entre patronos y los obreros y se dictan otras disposiciones’”, *Anales del Senado*, 27, (29 de agosto

parlamentarios dieron preeminencia a las soluciones planteadas por los expertos para administrar y asistir la pobreza, relegando las peticiones de los obreros. En este sentido, la elite intelectual y política privilegió la posición que veía a la madre como sujeto de intervención más que como trabajadora que requería de derechos sociales.

Por su parte, el gremio médico presentó sus ideas ante la CIAS a través de los miembros de la Sociedad de Pediatría. Recién instalada la Comisión, Jorge Bejarano –que en el momento se desempeñaba como director de la Gota de Leche de Bogotá y secretario de la Sociedad– dirigió una carta a sus miembros donde expresó la utilidad del saber médico en la elaboración de una legislación que garantizara el futuro de la industria y la defensa de la niñez. Su utilidad residía en identificar y analizar exactamente el problema de la infancia en el país y las maneras de remediarlo. Bejarano reafirmó la posición que había expresado en el debate de la raza de 1920, es decir, sostuvo que Colombia debía impulsar la natalidad y fortalecer su elemento autóctono antes que poner esperanzas en la inmigración. Para esto, era necesaria la expedición de leyes y ejercer control de qué hacían y cuánto invertían los municipios y departamentos en la infancia.³⁰⁸

Ahora bien, si la riqueza de la nación dependía de la salud de la población, era urgente la intervención pública y científica sobre el binomio madre-hijo para contrarrestar la “despoblación” y la “debilidad” que generaban las altas cifras de mortalidad infantil. Según los registros de la Sección de Estadística Vital del Instituto Nacional de Higiene, se estimaba que entre 1915 y 1926 habían muerto en el país 375.698 niños menores de 5 años, lo cual representaba el 60% del total de las defunciones y casi el doble de la población de la capital del país en 1929. Estas cifras incluían a los nacidos muertos y los fallecidos en los momentos siguientes al parto.³⁰⁹ En Bogotá, entre 1912 y 1928, la mortalidad de niños menores de 1 año había sido de 24.289, equivalente a la décima parte de la población que tenía la ciudad para 1929. Enrique Enciso había identificado que desde 1905 estas muertes eran causadas

de 1924), p. 111; RESTREPO, Antonio José y Antonio José SÁNCHEZ, “Proyecto de ley por la cual se regulan las relaciones entre los patronos y los obreros y se dictan otras disposiciones”, *Anales del Senado*, 53 y 54, (8 de octubre de 1925), pp. 209-213; “El gobierno y el pueblo”, *El Socialista*, 535, (31 de octubre de 1928), p. 1.

³⁰⁸ BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 272-281; BEJARANO, Jorge, “En defensa de la niñez. El problema de la mortalidad infantil y las reformas sociales”, *El Tiempo*, (1 de febrero de 1924)”, p. 5.

³⁰⁹ PEÑA CHAVARRÍA, Antonio, “Nociones de puericultura e higiene infantil”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 12; MUÑOZ y PACHÓN, “Mortalidad infantil”, p. 110.

principalmente por las enfermedades gastrointestinales seguidas de las broncopulmonares, la tosferina, la meningitis, el sarampión y la difteria.³¹⁰

Para brindar soluciones a este “desastre nacional” y profundizar en la labor que desarrollaba el Congreso de la República, la Sociedad de Pediatría puso a disposición de la CIAS una comisión constituida por los médicos José María Montoya, Julio Manrique y Jorge Bejarano.³¹¹ Los tres eran, además de miembros del Partido Liberal, connotados profesionales miembros también de la ANM y de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.³¹² Además, se desempeñaban como profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Para ellos, el encuentro con los comisionados era una gran oportunidad para llamar la atención del Estado sobre sus intereses. Su principal pretensión como médicos-políticos era materializar en leyes algunas ideas que buscaban proteger a la mujer y al niño en temas civiles y sanitarios. Las propuestas que plantearon a la CIAS estuvieron dirigidas a reformar las condiciones de las mujeres de acuerdo a su posición social y económica así: para las de clase alta solicitaron derechos patrimoniales y para las pobres abogaron por asistencia pública, medidas con las que se facilitaría la participación femenina en el mundo laboral en el marco de la transición hacia una sociedad moderna.³¹³

En este sentido, propusieron un cambio al Código Civil Colombiano de 1887 que estipulaba la *potestad marital* referida al conjunto de derechos que las leyes concedían al marido sobre la persona y bienes de la esposa. Esto significaba que el hombre podía controlar, corregir y disciplinar a la mujer, y administrar sus bienes, tanto los que había aportado al matrimonio como los del común de la sociedad conyugal. Únicamente las esposas podían realizar transacciones sencillas o ejercer trabajos remunerados para cumplir las obligaciones

³¹⁰ Entre 1916 y 1922 habían aparecido sucesivamente en Bogotá las epidemias de tosferina, sarampión y escarlatina. ENCISO, Enrique, “La mortalidad infantil en Bogotá. Interesante exposición del Director de Higiene Municipal”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 12; BEJARANO, Jorge, “Las causas de la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (4 de abril de 1928), Portada y p. 15; ENCISO, Enrique, “Mortalidad infantil en Bogotá”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, (diciembre de 1923), pp. 144-152; LLERAS ACOSTA, Federico y Reinaldo ARANGO, “El estado sanitario de Bogotá”, *El Tiempo*, (20 de julio de 1924), p. 6.

³¹¹ José María Montoya era médico pediatra, Julio Manrique era especialista en ginecología y Jorge Bejarano higienista. “En defensa de la infancia”, *El Tiempo*, (8 de febrero de 1924), p. 3.

³¹² La Sociedad de Cirugía se fundó en 1902 en Bogotá por varios médicos graduados en cirugía en universidades de París, Londres y Estados Unidos. Su propósito fue darle mayor impulso a la cirugía en el país y atender gratuitamente a los enfermos pobres que solicitaran sus servicios en la Clínica de El Campito y en el Hospital San José. CÁCERES, *Sociedad de Cirugía*, pp. 21-25.

³¹³ BEJARANO, Jorge, “En defensa de la niñez. El problema de la mortalidad infantil y las reformas sociales”, *El Tiempo*, (1 de febrero de 1924), p. 5.

propias de su rol social y familiar siempre y cuando contara con la autorización del marido. La autoridad masculina ponía a las mujeres en condición de dependencia económica y legal, las relegaba al ámbito doméstico y las marginaba como individuos en la vida pública.³¹⁴

Para la Sociedad de Pediatría, la mujer “acaudalada” requería de una ley que reconociera su autonomía para manejar los bienes sin intervención del esposo y para ejercer trabajos remunerados.³¹⁵ Para los promotores, la condición de “inferioridad” que adquiría la mujer al momento del matrimonio desestimulaba su participación en el trabajo asalariado. En la medida en que las mujeres pertenecientes a los sectores más acomodados de la sociedad habían comenzado a tener aspiraciones profesionales y civiles, debían vincularse al proceso de modernización y acabar con la situación que las supeditaba al hogar para ponerlas en capacidad de “ganarse la vida” en caso de necesitarlo.³¹⁶

Si la mujer era pobre, el Estado debía protegerla en su condición de madre. Los médicos proponían que se estableciera una ley que la ayudara a llevar “la carga” que significaba tener un hijo producto “del amor o de la ignorancia” y que la socorriera cuando el marido no respondiera por su salud ni por la del “futuro ciudadano que lleva en sus entrañas”. Si la madre había ingresado al mercado asalariado, el Estado debía brindar los medios de protección a sus hijos para evitar problemas sociales mayores como el abandono y la delincuencia. De este modo, consideraron primordial que, además de las leyes, se fomentara el matrimonio entre las clases bajas e inculcara el sentido de responsabilidad en los padres de hijos extramatrimoniales para que se hicieran cargo de ellos. Con esto, esperaban reducir el nacimiento de hijos ilegítimos que terminaban a manos de la beneficencia y se convertían en un lastre para el Estado. En resumen, los expertos pretendían obligar a los progenitores a velar por la manutención, educación y desarrollo físico de sus hijos; y en caso de enfermedad o trabajo, asegurarle cuidados por medio de la organización moderna de la asistencia pública.³¹⁷

³¹⁴ LÓPEZ OSEIRA, “El declive de la potestad marital”, p. 252; BONILLA VÉLEZ, “Los movimientos de mujeres”, pp. 29-35.

³¹⁵ VELÁSQUEZ TORO, “Aspectos de la condición jurídica”, pp. 173-182.

³¹⁶ SOCIEDAD DE CIRUGÍA, “Seamos optimistas”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:6, (marzo de 1924), pp. 281-283.

³¹⁷ BEJARANO, Jorge, “En defensa de la niñez. El problema de la mortalidad infantil y las reformas sociales”, *El Tiempo*, (1 de febrero de 1924), p. 5; BEJARANO, Jorge, “La protección de la infancia”, *El Tiempo*, (1 de octubre de 1924), p. 1.

Con esta propuesta se cambiarían los auxilios poco significativos que brindaba el gobierno a instituciones y se impulsaría la presencia de personal especializado y tecnificado para enfrentar los problemas que obstaculizaban el progreso bajo una dirección científica. Por ejemplo, una sala cuna debía establecerse con enfermeras adiestradas en el manejo de los niños, con conocimientos exactos de la dosificación de los teteros y que supieran llevar curvas de pulso cardiaco y temperatura. También ayudarían a fortalecer el vínculo madre-hijo a partir de la educación y la propaganda. La expedición de leyes para organizar la higiene y la asistencia pública permitiría hacer efectivos los servicios para la protección de la niñez y controlar la tensión generada por la desigualdad y las nuevas demandas de los trabajadores a través de reformas sociales. Igualmente, con ello el médico tendría una mayor presencia al darle una aplicación sociopolítica a su conocimiento científico.³¹⁸

En su condición de autoridad política y científica, García Medina cooperó con el representante de la CIAS, Antonio José Sánchez, en la realización del proyecto de ley sobre asistencia pública basado, según él, en los estudios que había hecho en Uruguay y Argentina, modelos a seguir en la organización de sus instituciones.³¹⁹ El proyecto, que además contó con el aval de la ANM, estuvo orientado a que la asistencia pública se constituyera en un deber de Estado.³²⁰ Aunque tanto la beneficencia como la asistencia pública tenían el objetivo de ayudar a los pobres, las asociaciones médicas consideraban que en cuanto a la infancia, el trabajo de la caridad y la beneficencia eran “impotentes” y contribuían a que los niños se “debilitaran” y “degeneraran” por la poca atención que prestaban. Su acción era comúnmente efímera porque dependía de la voluntad particular. Por tanto, había que cambiarlas por asistencia pública para que el trabajo permanente convirtiera a los niños de las clases populares en elementos útiles para la sociedad.³²¹

El Estado debía ejecutar una acción de *protección social* sobre los desposeídos y de *higiene social* como una acción preventiva, profiláctica y de control de los factores

³¹⁸ SOCIEDAD DE CIRUGÍA, “Los problemas de la asistencia pública”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIII:6, (marzo de 1921), pp. 285-287.

³¹⁹ GARCÍA MEDINA, Pablo, “Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana”, *Revista Médica de Bogotá*, 462 a 473, (enero a diciembre de 1921), p. 12; GARCÍA MEDINA, *La higiene y la asistencia públicas*, pp. 3-31. Para mayor información sobre la política de salud infantil en Uruguay, consúltese: BIRN, “The national-international nexus in public health”, pp. 33-64.

³²⁰ “El Dr. Antonio José Restrepo pide licencia para retirarse del Senado”, *El Tiempo*, (9 de octubre de 1924), p. 5.

³²¹ “Senado”, *El Nuevo Tiempo*, (9 de octubre de 1924), p. 9.

generadores y multiplicadores de la enfermedad.³²² Con el objetivo de atacar los problemas cardinales que afectaban directamente a la población, se proponía sanear las regiones insalubres para acabar con los agentes endémicos en ciudades y regiones, adoptar sistemas para proteger a la madre y al niño, y una acción permanente en defensa de la salud para prevenir las enfermedades infecciosas y epidémicas. Para García Medina, la lucha debía ocuparse principalmente de enfrentar el alcoholismo, la tuberculosis, la sífilis y la mortalidad infantil, causantes centrales de la “despoblación nacional”.³²³

Las instituciones de beneficencia dejarían de ser autónomas y pasarían a estar bajo la vigilancia de la DNH a la cual someterían su reglamento de servicio interno. Esto implicaba la instauración de un manejo centralizado de la asistencia que ejerciera vigilancia, control y supervisión estatal de los establecimientos encargados de amparar a las clases desvalidas.³²⁴ El Estado quedaría en la obligación de establecer hospitales especiales o pabellones en hospitales para la atención de niños y maternidades, crear dispensarios y sanatorios en las capitales de los departamentos para prevenir y combatir la propagación de las enfermedades venéreas y la tuberculosis. A su turno, buscaría asegurar la salud de los trabajadores con la desinfección de los lugares públicos que fueran peligrosos e insalubres. Los servicios se ubicarían en aquellos lugares donde se hubiera “relajado el espíritu cristiano” con el fin de neutralizar el descontento social de los trabajadores.³²⁵

Con base en las reuniones sostenidas con la Sociedad de Pediatría y la DNH, la CIAS elaboró dos proyectos de ley: uno relativo a la protección a la infancia y otro sobre higiene y asistencia pública. Este último fue elaborado por García Medina y se presentó al Congreso de la República sin modificaciones. En cambio, solamente una parte de los temas propuestos por los representantes de la Sociedad de Pediatría fueron incluidos en el proyecto sobre la infancia. Se prescindió de las recomendaciones que implicaban un cambio sustancial en la

³²² “Asistencia pública”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XV:6, (enero de 1924), p. 170; GARCÍA MEDINA, Pablo, “Nota de la Dirección Nacional de Higiene, dirigida al honorable Senado”, *Anales del Senado*, 70, (20 de octubre de 1924), p. 292; NOGUERA, *Medicina y política*, p. 180.

³²³ “Senado”, *El Nuevo Tiempo*, (9 de octubre de 1924), p. 9.

³²⁴ SÁNCHEZ SALCEDO y CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, *Escenarios de la minoridad*, p. 59-63; GUTIÉRREZ, “Pobres los pobres”, pp. 133-134.

³²⁵ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Exposición de motivos del proyecto de ley ‘sobre higiene social y asistencia pública’”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 10, (8 de agosto de 1924), p. 40; COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES Y DE FOMENTO DE LA AGRICULTURA, *Informe*, p. 74.

concepción sobre las relaciones en el matrimonio y los roles de género para concentrarse en la asistencia de la madre y sus hijos.

Los comisionados desecharon las propuestas siguientes por considerarlos “problemas delicadísimos”: la proposición sobre los derechos civiles de las mujeres casadas, la investigación de la paternidad y el certificado médico prenupcial. Sobre el primer asunto, los médicos habían planteado que era uno de los problemas más serios que afectaba a la población colombiana porque la maternidad, resultado de uniones entendidas como ilegítimas, inducía a gran cantidad de mujeres pobres a ocultar su embarazo a la sociedad y a cometer delitos como el aborto y el infanticidio que las responsabilizaba de la disminución de la población.³²⁶ También la Sociedad de Pediatría había argumentado que la investigación de la paternidad tendría un efecto positivo debido a que las madres solteras contarían con apoyo económico para una mejor crianza de sus hijos al obligar a los padres a responsabilizarse de su alimentación y educación.³²⁷

Aunque los médicos favorecían por encima de estas prácticas el papel fundamental que tenía el matrimonio y la descendencia legítima en la estabilidad familiar y la disminución de las muertes infantiles, consideraban necesario un cambio de perspectiva para generar un ambiente favorable hacia los hijos concebidos por solteras y viudas. Que los hijos catalogados como ilegítimos dejaran de ser señalados por la sociedad sería una medida eficaz para limitar los problemas sociales a consecuencia del abandono de las madres con sus “bastardos”.³²⁸ Entre tanto, el propósito de incluir el certificado médico prenupcial era darle garantías al matrimonio ya que protegería de enfermedades contagiosas a los contrayentes y su descendencia.³²⁹

³²⁶ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Exposición de motivos del proyecto de ley ‘sobre protección a la infancia’”, *Anales del Senado*, 23, (25 de agosto de 1924), pp. 90-91.

³²⁷ Durante el Olimpo Radical, los liberales también habían propuesto que se reconociera a todos los hijos para evitar las distinciones entre legítimos e ilegítimos. BERMÚDEZ, *El Bello Sexo*, p. 53.

³²⁸ DI LISCIA, “Hijos sanos y legítimos”, pp. 209-232, CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 92; DONZELOT, *La policía de las familias*, p. 59.

³²⁹ La reforma al régimen patrimonial en el matrimonio se decretó con la Ley 28 de 1932. Las mujeres casadas quedaron con la facultad legal de usufructuar sus bienes y de responder ante terceros sin necesidad de un tutor. La investigación de la paternidad se aprobó con la Ley 45 de 1936 sobre reformas civiles (filiación natural). El certificado médico prenupcial no fue Ley de la República y solo se conoce su implantación como norma departamental para Antioquia entre 1933 y 1936. Para mayor información, consúltense: GUTIÉRREZ URQUIJO, “El certificado médico prenupcial”, 223-248; LÓPEZ OSEIRA, “El declive de la potestad marital”, pp. 244-278.

A pesar de que en otros países este tipo de medidas eran admitidas, la CIAS las consideró inconvenientes para Colombia. En efecto, trastocaba el orden establecido en un país sumamente defensor y guardián de la doctrina católica del matrimonio basada en la constitución de familias cristianas. Asumo que, al excluir estas propuestas del proyecto, los políticos de ambos partidos que conformaban la Comisión quisieron evitar un conflicto con la Iglesia por asuntos que eran de la competencia eclesiástica y no civil. Prohibir el matrimonio entre personas física o moralmente discapacitadas contradecía el derecho a los individuos a casarse y obstaculizaría el único medio autorizado para la reproducción.³³⁰ Otro asunto que impidió el debate sobre tales asuntos fue la salvaguarda de la figura masculina y de la familia legítima. En el contexto de un sistema patriarcal, se puso por encima la “respetabilidad” de los hombres antes que favorecer a los hijos ilegítimos o a las mujeres. Por ejemplo, sobre la investigación a la paternidad, los Comisionados afirmaron que permitir las reclamaciones por el nacimiento por fuera de un vínculo legítimo, daba concesiones a las mujeres para “abusar” de ese derecho.³³¹

Al excluir estas disposiciones, la CIAS subrayó que la finalidad de la iniciativa legal era, por lo menos, sentar las bases para la defensa de la infancia entre las clases pobres. En sus palabras, “No es como hubiera querido la Comisión, este proyecto una solución a todos los problemas que dicen relacionados con aquel importante asunto. Es apenas, repetimos, el comienzo de una lucha que ha de tener vastos desarrollos y que tiene que ser importante si queremos defender la “raza” e impedir por medio científico la degeneración que la está amenazando.”³³² Los comisionados también expresaron que si se lograba siquiera salvar de la muerte al 80% de los niños de las clases desvalidas, se requeriría poca inmigración para hacer de Colombia uno de los países más poblados de América.³³³ A pesar de que la CIAS mostró una preocupación por los hijos de los trabajadores del campo, a quienes consideró los más destinados a morir “sin haberle prestado ningún servicio al país” o propensos a ser arrojados a la beneficencia, los proyectos se dirigieron a la protección de los hijos de las

³³⁰ STEPAN, *The hour of eugenics*, pp. 111-112.

³³¹ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Exposición de motivos del proyecto de ley ‘sobre protección a la infancia’”, *Anales del Senado*, 23, (25 de agosto de 1924), p. 90.

³³² PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Exposición de motivos del proyecto de ley ‘sobre protección a la infancia’”, *Anales del Senado*, 23, (25 de agosto de 1924), p. 91.

³³³ GARCÍA MEDINA, “VI informe anual”, pp. 49-50.

obreras de las fábricas y las madres trabajadoras de las capitales y cabeceras de provincia. Igualmente, quedaron por fuera las campesinas y otras madres sin recursos que llevaban a los hijos a sus labores en chircales o minas donde morían quemados, asfixiados o aplastados por falta de cuidados.³³⁴

Con los proyectos aprobados por la CIAS para presentar ante el Congreso de la República, Colombia se vinculó finalmente con el interés latinoamericano que había por defender a la niñez desamparada y por el “mejoramiento de la raza”. Por los mismos años, países como Argentina, Chile, Brasil y México habían asociado el vigor de su población a la creación estatal de secciones de protección y asistencia a la maternidad y a la infancia. Cabe aclarar que, a diferencia de esos países, los cuales ya contaban con servicios de salud organizados, en Colombia solo se estaba presentando la formulación de una legislación que tendría tímidos desarrollos a finales de los años veinte.³³⁵

LOS PROYECTOS DE LEY EN EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA: DEBATES Y APROBACIÓN

En julio de 1924, la CIAS presentó dieciséis proyectos al recién instalado Congreso de la República.³³⁶ En los proyectos de ley sobre protección a la infancia e higiene y asistencia pública, la defensa del niño se planteó a partir de cuatro dimensiones, cada una con sus respectivos servicios y medios de financiación: el niño antes de nacer, la primera infancia, el niño escolar y el trabajador. Sin embargo, el interés y la discusión se centraron en las dos primeras etapas debido a la influencia que la eugenesia francesa tenía en los médicos

³³⁴ Para los conservadores, los campesinos no fueron motivo de preocupación social. “Ya principió a funcionar la sala-cuna en el barrio de Las Cruces”, *El Nuevo Tiempo*, (3 de noviembre de 1924), p. 7.

³³⁵ En 1924 se creó la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia en Argentina. En Chile hubo Centros Preventivos de la Madre y el Niño. En México se organizaron centros de higiene infantil. En Brasil la Inspectoría de Higiene Infantil. BIERNAT, “El proceso de centralización”, pp. 69-70; ALANÍS, *La atención médica infantil*, pp. 175-240.

³³⁶ Los proyectos de reforma social presentados por la CIAS al Congreso de la República fueron sobre: creación y fomento de oficinas de colocación (sindicatos); salario mínimo; higiene de las fábricas y seguridad de los obreros; enseñanza por medio del cinematógrafo; escuelas objetivas ambulantes; accidentes de trabajo; pensiones a los servidores públicos; creación de federaciones departamentales de empleados de instrucción pública; fomento de la educación popular; facultades al gobierno para abrir bibliotecas, salones de deportes y conferencias para los obreros y particulares; fomento a los estudios de agronomía estable y ambulante y enseñanza práctica de la agricultura; higiene social y asistencia pública; protección a la infancia; creación de un Consejo Superior de Agronomía para fomentar la agricultura; contratación de maestros de artes y oficios en el exterior, y organización de colonias agrícolas. “El Senado y los fueros del Congreso”, *El Tiempo*, (22 de julio de 1924), p. 1; “Relación de debates. Sesión del día 4 de agosto de 1924”, *Anales del Senado*, 43, (17 de septiembre de 1924)”, pp. 183-184;

colombianos. Esta eugenesia se distinguía por fomentar el crecimiento de la población a través de la higiene prenatal y la puericultura. Consideraba que para mejorar y conservar la especie era de suma importancia la intervención del Estado en la implantación de medidas dirigidas a proteger la vida de los niños desde antes de su nacimiento con el cuidado de la salud de los progenitores, especialmente de la madre.³³⁷

Por tanto, el proyecto de protección a la infancia contempló asistir a las embarazadas en los hospitales con la instalación de consultorios gratuitos y salas de maternidad (con un mínimo de diez camas) financiados con las rentas de los municipios que superaran los diez mil habitantes y con el auxilio financiero del gobierno nacional. La primera infancia también sería atendida en consultorios, salas cuna y Gotas de Leche que debían fundar los gobiernos departamentales en las capitales. Las gobernaciones también debían encargarse de los niños en edad escolar con la fundación de una clínica dental y el nombramiento de un médico escolar, y de reglamentar el trabajo de los niños y niñas menores de catorce años. En las fábricas donde hubiera más de cincuenta obreras se debían establecer salas cuna por cuenta de los empresarios, quienes, a su vez, contribuirían al sostenimiento de las municipales con treinta centavos por cada obrera contratada. Como se observa, el mayor peso económico de la política recaía en las autoridades locales y en los patronos que contaran con un número determinado de obreras, asunto que sería motivo de querrela en los debates.³³⁸

El proyecto contempló una instancia reguladora conformada por los representantes de las instituciones gestoras de los cuidados infantiles a través de la caridad y la beneficencia. El Comité Nacional de Protección a la Infancia, con sede en Bogotá, estaría constituido por dos médicos pediatras, tres señoras y tres caballeros nombrados por las cámaras legislativas con sus respectivos suplentes, mientras que la Curia Primada nombraría un sacerdote y un suplente. Se puede interpretar que con la conformación del Comité se esperaba mantener las relaciones con estas entidades para que continuaran siendo el soporte de las labores del Estado en la atención a la infancia desvalida. Todas las instituciones que se ocuparan de la defensa del niño en Colombia quedarían bajo la obligación de inscribirse ante el Comité y

³³⁷ Para mayor información, consúltese: STEPAN, *"The Hour of Eugenics"*, pp. 78-81; CAROL, *Histoire de l'eugénisme*, pp. 38-50; STERN, "Madres conscientes y niños normales", pp. 293-337; SAADE GRANADOS, "El cultivo racional del pueblo", pp. 37-42.

³³⁸ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, "Proyecto de ley sobre protección a la infancia", *Anales del Senado*, 23, (25 de agosto de 1924), pp. 91-92.

debían rendir un informe mensual sobre su funcionamiento. Entre tanto, los alcaldes debían enviar a las respectivas gobernaciones los datos estadísticos mensuales sobre mortalidad de niños menores de diez años y de natalidad, diferenciando entre hijos legítimos e ilegítimos.³³⁹

Entre tanto, en el proyecto de ley sobre higiene social y asistencia pública se estipulaba que la asistencia pública quedaría encargada de inspeccionar y vigilar todos los servicios que hubiera en el país como gotas de leche, salas cuna, consultorios gratuitos, dispensarios, casas de salud y demás establecimientos que estuvieran dirigidos a la infancia, fueran o no oficiales. También que toda nodriza estuviera provista de un certificado que la acreditara como apta para la lactancia, el cual sería expedido gratuitamente por un médico particular con título profesional. Quienes solicitaran autorización para prestar el servicio de nodriza también debían comprometerse ante una autoridad de policía o de higiene a continuar alimentando a su hijo si lo tuviere. Estas medidas estarían dirigidas principalmente a las nodrizas que trabajaban para el Hospicio de Bogotá y cuya problemática había sido advertida en los estudios realizados por Jorge Bejarano.³⁴⁰

Los dos proyectos de ley pasaron a debate en las Cámaras legislativas. El de protección a la infancia fue discutido en varias sesiones mientras que el de asistencia pública fue aprobado tal cual se presentó. Esta situación fue producto de las complejas disputas políticas entre los partidos tradicionales en las que el conservatismo procuró frenar la consecución de la legislación social y el liberalismo presión para que los debates siguieran su curso y entraran en la agenda de las sesiones.³⁴¹ ¿Cuáles fueron los argumentos a favor y en contra del dilatado debate del proyecto de protección a la infancia? ¿Cuál fue el escenario político que favoreció la discusión y aprobación de los proyectos sociales? ¿De qué forma terminó legislándose a favor de las madres pobres y sus hijos pequeños? Estas preguntas guían el apartado siguiente.

³³⁹ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Proyecto de ley sobre protección a la infancia”, *Anales del Senado*, 23, (25 de agosto de 1924), pp. 91-92.

³⁴⁰ PERILLA, Jesús, Armando SOLANO, Pedro A. GÓMEZ NARANJO, Ricardo TIRADO MACÍAS y Antonio José SÁNCHEZ, “Proyecto de ley sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 8, (5 de agosto de 1924), pp. 31-32; BEJARANO, Jorge, “La mortalidad infantil en el Hospicio de Bogotá”, *El Tiempo*, (6 de junio de 1920), p. 3.

³⁴¹ “El Congreso y los asuntos sociales”, *El Tiempo*, (31 de agosto de 1924), p. 3; “El debate ayer en la Cámara”, *El Tiempo*, (6 de septiembre de 1924), p. 6.

El problema de la infancia: debates sin resultado

Al momento de la discusión de los proyectos sobre asuntos sociales en el Congreso los dos partidos políticos se hallaban divididos internamente. Como mayoría en el Parlamento, los conservadores se organizaron en dos facciones: los “ospinistas” o “gobiernistas”, partidarios del presidente Pedro Nel Ospina, y los “vasquistas”, afectos al General Alfredo Vásquez Cobo.³⁴² La diferencia fundamental entre estas dos facciones era el lugar preferente que los ospinistas otorgaron a la modernización del país y a las relaciones que debían mantener con los liberales. El Partido Liberal, que volvió al poder legislativo desde 1905 bajo la condición de minoría política, se diferenció en su interior por cuestiones relacionadas con la última guerra civil y por asuntos generacionales.³⁴³ Un sector reconocido como “guerrerista” acordó una postura de oposición radical y de abstención a cualquier tipo de cooperación con los conservadores. En contraste, un grupo de liberales jóvenes, también llamados “civilistas”, eran afines a métodos pacíficos de oposición y estuvieron dispuestos a hacer alianzas con el gobierno para ganar mejores posiciones. Sus posturas buscaban modernizar la sociedad a cambio de estabilidad, abogar por la negociación de los conflictos obrero-patronales y elaborar un conjunto de leyes que aplacaran los ánimos con el fin de evitar un estallido social de grandes proporciones. Este grupo tenía una fuerte convicción en el legalismo y la ciencia como vía para acometer reformas sociales.³⁴⁴ El Congreso estaba dominado por conservadores, aunque con una mayor representación del bando gobiernista.³⁴⁵

³⁴² Para mayor información sobre Vásquez Cobo, consúltese: LATORRE RUEDA, “1930-1934. Olaya Herrera”, pp. 275-278; GUERRERO BARÓN, *El proceso político de las derechas*, p. 56; Para mayor información sobre las facciones, consúltese: GUTIÉRREZ SANÍN, *La destrucción*, pp. 315-389.

³⁴³ Las divisiones en cada partido se habían establecido desde los años setenta del siglo XIX a partir de criterios como la posición frente a la guerra civil como método de recuperación del poder en el caso de los liberales, mientras que en los conservadores el factor de división era el grado tradicionalismo y de tolerancia a los liberales. ORJUELA, “Tensión entre tradición y modernidad”, p. 191; MELO, “De Carlos E. Restrepo”, pp. 215-242.

³⁴⁴ A diferencia de los “guerreristas” que van a desaparecer como grupo hacia 1930, los “civilistas” obtuvieron cada vez más posiciones dentro del Estado y asumieron el liderazgo nacional en los años treinta. De los jóvenes se pueden resaltar las figuras de periodistas como Eduardo Santos, Enrique Olaya Herrera, Luis Cano, Eduardo Nieto Caballero, el abogado Armando Solano y el médico Jorge Bejarano. MOLINA, *Las ideas liberales*, Tomo 2, pp. 67-90; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, p. 50.

³⁴⁵ El Legislativo estaba conformado de la siguiente manera: la Cámara de Representantes tenía 42 liberales y 70 conservadores quienes a su vez estaban divididos casi en partes iguales entre vasquistas y ospinistas. El Senado tenía 14 liberales y 34 conservadores, 12 vasquistas y 22 ospinistas. “Lo que pasará hoy en la Cámara de Representantes”, *El Tiempo*, (20 de julio de 1924), p. 1; “La situación del Senado”, *El Tiempo*, (20 de julio de 1924), p. 1.

El proyecto sobre protección a la infancia comenzó a debatirse de manera lenta y con muchos obstáculos para su aprobación. Entre el 9 de septiembre y el 15 de octubre de 1924 el proyecto fue tratado en doce sesiones en la Cámara de Representantes, sin obtener avances por los constantes reparos que impedían concretar algún acuerdo. Esta situación mostraba el interés del sector vasquista por dilatar el proceso de modo que se agotara el tiempo de las sesiones ordinarias o hasta que llegaran otros proyectos que tuvieran preferencia para ser abordados. Tramitar la iniciativa mostraría un interés del gobierno por debatir los problemas que afectaban a los trabajadores, pero con la firme intención de obstaculizar el proceso por parte del ala opositora del conservatismo.

En los debates, los críticos esgrimieron varios argumentos en contra de la aprobación del proyecto. Por una parte, señalaron que el proyecto era “impracticable” en términos de los gastos que generaba tanto a la Nación como a las municipalidades e “inconstitucional” por cuanto violaba la descentralización administrativa y la autonomía municipal consagrada en la reforma constitucional de 1910 que concedía independencia fiscal a los municipios.³⁴⁶ La pretensión de los detractores era defender los intereses locales ante la autoridad central con el argumento de la debilidad económica de toda la nación.³⁴⁷ Aun cuando el integrante de la CIAS, el liberal Pedro Antonio Gómez Naranjo, trató de convencer a los representantes opositores de que el proyecto de ley no pretendía atacar la autonomía municipal ni quitarle rentas a los municipios, se consideró inconveniente para el orden político hacer una ley que dispusiera del dinero de los municipios.³⁴⁸

Por otra parte, los opositores también quisieron restarle importancia a los “problemas obreros” al estimar que, si bien las capitales departamentales podían necesitar servicios para la infancia y la madre, instalarlos en las provincias era trasladar soluciones de Europa y Estados Unidos al ámbito local donde la situación social y económica era muy distinta. Estas afirmaciones referían a la idea de que la “cuestión social” en el país era casi inexistente, de

³⁴⁶ “Relaciones de debates. Sesiones de los días 16 (conclusión), 17 y 18 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 155, (5 de febrero de 1925), pp. 799.

³⁴⁷ “El debate ayer en la Cámara”, *El Tiempo*, (6 de septiembre de 1924), p. 6; “Relación de debates. Sesión del día 11 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 152, (2 de febrero de 1925), pp. 786-787.

³⁴⁸ “Relaciones de debates. Sesiones de los días 16 (conclusión), 17 y 18 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 155, (5 de febrero de 1925), pp. 799; “Relación de debates. Sesiones de los días 8 (conclusión) y 9 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 149, (29 de enero de 1925), p. 776.

allí que este tipo de política fuese innecesaria e incluso la misma se podía convertir en obstáculo y motivo de ruina para la reciente industrialización.³⁴⁹ En su visión, las fábricas se verían afectadas con responsabilidades que no reportaban beneficios sino gastos en la creación de salas cuna para “criar” los hijos de las obreras.³⁵⁰

En el mismo sentido, argumentaron que la legislación en vez de ayudar a las trabajadoras estaría contra ellas pues los empresarios optarían por contratar solamente a mujeres sin hijos y evitarían tener más de cincuenta obreras. En lugar de proteger a la infancia, se afectaba a las mujeres porque la maternidad se constituiría en un inconveniente para ser aceptadas en los trabajos industriales privándolas de medios de subsistencia. Además, en su perspectiva, las salas cuna poco resolverían el problema de la infancia porque no todas las madres tenían relación con las fábricas. En la medida en que el proyecto de ley era exclusivo para un segmento muy específico de la población infantil –los hijos de las obreras de fábricas– dejaría desamparados a los hijos de las trabajadoras de las haciendas, el servicio doméstico o las pequeñas empresas. Al respecto, el representante conservador de apellido Millán sostuvo:

La ley que se discute no resuelve ningún problema de protección a la infancia, desde luego que ella vendría a favorecer únicamente a cierto número de niños, que puede calificarse de insignificante, dejando en el mayor desamparo a los hijos de mujeres que trabajan accidentalmente en las haciendas, en las casas y en las empresas pequeñas. Es necesario haber vivido en contacto con todos estos problemas, para ver qué clase de vida llevan los niños a quienes las madres dejan todos los días en sus casas para ir a ver cómo ganan la vida. La mayor parte de esos niños llegan a hombres con alguna lesión que los hace inútiles para todo trabajo, porque el descuido de las gentes que se encargan de ver por ellos y la inquietud de sus hermanitos mayores, los hace sus víctimas. [...].³⁵¹

Es importante señalar que para la época predominaban en el país las pequeñas industrias que, según Renán Vega Cantor, tenían en promedio entre veinte y cincuenta obreros siendo muy pocas las empleaban a más de cien. Las fábricas que realmente tendrían

³⁴⁹ ARCE, Neftalí, “Los problemas sociales de Colombia”, *La Humanidad*, (30 de mayo de 1925), p. 2.

³⁵⁰ “Relación de debates. Sesiones de los días 20 (conclusión), 22 y 23 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 162, (13 de febrero de 1925), p. 828; “Relación de debates. Sesiones de los días 24 (conclusión), 25 y 26 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 164, (16 de febrero de 1925), pp. 835-836.

³⁵¹ “Relaciones de debates. Sesiones de los días 16 (conclusión), 17 y 18 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 155, (5 de febrero de 1925), p. 800; “Relación de debates. Sesiones de los días 20 (conclusión), 22 y 23 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 162, (13 de febrero de 1925), p. 828.

la responsabilidad de asumir esta nueva obligación serían las textileras y las trilladoras de café que alcanzaban a emplear más de una centena de obreros, con un porcentaje mayor de mujeres.³⁵² Para los opositores del proyecto de ley, esto implicaba que las pocas grandes industrias estarían en la obligación de asumir nuevos gastos en temas que tradicionalmente habían sido asumidos por la beneficencia y la caridad, lo cual, en vez de estimularlas, generaba mayores responsabilidades. Para aquellos, la solución más expedita al problema de la infancia era fomentar, generalizar y perfeccionar la institución de la Gota de Leche sin necesidad de imponer cargas tributarias a las industrias que afectaran la economía del país. Asumían que con tal institución era posible atender un mayor número de niños con la atención a los hijos de todas las madres trabajadoras. También esgrimieron que el proyecto de protección a la infancia estaba incompleto porque desatendía aspectos fundamentales para proteger la “raza” como eran los derechos por maternidad.³⁵³

Los reparos mencionados tornaban injustificado el intervencionismo de Estado. En otras palabras, los opositores abogaban por mantener y mejorar la relación del Estado con la caridad y la beneficencia a través del perfeccionamiento de los auxilios económicos, pero sin asumir un deber público y mucho menos inmiscuir al empresariado en estos asuntos.³⁵⁴ Entretanto, los liberales y los conservadores adscritos a la línea de gobierno señalaron la necesidad de que Colombia ingresara a la tendencia mundial de los pueblos “cultos” donde se amparaba la infancia en sus legislaciones “ya que era la única nación que abandonaba a su suerte a los niños.”³⁵⁵ La aspiración era seguir los pasos de los países europeos que auxiliaban a las “madres infelices” con salas de maternidad en los días posteriores al parto y a la infancia con salas cuna y Gotas de Leche en una labor conjunta entre el Estado, el sector privado y la acción social católica.³⁵⁶

³⁵² MONTENEGRO, “El surgimiento de la industria textil”, pp. 153, 172-174; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, tomo 3, p. 233; BERMÚDEZ RICO, *Mujeres obreras*, p. 22.

³⁵³ “Relaciones de debates. Sesiones de los días 16 (conclusión), 17 y 18 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 155, (5 de febrero de 1925), p. 799.

³⁵⁴ “Relación de debates. Sesiones de los días 30 de septiembre (conclusión), 1º y 2 de octubre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 169, (21 de febrero de 1925), pp. 855-856; RIVEROS, Bernabé, “Discurso pronunciado por el H.R. Bernabé Riveros, en la sesión del 3 de octubre, al discutirse el proyecto de ley sobre protección a la infancia”, *El Nuevo Tiempo*, (12 de octubre de 1924), p. 1.

³⁵⁵ “Relación de debates. Sesiones de los días 8 (conclusión) y 9 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 149, (29 de enero de 1925), p. 776. Para mayor información, consúltese: SCARZANELLA, “Los pibes en el Palacio de Ginebra”, pp. 5-30.

³⁵⁶ “Relación de debates. Sesión del día 11 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 152, (2 de febrero de 1925), pp. 786-787; “Relación de debates. Sesiones de los días 20 (conclusión), 22 y 23

Después de un mes de debates, la discusión del proyecto no prosperaba y se pronosticaba su fracaso en las cámaras legislativas. Ante esta situación, Pablo García Medina y Jorge Bejarano trataron de ejercer presión para que el proyecto tuviera el curso reglamentario. Cada uno emitió un comunicado donde expusieron sus puntos de vista sobre el significado de la ley para el país y la importancia de la acción protectora del legislador y del gobierno para “salvar” la sociedad. Con la intención de que el Congreso comprendiera la dimensión del problema y delineara las políticas necesarias para su mejoramiento, ambos médicos se valieron de algunas cifras como un recurso para demostrar que la mortalidad infantil iba en aumento año tras año. García Medina sostuvo que en 1921 habían muerto en el país 32.656 niños entre cero y cinco años de edad. Un año después el número de decesos había incrementado a 33.354 y para 1923 el total había sido de 40.094 muertes, eso sin contar con datos completos para los departamentos de Bolívar, Boyacá, Caldas y Cauca.³⁵⁷ Por su parte, Bejarano expuso que las cifras de mortalidad infantil –presumo que hizo referencia a las muertes entre cero y un año– eran de 19.000 niños muertos en 1921, 20.000 en 1922, y 24.000 en 1923.³⁵⁸

Aunque los datos presentados no se pusieron en relación al total de nacimientos por carencia de información, ambos expertos quisieron demostrar que la indiferencia en materia de protección infantil efectivamente estaba minando el porvenir de la “raza” en un país sin inmigración que dependía exclusivamente del crecimiento vegetativo de su población. Igualmente, desde el periódico *El Tiempo*, se trató de persuadir la actividad legislativa con la publicación de una carta dirigida a los senadores y representantes, supuestamente firmada por “millares de niños desamparados”. Los “menores de edad” clamaban por la reparación de la injusticia social cometida contra ellos por no tener una ley que los pusiera a salvo a través del cuidado de la madre y de la obligación del padre de velar por su bienestar.³⁵⁹

de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 162, (13 de febrero de 1925), p. 828; “Relación de debates. Sesiones de los días 24 (conclusión), 25 y 26 de septiembre de 1924”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 164, (16 de febrero de 1925), pp. 835-836.

³⁵⁷ Para ese mismo año, García Medina comentó que la DNH solo tenía datos completos sobre los nacimientos y la mortalidad infantil para la ciudad de Bogotá. Informó que entre 1918 y 1923 nacieron 30.301 y murieron 6.993 niños en la capital. GARCÍA MEDINA, “VI informe anual”, pp. 49-50.

³⁵⁸ BEJARANO, Jorge, “La protección de la infancia”, *El Tiempo*, (1 de octubre de 1924), p. 1; GARCÍA MEDINA, Pablo, “Nota del señor Director Nacional de Higiene, sobre mortalidad infantil y aumento de la tuberculosis”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 59, (7 de octubre de 1924), p. 342.

³⁵⁹ Por el tono de la carta y su participación en este periódico, se podría pensar que la carta la escribió Jorge Bejarano. MILLARES DE NIÑOS DESAMPARADOS, “Protección a la infancia desamparada”, *El Tiempo*, (14 de octubre de 1924), p. 2.

Las solicitudes de los representantes de la Sociedad de Pediatría y de la DNH para que los proyectos que habían ayudado a formular fueran aprobados, solo tuvieron respuesta en el marco de acuerdos políticos entre los dos partidos con presencia en el Congreso. Con la muerte del general Benjamín Herrera, líder del Partido Liberal y opositor a cualquier acuerdo con sus adversarios tradicionales, el gobierno de Pedro Nel Ospina inició contactos en octubre de 1924 con el ala colaboracionista del liberalismo para emprender una época de cooperación en temas considerados “sensibles” para el país. A través de un pacto entre liberales civilistas y conservadores ospinistas, varios de los proyectos presentados por la CIAS fueron finalmente aprobados, entre ellos, los de protección a la infancia e higiene y asistencia pública.

Pacto político y aprobación de las leyes sociales

Como informó *El Tiempo*, el presidente Ospina invitó a los liberales a hacer un pacto a cambio de apoyo a su agenda política. Para ello, el primer mandatario ofreció la aprobación de dos de sus objetivos más pretendidos establecidos en la Convención de Ibagué: la legislación social y la reforma electoral.³⁶⁰ Además, sugirió el nombramiento de algunos de sus jefes en tres ministerios. Para el diario liberal, este acuerdo no podía ser interpretado como una colaboración incondicional que entregaba las banderas liberales al gobierno, pues ante el inminente fracaso legislativo que se avecinaba en octubre de 1924, creían necesario obtener la aprobación de algunas leyes “que se traduzcan en bienestar positivo para la Nación y en justicia económica y verdad electoral.”³⁶¹

Con este acercamiento, los ospinistas pretendían detener la agitación social a través de la acción legislativa y cierta intervención estatal. De este modo, se generaría el ambiente necesario para estimular la inversión privada y la consolidación del desarrollo económico y, de paso, evitar que los obreros fortalecieran su “peligrosa posición política”.³⁶² Entre tanto, el razonamiento político de los civilistas se orientaba hacia la posibilidad que representaba

³⁶⁰ PAZ y SOLANO, *Convención de Ibagué*, p. 277.

³⁶¹ “La crisis política”, *El Tiempo*, (2 de octubre de 1924), p. 1.

³⁶² “La cooperación”, *El Nuevo Tiempo*, (5 de octubre de 1924), p. 1; “La cooperación y la opinión conservadora”, *El Nuevo Tiempo*, (5 de octubre de 1924), p. 1.

para el porvenir del Partido Liberal entrar a colaborar con el gobierno.³⁶³ Al ser minoría en el Congreso, los liberales tenían la posibilidad de fungir como árbitro de las disputas internas del conservatismo, puesto que quien obtuviera su apoyo tendría una mayoría absoluta en las dos cámaras legislativas. En tal sentido, consideraban que la invitación de Ospina servía para concretar algunos puntos del programa liberal, fortalecer su camino hacia mejores posiciones en las próximas contiendas electorales y marginar a los vasquistas del juego político.

Mientras que conservadores gobiernistas y los sectores civilistas del liberalismo pretendían resolver la tensión política y sacar adelante algunos proyectos de ley, los “elementos regresivos” de ambos partidos, es decir, caudillos y líderes políticos provenientes de las guerras civiles del siglo XIX, obstaculizaron este primer acuerdo.³⁶⁴ Los opositores dentro del liberalismo –liderados por el General Paulo Emilio Bustamante– rechazaron el pacto porque consideraron insuficientes los ofrecimientos del gobierno manteniéndose en los lineamientos del no cooperacionismo decidido en la Convención de Ibagué.³⁶⁵ Por su parte, las presiones ejercidas por los conservadores vasquistas impidieron concretar cualquier alianza.³⁶⁶

A pesar de las diferencias, el diálogo entre los partidos para acelerar y concretar la agenda legislativa tuvo que reactivarse por la oleada de huelgas.³⁶⁷ Especialmente, por la huelga que había estallado el 8 de octubre en el enclave petrolero de la *Tropical Oil Company* y que llegó a tal magnitud que preocupó seriamente al gobierno. El arribo a Barrancabermeja (Santander) de líderes socialistas y sindicales, permitió la organización de la movilización que pedía mejores condiciones salariales y de salud en el trabajo. Aunque el Ministro de Industria trató de mediar entre las partes, la huelga se tornó violenta por falta de soluciones

³⁶³ Según Gerardo Molina, los políticos liberales partidarios de colaborar con los gobiernos conservadores estimaban que era un derecho, como ciudadanos activos, participar de los beneficios provenientes de la bonanza económica que se dio a mediados de la década del veinte. En otras palabras, no estaban dispuestos a dejar todo el crédito del bienestar material a sus rivales políticos. MOLINA, *Las ideas liberales*, Tomo 2, pp. 85-88.

³⁶⁴ “La cooperación liberal”, *El Nuevo Tiempo*, (2 de octubre de 1924), p. 1.

³⁶⁵ RESTREPO, Antonio José, Luis Zea URIBE, Ignacio DÍAZ GRANADOS, Rafael DEL CORRAL y Alejandro GALVIS GALVIS, “Manifiesto de la Dirección Nacional y de los parlamentarios liberales”, *El Tiempo*, (8 de octubre de 1924), pp. 1-2.

³⁶⁶ “La crisis política”, *El Tiempo*, (2 de octubre de 1924), p. 1.

³⁶⁷ Para finales del año 1924, estallaron huelgas en el enclave petrolero de la *Tropical Oil Company* en Barrancabermeja, la *United Fruit Company* en la zona bananera, la Empresa de Energía Eléctrica y los trabajadores del tranvía de Bogotá, los ferroviarios en Cundinamarca, las minas del Valle, entre otras. Paralelamente, se organizaron nuevos sindicatos y se revivieron viejos. URRUTIA, *Historia del sindicalismo*, pp. 89-91.

y generó el temor de que hubiera un serio problema de orden público que se extendiera al resto del país.³⁶⁸ Para calmar los ánimos y evitar grandes movilizaciones, los parlamentarios creyeron necesario discutir los proyectos sociales pues si los obreros veían que el Ministro de Industria solamente tenía buena voluntad pero que sus necesidades no se respaldaban por leyes y luego en acciones, no iban a dejar de hacerse escuchar.³⁶⁹

Como la labor parlamentaria había tardado con los proyectos de asuntos sociales, las principales fuerzas políticas debían salvarlos rápidamente para acallar los rumores entre los obreros sobre la “esterilidad” del Congreso y aplacar un sentimiento general de que el gobierno era indiferente a las necesidades públicas. Los congresistas querían rescatar su prestigio ante la opinión pública, en la medida que cursaran en ambas cámaras proyectos que ayudaran a conjurar la conflictividad social.³⁷⁰ La retórica de los plenipotenciarios liberales en el momento de ruptura del primer acuerdo referida a los “altos y patrióticos” propósitos que perseguían por el “bienestar de la clase obrera colombiana”, sirvió de base para el nuevo pacto. En el juego político, el Partido Conservador era consciente de que se disputaba con el liberalismo el aparecer ante los obreros como los defensores de sus derechos para ganar su favor electoral y alejar el “fantasma del socialismo”.³⁷¹ Cabe señalar que más allá de atender el problema social, el sector gobiernista quiso fortalecerse por encima de las fuerzas vasquistas, las cuales quedaron marginadas.³⁷² Las disputas al interior de ambos partidos tradicionales se resolvieron a favor de quienes abogaban por acelerar el proceso de modernización en el país.³⁷³

Producto de las negociaciones, el presidente Ospina decretó sesiones extraordinarias del Congreso con el fin de dar curso a una serie de reformas que atendieran urgentemente los

³⁶⁸ Para mayor información sobre la huelga, consúltese: VEGA CANTOR, NÚÑEZ ESPINEL y PEREIRA FERNÁNDEZ, *Petróleo y protesta obrera*, Tomo I, pp. 136-144; URRUTIA, *Historia del sindicalismo*, pp. 94-97.

³⁶⁹ AGUILERA, Miguel, “Los tutores del obrerismo”, *El Nuevo Tiempo*, (31 de diciembre de 1924), p. 3.

³⁷⁰ “Acuerdo parlamentario”, *El Tiempo*, (17 de octubre de 1924), p. 3; OSPINA, Pedro Nel, “La prórroga del Congreso”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), pp. 1, 3.

³⁷¹ “Relación de debates. Sesión del día 1º de octubre de 1924”, *Anales del Senado*, 179, (4 de marzo de 1925), p. 728; “Cámara”, *El Tiempo*, (3 de octubre de 1924), p. 5, “Un gran debate en la Cámara sobre honores al General Benjamín Herrera”, *El Tiempo*, (8 de octubre de 1924), p. 6; “Cuestión política y cuestión social”, *El Tiempo*, (5 de octubre de 1924), p. 3; AGUILERA, Miguel, “Los tutores del obrerismo”, *El Nuevo Tiempo*, (31 de diciembre de 1924), p. 3.

³⁷² ESCALLÓN, Ignacio, “Concentración conservadora”, *El Nuevo Tiempo*, (10 de octubre de 1924), p. 9.

³⁷³ Para mayor información, consúltese: “El acuerdo parlamentario”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3; “Bases del acuerdo político de la minoría parlamentaria”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3; “Los que no firman pactos”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3.

problemas fiscales, electorales y sociales, privilegiando las leyes presentadas por la CIAS.³⁷⁴ De los proyectos de asuntos sociales, únicamente se daría trámite a los que estaban estancados en la Cámara de Representantes. Además del proyecto de ley sobre protección de la infancia y el de higiene social y asistencia pública, se debatieron los proyectos acerca de accidentes de trabajo; seguro colectivo obligatorio; organización de colonias agrícolas; higiene de las fábricas; jubilación y pensiones de empleados y obreros públicos; inspección de establecimientos industriales y el de creación de un banco agrícola.³⁷⁵

El proyecto de ley sobre protección a la infancia se desarrolló en la Cámara sin inconvenientes hasta su aprobación, aunque la idea inicial sufrió cambios significativos.³⁷⁶ Las críticas que recibió el proyecto marcaron la pauta para su modificación a fin de asegurar los intereses municipales respecto a sus rentas y, especialmente, a conveniencia de los empresarios, quienes quedaron exentos de contribuir al mantenimiento de instituciones de protección infantil a nivel local. En su lugar, la responsabilidad de fundar tales establecimientos en las capitales residió exclusivamente en los departamentos. El Tesoro Nacional quedó a cargo de subvencionar las instituciones de beneficencia destinadas a la madre y el niño, entre esos, financiar los hospitales que tuvieran o establecieran salas de maternidad y consultorios gratuitos para embarazadas y niños menores de diez años. En este caso, el apoyo dependería de cuántas mujeres atendieran al mes. Las empresas que tuvieran más de cincuenta obreras quedaron obligadas a fundar salas cuna, pero distintas fábricas podían asociarse para su creación.³⁷⁷

Otro asunto que sufrió considerables modificaciones fue la agencia que se encargaría de la coordinación de la protección infantil. En la versión aprobada, tal instancia no contaría con representantes de la caridad y la beneficencia, sino que estaría conformada por tres

³⁷⁴ Se estableció elevar a categoría de leyes los siguientes proyectos: 1. el de reforma electoral; 2. impuesto progresivo sobre sucesiones; 3. impuesto sobre la renta; 4. reforma de la jurisdicción de lo contencioso administrativo; 5. reorganización del Ministerio de Obras Públicas; y 6. los de asuntos sociales. “El acuerdo parlamentario”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3; ESCALLÓN, Ignacio, “Concentración conservadora”, *El Nuevo Tiempo*, (10 de octubre de 1924), p. 9.

³⁷⁵ “Acuerdo parlamentario”, *El Tiempo*, (17 de octubre de 1924), p. 3; “Bases del acuerdo político de la minoría parlamentaria”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3; “El acuerdo parlamentario”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1924), p. 3.

³⁷⁶ Sobre los artículos del proyecto que se iban discutiendo en la Cámara, consúltese: “La Cámara rechaza una invasión de micos”, *El Tiempo*, (10 de octubre de 1924), p. 5; “Cámara”, *El Tiempo*, (15 de octubre de 1924), p. 5; “Principia en la Cámara la discusión del presupuesto”, *El Tiempo*, (25 de octubre de 1924), p. 6.

³⁷⁷ “Ley 48 de 1924 (noviembre 29). Sobre protección a la infancia”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 106, (4 de diciembre de 1924), pp. 571-572.

médicos pediatras. Con esta decisión, se dio más preponderancia al papel que los médicos podían desempeñar como asesores del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública y se quitó la función de vigilantes de los establecimientos de beneficencia de lo cual se haría cargo el Estado a través de la asistencia pública. El objetivo primordial de establecer una Junta Nacional de Protección a la Infancia era poder centralizar y manejar la información acerca de la natalidad y mortalidad infantil a partir de los informes que suministrarían los alcaldes como base para el conocimiento del estado sanitario del país.³⁷⁸ Con estos ajustes, el proyecto fue aprobado en los tres debates reglamentarios en el Senado convirtiéndose en la Ley 48 de 1924.³⁷⁹

Para el gobierno, esta Ley venía a llenar un vacío en la legislación y seguía la línea de los países “civilizados” que se preocupaban por los niños de todas las clases sociales desde sus primeros años de vida hasta su etapa como trabajador.³⁸⁰ Sin embargo, la Ley reprodujo las acciones que venían realizando la caridad y la beneficencia en las ciudades desde hacía algunos años por medio de las damas de la elite, los médicos y la Iglesia católica.³⁸¹ Se esperaba fortalecer el establecimiento de nuevas sala cuna y Gotas de Leche, pero sin dar solución a las cuestiones que afectaban a las obreras embarazadas o las que tenían hijos pequeños. Aunque se trató de compatibilizar el trabajo de las mujeres y el cuidado de sus bebés con la obligación que adjudicaron a los grandes empresarios de fundar salas cuna en sus fábricas —único punto que se acercó a la petición de los obreros de que las madres tuvieran permiso para lactar durante la jornada de trabajo—, esto seguía siendo un problema que el

³⁷⁸ Esta Junta nunca se creó, por lo que la información estadística siguió sin ser remitida a las autoridades civiles por parte de la Iglesia católica, responsable de su recolección.

³⁷⁹ “Proyecto de ley sobre protección a la infancia”, *Anales del Senado*, 78, (29 de octubre de 1924), pp. 322-323; “Ley 48 de 1924 (noviembre 29). Sobre protección a la infancia”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 106, (4 de diciembre de 1924), pp. 571-572. Para mayor información, consúltese: SÁNCHEZ SALCEDO Y CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, *Escenarios de la minoridad*, pp. 40-47.

³⁸⁰ La Ley también prohibió la contratación de menores de catorce años en trabajos donde peligrara su vida o salud y estableció que únicamente podían trabajar seis horas diarias. “Protección a la infancia”, *El Nuevo Tiempo*, (25 de noviembre de 1924), p. 3.

³⁸¹ Al hablar de señoras o damas de la elite se hace referencia a mujeres que ocuparon una posición social distinguida por su condición de hijas, hermanas, madres o esposas de hombres prestantes. Si bien estaban privadas de derechos políticos, participaron en la esfera pública a través de labores filantrópicas y caritativas. Estas mujeres organizaron asociaciones católicas para atender a los “desvalidos” en los espacios urbanos. Por sus relaciones políticas y personales, lograron recibir auxilios gubernamentales para sus programas benéficos. También se vincularon a las actividades de ayuda a los pobres en instituciones creadas por médicos y religiosos mediante el trabajo voluntario. A pesar de su papel preponderante, la historiografía social colombiana para el siglo XX ha desatendido su estudio. Para mayor información, consúltese: ARANGO DE RESTREPO, *Sociabilidades católicas*, pp. 34-68; CASTRO CARVAJAL, “Las visitas domiciliarias femeninas”, pp. 106-128.

gobierno nacional dejó a la buena voluntad de los patronos y de las autoridades locales al omitir sanciones o multas a quienes incumplieran. En el mismo sentido, las instituciones benéficas que quedaron encargadas de instalar servicios para asistir a la maternidad y a la infancia, pudieron esquivar la norma.³⁸²

Para el gremio médico, haber logrado insertar en la agenda pública la protección a la infancia era la cristalización del clamor que habían liderado desde los años diez. La expedición de una legislación sobre el particular era el primer paso para desarrollar una política pública que ayudara a “poblar el vasto territorio colombiano y educarlo higiénicamente”. Según la Sociedad de Cirugía, las protestas en la *Tropical Oil Company* y en la *United Fruit Company* eran la prueba de la importancia de aumentar la población propia para evitar que extranjeros “perniciosos” organizaran movimientos “ajenos a la índole de nuestro pueblo.”³⁸³ El temor del gobierno a los levantamientos populares con influencia de idearios socialistas, permitió a los higienistas fortalecer su discurso sobre la conveniencia de evitar la pérdida de vidas infantiles para poblar el país con ciudadanos colombianos y contrarrestar la entrada “ciertos elementos perversos y levantiscos” a quienes las leyes de inmigración del país no alcanzaban a contener. El porvenir del país estaba entonces en una legislación de inmigración “severa” pero, sobre todo, en las leyes protectoras de la infancia.³⁸⁴

En beneficio de los higienistas y de la DNH, también se aprobó la Ley sobre higiene social y asistencia pública. Si bien el proyecto debió ser debatido y reformado por su extensión –ochenta y cinco artículos, muchos de ellos considerados disposiciones de carácter “reglamentario” – y por la falta de dinero para poner en marcha las obras que proponía, había muy poco tiempo para su deliberación. Las cámaras legislativas optaron por obviar largas discusiones y sancionarlo como un “código de higiene” que ayudaría a “cambiar las costumbres y las pésimas condiciones higiénicas del país”.³⁸⁵ Que el proyecto hubiera contado con estudios previos realizados por García Medina y con el aval de la ANM, sirvió

³⁸² “Ley 48 de 1924 (noviembre 29). Sobre protección a la infancia”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 106, (4 de diciembre de 1924), pp. 571-572.

³⁸³ Para mayor información sobre estas huelgas, consúltese VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, tomo 1, pp. 224-236, 298-303.

³⁸⁴ SOCIEDAD DE CIRUGÍA, “Protección infantil e inmigración”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XVI:1, (octubre de 1924), pp. 3-5.

³⁸⁵ “Senado”, *El Nuevo Tiempo*, (9 de octubre de 1924), p. 9.

de argumento para apelar a su pertinencia. El fomento de ese “pequeño código” pondría a Colombia al nivel de países como Austria o Estados Unidos en donde existía una “dictadura en materia de higiene” que permitiría, a través de sus disposiciones, salvar miles de vidas y llevar un cálculo aproximado de cuántas se preservaban para la riqueza pública.³⁸⁶

A pesar de que la falta de presupuesto era un obstáculo para ejecutar de manera inmediata la Ley, se consideró necesaria su aprobación para darle forma a la higiene del país, responder a los requisitos de las convenciones sanitarias internacionales para estimular las relaciones comerciales con el exterior y para defender a la población de enfermedades infectocontagiosas. Esta norma debía impulsar el desarrollo de una estructura institucional y una burocracia especializada que pusiera en marcha las políticas de salubridad pública a través de estrategias educativas. Según sus promotores, la implantación de la higiene y la asistencia pública en el país se reflejarían en bienestar social y sacaría a la población de su estado de “atraso” para hacer de Colombia una nación moderna, civilizada e higiénica.³⁸⁷

Con la expedición de la Ley 15 de 1925 sobre higiene social y asistencia pública fue reestructurada la DNH.³⁸⁸ Las funciones de esta oficina pública fueron redefinidas para agregarle la administración de la asistencia pública del país. La nueva Dirección Nacional de Higiene (DNH) quedó dividida en dos secciones: la de Higiene General y Administrativa, y la de Asistencia Pública Nacional. La primera se encargaría de asuntos como la higiene urbana; los alimentos; la policía sanitaria; la higiene escolar; las estadísticas demográficas y

³⁸⁶ México tuvo su primer Código Sanitario desde 1891 y Chile en 1918. Para los años treinta Cuba, Nicaragua, El Salvador, Panamá, Uruguay y Brasil también contaban con uno. Colombia asumió la Ley sobre higiene social y asistencia pública como una especie de código, pero solo hasta 1979 tuvo corpus sobre temas de Higiene. En la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional realizada en diciembre de 1920 en Uruguay, Pablo García Medina presentó la compilación de disposiciones que esperaba se convirtiera luego en un código sanitario para Colombia. Para 1934, ya desvinculado como director del DNH, redactó un Código Sanitario que nunca fue aprobado por el Congreso Nacional. Sin este instrumento, la higiene nacional se basó en las compilaciones de leyes que se elaboraban continuamente. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, *Actas de la Sexta Conferencia*, p. 51; Pablo García Medina a Ministro de Gobierno, septiembre 3, 1934. AGN, SAAIL, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 1, ff. 49r-51r; “Ley 58 de 1935 (noviembre 23). Por lo cual se honra la memoria del señor Doctor Pablo García Medina”, *Diario Oficial*, 23055, (diciembre 9), p. 2; APARICIO, Julio, “Elogio del doctor Pablo García Medina”, *Revista de la Facultad de Medicina*, XX:1, (julio de 1951), p. 18. Para las compilaciones de leyes, consúltese: GARCÍA MEDINA, *Compilación de leyes*, passim. Para mayor información sobre la dictadura sanitaria en México, consúltese: ARÉCHIGA CÓRDOBA, “Educación, propaganda o dictadura sanitaria”, pp. 57-88.

³⁸⁷ “Relación de debates. Sesión del 8 de octubre de 1924”, *Anales del Senado*, 183, (9 de marzo de 1925), pp. 742-743; GAITÁN U., Anselmo, José Antonio GÓMEZ y A. VILLA ÁLVAREZ, “Informe de la Comisión que estudió el proyecto de ley ‘sobre higiene social y asistencia pública’”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 135, (13 de enero de 1925), p. 715.

³⁸⁸ “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), pp. 806-808.

nosológicas de la República; los laboratorios; la reglamentación de industrias peligrosas; la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas y campañas contra las epidemias. Por su parte, la segunda abarcaría la inspección de los hospitales, asilos, hospicios, orfanatos, Gotas de Leche, salas cuna, consultorios gratuitos, dispensarios, casas de salud y demás establecimientos de esta clase; la protección a la infancia y los servicios relacionados con ella; las habitaciones para obreros y para las clases pobres; la vacunación; la inspección técnica de higiene; la inspección médica a escuelas; los colegios tanto públicos como privados y la inspección de fábricas. La dirección, subdirección y todos los servicios de la Dirección quedarían a cargo de médicos graduados, lo que reafirmaba la importancia de su labor y conocimiento “científico” para sugerir estrategias de intervención social y dar respuestas a los problemas sociales desde la higiene.³⁸⁹

La nueva entidad estuvo a cargo de dictar e imponer medidas para combatir o prevenir las enfermedades, así como controlar y vigilar todas las instituciones de higiene, beneficencia y asistencia pública que funcionaran en el territorio nacional. Tales instituciones quedaban obligadas a poner en consideración del respectivo ramo su reglamento de servicio interno para la aprobación de la DNH. El objetivo principal de esta disposición era centralizar y modernizar las nuevas formas de ayuda a los pobres que incluían, entre las responsabilidades de la higiene, la conservación de la vida y de la salud en el marco de las preocupaciones por la “cuestión social”. Los gastos que demandaran los servicios de asistencia en los departamentos eran deber de la Nación, pero tanto aquellos como los municipios podían establecer servicios especiales a su costa.³⁹⁰

En relación con la asistencia de la maternidad y la infancia, la DNH tenía una serie de funciones estrechamente ligadas a los fines que se postularon en la Ley de Protección a la Infancia. Entre sus tareas se encontraba: establecer dispensarios y Gotas de Leche en las capitales de los departamentos y en las demás ciudades donde se estimara conveniente. Estos lugares tendrían el propósito de prestar asistencia médica gratuita a los niños; estudiar las causas de mortalidad y morbilidad infantiles; enseñar a las madres a criar y alimentar a sus

³⁸⁹ “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), pp. 806-808. Para mayor información, consúltese: QUEVEDO, *Café y gusanos, mosquitos y petróleo*, pp. 240-241; GUTIÉRREZ MÁRQUEZ, “Proceso de institucionalización de la higiene”, pp. 85-86.

³⁹⁰ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La fragmentación de la salud*, pp. 137-138.

hijos y suministrar medicinas y alimentación a los niños en casos especiales. Los establecimientos serían atendidos por médicos encargados además de presentar continuos informes a la Asistencia Pública y de proponer las medidas para proteger y conservar la salud de los niños.³⁹¹ La DNH también sería responsable de regular y auxiliar las Gotas de Leche y restaurantes escolares no oficiales que recibieran más de veinte niños por día; establecer, según lo permitieran los recursos, hospitales especiales para niños, pabellones en los hospitales ordinarios y maternidades; organizar en las ciudades puestos de socorro donde funcionarían permanentemente consultorios gratuitos atendidos por médicos; regular a las madres mercenarias y dictar medidas para asegurar la salud tanto del hijo de la nodriza como del que debía amamantar.³⁹²

Con esta reestructuración, García Medina fue reconocido como ejemplo a seguir en el ámbito internacional de lo que debía hacer un “verdadero Director General de Higiene”.³⁹³ Para el higienista, quien había sido Director Honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana y seguía sus recomendaciones, éste había sido un logro importante ya que desde 1918 buscó la creación de la asistencia pública como servicio dependiente de la Dirección, o sea, del gobierno. Así, quedaba bajo su vigilancia la salubridad nacional y bajo una misma reglamentación todo lo relacionado con la protección social. En 1926, en la Conferencia Panamericana de Higienistas reunida en Washington, García Medina expuso que en cumplimiento de la Ley se estaban organizando los servicios de lucha contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el alcoholismo y la protección infantil de acuerdo a las “ideas modernas de higiene social.”³⁹⁴

La imagen de una Colombia moderna que García Medina pretendía proyectar se acompañaba poco con lo que sucedía en la realidad.³⁹⁵ La versión del alto funcionario hacía referencia a la expedición de nuevas leyes que efectivamente marcaban un avance en la política social del Estado colombiano, pero sin mencionar las limitaciones para su debido

³⁹¹ “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), p. 807.

³⁹² “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), pp. 806-808.

³⁹³ QUEVEDO ET AL, *Café y gusanos*, p. 241.

³⁹⁴ GARCÍA MEDINA, Pablo, “La organización sanitaria en Colombia”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XVIII:1, (octubre de 1926), p. 19.

³⁹⁵ Para mayor información, consúltese: CALVO ISAZA y SAADE GRANADOS, *La ciudad en cuarentena*, passim, JALIL-PAIER y DONADO, “Socio-political implications”, pp. 486-496.

cumplimiento. Es importante señalar que para el gobierno la expedición de las leyes de asistencia social y de protección a la infancia fue más un gesto político para disminuir la presión de la movilización social, sin detenerse a precisar la manera en que se iban a llevar a la práctica.³⁹⁶ Según el Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas, Juan N. Corpas, el gobierno nacional solamente había aprobado un crédito para atender en 1926 los gastos que consideró más indispensables destinados a la organización de algunos establecimientos contemplados en la legislación.³⁹⁷ Corpas señaló que con ese dinero se emprendería la campaña contra las enfermedades venéreas y la tuberculosis al tiempo que se dictarían medidas para la protección de la infancia.³⁹⁸

Cabe señalar que, por la premura en su aprobación, no se especificó cuánto costaría sacar adelante lo proyectado. Los recursos asignados a la DNH se fijaban cada año con la ley de apropiaciones de la vigencia fiscal, por tanto, los rubros y dineros cambiaban según las posibilidades económicas y los fines que quería favorecer.³⁹⁹ El presupuesto que invertía el gobierno nacional privilegió las obras públicas y en menor medida la organización higiénica. La sanidad estaba definida en papel, pero sin dinero para llevarla a la práctica.⁴⁰⁰ Esta decisión política hacía de Colombia un país que respondía a los mandatos internacionales de organización sanitaria con la formulación de leyes, pero sin adjudicar presupuesto ni personal técnico para atender la fundación de los dispensarios, los asilos, consultorios de lactantes, considerados la base de las campañas sanitarias.⁴⁰¹

³⁹⁶ Bernardo Tovar refiere a que en el marco de las reivindicaciones sociales de los años veinte se expidió una precaria legislación que tuvo poca eficacia práctica o que en algunos casos no pasó de la formalidad escrita. TOVAR ZAMBRANO, “Modernización y desarrollo”, pp. 212-213.

³⁹⁷ CORPAS, *Memoria del Ministro de Instrucción*, pp. LXXXI-LXXXII; MONTOYA, José María y Julio MANRIQUE, “Higiene social y asistencia pública”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XVI: 8, (mayo de 1925), pp. 319-321.

³⁹⁸ Juan N. Corpas era médico de la Universidad Nacional con especialización en cirugía de París. Fue rector de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, miembro de la Academia Nacional de Medicina desde 1920, de la cual fue secretario y vicepresidente, y presidente de la Sociedad de Cirugía. Fue elegido en dos ocasiones miembro de la Cámara de Representantes. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional de Medicina*, p. 114.

³⁹⁹ Según el artículo 62 de la ley de higiene social y asistencia pública, “las partidas que se destinen en los Presupuestos Nacionales para atender a los gastos de higiene y asistencia pública, se invertirán de acuerdo con lo que demanden las necesidades de estos servicios [...]”. “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), p. 808.

⁴⁰⁰ “Plata sin organización y organización sin plata”, *El Tiempo*, (29 de noviembre de 1927), p. 2; VERNAZA, *Memoria del Ministro*, p. XLIV.

⁴⁰¹ VERNAZA, *Memoria del Ministro*, p. XLIV.

La prioridad que el gobierno nacional otorgó a la higiene de los puertos para sostener el comercio con Estados Unidos, la atención que prestó al desarrollo material con el impulso de las obras públicas, el apoyo que recibía de las instituciones de beneficencia para atender la pobreza y la falta de un fuerte reclamo social de parte de las mujeres, fueron los factores que hicieron que la protección infantil y materna estuvieran por fuera de la preferencia en la inversión estatal. Sin embargo, con las leyes de reforma social, Colombia pasó del interés por la infancia abandonada e indigente únicamente a través de la beneficencia a incluir al binomio madre-hijo dentro de sus compromisos asistenciales. En estas condiciones, el gremio médico ejerció presión a las autoridades nacionales para que asumieran la lucha contra la mortalidad infantil a través de instituciones, así como de medidas preventivas y curativas.⁴⁰²

CONSIDERACIONES FINALES

Los años veinte en Colombia marcan el inicio de una relación entre saberes científicos sobre la población, luchas sociales, legislación y formación de agencias estatales. Los problemas derivados de la industrialización y la urbanización, y el temor de las elites políticas a una revolución, permitieron plantear soluciones desde el Estado a partir de marcos institucionales dirigidos a la población pobre y trabajadora, especialmente de los principales centros urbanos. En un contexto de agudización de la cuestión social, el gobierno nacional optó por mantener el orden a partir de leyes sociales. Así, en el marco de la formulación de un conjunto de iniciativas legales que buscaba mejorar las condiciones de trabajo y de vida de la población, el binomio madre-hijo surgió como uno de los problemas que debían ser atendidos.

En este proceso, el gremio médico se ubicó en el centro de la escena político-social. A pesar de que los trabajadores expusieron la necesidad de regular las relaciones obrero-patronales, en las que se incluyó tangencialmente a la obrera embarazada, las leyes debatidas y aprobadas fueron las promovidas, elaboradas y asesoradas por los médicos higienistas. Estos profesionales de la salud, en su calidad de reformistas sociales, se autoproclamaron

⁴⁰² HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 85-86; FORERO CABALLERO, *Momentos históricos*, p. 285.

como los más capacitados para confeccionar estas leyes dada su condición de conocedores de un problema social al cual habían tratado de llamar la atención del Estado desde comienzos del siglo XX: la mortalidad infantil. Por tanto, consideraron necesario pensar paralelamente en la modernización del país y en políticas y programas adecuados que corrigieran algunos de los efectos “negativos” de la creciente incorporación de las mujeres a los trabajos industriales. Esto implicó la traducción de sus conocimientos reconocidos como expertos en proyectos de aplicación social.

Aunque para el Estado era fundamental contar con la participación de los médicos como respaldo “científico” a la solución de los problemas sociales, de despoblación y degeneración de los colombianos, a nivel económico primó la posición de estimular la industria sin afectarla con nuevas obligaciones ni incidir en los gastos departamentales. Socialmente, los parlamentarios evitaron plantear cambios en la concepción de la maternidad, la paternidad y la familia. Además, desecharon la opción de brindarles algún derecho de tipo civil o laboral a las mujeres, a pesar del interés de los médicos y los políticos liberales por insertarlas al mundo laboral minimizando los problemas sociales que ello generaba. Con esta posición, se decidió que la industria no era responsable de los hijos de los obreros y se avaló el papel que venían desempeñando los particulares en torno a la atención de los pobres. En consecuencia, la dirigencia política definió que lo primordial era controlar a los trabajadores urbanos antes que brindarles demasiados derechos.

La inequidad entre hombres y mujeres se encubrió con el pretexto de mejorar las condiciones materiales de las clases trabajadoras en general. Las obligaciones que asumió el Estado central fueron en favor de la asistencia en salud de los niños y las madres pobres, mediante una legislación en la que prevaleció la intervención médica de la población como clave para el desarrollo económico y la estabilidad social. El resultado final de este primer momento en la construcción de una política de protección materno-infantil terminó por fortalecer al gremio médico. La aprobación de las leyes sociales representó un incremento de las capacidades institucionales y recursos materiales de este gremio que sería el responsable de adelantar una intervención social sobre una población que comenzó a estar en el radar estatal.

CAPÍTULO III

EMERGENCIA DE LA CAMPAÑA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN BOGOTÁ, 1928-1931

INTRODUCCIÓN

En los años veinte, los gobiernos conservadores introdujeron algunas medidas para enfrentar las situaciones que, según las élites intelectuales y políticas del momento, conducían a la desarticulación de la sociedad. La legislación social, aprobada entre 1924 y 1925, comenzó a ponerse en práctica a finales de esta década ante la necesidad de ampliar el margen de intervención estatal para proteger a los más “débiles”. En particular, supuso la integración al proyecto de Nación de la niñez a través de un conjunto de servicios, estrategias educativas y acciones emprendidas desde el Estado para asistir y proteger a los hijos pequeños de las madres pobres y trabajadoras, y a través de ellos, impactar en la vida de los demás miembros de la familia. El panorama hacia esta población, que había sido ignorada por la caridad y el Estado, comenzó a transformarse, aunque de manera lenta debido al lugar secundario que ocupó en la agenda estatal en materia sanitaria y la carencia de presupuesto.

La constante presión ejercida por Pablo García Medina para obtener partidas que permitieran establecer los servicios propuestos en la Ley 15 de 1925, arrojó resultados positivos en 1928 cuando la DNH obtuvo recursos para dar inicio a la campaña de protección infantil en Colombia. Este hecho puede ser considerado como el punto de partida en la creación de una política pública específica para la primera infancia y la atención de la maternidad en el país. A partir de ese momento, el Estado pasó de únicamente la adjudicación de auxilios a los establecimientos de beneficencia que se encargaban de la infancia desvalida, a asumir responsabilidades con la asistencia del binomio madre-hijo, lo cual implicó la organización servicios “científicos” y la contratación de personal técnico especializado bien remunerado.

Aunque tales acciones presentaron limitaciones de diferente orden y se restringieron inicialmente a la capital del país, la mortalidad infantil comenzó a ser atendida a través de las campañas sanitarias lideradas por el Estado. Esto significó implementar una estrategia dedicada exclusivamente a detener su avance con base en una perspectiva médico-asistencial que tomaba distancia de la mirada piadosa sobre los padecimientos de los pobres.⁴⁰³ En este

⁴⁰³ CASTRO CARVAJAL, “Los médicos”, p. 509.

proceso, médicos higienistas y salubristas se constituyeron en los nuevos agentes estatales que poseían los conocimientos para hacer un balance y proponer medidas que debían ponerse en práctica a partir de las condiciones específicas del país. Estos expertos implementaron métodos aprendidos en el extranjero, especialmente en Francia y Estados Unidos, e impulsaron la formación de mujeres en salud pública para su vinculación a la estructura de la higiene nacional como personal calificado. También se valieron de las relaciones existentes con sociedades civiles y organismos internacionales para obtener su ayuda en la adecuación y administración de los servicios, así como en la capacitación de personal experto.

El presente capítulo pretende evidenciar la manera como inició la campaña de protección de la infancia en Bogotá con especial énfasis en dos aspectos que a su vez estructuran el texto, a saber: la instauración de los servicios estatales a nivel nacional y municipal; y la formación de personal femenino en salud pública con la creación de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, adscrita a la higiene nacional. En cada uno de los apartados veremos la centralidad que alcanzó Bogotá en el desarrollo de la política social, especialmente en un momento en el que los recursos económicos escasearon. Además, destaco la relevancia que adquirió un grupo de médicos en el impulso inicial de la campaña y las limitaciones, tanto financieras como sociales, que se presentaron para la expansión de la política en el país.

Es importante advertir que el lapso abordado en este texto corresponde a las primeras acciones desarrolladas en un periodo de transición de los gobiernos conservadores a los liberales. La oficina de la higiene nacional dependió administrativamente de ministerios como el de Gobierno y de Instrucción Pública hasta 1931, año en el que se creó el Departamento Nacional de Higiene (DNH) con funciones técnicas y administrativas. La protección a la infancia se adscribió primero al ramo de la Higiene y la Asistencia Pública para rápidamente convertirse en una dependencia técnica en el marco de un modelo de administración centralizada de salud por parte del Estado.⁴⁰⁴ Valga anotar además que durante este breve periodo, inició la participación femenina como agente estatal a través de la enfermería sanitaria y se amplió la participación de los médicos en nuevos cargos. Unas y otros desempeñarán roles clave en el desarrollo de la política social para la infancia durante la década de los años treinta.

⁴⁰⁴ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 127-143.

LOS PRIMEROS PASOS DE LA CAMPAÑA DE PROTECCIÓN INFANTIL: COLABORACIÓN FINANCIERA Y TÉCNICA

Pablo García Medina, como director de la DNH y promotor de la Ley de Higiene y Asistencia Pública, insistió durante la presidencia del conservador Miguel Abadía Méndez (1926-1930) sobre la necesidad de atender a la infancia en la etapa de mayor vulnerabilidad (desde la concepción hasta los dos años de edad). Con base en las visitas que había realizado a Buenos Aires y Montevideo, donde conoció las formas de organización y funcionamiento de la protección infantil, insistió en que el Estado colombiano reconociera con programas sociales la importancia internacional que había adquirido la salud materno-infantil como medio fundamental para aumentar la población, mejorar la “raza” y desarrollar la economía.⁴⁰⁵

Gracias a la presión que ejerció este funcionario, aunado a la petición de la Asamblea de Boyacá de intensificar la labor del ramo de higiene y a las quejas de los obreros por la desatención a las peticiones expuestas ante la CIAS, el Congreso de la República decidió asignar unas partidas para dar cumplimiento, así fuera en parte, a las leyes sociales.⁴⁰⁶ Con esta disposición, el Estado demostró, por primera vez, interés por volver un asunto público el cuidado de la primera infancia –no abandonada–, la cual hasta el momento solo recibía algo de atención a través de instituciones benéficas particulares que funcionaban con auxilios estatales (Ver Anexo 1).⁴⁰⁷ El Estado asumió la prestación de algunos servicios que, si bien fueron restringidos, se mantuvieron desde entonces.⁴⁰⁸

Por el aumento de los ingresos provenientes de las exportaciones de café y los empréstitos, desde 1928 se asignaron recursos del Tesoro Nacional para velar por la salud infantil. Cabe señalar que entre 1924 y 1929, el presupuesto nacional destinado a la higiene y la asistencia pública aumentó de 10.1% al 17%. Sin embargo, en comparación con otros

⁴⁰⁵ GARCÍA MEDINA, *La higiene y la asistencia públicas*, pp. 9-13.

⁴⁰⁶ BARBERI, Rafael, A. GAITÁN, Julio SALAZAR, D. IRURITA, Pedro Elías MENDOZA, Pío MORENO, “Comisión de Higiene. Informe relativo a una proposición de la Asamblea de Boyacá, ‘por la cual se solicita del Congreso que intensifique la higiene pública’”, *Anales del Senado*, 56, (23 de septiembre de 1927), pp. 444-445; “Ley 52 de 1927 de Presupuestos Nacionales de rentas y gastos para el periodo fiscal del 1° de enero a 31 de diciembre de 1928”, *Anales del Senado*, 117, (10 de enero de 1928), pp. 929-933; “El gobierno y el pueblo”, *El Socialista*, 535, (31 de octubre de 1928), p. 1.

⁴⁰⁷ Sobre la redención de la infancia a través de la escuela en Colombia, consúltese: SALDARRIAGA, SÁENZ OBREGÓN y OSPINA, *Mirar la infancia*, passim. Para más información sobre el caso argentino, consúltese: BIERNAT y RAMACCIOTTI, *Creecer y multiplicarse*, pp. 37-38.

⁴⁰⁸ Como sostiene Donzelot para Europa, con la expedición de leyes sobre estas materias se transfiere la soberanía de la familia “moralmente insuficiente” al cuerpo de notables filántropos, de magistrados y de médicos especializados en la infancia. DONZELOT, *La policía de las familias*, p. 85.

sectores, los ramos de higiene y educación eran los de menos financiamiento.⁴⁰⁹ Al respecto, Mario Hernández afirma que este aumento favoreció los auxilios a la caridad privada y reafirmó la poca responsabilidad que asumía el Estado colombiano en asuntos sociales. En mi perspectiva, esta conclusión merece por lo menos un matiz, ya que a pesar de que los gobiernos conservadores seguían dejando la administración de la pobreza a las instituciones privadas, se dio por primera vez una inversión destinada a la tarea asistencialista que se mantendría bajo las administraciones liberales.⁴¹⁰

Así, por tratarse de una responsabilidad asumida tradicionalmente por particulares, se reforzó el auxilio a la beneficencia pero además se impulsó la creación de servicios de asistencia para la niñez desamparada que complementarían las instituciones existentes en Bogotá.⁴¹¹ La Ley 43 de 1928 adjudicó auxilios a las Gotas de Leche establecidas en las capitales departamentales con el ánimo de construir o mejorar los edificios donde funcionaban.⁴¹² El aporte de la Nación se condicionó al cumplimiento de los siguientes requisitos: atender más de cincuenta niños, tener aprobado su reglamento por las instancias estatales, contar con personería jurídica y poseer un lote adecuado para la construcción de las instalaciones.⁴¹³ Se esperaba que estas entidades ayudaran a controlar los problemas sociales que generaba el movimiento de la población a las ciudades y el trabajo femenino.⁴¹⁴ También se pretendía estimular y afirmar las iniciativas de los filántropos que estaban preocupados por el desamparo de la niñez. En seguida, la DNH recibió las primeras partidas para desarrollar servicios de asistencia pública y contratar expertos en salud pública que

⁴⁰⁹ HELG, *La educación*, pp. 106-107.

⁴¹⁰ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 41-42.

⁴¹¹ NIETO CABALLERO, Agustín, “Protección de la infancia”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:4-5, (abril y mayo de 1923), s.p.

⁴¹² “Ley 43 de 1928 (septiembre 18). Por la cual se fomenta el establecimiento de la Gota de Leche en las capitales de los Departamentos y se auxilian varias obras de higiene y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 110, (21 de septiembre de 1928), p. 748.

⁴¹³ BARBERI, Rafael, Fernando PINZÓN TOLOSA, Pío MORENO, A. GAITÁN J., Julio SALAZAR y E. FRANCO P., “Comisión de Higiene. Informe para segundo debate del proyecto de ley por el cual se auxilia una obra de higiene y asistencia pública”, *Anales del Senado*, 71, (26 de julio de 1928), pp. 369-370.

⁴¹⁴ En un primer momento, la iniciativa estuvo dirigida a auxiliar únicamente la construcción de un edificio para ampliar la Gota de Leche de Bogotá por solicitud de los médicos fundadores Andrés Bermúdez, Manuel Antonio Cuéllar Durán, Pompilio Martínez, Rafael Ucrós y Nicolás Buendía. JARAMILLO ISAZA, Carlos y Pompilio GUTIÉRREZ, “Proyecto de ley por el cual se auxilia una obra de higiene y de asistencia pública”, *Anales del Senado*, 45, (2 de julio de 1928), p. 254; JARAMILLO ISAZA, Carlos y Pompilio GUTIÉRREZ, “Exposición de motivos del proyecto de ley por el cual se auxilia una obra de higiene y de asistencia pública”, *Anales del Senado*, 45, (2 de julio de 1928), p. 254.

fortalecieran la labor científica de la higiene nacional.⁴¹⁵ Asimismo, se aseguraron recursos para comenzar a asistir a la infancia pobre.⁴¹⁶

La asignación presupuestal coincidió con la conversión del Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas, del cual hacía parte la DNH, en Ministerio de Educación Nacional (MEN). En el nuevo Ministerio fueron separados los ramos de educación y salud con el fin de diferenciar las labores y recursos que debía tener cada uno.⁴¹⁷ De los \$605.000 que fueron otorgados al ramo de Higiene para el año de 1929, la protección a la infancia recibió el 8% del total del presupuesto, esto es, \$50.000 para su funcionamiento general. Tal porcentaje también se adjudicó a las campañas contra el pian y la tuberculosis.⁴¹⁸ La mayor parte de los recursos se destinaron a gastos de saneamiento y control de puertos, ramo que acaparó el 71% del total.⁴¹⁹ Tal distribución de los recursos se explica por la obligación contraída por el país al acoger las resoluciones adoptadas en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1927. Allí se estipuló como prioridad la organización de las dependencias de sanidad de los puertos para evitar la propagación de enfermedades epidémicas que afectaran las relaciones comerciales internacionales que, en el caso colombiano, se concentraban en la exportación de café, petróleo y banano.⁴²⁰ Cabe señalar que la década del veinte significó para Colombia la consolidación del contacto comercial, cultural y científico-técnico con Estados Unidos, lo

⁴¹⁵ Con Vicente Medina, ingeniero sanitario; Ignacio Moreno Pérez, médico epidemiólogo y Paulina Gómez Vega, bacterióloga, profesionales formados en Estados Unidos gracias a las becas otorgadas por la Fundación Rockefeller, se establecieron las secciones de Ingeniería Sanitaria, Estadística Vital y se reforzó el Laboratorio de Higiene Samper Martínez.

⁴¹⁶ Inicialmente García Medina recibió \$20.000, dinero con el cual realizó un primer acercamiento con la Fundación Rockefeller para capacitar personal femenino en salud pública. “Ley 62 de 1927. De Presupuestos Nacionales de rentas y gastos para el periodo fiscal de 1° de enero a 31 de diciembre de 1928”, *Anales del Senado*, (10 de enero de 1928), pp. 929-933.

⁴¹⁷ El nuevo ministerio, creado por la Ley 56 de 1927, se dividió en un departamento técnico y otro administrativo. De él se separaron las secciones de lazaretos, leproserías y beneficencia pública, con lo cual se definió lo educativo desligado del campo de la salud. HERRERA, “Historia de la educación”, p. 100.

⁴¹⁸ El pian es una enfermedad infecciosa crónica causada por la bacteria *treponema pallidum* que afecta la piel, los huesos y los cartílagos. Puede causar desfiguración e incapacidad permanente. Se da en zonas cálidas, húmedas y tropicales. Fue una enfermedad endémica y las autoridades sanitarias nacionales hicieron importantes esfuerzos por combatirla en la primera mitad del siglo XX. VÉLEZ TOBÓN y ESTRADA ORREGO, “Deformaciones y contagios”, pp. 28-51.

⁴¹⁹ “Decreto número 47 de 1929 (16 de enero). Por el cual se distribuyen algunas partidas globales señaladas en los capítulos 55 y 128 de la Ley de Apropriaciones para el año en curso, en el ramo de higiene”, *Diario Oficial*, 21008, (31 d enero de 1929), pp. 259-260.

⁴²⁰ APARICIO, Julio, “Resultado de la octava conferencia sanitaria”, *El Tiempo*, (29 de noviembre de 1927), pp. 1 y 2.

cual definió el interés del gobierno nacional por aumentar la inversión y el comercio con ese país a través de convenios internacionales de saneamiento.⁴²¹

García Medina tenía la aspiración de establecer consultorios para lactantes, dispensarios para niños de todas las edades, abrir el servicio de nodrizas, fomentar las salas cuna y fortalecer las Gotas de Leche. También de que funcionaran conjuntamente las campañas de protección infantil y la antituberculosa con el ánimo de disminuir el riesgo de contagio y de muerte en los niños por debilidad y deficiencia en la calidad de la leche de vaca.⁴²² Los recursos fueron insuficientes para realizar la campaña de protección infantil de forma integral y a nivel nacional. García Medina esperaba disponer a futuro de más recursos para ampliar su quehacer a la asistencia y educación de los “anormales y retardados”, crear lugares de corrección, centros de asistencia médica y social para madres e hijos, colonias y escuelas para niños débiles, entre otros.⁴²³

Por el poco presupuesto, la campaña inició solo en Bogotá. La DNH creó el Centro de Protección de la Infancia (CPI) que se organizó de manera que complementara la labor adelantada por la recién creada Sección de Protección de la Infancia Municipal, a cargo de los médicos José María Montoya y Alejandro Villa Álvarez.⁴²⁴ Esta Sección era dependiente de la Dirección Municipal de Higiene de Bogotá (DMHB) dirigida por Enrique Enciso. Por sus estudios en la Universidad Johns Hopkins, Enciso adoptó el modelo norteamericano que consistía en la profesionalización del personal subalterno, recolección de datos estadísticos, prevención de las enfermedades y creación de servicios.⁴²⁵ Podría pensarse que la sinergia de intereses permitió que los presupuestos nacionales y locales se invirtieran en Bogotá como

⁴²¹ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, p. 68.

⁴²² “Es muy grave el problema de la tuberculosis. Habla el Dr. García M.”, *El Tiempo*, (5 de febrero de 1928), pp. 1 y 5; BEJARANO, Jorge, “Las causas de la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (26 de marzo de 1928), p. 4. Para más información, consúltese: ESTRADA ORREGO, GALLO y MÁRQUEZ VALDERRAMA, “Retórica de la cuantificación”, pp. 1-23. Para el caso argentino, consúltese: ARMUS, *La ciudad impura*, pp. 83-87.

⁴²³ GARCÍA MEDINA, Pablo, “Discurso pronunciado en la inauguración del Dispensario para niños”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XX: 11, (noviembre de 1929), pp. 331-339, SOCIEDAD DE CIRUGÍA Y SOCIEDAD DE PEDIATRÍA, “Protección infantil”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XX:8, (agosto de 1929), pp. 387-388.

⁴²⁴ Villa Álvarez reemplazó por unos meses a Montoya mientras éste realizaba una misión a Estados Unidos y Europa conferida por la FR y el municipio de Bogotá para estudiar, y luego adaptar, los sistemas de protección infantil. Alejandro Villa Álvarez era médico y cirujano de la Universidad Nacional. Estudió en Nueva York y París. Se especializó en las enfermedades de los niños. ENCISO, Enrique. “El estado sanitario de Bogotá. Informe del director de higiene doctor Enciso”, *El Tiempo*, (13 de mayo de 1928), p. 15; “La protección de la infancia”, *El Tiempo*, (15 de diciembre de 1928), p. 3; H.H. Howard a Russell, diciembre 31, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, subseries 1928/311.C: Colombia-Nursing, caja 8, carpeta 63.

⁴²⁵ ENCISO, “Health Organization”, pp. 35-49.

una forma de fortalecer la lucha contra la mortalidad infantil que habían emprendido los médicos capitalinos y señoras de la elite desde los años diez en la ciudad.⁴²⁶ La complementariedad entre los servicios y las estrechas relaciones personales entre los médicos, propició que actuaran conjuntamente beneficiándose de la infraestructura y del personal científico. Con ello también se evitó la duplicidad en los servicios con un mejor rendimiento institucional.

La ampliación de la estructura institucional fortaleció a la capital como centro de actuación de los higienistas y de producción de conocimiento, lo que afianzaba de paso la asistencia pública dirigida científicamente. El CPI se organizó de manera que sirviera de ejemplo para el resto del país para que, en un tiempo cercano, se salvaran millones de vidas que serían “perfeccionadas” para el “engrandecimiento nacional”.⁴²⁷ El vínculo entre las autoridades sanitarias municipales y nacionales dedicadas a la protección infantil, permitió el establecimiento de una red de instituciones que atendían una parte del proceso de gestación-alumbramiento-crianza. Si bien la higiene nacional sufrió una transformación en 1931 con el arribo al poder del Partido Liberal, la cooperación entre servicios nacionales y municipales en Bogotá continuó hasta 1934, momento en el que se dividieron las responsabilidades locales y nacionales en cuestión de protección infantil y la campaña pudo extenderse a una parte importante del país.⁴²⁸

La campaña municipal

En 1928, bajo la dirección de Enrique Enciso, la DMHB creó la Sección de Protección de la Infancia Municipal.⁴²⁹ Con el propósito de comenzar rápidamente la campaña, el director adscribió al gobierno municipal los servicios que había desarrollado la CRN en la ciudad: las salas cuna ubicadas en los barrios Las Cruces, Las Nieves, Chapinero y la Plaza de Mercado

⁴²⁶ MONSALVA ROA, “¿De la subordinación a la autonomía?”, p. 93

⁴²⁷ “Un problema de Bogotá”, *El Tiempo*, (15 de marzo de 1928), p. 3; ENCISO, Enrique, “El problema de los niños desamparados”, *El Tiempo*, (19 de marzo de 1928), pp. 1 y 11; ENCISO, Enrique, “El estado sanitario de Bogotá. Informe del director de higiene doctor Enciso”, *El Tiempo*, (13 de mayo de 1928), p. 15; ENCISO, Enrique, “La mortalidad infantil en Bogotá. Interesante exposición del Director de Higiene Municipal”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 14.

⁴²⁸ FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, pp. 86-87.

⁴²⁹ Pablo García Medina organizó la DMHB y escogió a Enciso para dirigirla por el entrenamiento que tenía en salud pública. Georges Bevier a H.H. Howard, marzo 15, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, caja 8, carpeta 63.

–lugares con más concentración de trabajadoras y problemas sociales– y el personal de enfermería formado por la belga Madame Ledoux y el médico Adriano Perdomo.⁴³⁰ Con acceso a instalaciones ya constituidas y una reputación ganada, la DMHB convirtió en lugares de asistencia pública las iniciativas de beneficencia que desarrolló tal organismo para el cuidado de los hijos de las madres trabajadoras. Además, instaló un laboratorio donde se preparaban alimentos para ofrecer a los niños enfermos y baños para los pequeños. Inicialmente, las actividades de la Sección fueron apoyadas por mujeres pertenecientes en su mayoría a la Liga de Damas Católicas.⁴³¹ En términos de cobertura, se estimaba que cada día eran examinados, alimentados y recetados cerca de setenta niños.⁴³²

A pesar de ello, la campaña de protección infantil municipal comenzó con grandes limitaciones como la carencia de personal “adiestrado”. Las enfermeras de la CRN sabían poco sobre la salud de los niños por su preparación esencialmente hospitalaria. Para zanjar esta dificultad, Enciso mejoró la formación de estas mujeres con conferencias dictadas por el personal científico de la oficina de la higiene municipal. Los médicos enseñaron nociones fundamentales de puericultura con el ánimo de que las enfermeras aprendieran a desempeñar su “nueva misión” que consistía en realizar visitas domiciliarias. De esta manera, Enciso instituyó con ellas el modelo de “enfermera visitadora” que había conocido en Estados Unidos como becario de la Fundación Rockefeller.⁴³³ Cabe señalar que, a través de las asociaciones caritativas, las damas –quienes eran hijas, hermanas o esposas de empresarios, médicos y hombres de la vida política– habían realizado a realizar visitas a los hogares de los pobres desde comienzos del siglo XX. Además de ayudarlos material y espiritualmente, como era su propósito, se intentaba ejercer un control de la forma de vida que llevaban tales familias para focalizar el auxilio.⁴³⁴

Ante la necesidad de tecnificar el recurso humano, en 1929 la DMHB tomó dos decisiones: primero, desplazar a las damas de la caridad de los servicios estatales para que

⁴³⁰ ENCISO, Enrique, “El estado sanitario de Bogotá. Informe del director de higiene doctor Enciso”, *El Tiempo*, (13 de mayo de 1928), p. 15; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja Nacional*, pp. 6-7.

⁴³¹ La Liga de Damas Católicas fue fundada en 1924 con el objetivo de defender las creencias católicas y las buenas costumbres de las trabajadoras.

⁴³² “Más de 1500 niños se asisten en la Dirección de Higiene”, *El Tiempo*, (14 de diciembre de 1928), pp. 1 y 14; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja Nacional*, s.p.; MONTROYA, José María y Julio MANRIQUE, “Protección infantil”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIX:8, (agosto de 1928), pp. 369-374.

⁴³³ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, pp. 2-3.

⁴³⁴ CASTRO CARVAJAL, “Las visitas domiciliarias femeninas”, pp. 111-116.

fueran asumidos de forma íntegra por las enfermeras; segundo, regular el ejercicio de las parteras o comadronas quienes practicaban la obstetricia de forma empírica. El propósito era imponer el saber médico como hegemónico y subordinar la partería a la autoridad médica.⁴³⁵ Para ello, entregó un carné que las acreditaba como “hábiles para ejercer el oficio” a quienes cumplieran las siguientes condiciones: ser mayores de 21 años, saber leer y escribir, tener un diploma o certificado de una escuela u hospital donde se enseñara y practicara la obstetricia; en caso negativo, debía presentar un certificado jurado expedido por dos médicos en el cual se hiciera constar su buena conducta y competencia. En los permisos para el ejercicio de esta ocupación se especificaba que solo podían atender partos sin complicaciones y quedaban obligadas a seguir las órdenes del médico.⁴³⁶ La renovación del carné se realizaría el primero de enero de cada año luego de que la partera se sometiera a un examen médico-sanitario para acreditar su estado de salud.⁴³⁷

Además de controlar las prácticas tradicionales, la certificación de las parteras pretendió suplir la falta de enfermeras graduadas con conocimientos obstétricos pues solamente desde 1925 había comenzado a funcionar la Escuela de Comadronas y Enfermeras adscrita a la Facultad de Medicina en Bogotá.⁴³⁸ La Escuela, que nació por iniciativa de la comunidad médica con apoyo del Ministerio de Instrucción Pública y bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad, aspiraba reemplazar a las mujeres que ejercían el “arte de los partos” de forma “no científica”. Las graduadas recibían un Certificado de Idoneidad –más no un diploma– como enfermeras generales y en obstetricia y su principal labor fue cuidar los

⁴³⁵ “Se reglamenta la profesión de obstetricas”, *El Tiempo*, (17 de enero de 1929), p. 2; ENCISO, Enrique, “La lucha contra la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (7 de abril de 1929), p. 4. Sobre el caso antioqueño, consúltese: RESTREPO, *Médicos y comadronas*, passim.

⁴³⁶ “Resolución número 477 sobre reglamentación del servicio de parteras”, *Diario Oficial*, LXV:21019, (13 de febrero de 1929), pp. 365-366; “Actividades de la Dirección Municipal de Higiene”, *El Tiempo*, (6 de marzo de 1929), p. 4. Para mayor información sobre el caso mexicano, consúltese: CARRILLO, “Profesiones sanitarias y lucha de poderes”, pp. 159-160; AGOSTONI, “Médicos y parteras”, pp. 71-95.

⁴³⁷ Las parteras, ante la persecución que comenzaron a sufrir resistieron de diferentes formas usando “todos los engaños posibles” como ocultar su lugar de domicilio o cambiar su nombre. V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 23-24.

⁴³⁸ La Escuela de Comadronas y Enfermeras se creó en 1920 y funcionó desde 1925 hasta 1937. Para más información sobre la Escuela, consúltese: RODRÍGUEZ QUIROGA, URBANO FRANCO y PARRADO LOZANO, “Escuela de Comadronas y Enfermeras”, pp. 73-110; CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica y el Estado colombiano*, pp. 167-179; MONSALVA ROA, “¿De la subordinación a la autonomía?”, pp. 54-60. Sobre la formación de parteras en México y Chile, consúltese: CARRILLO, “Nacimiento y muerte de una profesión”, pp. 167-190; ALANÍS RUFINO, “Una cuestión de parteras y médicos”, pp. 63-68; ZÁRATE, *Dar a luz en Chile*, pp. 205-278.

pacientes del Hospital San Juan de Dios y secundar las labores de médicos, estudiantes y profesores de la Facultad que realizaban allí sus prácticas e investigaciones.⁴³⁹

Más allá de estas medidas, relevantes por la pretensión de control estatal que sugieren, la implementación de la campaña en la capital tuvo otra limitación de consideración que fue el desconocimiento de la magnitud del problema a enfrentar y de la cantidad de personas a las que debían llegar. En un intento por modernizar la recolección de estadísticas que permitieran a la administración hacer un estudio riguroso de natalidad y mortalidad infantil, el DMHB buscó que los informes duplicados sobre nacimientos, defunciones y matrimonios registrados por los párrocos, se enviaran a las oficinas públicas.⁴⁴⁰ Al respecto, Enciso consideró inicialmente una ventaja el catolicismo del país para el trabajo de las autoridades sanitarias, ya que el registro sobre la población se hallaba reunido en las parroquias.⁴⁴¹ Sucedió todo lo contrario, fue un obstáculo para los propósitos sanitarios. Al tratar de instaurar el proceso de registro de los recién nacidos en la Oficina de Higiene, hubo oposición de los párrocos quienes desatendieron la invitación del Arzobispado a prestar cooperación a la iniciativa oficial. El gran poder de la Iglesia católica habituó a los clérigos a dominar los sucesos más relevantes de la vida social por lo que vieron en el registro oficial de la población una intromisión del Estado a su competencia exclusiva sobre los actos sacramentales.⁴⁴² Cabe recordar que desde la firma del Concordato de 1887, el Estado legó la supervisión de la educación pública y el control del estado civil de los individuos a la Iglesia católica, con lo cual las partidas bautismales cumplían la función de registro civil.⁴⁴³

En un momento de relaciones estrechas entre la Iglesia y el Estado, Enciso prefirió evitar roces. Ante la falta de acceso a la información y la necesidad de ejecutar los trabajos de intervención social, la DMHB resolvió recolectar sus propios datos a medida que avanzaba el proyecto sin lograr planificar cuántos niños y familias debía atender. Los datos se elaboraron a partir de la observación clínica de médicos y enfermeras. Si bien la información

⁴³⁹ El Hospital San Juan de Dios, de carácter público, estuvo bajo la dirección de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional desde 1868. BOCCHETTI, ARTEAGA y PALACIOS, *Hospital universitario*, pp. 30-31.

⁴⁴⁰ Informe del Jefe de Protección Infantil, José María Montoya al Director Municipal de Higiene, 30 de septiembre de 1929. Reproducido en *El Tiempo*. MONTOYA, José María, “La protección de la infancia en Bogotá”, *El Tiempo*, (5 de marzo de 1930), p. 2.

⁴⁴¹ ENCISO, “Health Organization”, pp. 45-47.

⁴⁴² TIRADO MEJÍA, *Aspectos políticos*, p. 390.

⁴⁴³ El Concordato confirió a la Iglesia una considerable libertad respecto al control estatal y asignó recursos nacionales para el mantenimiento de sus obras. HENDERSON, *La modernización*, p. 21; CORTÉS, “Regeneración, Intransigencia y Régimen de Cristiandad”, p. 5.

obtenida era incompleta por la imposibilidad de conocer la totalidad de nacimientos, se utilizó esta estrategia para darle cierta validez a sus decisiones, constatar la existencia del problema de la mortalidad infantil, alertar sobre sus implicaciones para el progreso de la ciudad y revelar la necesidad de una actuación rápida.⁴⁴⁴ Además, la Sección de Protección de la Infancia Municipal definió su participación en la campaña de protección infantil encargándose de dos asuntos: la atención de las futuras madres durante su embarazo con la organización de un Centro Prenatal y del cuidado de los hijos de las trabajadoras en las salas cuna. En este proceso, los médicos de la DMHB trabajaron de la mano con las enfermeras de la CRN, a quienes consideraron fundamentales para desarrollar con éxito su programa.

El Centro Prenatal

En el marco de las acciones emprendidas por el Estado local para defender a la infancia bogotana estuvo suplir el vacío de instituciones con la ampliación de la infraestructura sanitaria. Para esto, se creó un Centro Prenatal anexo a la Sección de la Protección de la Infancia el cual comenzó a funcionar en noviembre de 1929.⁴⁴⁵ El servicio era completamente nuevo en la ciudad –y en el país– ya que a diferencia de las Gotas de Leche y salas cuna interesadas en los cuidados y la alimentación de los bebés, este pretendía garantizar un organismo saludable en el niño a través de la madre, es decir, con la protección de la etapa del embarazo y el ofrecimiento de condiciones favorables luego del parto para fortalecer el vínculo madre-hijo y con ello evitar que los recién nacidos llegaran al Hospicio. En otras palabras, con este servicio se esperaba obtener una reducción de la mortalidad infantil a partir del seguimiento al desarrollo físico de niños y madres, la capacitación en puericultura y las visitas a los hogares pobres.⁴⁴⁶

El Centro funcionó en una habitación en la que se prestaban todos los servicios. El personal estaba conformado por un médico jefe, un practicante y tres enfermeras especializadas de acuerdo a su tarea: una de servicio fijo en la oficina, otra dedicada a la obstetricia y una visitadora. La función de esta última fue salir a popularizar el servicio entre los pobres de la ciudad y visitar a las “enfermas” en los últimos días de su embarazo para

⁴⁴⁴ ENCISO, Enrique, “La lucha contra la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (7 de abril de 1929), p. 4.

⁴⁴⁵ “Protección infantil y materna”, *El Tiempo*, (8 de agosto de 1929), p. 10.

⁴⁴⁶ GAVIRIA V., *Algunos apuntes*, pp. 126-127.

conocer sobre su estado de salud.⁴⁴⁷ También identificar las condiciones materiales en que vivían con el propósito de determinar si era posible que dieran a luz en sus casas o si lo más conveniente era remitirlas al hospital.⁴⁴⁸ La enfermera en obstetricia tenía el deber de atender el alumbramiento en los hogares de aquellas mujeres pobres imposibilitadas para ir al hospital, así como de visitarlas diariamente para brindarles cuidados luego del parto. El médico jefe recibía informes permanentes con base en los cuales ordenaba qué se debía hacer en cada uno de los casos atendidos. La enfermera encargada de la oficina apoyaba al médico, llevaba las estadísticas y distribuía el trabajo a las otras enfermeras.⁴⁴⁹

Según la descripción de José María Montoya, el trabajo en el Centro Prenatal era realizado de la siguiente manera: cuando un bebé era registrado por parte de un médico o una enfermera, la DMHB enviaba al domicilio de la madre una enfermera visitadora para ofrecer los servicios gratuitos y entregar algunos folletos y hojas sueltas con instrucciones sobre las nociones elementales de higiene infantil y sobre la importancia de poner a las criaturas bajo la observación continua del médico.⁴⁵⁰ La visita a la vivienda se realizaba por lo menos una vez al mes, la cual se aprovechaba para pesar y medir al niño si los padres lo permitían. De manera que las enfermeras debían llevar consigo una balanza y un metro.⁴⁵¹ Igualmente, ellas tenían el deber de localizar a las madres y a los niños que requerían auxilios, sin esperar que llegaran por sí mismos a las oficinas estatales.⁴⁵²

⁴⁴⁷ Llamar a la embarazada como “enferma” era una forma de afirmarla como paciente que requería de una intervención médica y una estrategia para convencer a las mujeres de ser revisadas por expertos. GUTIÉRREZ URQUIJO, “Saberes y conocimientos médicos”, pp. 60-61.

⁴⁴⁸ Claudia Agostoni explica, para el caso mexicano, que las enfermeras visitadoras realizaban tres tipos de visitas: de “conquista, de reconquista o de seguimiento”. La de “conquista” tenía por objetivo convencer a las mujeres de los sectores populares de los beneficios que ellas y sus hijos recibirían al inscribirse a los Centros de Higiene Infantil. Las de “reconquista” eran para persuadir a las mujeres inscritas sobre la importancia que tenía retornar a los mismos. Y las de “seguimiento” servían para supervisar las condiciones de salud de los recién nacidos y de las nuevas madres, asegurarse que los domicilios contaran con las más elementales nociones de higiene y dar instrucciones sobre la adecuada alimentación, cuidado y aseo de los niños. Para mayor información, consúltese: AGOSTONI, “Instruir, confortar y cuidar”.

⁴⁴⁹ V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 21-22.

⁴⁵⁰ Entre los médicos Alejandro Villa Álvarez y Vicente Gaviria elaboraron los formatos para las historias clínicas de las embarazadas y las enfermeras realizaron los folletos de propaganda del Centro Prenatal. GAVIRIA V., *Algunos apuntes*, pp. 126-127.

⁴⁵¹ Informe del Jefe de Protección Infantil, José María Montoya al Director Municipal de Higiene, 30 de septiembre de 1929. Reproducido en *El Tiempo*. MONTOYA, José María, “La protección de la infancia en Bogotá”, *El Tiempo*, (5 de marzo de 1930), p. 2.

⁴⁵² OSORIO UMAÑA, Elisa, “Protección de la infancia en la edad preescolar”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIX:1 (enero de 1931), pp. 10-15; BOTERO DE NÚÑEZ, Nina, “La Enfermera Industrial”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIX:1 (enero de 1931), pp. 15-19.

La atención estaba dirigida a las madres solteras, trabajadoras y a las esposas de los obreros. Ellas recibían consejos, medicinas y cuidados durante su embarazo y después de él. También eran asistidas a través de exámenes periódicos y la formulación de tratamientos para “redimir” al recién nacido de taras hereditarias o enfermedades. Cuando una embarazada llegaba por primera vez a consulta, era sometida a una serie de exámenes físicos, obstétricos y de laboratorio para determinar, en particular, si era o no sífilítica.⁴⁵³ En caso positivo, iniciaba allí mismo un tratamiento intenso con inyecciones de Neosalvarsán y cuando el estado era delicado se la remitía al hospital.⁴⁵⁴ La rápida atención a la sífilis se debía a que la madre la transmitía a su hijo durante el embarazo. Por tanto, era considerada la enfermedad que más atacaba al feto y la causa principal de los abortos, nacimientos prematuros, neonatos muertos y de las deformaciones físicas como el labio leporino. En vista que durante el amamantamiento el bebé también podía adquirir esta enfermedad, se realizaban controles post-parto con curaciones a las mujeres que presentaban grietas o abscesos del seno. Los hijos de las mujeres inscritas eran atendidos hasta los cuatro meses de edad, momento en que uno y otro pasaban a los servicios de la DNH donde el recién nacido recibía cuidados y la madre instrucción.⁴⁵⁵

En el Centro Prenatal realizaban un trabajo de persuasión y convencimiento tanto para transformar las formas de crianza y cuidado en los hogares pobres como para estimular la confianza de las obreras en el conocimiento médico y en la atención hospitalaria del parto, haciéndoles ver la importancia de un lugar con la asepsia requerida y los instrumentos necesarios para atender su estado de gravidez.⁴⁵⁶ Como al hospital acudían únicamente en búsqueda de asistencia gratuita las parturientas que vivían en extrema pobreza o las que carecían de apoyo familiar, el objetivo era atraer a todas las “humildes pero pudorosas y recatadas” madres. Los médicos pretendían superar el temor que generaba esta institución

⁴⁵³ MOLINOS RUEDA, Magdalena, “Utilidad práctica del laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades infantiles”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 29-34.

⁴⁵⁴ El Salvarsán fue un compuesto arsenical eficaz contra la sífilis. Este medicamento fue reemplazado por una versión mejorada llamada Neosalvarsán. Si bien su efecto curativo era menor, era más soluble, menos tóxico y más fácil de fabricar y administrar. OBREGÓN TORRES, “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas”, pp. 169-170.

⁴⁵⁵ V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 21-22.

⁴⁵⁶ ENCISO, Enrique, “La lucha contra la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (7 de abril de 1929), p. 4; “Protección infantil y materna”, *El Tiempo*, (8 de agosto de 1929), p. 10; CASTRO, Rafael V., “Lucha contra la mortalidad infantil. Protección del niño antes de su nacimiento”, *El Tiempo*, (8 de abril de 1930), p. 12.

benéfica entre la población, asociado más con una muerte tranquila que con la prevención o curación de las enfermedades. Se buscaba con ello que se involucraran en las intervenciones cualificadas y la atención técnica, a pesar de que muchos de los partos continuaran siendo atendidos en las viviendas por la falta de condiciones materiales.⁴⁵⁷ Para estos años, solo el Hospital San Juan de Dios tenía una sala de maternidad con pocas camas que se utilizaba especialmente como clínica de enseñanza obstétrica para los alumnos de la Facultad de Medicina.⁴⁵⁸ De ahí la relevancia que seguían teniendo los partos a domicilio y del trabajo de las enfermeras para conocer y aconsejar sobre las condiciones higiénicas de los hogares donde tendrían lugar los nacimientos asistidos “científicamente”.⁴⁵⁹

Las enfermeras del Centro Prenatal tenían la responsabilidad de cambiar a través de la educación especialmente tres situaciones que, en su consideración, eran las causantes de la mortalidad infantil en los barrios obreros de Bogotá.⁴⁶⁰ La primera atañía al uso de servicios obstétricos ejercidos por comadronas sin estudios, “incapacitadas” para prestar los cuidados a una parturienta, asunto que además impedía impulsar el trabajo de las enfermeras en obstetricia formadas por la Facultad de Medicina. La crítica médica menospreciaba la actividad de las parteras que se habían encargado hasta ese momento del cuidado de la embarazada y la asistencia del parto sin tener una formación certificada, a la par que de las enfermedades relacionadas con los órganos reproductivos femeninos. Vicente Gaviria, practicante de Medicina, manifestó que tanto en el Hospital San Juan de Dios como en el Centro se atendían mujeres “víctimas” de “comadronas ignorantes” que actuaban en el barrio Las Cruces. El joven médico denunció que, ante el silencio de las autoridades, ellas realizaban procedimientos abortivos con plantas y brebajes, aceleraban de forma inadecuada

⁴⁵⁷ MANRIQUE, Julio, “La mortalidad infantil”, *El Tiempo*, 13 de octubre de 1923, p. 1. RODRÍGUEZ QUIROGA, URBANO FRANCO Y PARRADO LOZANO, “Escuela de Comadronas y Enfermeras”, p. 90.

⁴⁵⁸ El Hospital San Juan de Dios de Medellín en 1925 aspiraba expandir la sala de maternidad y establecer un consultorio médico gratuito para mujeres embarazadas y niños menores de diez años con el fin de acceder al auxilio que trataba la Ley de protección a la infancia. GONZÁLEZ GÓMEZ, *Informe que presenta el Secretario*, p. 90.

⁴⁵⁹ Aparte del San Vicente de Paúl situado en Medellín, los escasos hospitales que había en el país carecían de este tipo de salas, las cuales empezaron a construirse como servicios anexos en los años treinta con auxilios del gobierno nacional. JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA, *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1922*, p. XLIX.

⁴⁶⁰ En la primera mitad del siglo XX, se llamó barrio obrero a las construcciones que, de forma desorganizada, se instalaron en los márgenes de la ciudad donde vivían los sectores más pobres. También a las edificaciones que fueron construidas luego de 1920 de manera medianamente controlada para la clase obrera. GUTIÉRREZ, *Ideologías y prácticas higiénicas*, pp. 88-106.

el trabajo de parto y realizaban diversas maniobras en las embarazadas sin asepsia para “componerles el niño” o “arreglarles la matriz”.⁴⁶¹ En consecuencia, eran las causantes de que muchos niños murieran antes de nacer o en los primeros días de vida, con el agravante de que las asistidas quedaban con infecciones puerperales.⁴⁶²

Cuando las futuras madres asistían al servicio prenatal, se les recomendaba ocupar a las personas acreditadas con su respectivo carné como enfermeras. El simple hecho que dejaran de ser reconocidas como “comadronas” para ser nombradas “enfermeras” enfatizaba en la idea que asociaba a las primeras con el peligro y la barbarie para desplazarlas en su labor por la asistencia y aumentar el prestigio del conocimiento científico. De igual manera, era una forma de hacerles notar que el nacimiento de un niño dependía de los saberes reconocidos por las autoridades o instituciones médicas, con lo cual se modificaba la certeza de que era un dominio exclusivo de las mujeres.⁴⁶³ Cabe señalar que las parturientas de las clases altas pagaban la asistencia de un médico particular en el hogar mientras que las demás acudían necesariamente a la comadrona por confianza y economía. Por tanto, las autoridades sanitarias debían afrontar y transformar a su favor la poca popularidad de que gozaba la profesión médica entre la gente del común, la competencia de los honorarios más bajos que cobraban las comadronas y la consideración de que el parto pertenecía al ámbito privado y al mundo femenino. Igualmente, lidiar con el temor que generaba el hospital entre la población, asociado más con una muerte tranquila que con la curación. Tomar distancia de la imagen del hospital como un lugar caritativo donde se atendía a los miserables para convertirlo en un recinto de prevención de la enfermedad y en un centro científico, era una condición necesaria para que las mujeres acudieran en busca de atención en salud.⁴⁶⁴

En diez años (1919-1929), las enfermedades gastrointestinales junto con las broncopulmonares, habían causado las dos terceras partes de las muertes infantiles en Bogotá.⁴⁶⁵ Por tanto, las otras dos situaciones a corregir eran la práctica de las madres de

⁴⁶¹ GAVIRIA V., *Algunos apuntes*, pp. 42-43.

⁴⁶² RESTREPO, *Médicos y comadronas*, pp. 45-74; GUTIÉRREZ URQUIJO, “Saberes y conocimientos médicos”, pp. 60-66.

⁴⁶³ “Actividades de la Dirección Municipal de Higiene”, *El Tiempo*, (6 de marzo de 1929), p. 4; V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 23-24.

⁴⁶⁴ CASTRO CARVAJAL, “Los médicos y las políticas de asistencia social”, p. 514.

⁴⁶⁵ ENCISO, Enrique, “La mortalidad infantil en Bogotá. Interesante exposición del Director de Higiene Municipal”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 12.

suministrar alimentación deficiente a sus bebés y las pésimas condiciones de alojamiento de las clases trabajadoras responsables de causar una y otra enfermedad. Cabe señalar que el gremio médico tenía una imagen negativa de los asentamientos populares, tanto que sistemáticamente los consideraron agentes de contaminación y de afecciones contagiosas que debían ser objeto de las estrategias de higienización y medicalización. Era necesario intervenir tanto las condiciones sanitarias y habitacionales de la ciudad como la moral de los pobres para identificar los peligros que pudieran desencadenar enfermedades.⁴⁶⁶ Además, había que codificar las relaciones entre madres e hijos de manera que las primeras adquirieran una serie de obligaciones para favorecer el cuerpo y la salud de los segundos.⁴⁶⁷

Según la enfermera visitadora María Teresa V. de Chacón, los hijos de la clase obrera sufrían graves trastornos digestivos que ponían en peligro su vida producto de las creencias erradas sobre la alimentación y al descuido por parte de las mamás. En su visión, esas madres desconocían los beneficios de amamantar y por su condición de trabajadoras, se veían obligadas a “abandonar” a sus hijos durante el día o la noche dejándolos en manos de personas inexpertas que alteraban bruscamente el suministro de su comida. Las autoridades sanitarias municipales afirmaban que las obreras ignoraban los más elementales preceptos de la puericultura, la mayor parte de ellas era “enemiga” de amamantar, acudían a las viandas más extrañas y, la leche, con la que se alimentaban casi las dos terceras partes de los recién nacidos, era de lo más “desaseado y peligroso”.⁴⁶⁸ Por tanto, los desarreglos digestivos en los niños eran un claro reflejo de la pobreza, “negligencia e ignorancia de sus padres”, de allí que consideraran que los hijos de los pobres morían más por esta causa.⁴⁶⁹

⁴⁶⁶ COLÓN LLAMAS, “Ingeniería, medicina y urbanismo”, pp. 442-443.

⁴⁶⁷ Para más información, consúltese: FOUCAULT, *Estrategias de poder*, pp. 333-336.

⁴⁶⁸ El DMHB instauró la inspección a los hatos y expendedores de leche de la ciudad y la clorización de las aguas para tratar de contrarrestar la insalubridad en estos líquidos causante de los problemas digestivos en los bebés y de las epidemias de disentería y fiebre tifoidea. “La lucha contra la mortalidad infantil en Bogotá”, *El Tiempo*, (17 de diciembre de 1928), p. 12; “Actividades de la Dirección Municipal de Higiene”, *El Tiempo*, (6 de marzo de 1929), p. 4.

⁴⁶⁹ Como era la “ignorancia” de las madres la responsable de afectar la salud de tanto niño, el periódico *El Tiempo* publicó una columna entre el 11 septiembre de 1929 y el 26 de marzo de 1930 –dos veces al mes– dedicada a la puericultura y la higiene infantil escrita por el médico Antonio Peña Echavarría. Con ello esperaban cooperar a la campaña de protección infantil iniciada en la ciudad. Esta columna hizo parte de la “Página Médica” a cargo de Jorge Bejarano, quien había estado por tres años en París como secretario de la Legación colombiana, estancia que aprovechó para especializarse en higiene. OSPINA ORTIZ, “Jorge Bejarano”, p. 83; “Dr. Jorge Bejarano”, *El Tiempo*, (6 de marzo de 1929), p. 3.

Con la finalidad de cambiar los malos hábitos, pero sin tener en cuenta las condiciones de vida de las mujeres, las enfermeras visitadoras daban lecciones a las madres sobre la importancia de amamantar a su hijo cada tres horas durante el día (en horarios definidos), la manera de preparar los teteros y la edad a la que el niño podía tomar otros alimentos. Las instrucciones también trataban sobre la relevancia de que el bebé durmiera solo en un lugar ventilado y limpio, así como la pertinencia del cuidado del cuerpo y del baño a diario.⁴⁷⁰ De lo que se trataba era de alejar a las madres y sus hijos de espacios pequeños (donde vivían muchas personas acompañados de animales) por considerarlos focos de infección que generaban enfermedades broncopulmonares y atentaban contra la moral y la salud pública.⁴⁷¹

Esta última observación hacía referencia a los entornos dañinos en que vivían las clases trabajadoras. En Bogotá, gran parte de la población pobre pagaba alquiler por una tienda, esto es, un cuarto pequeño sin ventilación, oscuro, húmedo, que servía de dormitorio, cocina, comedor y taller, que además estaba construido en zonas sin acueducto ni alcantarillado.⁴⁷² Para los higienistas, las condiciones insalubres y los efectos de los factores ambientales desmejoraban la naturaleza biológica del individuo y disminuían la posibilidad de progreso.⁴⁷³ Como la vivienda obrera era tenida por el soporte material de la familia trabajadora, se suponía que si esta se renovaba, mejoraría el nivel moral de los pobres y se afianzaría un orden social en el que los hombres, al verlo como un verdadero hogar, se alejarían de las tabernas, los vicios y el alcohol. Un espacio amplio, ventilado e iluminado contribuiría a mejorar la forma de vida del pueblo, en cambio el desaseo, la estrechez y la oscuridad estimularían la constitución de individuos “inferiorizados”.⁴⁷⁴

Como la limpieza se asoció con la moralidad y el orden, las enfermeras no limitaban su trabajo a preparar y atender un parto, o promover la salud de los niños, sino que llamaban la atención a las madres por el “lamentable desaseo” en que se presentaban a consulta e insistían en el hábito del baño.⁴⁷⁵ Teniendo en cuenta que las obreras bogotanas trabajaban

⁴⁷⁰ V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), p. 25.

⁴⁷¹ NOGUERA, *Medicina y política*, p. 131.

⁴⁷² PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, p. 95.

⁴⁷³ PEDRAZA, “El debate eugenésico”, pp. 109-110.

⁴⁷⁴ NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 127-129; CASTRO CARVAJAL, “Los médicos y las políticas”, pp. 106-128.

⁴⁷⁵ Con la entrada del siglo XX, el agua adquirió funciones higiénicas que hicieron del baño una actividad beneficiosa para la salud y nuevo factor de diferenciación social. PEDRAZA GÓMEZ, *En cuerpo y alma*, pp. 132-135. Para más información, consúltese: VIGARELLO, *Lo limpio y lo sucio*, pp. 209-287.

largas jornadas, que vivían en espacios con problemas de hacinamiento debido a la sobredemanda de los espacios urbanos y los bajos salarios, sin contar con las dificultades para acceder a las fuentes de agua por los precarios sistemas de acueducto y alcantarillado, se puede deducir que las recomendaciones sobre la higiene y el aseo personal eran de difícil cumplimiento.⁴⁷⁶ En efecto, las mujeres de los barrios populares expresaban la dificultad para bañarse, entre otras razones, por no tener agua ni dinero para pagar por uno con frecuencia. Como solución, V. de Chacón propuso disponer baños públicos gratuitos en los barrios obreros e instalar el servicio de ducha en el Centro Prenatal para que las madres tomaran un baño antes de ser examinadas, pues era “muy repugnante para un médico examinar una persona que esté desaseada.”⁴⁷⁷

Como se consideraba que el cuerpo de la embarazada podía enfermarse fácilmente ante el menor estímulo, además del baño frecuente las enfermeras hacían recomendaciones para corregir la mayor cantidad de hábitos de la mujer con el ánimo de evitar un parto prematuro a causa de enfermedades o movimientos bruscos.⁴⁷⁸ Desde los primeros días de la preñez, la mujer debía seguir las reglas generales de la higiene para asegurar el buen desarrollo intrauterino del bebé, impedir un nacimiento antes de término y preparar los senos para la lactancia.⁴⁷⁹ Con base en las enseñanzas que habían recibido las enfermeras visitadoras sobre higiene prenatal, indicaban a la embarazada: usar vestidos abrigados y amplios que facilitarían la circulación; alimentarse nutritiva y sanamente; no tomar bebidas alcohólicas –especialmente la chicha, bebida asociada al alcoholismo y a la prostitución–; mantenerse aseada; dormir ocho horas durante la noche en una habitación ventilada; hacer ejercicio diario moderado; eludir los trabajos pesados y constantes; evitar los disgustos y las emociones fuertes; estar tranquila y alegre; tener cuidado especial con los dientes, es decir,

⁴⁷⁶ El director Enciso aconsejaba a las autoridades locales reconstruir o modificar los barrios ya existentes en lugar de construir nuevos. ENCISO, Enrique, “La mortalidad infantil en Bogotá. Interesante exposición del Director de Higiene Municipal”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 14. Sobre la situación de Bogotá en materia de vivienda, acueducto y alcantarillado en la primeras décadas del siglo XX, consúltese: PEDRAZA, “La tenaz suramericana”, pp. 172-203; NOGUERA, *Medicina y política*, pp. 64-70.

⁴⁷⁷ V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 25-26.

⁴⁷⁸ V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), pp. 27-28.

⁴⁷⁹ DÍAZ V., *Apuntes sobre la alimentación de los niños normales*, p. 7.

lavarlos bien después de cada comida, y si tenía una pieza dañada, arreglarla en el servicio de dentistería que también se ofrecía gratuitamente.⁴⁸⁰

La función del servicio prenatal de instruir a las futuras madres y corregirles “las novedades” que influían en la gestación, “salvaría” a un sinnúmero de bebés que se perdían durante el embarazo. Con ello se volvería más eficaz la asistencia médica del parto, ya fuera en la sala de maternidad del hospital o en la atención a domicilio. La permanente vigilancia por parte de las enfermeras visitadoras de los comportamientos de las madres debía servir para integrarlas a otras instituciones de atención infantil como hospitales y salas cuna, y más adelante, con casas e instituciones de educación. Las autoridades sanitarias esperaban que éste fuera el primer eslabón para incorporar a los infantes a las estructuras sanitarias oficiales desde el mismo momento de la concepción hasta que llegaran a la edad laboral, cuando ya se habrían convertido en ciudadanos “sanos y útiles”.

Como sostiene Jacques Donzelot para Europa, en la medida que la asistencia hizo al Estado responsable de la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, hubo una penetración en el interior de la vida del pobre a través de una minuciosa y continua investigación sobre sus necesidades. Las ayudas estatales se concentraron especialmente en la mujer más que en el hombre porque era a través de ella que se llegaba al niño y se podían enderezar las “faltas morales” que determinaban una familia.⁴⁸¹ Sin embargo, la imposición por parte de médicos y enfermeras de este tipo de servicios y disposiciones llevó a algunas mujeres a oponer algún tipo de resistencia. Según los datos suministrados por V. de Chacón, en cuestión de un año, el servicio atendió un total de 1.003 mujeres por primera vez y dio tratamiento a sifilíticas y a niños heredosifilíticos. No obstante, algunas de ellas –no menciona cuántas– dejaron de asistir a las citas e incluso suministraban información personal errónea para escapar de las autoridades sanitarias, dejando el proceso inconcluso. Es posible que esta actitud se debiera a la concurrencia de varios factores como la falta de costumbre de acudir a los médicos, la poca confianza que aún generaban en la población sus procedimientos, el temor de que fueran reconocidas públicamente con una enfermedad

⁴⁸⁰ FORERO VILLAVECES, “Higiene prenatal”, pp. 15-17.

⁴⁸¹ DONZELOT, *La policía de las familias*, p. 71; AGOSTONI, “Discurso médico, cultura higiénica”, pp. 1-22.

venérea o el pudor que podían sentir al ser inspeccionadas por un hombre que las alejaba de la mirada médica con el fin de resguardar su reputación.⁴⁸²

Al parecer, las mujeres destinatarias de esta política pública aceptaron con mayor dificultad las intervenciones en sus cuerpos que las enseñanzas impartidas. Según Nina Botero de Núñez, quien había realizado sus prácticas de enfermería en el Matadero de Paiba (Bogotá), las trabajadoras recibían con “docilidad” las indicaciones del personal sanitario, con muy buenos resultados en muchos casos. La enfermera las preparaba para la maternidad indicándoles sobre las malas influencias del alcoholismo y de las enfermedades venéreas sobre los hijos, aconsejaba visitar el consultorio prenatal para recibir tratamientos adecuados y enseñaba las reglas de la higiene que debían adoptar durante el embarazo y la crianza de los niños. Botero consideraba que el acercamiento con las obreras era posible porque las enfermeras visitadoras, quienes también eran trabajadoras, demostraban con su actitud interés por lo que les sucedía, “[...] El ejemplo de una señora o señorita distinguida y educada que trabaja, que se acerca a ellos con cariño, que habla con ellos y sus familias con interés y bondad, influye mucho con su ánimo y suaviza muchas asperezas que resultan de la diferencia de la clase y fortuna.”⁴⁸³

LA LIMITADA CAMPAÑA “NACIONAL”: ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA NUEVOS SERVICIOS

Con los recursos que consiguió la DNH, inició la campaña nacional de protección a la infancia en 1929 con dos orientaciones: la creación de novedosos servicios de asistencia pública –que complementarían la campaña municipal y las ayudas que ofrecía la beneficencia– y la formación de mujeres en enfermería sanitaria. Toda vez que la DNH carecía de suficiente capacidad económica, infraestructura y personal idóneo para asumir exclusivamente la ayuda a las madres y los niños pobres, Pablo García Medina se valió de

⁴⁸² V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XXII:1, (enero de 1931), p. 28. Claudia Agostoni ha demostrado para el caso mexicano que el público fue incrédulo ante la figura del médico, desconfiando de su capacidad, conocimientos y destreza terapéutica. A través de publicaciones y posiciones en ámbitos del poder, los médicos y el Estado trataron de fortalecer y legitimar la presencia de aquellos en la sociedad y elaborarles una imagen de prestigio. AGOSTONI, ““Que no traigan al médico””, pp. 97-120.

⁴⁸³ BOTERO DE NÚÑEZ, Nina, “La Enfermera Industrial”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIIX:1 (enero de 1931), pp. 18-19.

sus relaciones locales e internacionales para llevar a cabo su propuesta e integrar las entidades existentes al proyecto nacional.

En este sentido, contrató a las sociedades que, para ese momento, contaban en la capital con la experiencia, el personal capacitado y el interés por la salud de la infancia: la CRN y la Sociedad de Pediatría.⁴⁸⁴ Como se verá más adelante, en esta empresa también obtuvo el apoyo de la FR para capacitar personal femenino en temas de salud pública. Con estas alianzas, el director nacional de higiene aseguró que: 1. La iniciativa estatal dispusiera de la presencia de entidades que asistían a la niñez con obras benéficas para garantizar la significativa contribución a sus propósitos; 2. Legitimó la participación del conocimiento “científico” en estos servicios ya que la Sociedad de Pediatría y la CRN eran dirigidas y atendidas por médicos; 3. Vinculó el Estado central con estas sociedades para asegurar dinero público en la ejecución de los programas; 4. Estrechó las relaciones con las principales organismos internacionales del momento y, 5. Definió la orientación del sistema sanitario colombiano cada vez más direccionado al modelo de salud pública estadounidense.

En este sentido, el CPI dependiente de la DNH, inició labores en 1928 con fines curativos y preventivos. Esta entidad se dividió en tres secciones: consultorio de niños sanos, consultorio de niños enfermos y la Escuela de Enfermeras Visitadoras.⁴⁸⁵ La administración y dirección de los servicios de protección de niños sanos estuvo a cargo del Comité Nacional de la Cruz Roja con sede en Bogotá, que ejercía sus labores de forma gratuita. Esta sección comprendía del dispensario para niños de uno a dos años, un consultorio para embarazadas, asistencia obstétrica a domicilio e inspección de nodrizas. Las Gotas de Leche y salas cuna dependían de esta división, aunque fueran sostenidas por otras entidades. Para su puesta en marcha, el gobierno nacional se comprometió a garantizar lo necesario para su funcionamiento: suministrar los edificios y demás locales necesarios; pagar los sueldos del personal científico y administrativo; proveer los elementos necesarios para el trabajo de las oficinas; abastecer de los medicamentos e instrumentos de cirugía y dar la leche e ingredientes para la preparación de las “fórmulas alimenticias” que daban a los bebés de los

⁴⁸⁴ “La Cruz Roja Nacional en Colombia”, *El Tiempo*, (8 de abril de 1924), p. 3; “El martes se inauguró la sala-cuna de Chapinero”, *El Tiempo*, (3 de mayo de 1928), p. 12.

⁴⁸⁵ “Organización del cuerpo de enfermeras sanitarias. Entrevista con el doctor Pablo García M.”, *El Tiempo*, (13 de noviembre de 1929), p. 12; Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 2 de julio de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, ff. 46r-50r.

dispensarios.⁴⁸⁶ Por su parte, la CRN debía cumplir las pautas dictadas por la DNH y enviarle cada dos meses un informe de las labores realizadas.⁴⁸⁷

El objetivo principal del consultorio de niños sanos era complementar el trabajo realizado por las Gotas de Leche y el Centro Prenatal.⁴⁸⁸ Es decir, cuando los bebés dejaban de recibir alimentación y cuidados, lo que ocurría cuando alcanzaban los doce o catorce meses, el consultorio los acogía hasta los dos años para evitar los peligros que venían con la pobreza y el “descuido” de la madre. En el consultorio, el médico vigilaba el desarrollo del niño, estudiaba su nutrición, indicaba y suministraba los alimentos adecuados después de la lactancia.⁴⁸⁹ Igualmente, las madres acudían para aprender a preparar los alimentos de sus niños, además de las nociones elementales de higiene y puericultura a fin de que se convirtieran en la nodriza de su propio hijo. Como la protección del niño empezaba antes del nacimiento, se amparaba y examinaba el estado sanitario de la futura madre para evitar complicaciones durante el embarazo y el parto y garantizar el nacimiento de un niño sano. Este servicio se intensificaba con la asistencia obstétrica gratuita en los domicilios de aquellas mujeres que no podían asistir a las salas de maternidad, así como con la inspección a las nodrizas.⁴⁹⁰

Por su parte, la sección de los niños enfermos quedó bajo vigilancia y administración de la Sociedad de Pediatría, labor que cumplió también gratuitamente. El dispensario se ubicó en el barrio Las Nieves, reconocido sector obrero que concentraba un alto índice de delincuencia. Entre sus propósitos estaba asistir médicamente a todos los niños pobres menores de catorce años, recetar y suministrar medicamentos sin costo y hacer operaciones de cirugía menor que requirieran los enfermos. Organizada a partir de un consultorio, se dividía a su vez en departamentos para admitir y clasificar a los pacientes, practicar exámenes de laboratorio, instruir a las madres sobre los cuidados que debían tener con los niños y

⁴⁸⁶ Las fórmulas alimenticias o los teteros formulados hacían referencia a la cantidad de leche, agua, azúcar y harinas que el niño necesitaba según la prescripción del médico (Ver Anexo 10).

⁴⁸⁷ “Contrato celebrado por la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública con la Cruz Roja Nacional sobre prestación de servicios”, *Diario Oficial*, 21371, (23 de abril de 1930), pp. 154-155.

⁴⁸⁸ Sobre el pago de auxilios a la Gota de Leche de Bogotá de parte del Tesoro Nacional, consúltese: AGN, SAAII, FMEN, Serie Pagaduría, mayo 1929, ff. 109, 111, 288, 290.

⁴⁸⁹ El gobierno nacional pagaba cada quince días la compra de 1.500 litros de leche certificada aséptica, a razón de 100 litros diarios que se gastaban en los consultorios. AGN, SR, Fondo Pagaduría, tomo 363, ff. 106r-107r, 249r-250r.

⁴⁹⁰ GARCÍA MEDINA, Pablo, “Discurso pronunciado en la inauguración del Dispensario para niños”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XX: 11, (noviembre de 1929), pp. 331-339.

atender labores de administración, estadística, radiología y farmacia. Al igual que con los niños sanos, el gobierno nacional suministraba los gastos para locales, personal científico y subalterno y mobiliario.⁴⁹¹ El presidente de la Sociedad de Pediatría estaba encargado de vigilar el funcionamiento del consultorio, controlar los gastos y ser intermediario entre el personal y la DNH.⁴⁹² El dispensario carecía de un lugar para alojar a los niños que necesitaban hospitalización, por lo que García Medina solicitó crear en el Hospital de la Misericordia un pabellón para su remisión ya que resultaría muy costoso la fundación de un Hospital de Niños.⁴⁹³

A pesar del entusiasmo con el que inició la campaña de protección a la infancia en Bogotá, el dinero fue insuficiente para ampliarla y mejorarla. Así, los efectos de la crisis económica mundial de finales de los veinte y la grave situación financiera del país redujeron el gasto público. Todas las partidas de la DNH fueron recortadas y se eliminó el presupuesto para las campañas contra las enfermedades venéreas, las epidemias y los gastos de las oficinas de las direcciones departamentales de higiene.⁴⁹⁴ Por otra parte, en el marco de la transición política de 1930 luego de medio siglo en el poder de los conservadores, los liberales pusieron un cerco a la acción de García Medina por haber sido un personaje central durante la Hegemonía Conservadora. A pesar de que el directorio liberal procuró evitar conflictos entre los dos partidos tradicionales a través de una alianza bipartidista que posibilitó la permanencia de García Medina al mando de la DNH durante el gobierno del presidente Enrique Olaya Herrera (1930-1934), sus programas e iniciativas se vieron obstaculizadas con poco apoyo financiero y político para su desarrollo.⁴⁹⁵

Así, en 1930 los recursos destinados a la defensa de la niñez tuvieron un fuerte recorte de 50.000 a 15.000 pesos. García Medina manifestaba que a pesar de la crisis, era necesario

⁴⁹¹ Para mayor información sobre pagos de arrendamiento, arreglos de la casa y muebles del Dispensario, consúltese: AGN, SAAII, FMEN, Serie Pagaduría, mayo 1929, f. 270r; AGN, SR, Fondo Pagaduría, tomo 363, ff. 202r-207r, 251r-252r, 313r-314r; 317r-319r.

⁴⁹² Con la Resolución No. 565 de 1930, la DNH reglamentó el servicio para niños enfermos. GARCÍA MEDINA, *Legislación colombiana sobre higiene y sanidad*, pp. 48-50.

⁴⁹³ Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 2 de julio de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, ff. 48r-49r.

⁴⁹⁴ Según José Antonio Ocampo, los gastos del gobierno nacional, excluyendo el pago de intereses de la deuda, disminuyeron entre el 60% y 70% entre 1928 y 1932. La reducción se reflejó en una paralización total de las obras públicas, así como en recortes en la contratación de personal y de salarios de los trabajadores al servicio del Estado. OCAMPO GAVIRIA, "La crisis mundial", pp. 233-244; QUEVEDO ET AL, *Café y gusanos*, pp. 246-247.

⁴⁹⁵ Pablo García Medina a Enrique Olaya Herrera, 24 de mayo de 1930. AACH, FEOH, SP, carpeta 26, ff. 6r-9r.

que las autoridades políticas consideraran que para que la campaña fuera exitosa, se necesitaba un presupuesto mayor a \$400.000. La suma sugerida serviría para organizar la asistencia dirigida a la segunda infancia con servicios como la inspección médica escolar, la creación de cantinas y restaurantes escolares y la enseñanza de la higiene en las escuelas. También para proteger y socorrer a los niños en la industria, maltratados o en “peligro moral”, anormales, “retardados” y criminales.⁴⁹⁶

Luego de un lustro de la aprobación de las leyes sociales, poco prosperaba la asistencia de la niñez. El CPI era incipiente por los escasos recursos que impedían sostener con holgura los servicios previstos ni se había fundado una institución semejante en otros departamentos donde, según la DNH, urgía su establecimiento, especialmente en la Costa Atlántica, Antioquia, Tolima y el Valle del Cauca.⁴⁹⁷ Incluso, ni siquiera los departamentos ni los empresarios cumplían las responsabilidades que tenían según la Ley de protección a la infancia. Como la intervención del Estado en las fábricas era mínima y había pocos inspectores de trabajo que vigilaran el acatamiento de las normas, los patronos evadían sus obligaciones en materias sanitarias.⁴⁹⁸ Únicamente la cervecería Bavaria había acatado la norma con la instalación en 1928 de una sala cuna para sus obreras con 48 camas y un laboratorio.⁴⁹⁹ García Medina reiteró la responsabilidad de los grandes empresarios de establecer salas cuna y planteó al ministro de Educación Nacional la importancia de que esta medida se complementara con la expedición de leyes laborales que permitieran a las obreras dejar de concurrir a las fábricas o talleres cuatro semanas antes y cuatro semanas después del parto, preservándoles el puesto de trabajo para asegurar su salud y la del niño por nacer.⁵⁰⁰

⁴⁹⁶ Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 25 de agosto de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, f. 73r.

⁴⁹⁷ Es probable que la referencia de García Medina a la “urgencia” en estos departamentos, se haya debido a que eran zonas de amplia presencia de trabajadores donde afectaba fuertemente el desempleo. Especialmente, en las zonas rurales de Tolima y el Valle había aumentado la agitación social. Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 2 de julio de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, f. 48r.

⁴⁹⁸ GALLO, “Trabalho, medicina e legislação”, p. 301.

⁴⁹⁹ La sala cuna dependía en la parte científica de la Sección de Protección de la Infancia Municipal. Las enfermeras de la CRN que trabajaban en este servicio también atendían a los obreros heridos por accidentes de trabajo. De esta manera, se pretendía evitar al trabajador y al industrial una incapacidad prolongada. ENCISO, Enrique, “El estado sanitario de Bogotá. Informe del director de higiene doctor Enciso”, *El Tiempo*, (13 de mayo de 1928), p. 15; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, p. 13.

⁵⁰⁰ Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 2 de julio de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, ff. 48r-50r.

A pesar de estas dificultades a la labor del director nacional de higiene, hubo un proyecto que logró prosperar. Al igual que la DMHB, la DNH tomó distancia de las ayudas caritativas que brindaban las señoras de la elite y las comunidades religiosas femeninas para asumir la posición de que los servicios estatales debían ser prestados por personal especializado, técnicos a sueldo que desempeñaran determinadas funciones según su experiencia y formación profesional.⁵⁰¹ La acción estatal con las familias pobres demandaba saberes específicos para hacer llegar a las madres información sobre los beneficios del conocimiento médico y la asistencia pública y, de paso, legitimar al Estado entre las posibles asistidas. García Medina resolvió que la DNH formaría su propio personal femenino especializado para emplear en las campañas de protección infantil y antituberculosa y estimular los programas preventivos.

En un contexto de zozobra económica y política, fue posible emprender un proyecto formativo que pocos países suramericanos habían tenido la oportunidad de desplegar en su propio territorio: la constitución de un cuerpo de enfermeras visitadoras capacitadas a la luz de los avances en salud pública de los Estados Unidos. Por su centralidad en la puesta en marcha de la campaña de protección infantil, a continuación, abordaré la experiencia de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, institución precursora en la formación de enfermeras sanitarias en el país, que a pesar de su importancia para el proceso de profesionalización femenina ha sido insuficientemente estudiada quizá por su corta duración y la escasa evidencia que se conserva de ella.

LA ENFERMERÍA SANITARIA Y LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER

Wickliffe Rose, director hasta 1923 de la *International Health Board* (IHB)⁵⁰², planteó que había tres grados o tipos de trabajadores en salud pública: los líderes, responsables de planificar, organizar y administrar; los especialistas, expertos en una disciplina específica; y los “soldados de a pie”, quienes harían la mayoría de las tareas prácticas. Las enfermeras sanitarias entraban en esta última categoría ya que eran las comisionadas de garantizar el éxito de las campañas de control de enfermedades y del funcionamiento de centros de

⁵⁰¹ Para conocer la composición del personal médico y de enfermería adscrito a la campaña de protección infantil nacional en 1931, ver el Anexo 5. GONZÁLEZ LEANDRI, “Miradas médicas”, pp. 430-434.

⁵⁰² Esta división tuvo este nombre entre 1916-1927 y entre 1927-1951 se llamó *International Health Division* (IHD).

salud.⁵⁰³ Para contar con este tipo de personal e impulsar sus intereses, la FR concedió becas a médicos, ingenieros y enfermeras, con el ánimo de que se formaran en universidades estadounidenses bajo el modelo salubrista. Igualmente envió a varios países personal experto encargado de capacitar a estudiantes, técnicos y profesionales en diferentes áreas. Invertir más en la capacitación de personal en lugar de crear instituciones fue un recurso estratégico para la expansión y posicionamiento de los Estados Unidos como principal núcleo académico y científico en temas sanitarios por encima de Francia.⁵⁰⁴

Aunque la FR no tuvo un programa dirigido específicamente a la salud materno-infantil, coincido con Anne-Emanuelle Birn cuando afirma que con el apoyo a la formación de personal de enfermería sanitaria, este organismo evidenció la importancia de los esfuerzos maternalistas para el desarrollo de los proyectos de salud pública.⁵⁰⁵ Por su relación con los cuidados maternos, la presencia de mujeres capacitadas en los servicios de higiene y centros de salud se consideró fundamental para constituir un vínculo con la población y difundir los esfuerzos científicos y estatales. Con este objetivo, la cooperación de la FR en materia de enfermería se desplegó en los siguientes frentes: el estudio de la situación de la enfermería en diversos países y la formación de enfermeras sanitarias; la provisión de consultores en enfermería y de personal para dirigir proyectos de educación; soporte financiero para la creación y organización de escuelas de enfermería; entrega de becas para emprender estudios en Estados Unidos y subsidios de viaje para líderes en enfermería con el fin de que visitaran escuelas en el propio o en otros países para la observación y discusión de métodos docentes y administrativos. Para la FR, enviar a distintos países enfermeras norteamericanas también significaba el perfeccionamiento de su aprendizaje en terreno que permitiría sentar correctamente las bases para el establecimiento de escuelas de enfermería que se convirtieran en ejemplo a seguir en los países de recepción.⁵⁰⁶

⁵⁰³ WEINDING, “La Fundación Rockefeller”, p. 18.

⁵⁰⁴ Entre 1917 y 1962, Colombia recibió 264 becas de la Fundación Rockefeller, siendo el tercer país latinoamericano que tuvo más patrocinio luego de Brasil y México. FARIA, *Saúde e Política*, p. 79; CUETO, “Los ciclos”, pp. 179-180.

⁵⁰⁵ BIRN, *Marriage of convenience*, p. 152. La FR evitó involucrarse en la resolución de enfermedades que requerían un trabajo más largo y por ello, fueran muy costosas. En su lugar, enfocó su atención en campañas de corto plazo y poca inversión en infraestructura sanitaria como la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria. CUETO, “Los ciclos”, pp. 180, 200-201.

⁵⁰⁶ Durante 34 años, la FR asistió el desarrollo de la enfermería en 44 países. Nursing Education. RAC, RFR, A, series 900, caja 7b, carpeta 86.52.

De estas opciones, Colombia recibió la asignación de personal experto para el desarrollo de la enfermería en salud pública. La educación sanitaria fue una dimensión sobresaliente de la política científica internacional a través de la cual la FR pretendió difundir una forma específica de intervención en salud.⁵⁰⁷ A pesar de que el país carecía de centros de salud conformados y de una estructura administrativa sanitaria afianzada, el reconocimiento nacional e internacional que tenía Pablo García Medina como autoridad en higiene, permitió el montaje de la Escuela de Enfermeras Visitadoras con apoyo de la FR. Con ello se abrió una nueva fase en el papel desempeñado por las mujeres en el análisis y solución de problemas dentro de las campañas de control de enfermedades, así como en el estímulo a la formación de técnicos y profesionales en diferentes áreas de la salud pública.⁵⁰⁸ Por tanto, la tercera sección del CPI correspondió a la Escuela de Enfermeras Visitadoras, de la cual García Medina fue su principal promotor junto al médico José María Montoya.⁵⁰⁹

“El alma del movimiento higiénico social”

Pablo García Medina reconocía en Estados Unidos y su “ejército de aguerridas enfermeras” el ejemplo de una decisiva labor preventiva para adelantar campañas sanitarias nacionales en su calidad de actor indispensable para la divulgación de las reglas de higiene.⁵¹⁰ En la orientación de la salud pública norteamericana, la enfermera sanitaria era la base del sistema médico-asistencial. Ella se diferenciaba de la enfermera tradicional que se ocupaba de apoyar

⁵⁰⁷ La FR tuvo una importante presencia en Colombia desde 1919 hasta 1945, periodo en el que desarrolló investigaciones, brindó ayudas financieras para la erradicación de enfermedades infecciosas, especialmente campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis. Luego de 1945, los trabajos de la FR en el país se orientaron al desarrollo de la agricultura. Para mayor información, consúltese: ABEL, “Filantropía externa”, pp. 63-96; QUEVEDO, *ETAL*, *Café y gusanos*, pp. 171-288; GARCÍA Y QUEVEDO, “Uncinariasis y café”, pp. 5-21; QUEVEDO, “Políticas de salud o políticas insalubres”, pp. 345-360; MEJÍA RODRÍGUEZ, “De ratones, vacunas y hombres”, pp. 119-155; GARZÓN, “La Fundación Rockefeller”, pp. 161-196.

⁵⁰⁸ George Bevier a H.H. Howard, enero 9, 1931; George Bevier a H.H. Howard, febrero 28, 1931; George Bevier a H.H. Howard, octubre 8, 1931. RAC, RFR, GC, RG2, series 1931/311:Colombia, caja 57, carpeta 471.

⁵⁰⁹ GÓMEZ SERRANO y VARGAS ROSERO, “Escuela Nacional de Enfermeras (1937-1944)”, pp. 111-114; MONSALVA ROA, “¿De la subordinación a la autonomía?”; LONDOÑO MANCHOLA, “Aportes de la Fundación Rockefeller”, pp. 59-64. No se han realizado trabajos que aborden la transferencia de conocimientos, la circulación de saberes o la formación de estadísticos, laboratoristas, ingenieros, inspectores sanitarios y médicos en el marco del proyecto de la FR en Colombia.

⁵¹⁰ Para mayor información sobre las enfermeras visitadoras en otros países, consúltese: ZÁRATE CAMPOS y GONZÁLEZ MOYA, “Profesionales, modernas y carismáticas”, pp. 370-387; AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”, pp. 89-120; BERNABEU MESTRE y GASCÓN PÉREZ, “El papel de la enfermería”, pp. 151-176; VESSURI, “Enfermería de salud pública”, pp. 507-539; FARIA, “Educadoras Sanitárias e Enfermeiras”, pp. 173-212; NUNES MOREIRA, “A Fundação Rockefeller”, pp. 621-645; RAFFERTY, “Internationalising nursing education”, pp. 266-282; HEWA, “Introducing Modern Nursing”, pp. 17-22.

al médico y atender directamente al enfermo en la práctica privada u hospitalaria, al enfocarse en la instrucción directa, continua y sistemática en el domicilio o el lugar de trabajo de los sectores obreros.⁵¹¹

La DNH consideró necesario incorporar este tipo de expertas en el proceso de creación de un sistema de salud. Con su apoyo especializado, los saberes médicos tendrían mayor legitimidad entre los sectores populares y podrían ingresar a la vida doméstica para cumplir labores de prevención y profilaxis sin parecer impositivos. La mujer, como agente sanitaria, sería quien, con su tacto y simpatía, ayudaría al correcto funcionamiento de las secciones del niño sano y niño enfermo, ligaría a la población con los servicios prestados por la asistencia pública y proveería la mejor información a los hogares sobre higiene infantil. Estas mujeres al tiempo que eran enfermeras, sabían ser amigas, profesoras, consejeras y funcionarias públicas.⁵¹²

En un país con altas cifras de analfabetismo y ausentismo escolar, la obra educadora de mujeres competentes se hacía indispensable en las campañas sociales.⁵¹³ Ante la necesidad de obtener mujeres capacitadas, en la Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad realizada en 1926 en Washington, García Medina se reunió con Frederick Russell, director de la *International Health Division* (IHD) (1923-1935), a fin de conseguir dos enfermeras visitadoras estadounidenses que hablaran español para prestar sus servicios en algunos ramos de la asistencia pública en Colombia.⁵¹⁴ Este primer acercamiento sirvió para obtener el respaldo y fue la antesala a la petición formal que se dio en 1928 cuando la DNH recibió algunos fondos para iniciar la intervención estatal en la lucha contra la tuberculosis y la mortalidad infantil.⁵¹⁵ García Medina se valió de las buenas relaciones que había establecido

⁵¹¹ RAFFERTY, “Internationalising nursing education”, pp. 266-268.

⁵¹² DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, pp. 4-5.

⁵¹³ Según Marco Palacios, más de un tercio de la población en edad escolar estaba fuera de la escuela y los pocos escolarizados hacían únicamente uno o dos años de clases. Hacia 1920, desertaba el 98% de los niños que comenzaban la educación primaria en las ciudades. En las escuelas rurales sólo se enseñaba hasta el tercer grado y la deserción escolar estaba mucho más generalizada. PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia*, pp. 114-115. Para mayor información, consúltese: HELG, *La educación*, pp. 140-141.

⁵¹⁴ El gobierno chileno también optó por contratar una enfermera norteamericana para capacitar en salud pública a enfermeras. En 1926 se fundó la Escuela de Enfermeras Sanitarias a cargo de Sara Adams inspirada en la promoción de la medicina preventiva estadounidense. ZÁRATE, “Formar enfermeras”, pp. 317-343.

⁵¹⁵ “Ley 62 de 1927. De Presupuestos Nacionales de rentas y gastos para el periodo fiscal de 1° de enero a 31 de diciembre de 1928”, *Anales del Senado*, (10 de enero de 1928), pp. 929-933.

con el representante de la FR en Colombia, George Bevier, para realizar formalmente la solicitud.⁵¹⁶

Bevier era partidario de que la FR respaldara el proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia a fin de desplazar de esta labor a las órdenes de la Iglesia católica que disponían de gente escasamente capacitada y carente de técnica. También para superar el recurso que implementó el médico José Ignacio Barberi que consistió en instruir en nociones de enfermería a sirvientes y mujeres pobres ante la falta de reconocimiento de este trabajo por los sectores más pudientes que asociaban el servicio personal con la clase baja.⁵¹⁷ Para Bevier era necesario cambiar la concepción negativa sobre este oficio en las damas de las “clases más inteligentes y mejor educadas” quienes veían con rechazo las actividades remuneradas por fuera del hogar.⁵¹⁸ Aunque las mujeres de clase media serían las más adecuadas para asumir esa labor por su mayor disposición a realizar el trabajo social por fuera del hospital, este segmento de la población estaba apenas en formación en el país.⁵¹⁹

Cabe señalar que para aquel momento la mujer colombiana estaba relegada de la vida pública. La educación femenina era distinta a la masculina y se limitaba a la instrucción en religión, buenos modales, actividades domésticas y, en menor medida, aprendían sobre historia y geografía. Si deseaban continuar sus estudios, se esperaba que fuera en artes o literatura. Tampoco tenían acceso a los estudios de bachillerato por considerárseles “inferiores” intelectualmente respecto a los hombres, ni mucho menos podían ingresar a la universidad dentro del país.⁵²⁰ Esta forma de educar a las mujeres buscaba mantenerlas dentro del modelo de feminidad dominante, es decir, para ser buenas hijas, esposas y madres. La convicción de que la meta de la mujer de buena posición social era su hogar llevaba a que el

⁵¹⁶ George Bevier fue representante de la FR en Colombia desde 1920 hasta 1935. Su función fue observar, fortalecer, estabilizar y apoyar la organización de la salud pública en el país. H.H. Howard a Georges Bevier, junio 22, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, caja 8, carpeta 63; “Organización del cuerpo de enfermeras sanitarias. Entrevista con el doctor Pablo García M.”, *El Tiempo*, (13 de noviembre de 1929), p. 12. Para mayor información, consúltese: PEREIRA NETO, QUEVEDO y RODRÍGUEZ, “Vital Brazil”, pp. 225-244.

⁵¹⁷ BARBERI, *Manual de enfermeras*, pp. 3-5.

⁵¹⁸ George Bevier a H.H. Howard, junio 2, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, subseries 1928/311.C: Colombia-Nursing, caja 8, carpeta 63.

⁵¹⁹ Álvaro Tirado Mejía afirma que la clase media colombiana estaba compuesta casi exclusivamente por los empleados al servicio del Estado. Un individuo con formación profesional estaba ubicado en la clase alta. TIRADO MEJÍA, *Aspectos políticos*, p. 239.

⁵²⁰ Hasta 1933 el bachillerato estuvo restringido a los hombres. A partir de ese año, la mujer tuvo la posibilidad de cursar la educación secundaria en igualdad de condiciones y acceder a la universidad. Solo hasta 1936 logró el ingreso a la universidad. COHEN, *Colombianas en la vanguardia*, pp. 1-36; HERRERA, *Modernización y Escuela Nueva*, pp. 198-203.

trabajo desempeñado por fuera de la casa se asimilara a la condición de las pobres que tenían que salir a buscar el sustento en una fábrica. Igualmente, algunas familias encontraban la universidad incompatible con la condición de “ser mujer”.⁵²¹

Los hombres que apoyaban la causa de la educación femenina hacían un esfuerzo por reevaluar el rol de la mujer dentro de la familia y el Estado a fin de asegurarles un medio de subsistencia en caso de pérdida del patrimonio familiar o muerte del “jefe de familia” y también para incorporarlas al proceso de modernización que demandaba más funcionarios y empleados.⁵²² Bejarano planteaba que como “nueva mujer” de los centros urbanos, debía estar dispuesta a educarse y aportar con su trabajo al progreso del país.⁵²³ En este sentido, José María Montoya quiso hacer de la enfermería una profesión prestigiosa, digna de ejercer por damas de alta posición social, una ocupación que ampliara el estrecho margen de profesiones femeninas donde las actividades manuales y la enseñanza en escuelas eran las principales alternativas.⁵²⁴ Además, al estimular el trabajo femenino, consideraba que se abrían nuevos horizontes para la vida de las mujeres en labores distintas al matrimonio y la “ociosidad”.⁵²⁵ La extensión de la asistencia social más allá de los límites del hospital, daba la oportunidad a la “mujer moderna” de interesarse por los problemas del presente a través de una labor que consistía en convencer, persuadir y consolar.⁵²⁶

Igualmente, Montoya resaltó que la formación de personal técnico femenino ayudaría a transformar los prejuicios en torno a la idea de que la profesionalización de las mujeres llevaba a la “relajación de las costumbres” al estar en contradicción con las responsabilidades principales como madres y esposas.⁵²⁷ Por tanto, médicos y mujeres interesadas en formarse elogiaron las virtudes físicas y emocionales “propias” de la “naturaleza femenina” para asociar la labor profesional con los valores de género de la época donde la feminidad se vinculó a la eficiencia en el momento de asistir y cuidar a otros.⁵²⁸ Este fue un argumento

⁵²¹ ARIAS, *El episcopado colombiano*, pp. 87-95.

⁵²² ZÁRATE, “Formar enfermeras, no empleadas domésticas”, p. 322.

⁵²³ BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 272-281.

⁵²⁴ Desde 1870, las mujeres fueron capacitadas en las normales como maestras. Esto les permitió tener una profesión rentable y respetable. LONDOÑO VEGA, “Educación femenina”, pp. 21-59.

⁵²⁵ HELG, *La educación*, pp. 178-182.

⁵²⁶ Es importante señalar que esta invitación apuntaba más a que ellas tuvieran una participación activa en el progreso de la nación más que al estímulo para que alcanzaran otro tipo de derechos.

⁵²⁷ GARCÍA MEDINA, *Informe del Director*, pp. 56-57.

⁵²⁸ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, p. 8. Para mayor información, consúltese: ORTIZ, “Profesiones sanitarias”, pp. 532-535.

funcional para legitimar ante la sociedad la enfermería como un campo ideal de desempeño profesional sin desvincularse de su “misión social”.⁵²⁹

En opinión de los promotores de la Escuela, las estudiantes podían aprovechar sus capacidades “maternales” –que confería poder de intervención y legitimidad– para formarse y desenvolverse en la gestión del Estado como ejecutoras de las políticas sanitarias y asistenciales en el marco de nuevas instituciones.⁵³⁰ De este modo, se confirmaba que la enfermería era una actividad propia del género femenino, extensión de los roles domésticos y de cuidado, pero que dependía de la supervisión del médico y que requería de instrucción técnica, es decir, de fundamentos científicos. Como plantea Ana Laura Martin, la enfermería fue una “profesión atajo” al ser entendida como una extensión de lo doméstico y maternal que permitía conciliar el mundo femenino y el mundo laboral. Agregaría que también se asoció a las actividades caritativas que las mujeres habían desempeñado durante años, lo cual fue aprovechado por las autoridades sanitarias para ampliar su presencia en la sociedad y convertirlas en el enlace entre las políticas de salud y la población objetivo.⁵³¹

La Escuela de Enfermeras Visitadoras: una breve pero significativa experiencia formativa

La respuesta inicial de la IHD a la petición de Pablo García Medina fue negativa. Colombia carecía de las condiciones necesarias (materiales y profesionales) para pensar en la posibilidad de establecer allí educación médica. En particular, para recibir recursos humanos y financieros que permitieran el desarrollo de la enfermería sanitaria ya que el programa de cooperación de la FR estaba dirigido a los gobiernos que requerían fortalecer el trabajo en sus divisiones de salud o que tuvieran escuelas de enfermería bien conformadas.⁵³² Este era el motivo por el cual, aparte de Estados Unidos, Canadá y Europa, únicamente Brasil tenía

⁵²⁹ NIETO UMAÑA, Carolina, “La mujer debe ser útil a la patria, a la sociedad y a la familia”, *El Tiempo*, (20 de junio de 1928), pp. 1-2; GÓMEZ VEGA, Paulina, “La Escuela de Enfermeras Visitadoras”, *El Tiempo*, (29 de marzo de 1931), p. 9. Para mayor información sobre la profesionalización femenina, consúltese: CANO, “La polémica en torno al acceso de las mujeres a las profesiones”, pp. 169-192.

⁵³⁰ BEJARANO, Jorge, “La enfermera visitadora”, *El Tiempo*, (2 de diciembre de 1928), p. 4.

⁵³¹ MARTIN, “Mujeres y enfermería”, pp. 257-286; CASTRO CARVAJAL, “Las visitas domiciliarias femeninas”, pp. 106-128.

⁵³² Florence M. Read a Hugh S. Cumming, diciembre 15, 1926. RAC, RFR, IHB, series 1, caja 108, carpeta 1478; Officer: Beard, Mary, octubre 27, 1927. RAC, RFR, OD, RG 12, A-E, Mary Beard, p. 150; Officer: Beard, Mary, julio 5, 1928. RAC, RFR, OD, RG 12, A-E, Mary Beard, p. 63.

subvención para elevar en su propio territorio los estándares del personal femenino educado en la escuela de enfermeras Anna Nery creada en 1923.⁵³³

Frederick Russell intercedió ante Mary Beard, directora del programa de enfermería adscrito a la IHD, para reconsiderar el requerimiento de Colombia y acceder a la solicitud de García Medina.⁵³⁴ Finalmente, la FR se comprometió a enviar a Bogotá dos enfermeras visitadoras graduadas para que trabajaran en la DNH, con la condición de que el gobierno colombiano asumiera todas las responsabilidades financieras. Esta decisión favorecía a ambas partes. La Fundación aportaba a la capacitación de individuos en lugar de crear instituciones de enseñanza, mientras que las autoridades sanitarias colombianas tenían la oportunidad de iniciar el proceso de profesionalización de mujeres en salud pública que asumirían responsabilidades de asistencia y de organización de servicios “científicos” a nivel nacional.

Mary Beard escogió a Carolyn Tenney Ladd (27 años) y Jane Louise Cary White (24 años), ambas egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, y les otorgó una beca para capacitarse en East Harlem Nursing and Health Service, en Nueva York, como preparación para el trabajo en Colombia.⁵³⁵ La DNH, previo acuerdo con el ministro de Educación Nacional, José Vicente Huertas, confirmó emplearlas inicialmente por un año y cubrirles todos los gastos del viaje.⁵³⁶ Sus funciones consistirían en trabajar en los servicios de salud y a la vez capacitar, bajo sus criterios, a las jóvenes instruidas por la CRN que constituían el cuerpo de enfermeras al servicio de la higiene en Bogotá. La DNH pretendía darle a esta iniciativa un perfil técnico que permitiera desaparecer la correlación que generalmente se hacía de la enfermería con las labores domésticas o caritativas y con el

⁵³³ FARIA, “Educadoras Sanitarias”, pp. 173-212; FARLEY, *To Cast Out Disease*, pp. 203-214.

⁵³⁴ Officer: Beard, Mary, julio 6, 1928. RAC, RFR, OD, RG 12, A-E, Mary Beard, p. 64.

⁵³⁵ La beca consistió en un estipendio mensual de US120, la matrícula y los gastos de transporte necesarios en Estados Unidos. Ladd, Miss Carolyn Tenney. RAC, RFR, F, Fellowship Recorder Cards, RG 10.2, caja 10; White, Jane Louise Cary. RAC, RFR, F, Fellowship Recorder Cards, RG 10.2, caja 10; H.H. Howard a George Bevier, septiembre 27, 1928; George Bevier a H.H. Howard, diciembre 13, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, subseries 1928/311.C: Colombia-Nursing, caja 8, carpeta 63; H.H. Howard a George Bevier, enero 12, 1929; F.F. Russell a George Bevier, abril 17, 1929. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311.I, caja 24, sd. Para mayor información sobre East Harlem Nursing and Health Service, consúltese: SNYDER, “Success and Failure”, <https://resource.rockarch.org/story/success-and-failure-in-community-based-healthcare-the-east-harlem-health-center/>.

⁵³⁶ Officer: Beard, Mary, marzo 16, 1929; Officer: Beard, Mary, marzo 26, 1929. RAC, RFR, OD, RG 12, A-E, Mary Beard, pp. 32, 40; Recommendation for Approval of Fellowships, abril 13, 1929. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311.I, caja 24, sd.

empirismo de su práctica.⁵³⁷ Hasta ese momento, aparte de las enfermeras de la CRN, el cuidado de los enfermos estaba a cargo de las Hermanas de la Caridad quienes también administraban instituciones de asistencia y beneficencia contratadas por el Estado.⁵³⁸

Con estos compromisos, White y Ladd arribaron a Bogotá en octubre de 1929. Tras un mes de su llegada, aún no eran designadas por el MEN como empleadas estatales. Ante la falta de celeridad en los contratos, las estadounidenses recibieron de parte de José María Montoya una introducción a la organización sanitaria que existía en la ciudad. Especialmente, un acercamiento a las instituciones relacionadas con el cuidado de los enfermos y el bienestar infantil que se llevaba a cabo en los hospitales San Juan de Dios, San José y La Misericordia, el CPI, la CRN y los consultorios municipales de salud. Con esta experiencia preliminar, se pretendía que las extranjeras estuvieran al tanto de las particularidades del contexto colombiano para traducir sus conocimientos a los requerimientos locales.⁵³⁹

Desde enero de 1930, la DNH contrató por un total de dieciocho meses a las estadounidenses. Mientras se adecuó el edificio donde funcionaría la Escuela y se obtenían los fondos necesarios para el desarrollo del proyecto, ellas fueron vinculadas a los trabajos de protección infantil de los dispensarios municipales y nacionales e impartieron conferencias a las enfermeras de la CRN.⁵⁴⁰ Finalmente, en junio de 1930 se creó la Escuela de Enfermeras Visitadoras dependiente de la DNH, encargada de su funcionamiento, dirección y plan de enseñanza.⁵⁴¹

García Medina optó por invertir en esta entidad diez mil pesos que había conseguido para iniciar la campaña contra la tuberculosis, con la justificación de que sin enfermeras sería imposible organizar dispensarios ni hacer campañas.⁵⁴² En el decreto de creación únicamente se estipuló que las funciones de las enfermeras graduadas serían vigilar a los tuberculosos, hacer cumplir las medidas profilácticas dictadas por las autoridades sanitarias e instruir a las

⁵³⁷ George Bevier a H.H. Howard, junio 2, 1928. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, subseries 1928/311.C: Colombia-Nursing, caja 8, carpeta 63; VILLA ÁLVAREZ, Alejandro, “Enfermeras profesionales y enfermeras de urgencia”, *El Tiempo*, (18 de octubre de 1932), p. 4.

⁵³⁸ CASTRO CARVAJAL, *La relación*, pp. 101-128; ZÁRATE CAMPOS y GONZÁLEZ MOYA, “El trabajo de cuidar”, pp. 74-81.

⁵³⁹ George Bevier a H.H. Howard, noviembre 14, 1929. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311.I, caja 24, sd.; H.H. Howard a George Bevier, diciembre 6, 1929. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311, caja 40, carpeta 333.

⁵⁴⁰ George Bevier a H.H. Howard, marzo 8, 1930. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311.I, caja 24, sd.

⁵⁴¹ La Escuela abrió oficialmente el 4 de agosto de 1930. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Legislación colombiana*, pp. 50-51.

⁵⁴² Pablo García Medina a Enrique Olaya Herrera, 24 de mayo de 1930. AACH, FEOH, SP, carpeta 26, ff. 6r-9r.

familias de esos enfermos respecto a las precauciones que debían tener para evitar el contagio. Sin embargo, la Escuela fue ubicada en el edificio donde funcionaba el dispensario de niños enfermos a cargo de la Sociedad de Pediatría y se orientó hacia los cuidados materno-infantiles con la instrucción clínica en los servicios instalados en la ciudad. La dirección fue asumida por Montoya, quien, como hemos visto, había dedicado su labor profesional a este tipo de población. Se nombró como secretaria a la bacterióloga Paulina Gómez Vega y los profesores fueron los médicos que estaban al servicio del ramo de la Higiene y la Asistencia Pública en la capital.⁵⁴³

La Escuela era gratuita y estuvo dirigida a las mujeres de clase alta, pues, como vimos, ellas eran las únicas que contaban con alguna educación formal que permitiera profesionalizarlas. Al contrario de países como Inglaterra, Estados Unidos o Brasil donde las aspirantes a especializarse en enfermería en salud pública eran graduadas y con un entrenamiento previo como enfermeras de hospital, las jóvenes inscritas en la Escuela de Bogotá tenían una mínima instrucción y lidiaban con el estigma de realizar una actividad “impropia” de su género.⁵⁴⁴ Frente al rezago educativo de las mujeres en Colombia y la urgente necesidad de obtener personal femenino preparado, los requisitos para ingresar a la Escuela eran mínimos: tener entre 24 y 30 años, presentar un certificado de buena conducta de dos personas “abonadas” y constancias de los estudios realizados.⁵⁴⁵ Podían inscribirse mujeres solteras y casadas. Las enfermeras preparadas por la CRN tuvieron preferencia en el registro por su entrenamiento previo y porque trabajaban en los dispensarios nacionales y municipales.⁵⁴⁶ Sin embargo, el objetivo era atraer más mujeres, principalmente becadas por los departamentos, a fin de contribuir a extender la formación de personal idóneo en los diferentes lugares de la República donde se establecieran consultorios seccionales.⁵⁴⁷

⁵⁴³ George Bevier a H.H. Howard, agosto 12, 1930. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311.I, caja 24, sd. DURANA DE SAMPER, “Reabriendo la historia de la enfermería profesional”, p. 42. Paulina Gómez Vega fue la única colombiana que en los años veinte obtuvo una beca de estudio de la FR. Gómez Vega, Miss Paulina. RAC, RFR, F, Fellowship Recorder Cards, RG 10.2, caja 10. Sobre ella, consúltese: COHEN, *Colombianas en la vanguardia*, pp. 18-21; TRIANA y AGUDELO, “Paulina Gómez Vega”, pp. 223-248.

⁵⁴⁴ ARIAS, *Los Leopardos*, pp. 135-141.

⁵⁴⁵ Sobre las enfermeras visitadoras en México, consúltese: AGOSTONI, “Instruir, confortar y cuidar”; AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”, pp. 89-120; BIRN, *Marriage of convenience*, pp. 150-168.

⁵⁴⁶ Tal fue el caso de Anita Navas, Nina Botero de Núñez, Lola Posada de Urdaneta, Carmencita Archila de Thorin, Inés Lombana de Arrázola, Clemencia Posada, Alicia Roza, Leonor Carrasquilla y Berta Linares. PEDRAZA M., *La enfermería*, pp. 28 y 38.

⁵⁴⁷ “Organización del cuerpo de enfermeras sanitarias. Entrevista con el doctor Pablo García M.”, *El Tiempo*, (13 de noviembre de 1929), p. 12; GARCÍA MEDINA, *Informe del Director*, pp. 56-57; George Bevier a H.H.

La enseñanza estuvo organizada de la siguiente manera: los cursos prácticos fueron responsabilidad de las instructoras Ladd y White, ellas formaron a las alumnas en los hospitales y dispensarios de la ciudad. También acompañaron la realización de visitas domiciliarias para orientar las lecciones que se daban a las madres sobre higiene infantil y los recorridos a las fábricas donde se instruía a los obreros sobre la higiene alimenticia, la necesidad del aseo, la limpieza de la habitación y la importancia de los lugares frescos y aireados. Otras indicaciones eran distintas según el género: a los hombres trabajadores trataban de inculcarles el gusto por ciertas comodidades materiales para que gastaran su salario en sus hogares en lugar de “malgastarlo en las tabernas”; mientras que a las mujeres trabajadoras las preparaban para la maternidad y la crianza y procuraban alejarlas de las creencias “erradas” y las costumbres populares sobre el embarazo.⁵⁴⁸

Los cursos teóricos fueron impartidos por los médicos que trabajaban para la DNH quienes, según su especialidad, dictaban una conferencia.⁵⁴⁹ Con tales exposiciones se pretendía preparar a las estudiantes en el control de tratamientos, seguimiento de pacientes, educación sanitaria y de higiene personal, con énfasis en las enfermedades infectocontagiosas y en la atención materna e infantil. Las alumnas debían tomar apuntes para hacer sus propias guías ya que no se adaptaron textos de enfermería de otros países por considerarlos “inadecuados” al medio.⁵⁵⁰ Para graduarse, tenían que realizar un escrito sobre un tema de interés que se presentaba como tesis. Tales textos se realizaron con base en la práctica en los consultorios de protección infantil o en las visitas que hacían a talleres, fábricas y “hogares modestos”.⁵⁵¹

Howard, julio 29, 1930. RAC, RFR, GC, RG 2, series 311, caja 40, carpeta 333; Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministro de Educación Nacional, 2 de julio de 1930. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, f. 48r.

⁵⁴⁸ BOTERO DE NÚÑEZ, Nina, “La Enfermera Industrial”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIIIX:1, (enero de 1931), pp. 15-19.

⁵⁴⁹ Las conferencias fueron sobre los siguientes temas: anatomía y fisiología, bacteriología y parasitología, higiene personal y salubridad pública, medicina y enfermedades infectocontagiosas, cirugía e infección, obstetricia, pediatría, ortopedia, materia médica, dermatología y órganos de los sentidos. GÓMEZ SERRANO y VARGAS ROSERO, “Escuela Nacional de Enfermeras”, p. 112.

⁵⁵⁰ George Bevier a H.H. Howard, marzo 27, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311: Colombia, caja 57, carpeta 471; BEJARANO, “Higiene General”; ENCISO y CONCHA, “Estadística”; FORERO VILLAVECES, “Higiene prenatal”; MONTOYA, “Psicología infantil”.

⁵⁵¹ OSORIO UMAÑA, Elisa, “Protección de la infancia en la edad preescolar”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIIIX:1, (enero de 1931), pp. 10-15; BOTERO DE NÚÑEZ, Nina, “La Enfermera Industrial”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIIIX:1, (enero de 1931), pp. 15-19; V. DE CHACÓN, María Teresa, “Fundación del servicio prenatal en Bogotá y trabajos realizados en el primer año de su fundación” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIIIX:1, (enero de 1931), pp. 20-28; MOLINOS RUEDA, Magdalena, “Utilidad práctica del laboratorio en el

Imagen 4. Primer grupo de alumnas de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, 1930



En el centro de la foto y sentados se encuentran las autoridades sanitarias y científicas. De izquierda a derecha: Carolyn Ladd, Jorge Andrade, Roberto Franco, Pablo García Medina, José María Montoya, Alejandro Villa Álvarez, Julio Aparicio y Jane White. **Fuente:** PEDRAZA M., *La enfermería en Colombia*, p. 38.

Imagen 5. Profesores y enfermeras del Centro de Protección Infantil de Bogotá, 1931



Fuente: *El Tiempo*, (1 de marzo de 1931), p. 8.

diagnóstico de las enfermedades infantiles”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIX:1, (enero de 1931), pp. 29-34.

En marzo de 1931 se titularon las primeras 42 enfermeras visitadoras. Las graduadas fueron inmediatamente vinculadas a los organismos estatales liderados desde Bogotá dando paso al cumplimiento de la Resolución 76 de 1931 que dispuso que las enfermeras de dispensarios, consultorios, salas cuna y demás instituciones de asistencia social debían poseer título otorgado por la Escuela de Enfermeras Visitadoras. En caso de no haber tituladas, se podían asignar estudiantes.⁵⁵² Tanto García Medina como Montoya tenían la intención de volver a contratar a una de las instructoras estadounidenses para abrir otro ciclo que tuviera dos años de duración, pero por problemas económicos generados por la recesión fue imposible extender el contrato.⁵⁵³

Según la versión de los funcionarios de la FR, el mayor obstáculo que tuvieron Ladd y White para continuar trabajando en Colombia fue la escasa educación formal que tenían las estudiantes.⁵⁵⁴ Bevier puso en duda la inteligencia de las alumnas y manifestó que a pesar de pertenecer a familias adineradas, su formación era principalmente en música e idiomas por lo que estaban poco preparadas en los aspectos fundamentales de la educación primaria. Ni siquiera aquellas formadas por la CRN tenían un conocimiento suficiente. Tal situación atrasaba el aprendizaje ya que, sin bases de aritmética, por ejemplo, era muy difícil que aprendieran de forma adecuada a preparar soluciones y fórmulas para los tetos de los bebés.⁵⁵⁵

Otra dificultad para la continuidad de la Escuela fue el conflicto que hubo entre las alumnas y las dos estadounidenses. Como algunas “de las chicas más inteligentes” tenían experiencia trabajando en los dispensarios, consideraban que sabían lo necesario, razón por la que cuestionaron el hecho de que fueran extranjeras las que dictaran los cursos que ellas podían dar. Entretanto, para las estadounidenses el conocimiento en enfermería de aquellas era “extremadamente limitado”. Es importante resaltar que White y Ladd contaban con

⁵⁵² GÓMEZ SERRANO y VARGAS ROSERO, “Escuela Nacional de Enfermeras”, p. 113; GARCÍA MEDINA, *Informe del Director*, pp. 56-57; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, p. 3.

⁵⁵³ La falta de dinero fue una constante dificultad que tuvo la Escuela al punto que el pago del sueldo a las enfermeras White y Ladd tenía constantes retrasos.

⁵⁵⁴ Las críticas de los funcionarios de la FR al “bajo nivel” de educación de las mujeres que pretendían aprender enfermería en salud pública también sucedió en México. La intención de la Fundación era preparar mujeres graduadas y al no encontrarlas o no despertar en ellas interés criticaron las “limitaciones” de las estudiantes. BIRN, “Skirting the Issue”, p. 402.

⁵⁵⁵ George Bevier a H.H. Howard, marzo 27, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311: Colombia, caja 57, carpeta 471; Officer: Beard, Mary, abril 29, 1931. RAC, RFR, OD, RG 12, A-E, Mary Beard, pp. 42-43.

educación primaria, secundaria y estudios universitarios en enfermería bajo una perspectiva laica y científica. Es probable que esta formación haya chocado con el fuerte catolicismo de las locales que veían en la enfermería más que una profesión, una extensión de las obras caritativas que habían desempeñado por años. Además de sentirse en desventaja ante los saberes que exponían las instructoras. Algunas tampoco estuvieron de acuerdo con la obligación de realizar visitas a los barrios pobres y a los lugares de trabajo pues su pretensión era permanecer en el consultorio u hospital.⁵⁵⁶ Así, cuando circuló el rumor de extender el contrato de Ladd y White, las locales hicieron esfuerzos para que ese dinero fuera entregado al dispensario. Todo esto generó oposición al desarrollo de la Escuela e intrigas políticas. La solución que planteó Bevier a esta situación fue enviar a Estados Unidos a algunas chicas colombianas a estudiar enfermería para que fueran ellas las que luego condujeran las clases.⁵⁵⁷

Sin las condiciones para proseguir, la FR suspendió la ayuda. Mary Beard consideró inconveniente repetir el “experimento” de enviar profesionales en enfermería a formar mujeres en países de “este tipo” donde la educación general de las jóvenes no sobrepasaba el nivel primario.⁵⁵⁸ En ello coincidía con Bevier quien sentenció que Colombia era un país de “ignorantes” (recordemos que el 65.7% de la población era iletrada), formado por pobres, mestizos, negros e indios, gobernados por unas pocas y poderosas familias. Por este motivo, desde 1934, ante nuevas peticiones que realizó el gobierno para organizar otra escuela de enfermeras visitadoras ante la elevada demanda de atención sanitaria y la carencia de personal capacitado, la FR negó la posibilidad.⁵⁵⁹ Beard argumentó que este era un programa que requería de varios años y que en Colombia era difícil encontrar un número suficiente de

⁵⁵⁶ George Bevier a H.H. Howard, mayo 12, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580. Para mayor información, consúltese: MONSALVA ROA, “¿De la subordinación a la autonomía?”, pp. 89-98.

⁵⁵⁷ Solo hasta finales de los años cuarenta, las colombianas pudieron acceder a becas de la FR para estudiar enfermería en Estados Unidos. George Bevier a H.H. Howard, marzo 27, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311: Colombia, caja 57, carpeta 471.

⁵⁵⁸ Mary Beard, note about a letter from Dr. Molloy, marzo, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 313, caja 57, carpeta 472.

⁵⁵⁹ La FR optó por cooperar en la formación de técnicos hombres. Desde 1933, el DNH y la FR comenzaron a capacitar inspectores sanitarios como “personal colaborador” de las campañas sanitarias con base en el modelo implementado en Jamaica. “Inspectores de sanidad e higiene pública”, *Salud y Sanidad*, 24, (diciembre de 1933), pp. 171-172; Arturo Robledo a J.H. Paul, agosto 4, 1936; Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación, octubre 5, 1936. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 3, f. 504r.

mujeres jóvenes con la educación necesaria para aprovechar de inmediato la enseñanza especializada que podría brindar la Fundación.⁵⁶⁰

Sin la cooperación de la FR, en 1932 la Escuela se reorganizó para abrir un segundo curso “más completo” con las visitadoras colombianas graduadas como instructoras y bajo la supervisión de los médicos.⁵⁶¹ En el nuevo escenario, la formación privilegió la práctica en hospitales y dispensarios y mejoró los sueldos de los profesores para exigirles un mayor tiempo de servicio en la Escuela.⁵⁶² El gobierno puso como requisito para obtener el diploma la prestación de servicios en diferentes regiones del país en donde estaban iniciando las campañas de protección infantil y la lucha contra la tuberculosis. También, por motivo de la guerra con Perú, fue destinado un grupo a la campaña sanitaria establecida en el sur del país.⁵⁶³ Aunque el enfoque de la Escuela siguió siendo la formación en salud pública, algunas estudiantes se opusieron a realizar las visitas a domicilio y desearon trabajar únicamente en los dispensarios siguiendo la orientación de la enfermería religiosa hospitalaria de origen francés. Ante el desinterés de convertirse en enfermeras visitadoras, la Escuela cerró definitivamente, pero alcanzó a graduar en total cerca de ochenta enfermeras que trabajaron en las campañas sanitarias y de asistencia social en distintas regiones del país y participaron en la formación de nuevas enfermeras.⁵⁶⁴

A pesar de haber funcionado durante poco tiempo, esta institución representó una novedad por tres razones: 1. Formó personal femenino especializado para los servicios sanitarios con un título que las acreditaba como enfermeras visitadoras con lo cual se creó una pequeña elite técnica al servicio del Estado, 2. Con limitaciones y resistencias, difundió,

⁵⁶⁰ Arturo Robledo a J.H. Paul, agosto 4, 1936; Mary Beard a J.A. Kerr, octubre 13, 1936. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1928/311: Colombia, subseries 1936/311, caja 133, carpeta 998.

⁵⁶¹ Decreto número 429 de 1932 (marzo 9). Por el cual se aprueba una resolución del Departamento Nacional de Higiene. ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 20-21; GARCÍA MEDINA, Pablo, “La sanidad en Colombia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 4, (abril de 1932), p. 359.

⁵⁶² Para 1931, la Escuela contaba con el siguiente personal y sueldos: Director, José María Montoya, \$80. Secretaria, Ana Restrepo, \$65. Profesor, Alejandro Villa Álvarez, \$25. Profesor, Carlos J. Mojica, \$25. Profesor, Julio Manrique, \$25. Profesor Enrique Enciso, \$25. En 1932 la secretaria fue Paulina Gómez, quien recibía \$100 y los profesores fueron Jorge Bejarano y Ramón Atalaya, con un sueldo de \$50. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 199, carpeta 1, f. 89r; ENCISO Y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 19-21.

⁵⁶³ MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Trabajos presentados*, p. 155.

⁵⁶⁴ Extracts from Dr. Bevier’s annual report for 1931, marzo 17, 1932; George Bevier a H.H. Howard, enero 12, 1932; George Bevier a H.H. Howard, mayo 12, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580; BEJARANO, Jorge, “Historia y desarrollo de la Enfermería en Colombia”, *Revista de la Facultad de Medicina*, v. XVII, n. 1, (1948), pp. 1075-1079.

transfirió y adaptó los nuevos conocimientos ligados a la concepción de salud pública norteamericana a las necesidades y condiciones locales, y 3. Permitió la distinción del trabajo caritativo que las mujeres venían realizando desde el siglo XIX de una actividad profesional en un contexto con nuevos roles de género y responsabilidades asumidas por el Estado.⁵⁶⁵

Por otra parte, las enfermeras visitadoras fueron las primeras mujeres formadas que decidieron asociarse para salvaguardar su profesión y luchar por el reconocimiento social de su trabajo. En 1935, crearon la Asociación Nacional de Enfermeras Visitadoras para diferenciarse de las prácticas realizadas por religiosas, asegurarse espacios laborales en los servicios de higiene, contribuir a la formación de enfermeras, defender su presencia en los debates públicos donde se abordaran temas relativos a su oficio y favorecer su imagen como profesionales. Ellas contaron con el apoyo de los médicos José María Montoya, Julio Manrique, Pablo García Medina, Calixto Torres, Julio Aparicio, Luis Patiño Camargo, Jorge de Francisco, Enrique Enciso, Alejandro Villa Álvarez y Jorge Bejarano.⁵⁶⁶

Autorizadas por un diploma oficial, durante los años treinta las mujeres graduadas de la Escuela de Enfermeras Visitadoras se integraron a las campañas sanitarias. La formación escolarizada permitió el ingreso de estas enfermeras a la burocracia nacional, departamental y municipal donde trabajaron en labores de saneamiento, asistencia pública y profilaxis, con énfasis en la atención de niños pobres y sus familias. Especialmente, participaron en la creación de diferentes servicios de protección infantil y en la preparación de personal femenino en ciudades como Medellín, Cúcuta, Cali, Popayán, Tunja, Bucaramanga, Ibagué, Barranquilla, Neiva, Manizales, Pereira y Santa Marta.⁵⁶⁷

⁵⁶⁵ BEJARANO, Jorge, “Historia y desarrollo de la enfermería en Colombia”, *Revista de la Facultad de Medicina*, XVII:1, (julio de 1948), pp. 1075-1079.

⁵⁶⁶ “Loable iniciativa”, *El Tiempo*, (28 de marzo de 1935), p. 2; PARÍS DE AGUIRRE, Chula, “En el Centro Social de Enfermeras Visitadoras tuvo lugar un festival”, *El Tiempo*, (18 de agosto de 1935), p. 3. Para mayor información, consúltese: MONSALVA ROA, “¿De la subordinación a la autonomía?”, pp. 106-123.

⁵⁶⁷ Para mayor información, consúltese el Capítulo IV. MARTÍ ESCOBAR, Blanca, “Un resumen de las actividades de las enfermeras visitadoras”, *El Tiempo*, (9 de agosto de 1937), p. 5; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Trabajos presentados*, p. 156; Ministro de Educación Nacional al director del Departamento Nacional de Higiene, marzo 29, 1937. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 2, ff. 347r-352r.

CONSIDERACIONES FINALES

Las constantes peticiones que realizaron los médicos para que el Estado asumiera la protección a la infancia desde la asistencia pública y menos desde la beneficencia, dio los primeros resultados a finales de la década de los años veinte. A pesar de las limitaciones presupuestales, con la creación de algunos servicios y tecnificación de otros ya existentes en Bogotá, el bienestar y la salud de la niñez pasaron de ser un asunto exclusivo de las instituciones e iniciativas particulares a ser parte de las responsabilidades estatales. Este nuevo papel obligó a asignar recursos, adecuar espacios para la atención, proveer personal técnico y científico especializado en la materia y vigilar la buena marcha de las instituciones a su cargo.

La creación y funcionamiento de nuevos servicios con dinero nacional y municipal se limitó a la capital de la República, mientras que en el resto del país continuó la atención a la niñez por medio de los auxilios gubernamentales entregados a la beneficencia. La asignación de fondos provenientes de ambos niveles de la administración pública, permitió una complementariedad que robusteció la naciente intervención estatal sobre la madre obrera y pobre en el proceso de gestación, parto y postparto y en la educación para la crianza de su hijo. ¿Por qué se concentró la asistencia pública en Bogotá? Al parecer, allí se conjugaron varias circunstancias que posibilitaron el inicio y concentración de la campaña de protección infantil, entre ellas se pueden mencionar la presencia y capacidad de presión de los médicos, las posiciones que ocupaban en el poder político y la experiencia acumulada de organizaciones dedicadas a la infancia.

A través del modelo de “campaña” –que tenía por objetivo liberar al cuerpo social de un problema específico con base en la prevención y la curación– Bogotá asumió el liderazgo en la lucha contra la mortalidad infantil. Que el binomio madre-hijo comenzara a ser parte de la esfera estatal en el campo de la higiene pública respondía tanto a las necesidades nacionales de garantizar la salud de la población como al entramado de relaciones internacionales de que hacía parte el país en el que debía mostrar su compromiso con la gestión científica de los pobres. A diferencia de instituciones como la Gota de Leche y las salas cuna, que existían hacía unos años atrás, los nuevos servicios ofrecidos estuvieron dirigidos a cuidar al bebé desde antes de nacer con la intervención directa del cuerpo de la mujer y la inspección de su familia. También significó adentrarse en el hogar obrero y su

intimidad para tratar explícitamente enfermedades relacionadas con un tema que era tabú como la sexualidad.

En este sentido, desde finales de los años veinte hubo una paulatina expansión del rol del Estado hacia la vigilancia de la vida privada de las mujeres y las familias que, en el caso de los obreros, derivó incluso en la pretensión de generar un sentimiento de gratitud para evitar levantamientos sociales. En esta labor, que se podría pensar como la dimensión “moral” de la campaña, fue fundamental un nuevo grupo de mujeres expertas, las enfermeras visitadoras. Al ser representantes de la autoridad estatal, investidas del prestigio que daba la ciencia médica, y a la vez poseer las “cualidades femeninas”, estas nuevas expertas se encargaron de ejercer un fuerte trabajo de educación. Su principal tarea como agentes estatales, radicó en aproximarse a la población para aconsejar lo que era o no correcto hacer a fin de desplazar las prácticas tradicionales y llevar a las madres y sus hijos hacia la asistencia pública. Los consejos y advertencias estuvieron cargados de prejuicios y concepciones sobre los malos hábitos y comportamientos de los pobres. De este modo, médicos y enfermeras se convirtieron en los principales especialistas que participarían desde el Estado en la intervención social para mejorar el “factor humano” y transformar la vida cotidiana de las familias obreras a través de la madre. Como era la convicción en la época, desde la DNH se reafirmó el interés por disminuir la mortalidad infantil al considerársele el indicativo más sensible que demostraba la prosperidad social de una nación y su grado de civilización. La definición del problema y la puesta en práctica de algunas medidas comenzó en el último gobierno conservador y se mantuvo en la administración liberal, a pesar de las difíciles circunstancias económicas.

CAPÍTULO IV

REGENERAR LA INFANCIA Y ASISTIR A LA MADRE: LA EXPANSIÓN DE UNA POLÍTICA SOCIAL, 1932-1938

INTRODUCCIÓN

Durante los años treinta, los gobiernos liberales pretendieron garantizar la cohesión social, la incorporación de las masas urbanas y rurales al proyecto nacional y el desarrollo capitalista. Una condición necesaria para lograr estos objetivos fue la “transformación racional” de las condiciones de vida de la población, entre ellas, la miseria, las enfermedades, los vicios, las supersticiones, el hambre, el hacinamiento y la insalubridad.⁵⁶⁸ Aunque en el discurso de las élites políticas el *pueblo* (conformado por los trabajadores urbanos y rurales) era la piedra angular de la nación, también era la causa del atraso.⁵⁶⁹ En este contexto, el Estado se concibió como el responsable de regular la sociedad, al ofrecer soluciones a los problemas sociales para corregir el “lamentable estado” de los colombianos. Esto se desplegó a través de tres mecanismos de intervención social.⁵⁷⁰ El primero correspondió a medidas en el ámbito educativo cuyo propósito fundamental era “sacar de la ignorancia” a los sectores populares. El segundo, remitía a la expedición de legislación que atendiera algunas de las demandas sociales que plantearon, especialmente, obreros sindicalizados y campesinos. El último, de carácter sanitario, cifró en la higiene y la asistencia pública la formación de una población sana y productiva.⁵⁷¹

Con su ascenso al poder en 1930, el Partido Liberal buscó llevar a cabo las reformas que había promovido desde principios de los años veinte. Especialmente, desarrollar los propósitos definidos en la Convención de Ibagué de 1922 y la legislación social presentada ante el Congreso de la República en 1924 para resolver la “cuestión social” y aliviar la pobreza.⁵⁷² Es preciso resaltar que los liberales trataron de profundizar las soluciones que habían puesto en la esfera pública a través, entre otros, de los abogados, médicos y periodistas que militaban en el partido como forma de concretar su agenda política. La reorganización

⁵⁶⁸ LONDOÑO, “Población y sociedad”, pp. 233-234, 246-252; HENDERSON, *La modernización*, pp. 259-264.

⁵⁶⁹ CÁRDENAS, Parmenio, “Circular”, *Revista de Higiene*, 11, (noviembre de 1937), pp. 3-6.

⁵⁷⁰ Para profundizar sobre los diferentes grados del intervencionismo estatal en el periodo de estudio, consúltese: PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 185-195.

⁵⁷¹ MUÑOZ ROJAS, “*To Colombianize Colombia*”, pp. 255-256; PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 136, 196-197; DÍAZ SOLER, *El pueblo*, p. 73.

⁵⁷² OLAYA HERRERA, Enrique, “Discurso del Dr. Olaya Herrera”, *El Tiempo*, (8 de agosto de 1930), pp. 2 y 8. Para mayor información sobre la legislación social a inicios de los años veinte, remitirse al Capítulo II.

técnico-burocrática y la centralización administrativa sirvieron para expandir la responsabilidad social del Estado y la ampliación de su presencia institucional en el territorio nacional con la creación de nuevas agencias en materia sanitaria en espacios urbanos y rurales.⁵⁷³

En lo que concierne a esta investigación, se procuró poner en práctica las leyes de higiene social, asistencia pública y protección a la infancia que consagraron la responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional de inspeccionar y vigilar los servicios públicos y privados dedicados al cuidado de la infancia. Dicha normatividad estipuló la necesidad de crear una estructura institucional y establecer una burocracia especializada que “mejorara” y estimulara el crecimiento del elemento propio. En el mismo sentido, el liberalismo procuró vincular a la mujer al proyecto modernizador a través del trabajo remunerado, la asistencia pública y la legislación laboral. En el fondo, las acciones del Estado estarían dirigidas a remediar el déficit de salud de la infancia pobre, así como proteger y asistir a las mujeres en su condición de madres solteras, pobres y trabajadoras.⁵⁷⁴

El presente capítulo aborda las gestiones que el Estado colombiano adelantó entre 1932 y 1938 en defensa de la madre y la primera infancia a través de la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública (SPIAP). Interesa mostrar las propuestas, operación y límites que tuvo para llevar a cabo sus planes, así como las alianzas que estableció con instituciones filantrópicas o particulares, especialmente con mujeres de la elite, para introducir una intervención “científica” en buena parte del país. De la misma manera, se resaltarán la incorporación de personal experto en Medicina y Enfermería que ayudó a reforzar la presencia estatal en lugares alejados de la capital. El capítulo está organizado en tres apartados. El primero aborda la creación de la SPIAP y la manera en que los médicos-políticos pensaron en “regenerar” a la población colombiana. El segundo, trata la expansión de la campaña contra la mortalidad infantil a las capitales departamentales con ayuda de la Cruz Roja Nacional. Finalmente, expongo la inclusión de la protección de la infancia en el giro que promovió el gobierno nacional del modelo de campañas que trataban una única enfermedad o problema social a los servicios coordinados. En este último apartado también

⁵⁷³ ABEL, *Ensayos de historia*, p. 75.

⁵⁷⁴ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 85-96.

se aborda la preocupación de las autoridades sanitarias por resolver la maternidad ilegítima y la obrera, entendidas como parte de una defensa integral de la infancia.

LA INFANCIA COLOMBIANA COMO OBJETO DE ATENCIÓN DEL ESTADO: LA CREACIÓN DE INSTITUCIONALIDAD

Para Jorge Bejarano, los pocos servicios que Pablo García Medina instaló en Bogotá para asistir el binomio madre-hijo eran avances significativos que insertaban a Colombia en el “movimiento sanitario redentor” pero insuficientes para “mejorar la raza y vigorizar a la población colombiana”.⁵⁷⁵ La Sociedad de Pediatría y la Academia Nacional de Medicina, continuamente solicitaban a las autoridades políticas un espacio de alcance nacional dentro de la estructura administrativa dedicado exclusivamente a vigilar y estudiar el problema de la mortalidad infantil, de regular las instituciones que tradicionalmente habían estado en manos de asociaciones caritativas y de poner en marcha las leyes que consagraban la defensa del niño. También advertían sobre la pertinencia de crear instancias administrativas centralizadas que permitieran la conjunción de esfuerzos nacionales, departamentales y municipales para la adecuación de servicios de asistencia permanentes encargados de las enfermedades infantiles y de fortalecer el vínculo madre-hijo.⁵⁷⁶ Para los médicos, en su papel de políticos y científicos, robustecer la administración sanitaria pondría a Colombia a la altura de las políticas sociales que habían conocido en sus visitas a otros países como Uruguay, Argentina, Estados Unidos y Francia.⁵⁷⁷

Tales peticiones seguían las recomendaciones emitidas desde la OSP donde se indicaba que los países “nuevos y poco poblados” que no hubieran resuelto el problema médico-social de alta mortalidad infantil, debían organizar definitivamente sus servicios dedicados a la madre y el niño. En términos más concretos, la prescripción apuntaba a crear un departamento u oficina diferenciada que ejerciera la dirección técnica y científica de todas

⁵⁷⁵ BEJARANO, Jorge, “El deber social ante la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (11 de septiembre de 1929), p. 12.

⁵⁷⁶ GARCÍA MEDINA, Pablo, “La sanidad en Colombia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 4, (abril de 1932), pp. 358-359. Para mayor información, consúltese: SÁNCHEZ SALCEDO y CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, *Escenarios de la minoridad*, pp. 55-70.

⁵⁷⁷ Juan Suriano refiere al “taller internacional”, es decir, el conocimiento adquirido por funcionarios a través del estudio, observación y aprendizaje de las experiencias en otros países para tratar de aplicarlas en el propio. Una de las estrategias para obtener esos conocimientos era visitar establecimientos que poseían una tradición en el aspecto de su interés o del contacto con instituciones académicas extranjeras, las cuales se tomaban como ejemplo y modelo a seguir. SURIANO, “El mundo”, p. 112.

las instituciones que cooperaban con esa obra.⁵⁷⁸ Los médicos eran conscientes de que apelar a los consensos alcanzados en tales conferencias dotaba de mayor legitimidad a las demandas locales de reorganización de los sistemas sanitarios, pues para el gobierno colombiano era muy importante cumplir con los compromisos adquiridos en las convenciones sanitarias internacionales ya que reconocía en la OSP un instrumento útil y pertinente para adelantar la labor de coordinación sanitaria nacional y continental.⁵⁷⁹

El nuevo gobierno liberal quiso fortalecer el proceso de formación estatal y asumir un papel vigilante en varios campos donde antes se ejercía poco o ningún control, entre los que estuvo la protección infantil. Durante la presidencia de Enrique Olaya Herrera (1930-1934), la cooperación bipartidista que planteó a los conservadores fue erosionándose a medida que los liberales quisieron asegurar su permanencia en el poder.⁵⁸⁰ Por tanto, luego de un corto periodo, Pablo García Medina fue separado de su cargo en 1932 por considerársele un contrapeso y alguien con compromisos políticos adquiridos en sus 32 años de trabajo.⁵⁸¹ Él tenía un destacado reconocimiento y respaldo de un grupo de prestigiosos y “viejos” médicos que habían alcanzado importante poder político durante los gobiernos conservadores con influencia en la toma de decisiones en el campo de la política y la medicina en Bogotá.⁵⁸² En su lugar, Olaya Herrera nombró a los médicos Enrique Enciso director del ramo de la higiene y como subdirector técnico a Alejandro Villa Álvarez, ambos elegidos por el renombre que habían conseguido a raíz de su desempeño en la administración de la higiene municipal de Bogotá y por sus estudios en Estados Unidos.⁵⁸³

⁵⁷⁸ OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, *Actas de la Séptima*, pp. 77, 82; APARICIO, *Octava*, pp. 3-14; APARICIO, Julio, “Resultado de la octava conferencia sanitaria”, *El Tiempo*, (29 de noviembre de 1927), pp. 34-35.

⁵⁷⁹ GONZÁLEZ, *La salud en América*, pp. 7-8; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ y OBREGÓN TORRES, *La Organización Panamericana*, pp. 10, 39-40. Para mayor información sobre la relación de la OSP y las políticas sanitarias, consúltese: BIERNAT, “La Organización Panamericana”, pp. 23-37.

⁵⁸⁰ Para mayor información sobre el gobierno de Enrique Olaya Herrera, consúltese: LATORRE RUEDA, “1930-1934”, pp. 269-298; BURNS HORGAN, “The liberals come to power”, *passim*.

⁵⁸¹ “Bodas de oro profesionales del Dr. García Medina”, *El Tiempo*, (14 de julio de 1930), p. 5; “Resolución número 187 de 1935 (julio 11) por la cual se honra la memoria de un ex Director Nacional de Higiene”, *Revista de Higiene*, 4 a 12, (abril a diciembre de 1935), pp. 51-52; BEJARANO, Jorge, “Doctor Pablo García Medina”, *El Tiempo*, (12 de julio de 1935), p. 4.

⁵⁸² Los médicos Pompilio Martínez, Roberto Franco, Federico Lleras Acosta, Nicolás Buendía, Juan N. Corpas, José Vicente Huertas, Miguel Canales, entre otros, hacían parte de la llamada “rosca” política y científica quienes habían dirigido por años la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. George Bevier a Alan Gregg, febrero 21, 1931; George Bevier a H.H. Howard, noviembre 19, 1931; George Bevier a H.H. Howard, diciembre 1, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311:Colombia, caja 57, carpeta 471.

⁵⁸³ Sobre la elección de Enciso y Villa Álvarez, consúltese: Luis Cano a Joaquín Cano, noviembre 11, 1931; Joaquín Cano a Enrique Olaya Herrera, noviembre 11, 1931. AACH, FEOH, ST, caja 17, carpeta 61, ff. 82r-

La nueva designación marcó el paso de esta agencia estatal a manos de los liberales y elevar su categoría a Departamento Nacional de Higiene (DNH).⁵⁸⁴ En este contexto, la protección infantil recibió renovada atención en el marco de las respuestas que el Estado pretendió dar a los problemas sociales. El gobierno acordó dar cumplimiento a la Ley 15 de 1925 donde se estipuló que la autoridad sanitaria tendría el manejo centralizado de las instituciones públicas y privadas de atención infantil y el compromiso de establecer servicios gratuitos como dispensarios, maternidades y Gotas de Leche en las capitales departamentales.⁵⁸⁵ La acción intervencionista del Estado sobre las instituciones sería en algunos casos de solo “supervigilancia” y en otras buscaría la reorganización del sistema que así lo exigiera con el propósito de que todos los establecimientos estuvieran bajo iguales disposiciones y hubiera una correlación entre ellas para evitar la dispersión de los esfuerzos atacando los problemas sanitarios y sociales desde un marco general.⁵⁸⁶

Para cumplir esta disposición y convertir la infancia en objeto de atención privilegiada del área sanitaria, en 1932 se creó la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública como parte del DNH, con una nómina propia de empleados y un presupuesto de sueldo y gastos (Ver Anexo 7).⁵⁸⁷ La SPIAP tuvo un enfoque ante todo preventivo centrado en la salud de la primera infancia.⁵⁸⁸ Esta nueva dependencia fue la responsable de reglamentar y vigilar

84r; H.H. Howard a George Bevier, diciembre 4, 1931; H.H. Howard a George Bevier, diciembre 22, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311: Colombia, caja 57, carpeta 471.

⁵⁸⁴ En 1931 se creó el Departamento Nacional de Higiene en reemplazo de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Con su instalación, la higiene (pública y privada) y la asistencia pública fueron separadas del MEN. Aunque el DNH se constituyó inicialmente como un organismo administrativo independiente, es decir, sin vinculación a un ministerio, rápidamente cambió su condición y fue adscrito a distintos ministerios, así: Ministerio de Gobierno hasta 1934, Ministerio de Agricultura y Comercio (1935-1936), y nuevamente MEN (1936-1938). “Ley 1ª de 1931 (enero 5). Por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública”, *Anales del Senado*, 182 y 183, (19 de enero de 1931), pp. 1422-1424; BJC, ANMC, “Acta de la sesión del 26 de septiembre de 1933”, p. 83.

⁵⁸⁵ “Ley 15 de 1925 (enero 31). Sobre higiene social y asistencia pública”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 157, (7 de febrero de 1925), pp. 806-808.

⁵⁸⁶ Por “supervigilancia” se entendió la capacidad que tenían el DNH de conocer y vigilar los establecimientos de asistencia pública, de controlar la inversión de los auxilios que algunos recibían y de propender por mejorar su reglamentación. ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 41; BEJARANO ÁVILA, “La economía”, pp. 131-132.

⁵⁸⁷ El DNH también asumió las campañas contra la tuberculosis y la lepra por ser enfermedades entendidas de alta contagiosidad e impacto racial. ESTRADA ORREGO, GALLO y MÁRQUEZ VALDERRAMA, “Retórica de la cuantificación”, pp. 11-12.

⁵⁸⁸ Resolución número 35 de 1932 (febrero 18). Por la cual se reorganiza la Sección de Protección Infantil, en el Departamento Nacional de Higiene. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Legislación colombiana*, pp. 53-55.

los servicios establecidos en el país relacionados con su protección y asistencia.⁵⁸⁹ Contó con un jefe autorizado para ejercer control centralizado de las actividades a nivel nacional y orientar, con el saber del que estaba investido, la política social y la toma de decisiones en higiene infantil.⁵⁹⁰

Ricardo González Leandri señala que aunque los médicos-políticos son precursores de nuevas visiones, pueden llevarlas a cabo o no dependiendo del papel que ocupan en la “política de los círculos”.⁵⁹¹ Efectivamente, la SPIAP se organizó con base en un programa elaborado por Jorge Bejarano, quien para ese momento era Concejal de Bogotá y cuya propuesta contó con el respaldo del médico pediatra Calixto Torres Umaña y del periodista Eduardo Santos, ambos partícipes del gobierno de Olaya en calidad de asesor y ministro, respectivamente.⁵⁹² Los tres manifestaron su preocupación por el bienestar de la infancia y la madre desde las conferencias sobre los problemas de la raza dictadas en 1920 convencidos de que se podía alcanzar el progreso con un pueblo bien alimentado y educado.⁵⁹³ En aquellas conferencias, Bejarano declaró, en contraposición al médico y líder conservador Miguel Jiménez López, que no se podía condenar a la “raza colombiana” al estigma de la degeneración, pues como médico de la Gota de Leche de Bogotá había visto en los niños más hambre e ignorancia que degeneración. Planteó que eran insuficientes los estudios biológicos sobre la población sino se conocían a la par los problemas sociales y se desarrollaban políticas adecuadas para el tratamiento de la pobreza que habilitaran la transformación de la sociedad y el aumento vegetativo de la población con elementos sanos y provechosos”.⁵⁹⁴

⁵⁸⁹ Por servicios de protección infantil se hacía referencia a las Gotas de Leche, salas cuna, consultorios de niños sanos y enfermos, servicios prenatales y postnatales. Mientras que los de asistencia pública eran las instituciones como los manicomios, hospitales y asilos. ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 49-50.

⁵⁹⁰ GARCÍA MEDINA, *Informe del Director Jefe*, p. 5; ENCISO, Enrique y Alejandro VILLA ÁLVAREZ, “La sanidad en Colombia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9, (septiembre de 1934), pp. 798-800.

⁵⁹¹ GONZÁLEZ LEANDRI, “Miradas médicas”, p. 428.

⁵⁹² Bejarano propuso crear una oficina adjunta y no dependiente del DNH. Esta propuesta se desechó bajo el argumento de que generaría muchos gastos en personal. “Bases y programa para la creación de una Oficina Nacional de Protección de la Infancia de Jorge Bejarano”, s.f. AACH, FEOH, SC, caja 22, carpeta 2, ff. 50r-53r; ARANGO, Eliseo, “Proyecto de Ley por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública y la Oficina de Protección de la Infancia”, *Anales del Senado*, (2 de agosto de 1930), p. 68-70; “Relación de debates. Por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública y la Oficina de Protección de la Infancia”, *Anales del Senado*, (5 de septiembre de 1930), pp. 282-283; GARCÍA MEDINA, *Informe del Director Jefe*, p. 5; George Bevier a H.H. Howard, noviembre 3, 1931. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1931/311: Colombia, caja 57, carpeta 471.

⁵⁹³ MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 11-28; OSPINA ORTIZ, “Jorge Bejarano”, pp. 70-72.

⁵⁹⁴ BEJARANO, “Quinta conferencia”, pp. 239-261; BEJARANO, “Sexta conferencia”, pp. 272-281; MARTÍNEZ MARTÍN, *La degeneración de la raza*, pp. 235-320.

Cabe señalar que Bejarano, Torres y Santos pertenecían a la “Generación del Centenario” o “Centenaristas”.⁵⁹⁵ Ellos confiaban en el legalismo y la ciencia para conseguir reformas sociales que respondieran de forma pacífica a los problemas nacionales.⁵⁹⁶ El liderazgo de este grupo, y de otros políticos influenciados por ellos, va a estar presente durante toda la década del treinta, ahora desde posiciones burocráticas importantes. Desde una mirada más optimista, estimaron que la población colombiana tenía la posibilidad de “regenerarse” –en especial la infancia– ya que su mejoría dependía de la intervención estatal. Esta posición marcó una distancia respecto a la adopción de disposiciones obligatorias propias de la llamada “eugenesia dura”, la cual apelaba a la intervención coercitiva de la ley para estimular la reproducción de los “aptos” y la segregación o esterilización de los “no aptos”. El éxito de esta propuesta estaba cifrado en el papel que cumpliría el personal calificado, la acción social –entendida como la alianza entre la ciencia, la iniciativa privada y la caridad–, la educación y la propaganda para cambiar las condiciones sociales que generaban la mortalidad infantil más que en demostrar una supuesta degeneración racial de los colombianos.⁵⁹⁷

Aunque creían, como ocurrió durante los gobiernos conservadores, que las condiciones físicas y morales del pueblo constituían obstáculos para el progreso, se diferenciaron de la visión más pesimista al plantear que el problema no era principalmente biológico sino social. Los hijos ilegítimos, la carencia de condiciones salubres en el hogar, hábitos de limpieza, buena alimentación y de ropa y calzado adecuado, fueron calificadas como faltas culturales y morales que atrasaban el pueblo y acababan con la poca vitalidad de una “raza desfalleciente”.⁵⁹⁸ Entendían que el diagnóstico y la atención médica podían salvar a los colombianos de enfermedades evitables, mientras que con la higiene y la cultura se cambiarían los hábitos y costumbres y se superaría la ignorancia de quienes, por sus

⁵⁹⁵ Los “Centenaristas” ingresaron a la vida pública hacia 1910, año en que se conmemoró el primer centenario de la Independencia. Formados por los hombres de la generación de 1870, se plantearon, en los albores del siglo XX, conducir al país y encontrar el camino que elevara a las masas atrasadas. Dominaron la política nacional y asumieron cargos importantes en el Estado entre 1930 y 1966. HENDERSON, *La modernización*, pp. 34-42.

⁵⁹⁶ De la Generación del Centenario hicieron parte los presidentes Enrique Olaya Herrera, Alfonso López Pumarejo y Eduardo Santos, y otros expertos que ocuparon posiciones políticas influyentes durante sus gobiernos como Agustín Nieto Caballero, Luis López de Mesa y Jorge Bejarano. MOLINA, *Las ideas liberales*, Tomo 2, pp. 67-75.

⁵⁹⁷ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, “Departamento Nacional de Higiene”, pp. 113-115; MUÑOZ, *Informe del Director*, pp. 18-19; PEDRAZA GÓMEZ, “El debate eugenésico”, p. 115.

⁵⁹⁸ MUÑOZ, *La tragedia biológica*, p. 13; VILLA ÁLVAREZ, Alejandro, “Higiene social y mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (3 de marzo de 1935), p. 4.

condiciones socioeconómicas estaban en proceso de degeneración.⁵⁹⁹ De esta manera, desde el Estado se proponían salvar, por lo menos, a las nuevas generaciones de taras y predisposiciones hereditarias, mejorar las precarias condiciones de vida del pueblo y formar ciudadanos con “conciencia sanitaria”, es decir, que el individuo estuviera sometido a una disciplina por el bien de la colectividad y aprendiera a vivir según las prescripciones higiénicas por voluntad propia.⁶⁰⁰

“Defender la raza”, disminuir la mortalidad infantil y acercarse a las naciones civilizadas fueron los argumentos que sustentaron la creación de un espacio exclusivo encargado del bienestar de la infancia dentro de la estructura administrativa de la higiene. La SPIAP fue la autoridad sanitaria competente a nivel nacional para supervisar los diversos ramos de la protección a la niñez y, a su vez, de la vigilancia, reglamentación y organización de las instituciones existentes en el país.⁶⁰¹ Esta oficina estaba encargada de fomentar en los municipios la adecuación de servicios sobre bases científicas y de que los planes ideados desde Bogotá tuvieran un alcance nacional. De esta manera, se esperaba integrar las regiones excluidas a la nación, de manera que se pudiera cambiar el carácter fuertemente local y los tímidos avances que había tenido este asunto durante la gestión de Pablo García Medina.⁶⁰²

Para garantizar su funcionamiento y dar validez científica ante la sociedad de las decisiones que se tomaron, el DNH convino que esta Sección estaría al frente de “reconocidas autoridades científicas” encargadas de planificar, implementar y dirigir las políticas públicas para la infancia. Con esta enunciación se hacía referencia a los saberes, prácticas y discursos de los médicos pediatras quienes fueron como los más capacitados para modernizar la acción pública y enfrentar el problema de la mortalidad infantil.⁶⁰³ Durante los años que estuvo en funcionamiento (1932-1938), la SPIAP fue dirigida por dos médicos especialistas en

⁵⁹⁹ Para mayor información, consúltese: MUÑOZ ROJAS, “Más allá del problema racial”, pp. 29-43.

⁶⁰⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *La protección al niño*, pp. 3-7; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, p. 6.

⁶⁰¹ ARANGO, Eliseo, “Exposición de motivos”, *Anales del Senado*, (2 de agosto de 1930), pp. 69-70; BARBERI, Rafael, Emilio ROBLEDO, Pedro Elías MENDOZA, Pío MORENO, Domingo IRURITA, J. R. LANA LOAIZA, A. GAITÁN, Julio C. MONCAYO, “Informe de la Comisión. Por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública y la Oficina de Protección de la Infancia”, *Anales del Senado*, (11 de octubre de 1930), pp. 581-582.

⁶⁰² George Bevier a H.H. Howard, septiembre 20, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580.

⁶⁰³ Resolución número 35 de 1932 (febrero 18). Por la cual se reorganiza la Sección de Protección Infantil, en el Departamento Nacional de Higiene. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Legislación colombiana*, pp. 53-55.

enfermedades de los niños: Rafael Barberi Cualla y Rubén Gamboa Echandía.⁶⁰⁴ Aparte de su formación y experiencia profesional, ambos fueron nombrados en dichos cargos gracias a sus importantes redes familiares y sus vínculos con el gobierno de turno.⁶⁰⁵ Barberi Cualla (1887-1962) era reconocido por su trayectoria académica y política dedicada a impulsar la salud de la infancia y la higiene pública. Fue hijo del médico-político Ignacio Barberi, quien inauguró los estudios de medicina infantil en el país y fundó el Hospital de la Misericordia que servía como lugar de formación de los nuevos pediatras.⁶⁰⁶ Los vínculos que sostuvo con la Universidad Nacional en tanto profesor de la Facultad de Medicina y secretario de la Escuela de Comadronas y Enfermeras, junto con su experiencia política y burocrática como senador y director de la Oficina de Higiene del Valle del Cauca, permitieron a Barberi Cualla ser elegido como primer director de la SPIAP.⁶⁰⁷

Entre tanto, Rubén Gamboa Echandía fue jefe de la SPIAP durante la Revolución en Marcha,⁶⁰⁸ mote con el que se conoce al primer gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) por su interés en profundizar los cambios sociales a través de varias reformas.⁶⁰⁹ Gamboa era un liberal tolimense que había regresado al país luego de realizar sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile.⁶¹⁰ Su lazo familiar con Darío Echandía, ministro de gobierno y de educación, y uno de los hombres más importantes del reformismo de López,

⁶⁰⁴ Con la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938, la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública se eliminó para dar paso a dos dependencias separadas elevadas a la categoría de Departamento. El Departamento de Asistencia Social quedó a cargo de la dirección técnica y administrativa de las instituciones de asistencia y beneficencia del país. El Departamento de Protección Infantil y Materna estuvo encargado de las investigaciones demográficas y sanitarias sobre las causas médico-sociales que influían en el desarrollo de la función de la maternidad y la salud del niño. Este Departamento amplió la atención a todas las etapas de la niñez, es decir hasta los 20 años, enfocándose en los escolares. MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Fascículo 2°)*, pp. 169-174; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Fascículo 3°)*, pp. 5-11.

⁶⁰⁵ Sobre la incorporación de profesionales médicos a las estructuras administrativas del Estado en Argentina y sus relaciones político-partidistas, consúltese: BIERNAT y RAMACCIOTTI, “La formación en Salud Pública”, pp. 137-139.

⁶⁰⁶ RODRÍGUEZ, “La pediatría en Colombia”, p. 365; FORERO CABALLERO, *Momentos históricos*, p. 489.

⁶⁰⁷ BARBERI, Rafael, “Comunicaciones”, *Revista de Higiene*, 11 y 12 (noviembre y diciembre de 1934), p. 432.

⁶⁰⁸ “Resolución número 185 de 1934 (noviembre 19). Por el cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22760, (14 de diciembre de 1934), p. 610.

⁶⁰⁹ Realmente la “Revolución en Marcha” fue hasta 1936, momento a partir del cual se imprimió la llamada “pausa” debido a la oposición de la Iglesia católica y los industriales a las reformas de López. PALACIOS y SAFFORD, *Colombia*, pp. 535-539. Para mayor información, consúltese: HENDERSON, *La modernización en Colombia*, pp. 254-275; TIRADO MEJÍA, *Aspectos políticos*, passim.

⁶¹⁰ Después de su permanencia en la política nacional hasta inicios de los años cuarenta, Gamboa regresó a Tolima donde fundó la Sociedad de Pediatría y la Casa del Niño. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, CAPÍTULO TOLIMA, *Ibagué*, pp. 99-101.

más su adscripción política al liberalismo de izquierda, beneficiaron a Gamboa para obtener esta posición.⁶¹¹ Gamboa –como Echandía– hizo parte de un grupo de jóvenes, de provincia y sin abolengo, escogidos por López para acompañar su proyecto político e impulsar su programa con el que esperaba modernizar a Colombia.⁶¹²

Bajo el liderazgo de esta burocracia experta y políticamente leal, se instalaron en Colombia las políticas de asistencia a la primera infancia y la maternidad de manera definitiva. La preocupación por la mortalidad infantil pasó de ser un asunto descuidado por los gobiernos locales, que dependía mayormente de la buena voluntad de sectores privados o religiosos, a ser impulsado por el Estado central con políticas específicas, adjudicación de presupuesto y contratación de personal capacitado que, de la mano con particulares e instituciones filantrópicas, desplegó en distintas partes del país los proyectos diseñados desde Bogotá. Cabe aclarar que a pesar de los insistentes llamados y discursos de médicos y políticos sobre la importancia de “mejorar la raza” desde las “cunas”, la salud materno-infantil fue una novedad que se instauró lenta y desigualmente en las regiones sin convertirse en un rubro prioritario dentro de la higiene pública, como veremos más adelante. No obstante, el Estado central se involucró y planteó la obligación de crear instituciones especiales para atender a los niños desvalidos y transformar las condiciones de vida de las madres solteras y trabajadoras. Cada una de las dos administraciones de la SPIAP marcó un momento diferenciado por el enfoque, diseño y puesta en marcha del programa de intervención estatal en correspondencia con la política general del DNH.

LA GESTIÓN ESTATAL DE LA PRIMERA INFANCIA URBANA, 1932-1934

El propósito de la higiene nacional bajo la administración de Enrique Enciso y Alejandro Villa Álvarez fue erigir un Estado moderno que empleara mecanismos más ágiles para la solución de problemas sociales y que fomentara, ilustrara y encauzara la salubridad pública

⁶¹¹ Rubén Gamboa Echandía, <https://www.familysearch.org/tree/person/details/L2GG-JT7>.

⁶¹² GUTIÉRREZ SANÍN, *La destrucción*, pp. 100-101. La generación de Darío Echandía se conoce como Los Nuevos ya que irrumpieron en el mundo de la política a partir de 1925 y ocuparon cargos importantes durante los años treinta sin tener una extensa experiencia en la vida pública. RIVAS GAMBOA, “Darío Echandía”, en línea <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-94/dario-echandia-el-designado-por-excelencia>

en Bogotá y en todo el país.⁶¹³ Para atender esta finalidad, orientaron la estrategia general del DNH en tres sentidos: 1. “Redimir la población” a partir de la instalación de servicios de asistencia, programas preventivos y aplicación de tratamientos; 2. Preparación y vinculación de personal capacitado para desarrollar y asesorar los programas sanitarios y 3. Expandir la presencia estatal en el territorio nacional, especialmente a las ciudades y zonas cafeteras donde la FR había avanzado en sus actividades de salud pública.⁶¹⁴

En el marco de esta estrategia general se inscribió la lucha contra la mortalidad infantil y la degeneración biológica. Enciso reconocía en Colombia una nación que, por no haber recibido considerables corrientes migratorias, dependía exclusivamente de los nacimientos para aumentar su población y “mejorar la raza”. Por tanto, consideró conveniente dirigir los esfuerzos estatales a la edad de lactancia ya que era el periodo donde sucedían en promedio entre el 51% y el 54% de las muertes de menores hasta los 20 años. Este funcionario señalaba que tal mortalidad era un indicador para medir el estado de pobreza de la población, las condiciones higiénicas del país y un punto de referencia para la comparación con otras naciones sobre el grado de civilización alcanzado.⁶¹⁵

El DNH decidió llevar la protección a la niñez especialmente a las capitales departamentales, lugares que preocupaban por la creciente industrialización, la urbanización, el aumento de la concentración de población obrera y, por tanto, de problemas sociales asociados a las enfermedades y muertes en la infancia.⁶¹⁶ Un primer paso en este sentido fue acopiar información sobre el estado en que se encontraba la defensa de la primera infancia con el fin de trazar la ruta a seguir desde el nivel central del Estado.

⁶¹³ Como director, Enciso se encargó de la higiene general, la protección infantil y la lucha antituberculosa. Mientras que Villa Álvarez, como subdirector, se ocupó de la estadística y la asistencia pública conformada por hospitales, asilos, orfanatos y manicomios. De él también dependían los directores departamentales de higiene. ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, p. 5; ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, “Departamento Nacional de Higiene”, pp. 136-137.

⁶¹⁴ George Bevier a H.H. Howard, enero 30, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311:Colombia, caja 71, carpeta 580; “Resolución número 13 de 1933 (enero 26). Por la cual se enumera y se fijan los ramos que deben atender las secciones dependientes del Departamento Nacional de Higiene”, *Revista de Higiene*, 4, (abril de 1933), pp. 106-110.

⁶¹⁵ Annual Report for the year 1934 on the Cooperative Health Activities in Colombia. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine reports, caja 132, carpeta 1557.

⁶¹⁶ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director*, pp. 57-58.

La situación de la infancia y su protección en 1932

Bajo la dirección de Rafael Barberi, la SPIAP realizó en 1932, por primera vez, un balance para conocer la situación general de la infancia en lo concerniente a su mortalidad en el primer año de vida, ilegitimidad y servicios dedicados a su cuidado y asistencia. Su objetivo fue proyectar una estrategia para la expansión de la campaña de protección infantil por fuera de Bogotá, identificar las limitaciones estatales para llevarla a cabo, interesar a autoridades sanitarias y civiles locales por un asunto desatendido y controlar la distribución de los subsidios nacionales que recibían algunas instituciones. Inicialmente, la SPIAP concentró su interés en los niños de las ciudades por considerarlos más expuestos a las enfermedades, el abandono y la muerte a causa del trabajo femenino en las fábricas, la miseria y la ilegitimidad que sobresalía en los nacientes barrios obreros.⁶¹⁷

Cuadro 1. Mortalidad infantil y mortinatalidad en las capitales departamentales de Colombia, 1932

Ciudad	Natalidad (Nacimiento de niños vivos)	Mortinatalidad (Nacimiento de niños muertos)	Mortalidad infantil (De 0 a 1 año)	Por cada 1.000 nacidos vivos murieron en el primer año
Santa Marta	628	35	163	259
Manizales	2446	37	619	253
Cartagena	1097	51	248	226
Bucaramanga	1508	78	323	214
Bogotá ⁶¹⁸	7569	483	1558	205
Tunja	816	4	156	191
Cúcuta	1999	50	336	168
Barranquilla	3305	139	552	167
Neiva	612	5	101	165
Cali	2962	157	461	155
Pasto	1594	-	218	136
Popayán	975	1	126	129
Medellín	4418	122	551	124
Ibagué	1902	12	203	106

Cuadro elaborado por Rafael Barberi. **Fuente:** BONILLA, Ricardo, “La protección infantil”, *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), p. 3.

⁶¹⁷ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 53-54.

⁶¹⁸ Las altas cifras de nacimientos y muertes infantiles en la capital obedecen a la mayor concentración de población de esta ciudad. Bogotá en 1905 tenía alrededor de 100.000 habitantes, cifra que solo alcanzaron otras ciudades importantes como Medellín, Barranquilla y Cali treinta años más tarde. RUEDA PLATA, “Historia de la población”, pp. 372-376

La SPIAP halló lo siguiente. En las catorce capitales departamentales, la tasa de mortalidad infantil sobrepasaba las 100 y en ocasiones las 200 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. Esta era una cifra alarmante si se consideraba que para la época más de 70 fallecidos representaba una elevada o superlativa mortalidad. Barberi especificó que, del total de muertes de niños menores de un año ocurridas en las ciudades colombianas, el 66.6% eran causadas por enfermedades gastrointestinales o respiratorias, ambas evitables si se ponía en práctica la acción de la higiene y la sanidad en combinación con servicios de protección infantil. El otro 33.4% de las muertes correspondían principalmente a las siguientes enfermedades: debilidad congénita, tos ferina, sarampión, tuberculosis, difteria, sífilis, gripe y meningitis.⁶¹⁹

Igualmente, se concluyó que del total de los nacimientos en los departamentos (234.661), el 27,6% correspondía a natalidad ilegítima (64.830). Los departamentos de la Costa Atlántica (Magdalena, Atlántico y Bolívar) presentaban las tasas más altas de ilegitimidad con un promedio del 53%. En contraste, Antioquia y Caldas tenían las cifras más bajas con el 12.8% y 13.6%, respectivamente.⁶²⁰ Entre tanto, de las ciudades capitales, Santa Marta, Cartagena y Manizales registraban en promedio las cifras más altas de mortalidad infantil.⁶²¹ La SPIAP desconocía las razones de esta situación, pero como autoridades sanitarias, veían con preocupación dichas cifras, ya que la ilegitimidad era entendida como la causa más frecuente del abandono de niños y un factor adverso para su desarrollo normal. Se consideraba que los niños ilegítimos tenían dos veces más probabilidades de muerte que los legítimos, con un destino marcado por la vagancia, la mendicidad y la delincuencia. Este panorama podría ser más difícil si se tiene en cuenta que el Estado solo estaba al corriente de las dos terceras partes de los nacimientos reales que ocurrían en el país, de manera que los niños en peligro de muerte y abandono por año podrían ascender a cerca de 100.000 debido al rechazo que recibía la madre soltera por parte de la sociedad y su propia familia.⁶²²

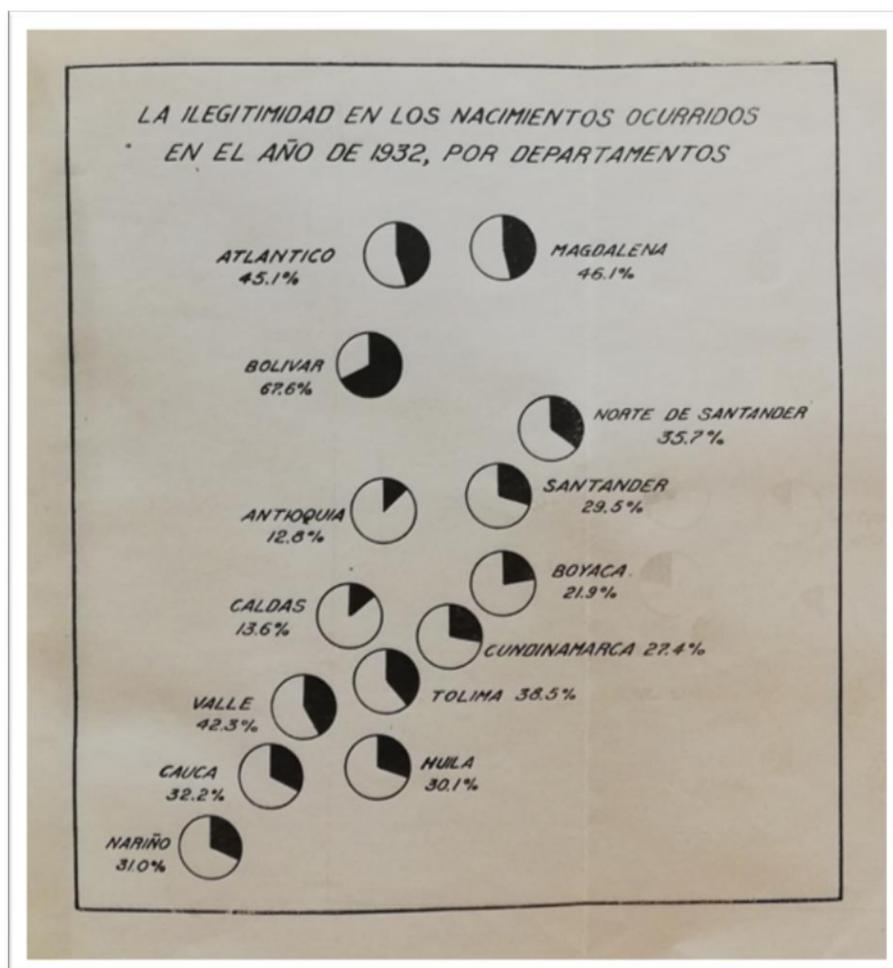
⁶¹⁹ BONILLA, Ricardo, "La protección infantil", *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), pp. 1-8; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director*, p. 67.

⁶²⁰ Desconozco las tasas de ilegitimidad por cada ciudad capital. "La ilegitimidad en los nacimientos ocurridos en el año de 1932, por departamentos", *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero-abril de 1935), s.p.

⁶²¹ BONILLA, Ricardo, "La protección infantil", *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), p. 3.

⁶²² GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, "Apartes del informe que presenta la Sección de Protección Infantil al señor Director del Departamento Nacional de Higiene", *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero a abril de 1935). pp. 28-30;

Imagen 6. La ilegitimidad en los nacimientos ocurridos en el año de 1932, por departamentos



Fuente: *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero-abril de 1935), s.p.

Es importante advertir que las cifras empleadas por el DNH para evaluar la situación que debían enfrentar no eran completamente confiables. Los datos recopilados por los alcaldes o las autoridades sanitarias locales eran incompletos o tenían errores porque los despachos parroquiales mantenían la potestad para acopiar la información sobre nacimientos, matrimonios y defunciones. Este escenario llevó a que durante los años treinta la estadística oficial careciera de información consolidada sobre la mortalidad infantil en el país. A pesar

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director*, pp. 47-48; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1932*, p. 75.

de que los gobiernos liberales manifestaron el interés por modernizar el Estado, lo cual implicaba hacerlo más eficiente para conocer y hacer presencia en el territorio nacional, aún para los años cuarenta la fragilidad del Estado se hacía evidente al no tener la capacidad de acopiar los datos suficientes para presentar un estudio completo sobre la infancia colombiana.⁶²³ La dificultad del subregistro en materia de natalidad se ahondaba debido a que muchos bebés, a menudo los ilegítimos, nunca eran bautizados o no lo fueron en sus primeros años de vida. La falta de médicos graduados en la mayor parte del país, también perjudicó la veracidad de los datos ya que ellos debían ser los responsables de comprobar la causa de las muertes y expedir el certificado de defunción.⁶²⁴ En palabras del médico Laurentino Muñoz, era un “error” hablar de mortalidad infantil en Colombia porque en el registro parroquial no se anotaban los muertos sin bautismo –los cuales generalmente enterraban en los solares o patios de las casas– ni se declaraban los nacimientos de los niños del campo.⁶²⁵

Las cifras que debían obtenerse de la relación entre el número de defunciones de niños hasta un año *versus* el número de nacimientos era imposible obtenerla, razón por la cual solo se lograba hacer un aproximado con el cálculo de tales defunciones con las partidas bautismales. Esta situación condujo a que los médicos higienistas desconfiaran de la calidad de los datos enviados desde las regiones e intentaban hacer sus propias inferencias a la espera de ser perfeccionadas a futuro con el avance de la estadística demográfica en el país.⁶²⁶ De esta tendencia, solamente se distanciaban ciudades como Bogotá, Cali y Barranquilla en donde se elaboraban cifras más exactas debido a la mayor capacidad de llevar estadística nosográfica más cuidadosa.⁶²⁷

Ante ello, el gobierno procuró superar las deficiencias que tenía el Estado sobre el conocimiento de la población que pretendía intervenir.⁶²⁸ En un esfuerzo secularizador,

⁶²³ LOPERA, Belisario, “El problema de la mortalidad infantil en Colombia”, *Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura*, 2, (diciembre de 1942), pp. 61-66; ABEL, “Filantropía externa”, p. 71.

⁶²⁴ Georges Bevier. Report on work for the relief and control of hookworm disease in Colombia for the year 1931. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3: Routine Reports, caja 136, carpeta 1587. En el *Anuario de Estadística* de 1938 se hizo la salvedad de que los coeficientes de natalidad de algunos departamentos se realizaron con base en los registros de bautizo, por lo que eran incompletos y susceptibles de variación. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1938*, p. 21.

⁶²⁵ MUÑOZ, *La tragedia*, pp. 18-19.

⁶²⁶ ESTRADA ORREGO, “La valeur des chiffres”, pp. 241-244; ESTRADA ORREGO, GALLO y MÁRQUEZ, “Retórica de la cuantificación”, p. 4.

⁶²⁷ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director*, pp. 43-61.

⁶²⁸ “Estadística vital”, *Revista de Higiene*, (febrero de 1933), pp. 37-38.

intentó desmontar el monopolio de la Iglesia católica sobre la información demográfica y legitimar su accionar sobre lo público con la creación de una Sección de Estadística Vital en 1932 y la implementación del registro civil en 1934, pero sin mucho éxito.⁶²⁹ La debilidad del Estado para hacer cumplir sus mandatos y la incapacidad de notarios y secretarios de Concejos para recopilar la información, permitieron continuar con la práctica que tenían las familias de asentar a sus hijos en las iglesias.⁶³⁰ De allí que los datos obtenidos por parte de civiles también fueran fragmentarios.⁶³¹ La ineficacia en la gestión del Estado llevó también a que el requisito de enviar mensualmente información estadística organizada al DNH fuera aceptado de manera desigual por los departamentos, lo que dificultó la formulación de políticas que debían fundamentarse en datos empíricos certeros de los que poco se disponía.⁶³²

Cabe señalar que además de los inconvenientes en la recopilación de las cifras demográficas, los presupuestos para higiene y asistencia pública fueron de los más reducidos.⁶³³ Entre 1931 y 1937, únicamente se destinó entre el 3% y el 5% para gastos de este ramo, siendo los años 1933 y 1934 los de menos recursos fiscales debido al conflicto territorial con Perú que justificó el incremento del endeudamiento interno y de la inversión militar y de infraestructura, tópicos prioritarios que acapararon mayor parte del presupuesto. Superada la guerra, la higiene retomó los niveles de gasto que tuvo en 1932 pero sin aumentar

⁶²⁹ La Sección de Estadística Vital era apoyada por un Consejo Científico compuesto por los jefes de las secciones de Protección Infantil, Tuberculosis, Lepra, Epidemiología y de Estadística Vital. “Resolución No. 38 de 1934 (febrero 20). Por la cual se crea el Consejo Científico de Estadística Vital”, *Diario Oficial*, 22552, (6 de abril de 1934), p. 48; ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, p. 135.

⁶³⁰ “Decreto número 540 de 1934 (marzo 13) por el cual se reglamenta el título 20 del libro 1° del Código Civil y otras disposiciones sobre registro del estado de las personas”, *Revista de Higiene*, 3 y 4, (marzo y abril de 1934), pp. 78-85; “En la obra del registro civil obraron de común acuerdo el gobierno y el clero”, *El Tiempo*, (14 de marzo de 1934), p. 1.

⁶³¹ “[...] En la mente del hombre ineducado, del campesino y del obrero estaba presente la circunstancia de que el párroco guardaba el registro de su vida, en tanto que el alcalde sólo tenía el registro de los impuestos, del servicio militar, de las multas y de otras cargas. De ahí que la autoridad civil sea institución menos respetada en los pueblos que la autoridad eclesiástica.” LOZANO Y LOZANO, Juan, “El registro civil”, *El Tiempo*, (15 de marzo de 1934), p. 4; “El registro civil”, *El Tiempo*, (14 de marzo de 1934), p. 4.

⁶³² “Resolución número 92 de 1934 (junio 13). Por la cual se fijan las obligaciones de los Alcaldes y encargados del registro civil en relación con la estadística demográfica”, *Diario Oficial*, 22636, (17 de julio de 1934), p. 169; “Ley 92 de 1938 (junio 11) por la cual se dictan algunas disposiciones sobre registro civil y cementerios”, *Diario Oficial*, 23803, (15 de junio de 1938), p. 929.

⁶³³ CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, pp. 287-288.

en proporción, pues el gasto social del Estado se concentró en el ramo de la educación (Ver Anexo 4).⁶³⁴

Cuadro 2. Distribución porcentual de gasto nacional en higiene y asistencia pública por ramos, 1924-1933

Ramo Año	Lepra	Anemia tropical	Tuberculosis	Paludismo y pian	Enfermedades venéreas	Saneamiento de puertos	Auxilios a hospitales	Protección infantil, Gotas de Leche	Otros gastos
1924	75.9%	3.4%	-	-	-	5.4%	10.1%	0.5%	4.7%
1925	75.6%	3.5%	-	-	-	5.3%	11.0%	0.9%	3.7%
1926	72.3%	2.9%	-	-	-	5.2%	11.3%	1.3%	7.0%
1927	67.9%	2.5%	0.7%	-	-	5.9%	15.4%	1.1%	6.5%
1928	68.6%	2.0%	0.3%	-	-	3.5%	15.8%	1.2%	8.5%
1929	64.5%	2.2%	0.7%	1.3%	0.1%	2.4%	17.0%	3.1%	8.7%
1930	75.8%	2.5%	0.2%	0.7%	0.1%	4.1%	7.5%	1.5%	7.6%
1931	75.2%	2.3%	0.3%	0.4%	-	5.6%	6.2%	1.8%	8.2%
1932	71.6%	2.3%	1.2%	0.8%	0.3%	6.7%	5.7%	1.3%	10.1%
1933	71.8%	2.5%	0.8%	0.8%	0.1%	7.0%	6.1%	1.6%	9.3%

Fuente: DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1933*, p. 222.

Dentro del DNH, la SPIAP era uno de los ramos que recibía menos presupuesto para invertir en su campaña. A pesar de la voluntad de Enciso de afianzar la política de protección a la infancia y del discurso médico-científico que enaltecía al binomio madre-hijo como el cimiento principal de la nación y del “mejoramiento de la raza”, este siguió siendo un asunto

⁶³⁴ DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1935*, pp. 300-301; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1937*, p. 287; Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación Nacional, junio 19, 1936. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 3, ff. 432r-433r; Jefe de la Sección de Presupuesto y Contabilidad del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Director del Departamento Nacional de Higiene, junio 24, 1936. AGN SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 3, f. 436r. Para mayor información, consúltese: OCAMPO GAVIRIA, “La crisis mundial”, pp. 233-244.

secundario en cuanto a gasto público se refiere. Entre 1932 y 1934, del pequeño porcentaje que recibía el DNH, se asignó para la protección infantil y auxilios a Gotas de Leche solamente entre el 1.3% y el 1.8% respectivamente. Tales recursos se concentraron en Bogotá toda vez que era la única ciudad que había adelantado la organización de distintos tipos de establecimientos oficiales para la atención infantil y materna. La Higiene Nacional tenía responsabilidades adquiridas con el sostenimiento de lazaretos, el saneamiento de los puertos y el auxilio a hospitales públicos y privados que consumían gran parte del dinero asignado.⁶³⁵ El gobierno nacional esperaba que, en cumplimiento de la Ley de Protección a la Infancia, los hospitales subsidiados se encargarían de atender los partos y tratarían las enfermedades graves en los niños a través de la adecuación de salas de maternidad y consultorios médicos gratuitos para embarazadas y niños menores de diez años.⁶³⁶

Con lo expuesto, es evidente que el DNH tuvo considerables limitaciones para plantear de manera efectiva una política destinada a proteger la primera infancia. En primer lugar, era inexistente un relevamiento estadístico que permitiera saber cómo estaba conformada la niñez colombiana o conocer sus necesidades. En segunda instancia, el dinero disponible era insuficiente para asumir completamente la creación de establecimientos de asistencia como esperaban los responsables de la Higiene Nacional. A ello hay que sumar el escaso personal femenino especializado para trabajar en las distintas instituciones sociales, así como insuficientes médicos expertos en Pediatría que pudieran trasladarse a los diferentes espacios territoriales a implementar algún programa.

Para plantear una estrategia sostenida en el tiempo, Rafael Barberi, como jefe de la SPAIP, evaluó la atención a la infancia en los departamentos. Desde Bogotá se desconocía si las autoridades departamentales cumplían con el mandato de fundar establecimientos de protección infantil y si los empresarios, obligados a crear y sostener salas cuna para sus obreras, acataban las normas expedidas en 1924. Cabe señalar que, por su parte, el Estado

⁶³⁵ Tres colonias de leprosos recibían entre el 70% y el 75% del presupuesto de la higiene. Los lazaretos generaban tal cantidad de gastos debido a la política de segregación que regía para el tratamiento de la enfermedad. Aunque la tuberculosis o la uncinariasis originaban mayor mortalidad, la lepra había sido entendida como absolutamente contagiosa y generaba temor y rechazo social a causa de las mutilaciones y desfiguraciones en los enfermos. OBREGÓN TORRES, *Batallas contra la lepra*, pp. 262-270; CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 285; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1935*, pp. 126-131.

⁶³⁶ DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1933*, pp. 224-225; “Cómo se invierten los dineros de la Nación en el ramo de Higiene y Asistencia Pública”, *Revista de Higiene*, 8, (agosto 16 de 1932), pp. 276-277; “Estudio estadístico de los Gastos Nacionales por concepto de Higiene y Asistencia Pública en los años de 1924 a 1933”, *Revista de Higiene*, 7, 8 y 9, (julio, agosto y septiembre de 1934), pp. 251-261.

había incumplido el deber de constituir una Junta de Protección Infantil que se encargara de llevar un control de las instituciones y de recolectar datos estadísticos sobre natalidad y mortalidad infantil.⁶³⁷ Por tanto, Barberi levantó un censo de instituciones con el fin de reconocer cuántas había, dónde estaban ubicadas, cuáles eran sus características y si recibían o no auxilios estatales.⁶³⁸ Con el censo también pretendía determinar cuáles Gotas de Leche se beneficiaban de los auxilios nacionales sin vigilancia ni control de su estructura y determinar hacia dónde se debían dirigir los recursos de la Nación según la extensión e importancia de los servicios que prestaban.⁶³⁹

Según la información que arrojó el censo, era nimio el adelanto en protección infantil del país (Ver Anexo 2). Los departamentos y los empresarios evadían la responsabilidad de crear servicios y las pocas instituciones existentes eran en su mayoría caritativas, sostenidas con auxilios nacionales, herencias, donaciones y legados particulares.⁶⁴⁰ En términos de cobertura, únicamente Bogotá contaba con todos los servicios requeridos, tanto públicos como privados. En el resto de las capitales, la Gota de Leche era la institución más habitual debido al llamado que hicieron los médicos desde 1918 para crear este tipo de establecimientos y gracias a los auxilios nacionales que recibían desde 1928. Por tanto, de todo el proceso que abarcaba el cuidado del niño, la atención se concentraba en regular la alimentación defectuosa de los pobres, definir las raciones de leche dependiendo la edad y el peso, e n últimas, de calmar el hambre.⁶⁴¹ Medellín, Manizales, Bucaramanga, Tunja y Barranquilla seguían con una sola Gota de Leche desde 1920 mientras que Ibagué, Cartagena, Santa Marta y Popayán no registraban ninguna.⁶⁴² Cada una de estas entidades tenía

⁶³⁷ “Ley 48 de 1924 (noviembre 29). Sobre protección a la infancia”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 106, (4 de diciembre de 1924), pp. 571-572.

⁶³⁸ Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, octubre 6, 1932; R. Arango a Agustín Nieto Caballero, agosto 3, 1932; Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, julio 28, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, ff. 10r-16r; 19r-20r; 28r.

⁶³⁹ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, “Departamento Nacional de Higiene”, p. 117.

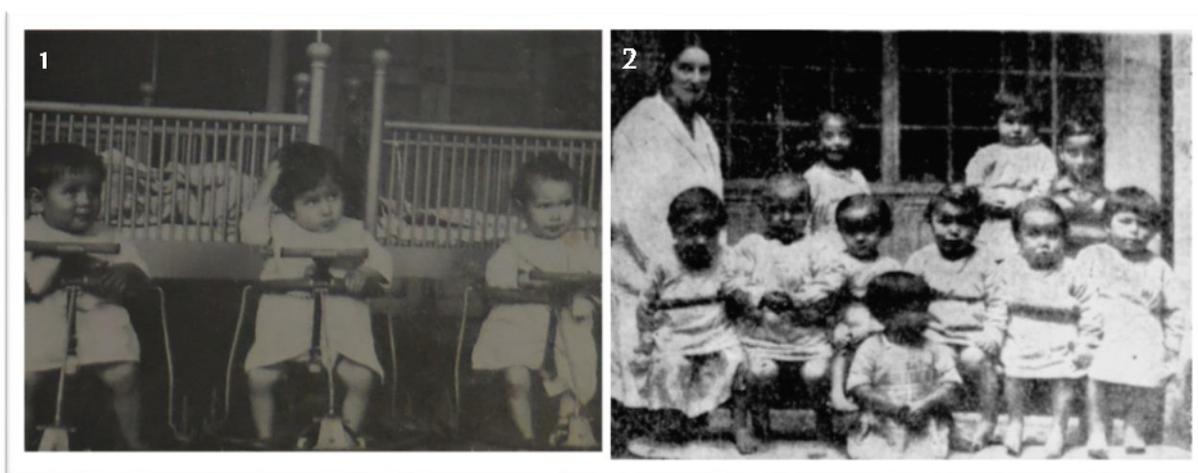
⁶⁴⁰ Beatriz Castro explica que las donaciones, legados y herencias constituían ingresos sustanciales y aumentaban el patrimonio de las instituciones filantrópicas, benéficas o religiosas. Durante los debates al proyecto sobre la creación de la Oficina de Protección a la Infancia en 1930, se consideró intervenir y regular estos aportes. Tal idea no prosperó ya que implicaba afectar instituciones y sociedades religiosas que por décadas se habían responsabilizado de la atención al “desvalido” y, probablemente, propiciaría disputas con la Iglesia católica y con los conservadores en un momento de transición política. Solo hasta 1938 el Estado comenzó a vigilar las inversiones que las instituciones de beneficencia hacían con los mencionados ingresos. CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, pp. 301-313; CAICEDO CASTILLA, *Anexo a la Memoria*, pp. 8-9.

⁶⁴¹ POHL-VALERO, “La raza entra por la boca”, pp. 455-486; GALLO VÉLEZ y MÁRQUEZ VALDERRAMA, “Eufemismos para el hambre”, pp. 29-36.

⁶⁴² ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 194, 201, 214-215.

capacidad de atender entre cincuenta y setenta niños, cantidad requerida por ley para obtener el subsidio nacional. Sin embargo, el auxilio era exiguo para su fortalecimiento y tampoco permitía la ampliación de su infraestructura para ampliarlas a más población.⁶⁴³ A nivel departamental, solamente en Antioquia se habían instalado Gotas de Leche en municipios como San Roque, Sonsón, Amagá, Santo Domingo y Yolombó, que si bien eran pequeños, obtenían subsidios nacionales para su sostenimiento por recibir más de veinte niños por día.⁶⁴⁴

Imagen 7. Niños en las salas cuna de la Cruz Roja Nacional (Bogotá, 1932)



Pie de foto: **1.** Sala-cuna de las Cruces. Niños aprendiendo a caminar. **2.** Grupo de niños de una de las salas cunas de la Cruz Roja.

Fuente: ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, sp.; “La sala cuna del barrio Chapinero”, *El Tiempo*, (21 de mayo de 1932), p. 13

En cuanto a las salas cuna, si bien los departamentos con algún tipo de industrias expidieron ordenanzas dirigidas a los patronos para exigirles su creación, éstas fueron sistemáticamente desatendidas. A través del discurso médico se había intentado persuadir al empresariado de la importancia del cuidado de la infancia para obtener a futuro obreros sanos y vigorosos que trabajarían en sus propias fábricas. Sin embargo, fuera de la sala cuna sostenida por la cervecería Bavaria y administrada por la CRN en Bogotá, ninguna fábrica

⁶⁴³ Según el censo de Barberí, Medellín en su Gota de Leche y sala cuna atendía 605 niños. Si seguimos la información de las demás ciudades, ésta sería una cifra que escapa de los promedios. Hasta el momento no tengo más datos que me permitan contrastar esta cantidad.

⁶⁴⁴ Rafael Barberí a Agustín Nieto Caballero, julio 28, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, f. 12r; PARDO CALDERÓN, *Consideraciones*, p. 15.

había organizado –ni organizó durante los años treinta– su propio establecimiento.⁶⁴⁵ Por su parte, el gobierno central tampoco tenía la suficiente información que permitiera identificar a las empresas que empleaban más de cincuenta obreras ni estaba en capacidad de establecer multas por incumplimiento. La prevalencia del beneficio privado sobre el público terminó por favorecer los intereses de la naciente industria por encima de la defensa a la obrera. Solo en Bogotá había otras cuatro salas cuna administradas por la CRN ubicadas en los barrios pobres de la capital donde existía una importante presencia de trabajadoras (Ver Anexo 2). El objetivo de estos establecimientos era mejorar la salud de los niños mediante un “régimen científico de alimentación” y la atención médica y, principalmente, ayudar a las “mujeres de pueblo” a encontrar un lugar conveniente para dejar a sus hijos mientras ellas permanecían en sus labores. Cabe anotar que, además de estar dirigidas a las obreras de fábricas, dichas sala cunas socorrían a las madres que se dedicaban a vender en la plaza de mercado.⁶⁴⁶

Ciudades con algún grado de desarrollo industrial como Medellín, Cartagena, Bucaramanga y Cúcuta tenían de a una sala cuna financiada por particulares –no por empresarios– y auxilios del gobierno nacional.⁶⁴⁷ Esto sucedió con la Sala Cuna Central de Bucaramanga, creada por el departamento de Santander para la atención de los hijos de obreras de las fábricas de cigarrillos, cigarros, fósforos y sericultura de la ciudad, la cual tuvo que ser auxiliada por el DNH para evitar su cierre.⁶⁴⁸ A pesar de su origen público, dicho establecimiento no recibía los subsidios aprobados por parte de la Asamblea de Santander ni la cuota mensual de los dueños de las fábricas según se había convenido en 1929.⁶⁴⁹ La apertura de una sola Gota de Leche o sala cuna era insuficiente para hacerle frente al problema de la mortalidad infantil dada la escasa cobertura para los diferentes barrios pobres de una ciudad donde tampoco lograba abarcar –ni medicalizar– las distintas etapas del cuidado de la primera infancia.⁶⁵⁰ En las diferentes ciudades del país, el bienestar de la niñez

⁶⁴⁵ BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, p. 13.

⁶⁴⁶ “Una obra admirable”, *El Tiempo*, (31 de marzo de 1931), p. 5; “La sala cuna del barrio Chapinero”, *El Tiempo*, (21 de mayo de 1932), p. 13; BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, pp. 9-10.

⁶⁴⁷ Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, octubre 6, 1932; R. Arango a Agustín Nieto Caballero, agosto 3, 1932; Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, julio 28, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, ff. 10r-16r; 19r-20r; 28r.

⁶⁴⁸ ACELAS ARIAS, “Obreros y artesanos”, p. 77.

⁶⁴⁹ Director Nacional de Higiene a Ministro de Educación Nacional, enero 23, 1934. AGN, SAAII, FMEN, Serie Salud Pública: Informes, caja 3, carpeta 1, ff. 144r-145r; Director Nacional de Higiene a Ministro de Educación Nacional, febrero 12, 1934. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 1, f. 38r.

⁶⁵⁰ LLOREDA, *Informe que eleva*, p. 14.

se desatendió a favor de otros problemas sanitarios que captaban la atención de las autoridades locales, entre los que se destacaban las luchas contra la lepra, la tuberculosis, el paludismo y la uncinariasis.⁶⁵¹

No obstante este panorama, los liberales en el poder consideraron necesario que el Estado ganara reconocimiento y legitimidad a partir de una mayor presencia en el territorio nacional y de la atención de la cuestión social a través de la promoción de la salud para una población que permanecía al margen de la asistencia sanitaria: las madres y sus hijos de las clases pobres y desvalidas. La defensa efectiva de esta población por parte de las instituciones públicas, debía asumir científicamente la intervención desde la gestación hasta la crianza. Por consiguiente, el DNH pretendió crear un sistema de establecimientos conformado por Gotas de Leche, salas cuna, consultorios de niños sanos y enfermos, servicios prenatales y postnatales.⁶⁵²

Sin contar con los suficientes recursos financieros para asumir totalmente los costos de la campaña estatal y la necesidad de ampliar los alcances de la política social, la SPIAP decidió acudir a la iniciativa y la riqueza particular para asistir a la primera infancia pobre. Los responsables de la sanidad nacional estimularon la labor caritativa y educativa que realizaban de forma voluntaria las mujeres de clase alta. Además, la SPIAP pretendió complementar el “fervor apostólico” de las entidades privadas con la transformación de sus actuaciones a unas consideradas correctas, es decir, que abandonarían la idea estrictamente caritativa por una concepción científica de atención y prevención.⁶⁵³ Bajo este esquema, las instituciones serían financiadas y administradas por particulares, pero promovidas, reconocidas, controladas y tecnificadas por el Estado.⁶⁵⁴

En este sentido, el gobierno de Olaya propuso vincular las instituciones caritativas locales a la autoridad sanitaria central para generar una red asistencial donde participaran

⁶⁵¹ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 175-220.

⁶⁵² ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 49-50.

⁶⁵³ “Decreto 593 de 1932 (abril 1). Por el cual se reglamenta la inspección de los establecimientos de higiene, beneficencia y asistencia pública”, *Diario Oficial*, 21955, (abril de 1932), p. 1; BEJARANO, Jorge, “La asistencia pública”, *El Tiempo*, (9 de mayo de 1932), p. 4. Para mayor información, consúltese: CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, pp. 283-317.

⁶⁵⁴ Por tecnificación de las instituciones se hacía referencia a la convergencia de los siguientes factores: preparación “científica” de los teteros, personal capacitado, recolección de datos estadísticos, medicalización de la atención e infraestructura adecuada para el tipo de servicio. BEJARANO, Jorge, “La asistencia pública”, *El Tiempo*, (9 de mayo de 1932), p. 4.

conjuntamente Estado, sociedades particulares, órdenes religiosas y ciudadanos.⁶⁵⁵ Entretanto, los recursos nacionales costearían los salarios de los funcionarios contratados por la SPIAP para organizar servicios y se destinarían a subsidiar las instituciones públicas y privadas bajo vigilancia estatal. Los establecimientos favorecidos con ayudas públicas en dinero o recursos humanos para llevar a cabo su acción sanitarista, debían enviar informes y datos estadísticos al DNH sobre el movimiento de la población que acudía para la atención.⁶⁵⁶ De esta manera, el Estado quería asegurarse de que las instituciones prestaran servicios según su finalidad, se rigieran por reglamentos científicos, tuvieran una dirección médica y ofrecieran atención beneficiosa. Con ello, el Estado aumentaría el conocimiento sobre la niñez y las familias del país, pues los médicos-burócratas construirían sus propios datos vitales y podrían controlar más de cerca la salud de la infancia a medida que se implementaba la campaña como sucedió inicialmente en Bogotá.⁶⁵⁷

Expansión de la campaña a las capitales departamentales

Para llevar a cabo el proyecto de extensión de la campaña de protección infantil y la tecnificación de las instituciones caritativas, la SPIAP se dotó de un pequeño grupo de técnicos y profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) responsables de expandir la intervención estatal por fuera de la capital de la república (Ver Anexos 7 y 8).⁶⁵⁸ Los médicos, además de trabajar en los servicios establecidos en Bogotá, debían determinar la manera en que la campaña alcanzaría una verdadera proyección nacional, para lo cual se hacía imperativo mantener una continua comunicación con los directores departamentales de higiene.⁶⁵⁹ El jefe de la Sección estuvo encargado de realizar visitas a las ciudades con el fin de establecer relaciones con autoridades políticas y sociales locales, así como de evaluar las

⁶⁵⁵ CASTRO CARVAJAL, *Caridad y beneficencia*, p. 283.

⁶⁵⁶ “Gotas de leche y Salascunas. Movimiento en el mes de diciembre de 1932”, *Revista de Higiene*, 2, (febrero de 1933), p. 55; Martín Camacho a Agustín Nieto Caballero, diciembre 6, 1935. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 1, f. 73r.

⁶⁵⁷ REGGIANI, *Historia mínima*, p. 28.

⁶⁵⁸ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, “Departamento Nacional de Higiene”, p. 117; MORALES OLAYA, *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1933*, pp. 113-115.

⁶⁵⁹ La SPIAP contrató tres médicos: uno para dirigir la Sección, otro para encabezar el servicio prenatal y un tercero encargado del servicio de atención de los órganos de los sentidos. Estos profesionales, de manera conjunta con el MEN, debían fomentar la instrucción popular por medio de publicaciones que se distribuían en los establecimientos dedicados al bienestar de la infancia y disponer las medidas de higiene escolar. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Legislación*, pp. 53-55.

condiciones de las oficinas municipales de sanidad en los casos donde las hubiera. En vista que el DNH carecía de facultades para imponer la organización de un servicio sanitario –debido al reconocimiento constitucional de la autonomía municipal– el director nacional recurrió continuamente a la negociación política para animar al cumplimiento de las disposiciones emitidas por el Estado central. La persuasión consistió principalmente en invitar a las asambleas departamentales a trabajar en conexión directa con la SPIAP para lograr unidad de acción, orientar los trabajos y evitar la dispersión en los servicios.

Igualmente, el DNH aumentó la cantidad de enfermeras visitadoras contratadas. De las siete que hubo durante la administración de Pablo García Medina para Bogotá, se pasó a catorce, de las cuales siete continuaron la campaña en la capital mientras que las demás fueron nombradas para el cargo de “Enfermera visitadora departamental” –también llamado “Enfermera departamental de protección infantil”– con la función de articular las instituciones locales a la SPIAP (Ver Anexos 7, 8 y 9).⁶⁶⁰ Junto al jefe de la Sección, estas expertas estaban encargadas de inspeccionar, organizar, modernizar y asesorar personalmente los servicios de nueva o anterior creación, públicos y particulares, en las diferentes capitales a donde eran trasladadas constantemente.⁶⁶¹ Cabe recordar que las enfermeras visitadoras fueron consideradas el principal agente sanitario para intensificar la protección infantil en el territorio nacional y que el DNH había acordado que solo serían contratadas por el Estado aquellas que hubieran realizado estudios especiales para el trabajo en dispensarios, consultorios, Gotas de Leche y demás establecimientos de asistencia social.⁶⁶²

⁶⁶⁰ Aunque el Estado proporcionó a las mujeres de clase alta los espacios para vincularse a trabajos acorde con su educación y por fuera de las actividades netamente filantrópicas, las enfermeras recibían menos de la mitad del salario que devengaba un médico. No ha sido posible averiguar a cuánto ascendía el sueldo de otras mujeres con trabajos calificados (secretarias o profesoras) para dimensionar con mayor claridad el emolumento de las enfermeras de la SPIAP dentro de la fuerza de trabajo femenina. LÓPEZ URIBE, *Salarios*, pp. 146-148.

⁶⁶¹ “Resolución número 36 de 1933 (abril 3). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, No. 22264, (18 de abril de 1933); “Resolución número 51 de 1933 (mayo 2). Por la cual se hacen unos nombramientos y aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22292, (20 de mayo de 1933), p. 226; “Resolución número 64 de 1933 (mayo 29). Por la cual se hacen unos nombramientos y aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22313, (16 de junio de 1933), p. 409; “Resolución número 77 de 1933 (junio 28). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22334, (12 de julio de 1933), portada; “Resolución número 90 de 1933 (julio 25). Por la cual se crea un puesto y se hacen varios nombramientos”, *Diario Oficial*, 22367, (22 de agosto de 1933), portada.

⁶⁶² DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, p. 3. En 1937, el Estado colombiano ratificó el requisito de contratar personal capacitado para las campañas sanitarias. “Resolución número 67 de 1937 (febrero 19). Por la cual se reglamentan las profesiones de practicantes, comadronas,

Con la organización del personal adscrito y la información recopilada en el censo de las instituciones, la SPIAP decidió orientar la campaña de protección infantil en dos sentidos:⁶⁶³ Primero, continuar con el proyecto que había adelantado Pablo García Medina entre 1928 y 1931 a favor de la primera infancia bogotana. Segundo, ampliar la responsabilidad estatal al resto del país con base en la experiencia obtenida en Bogotá, es decir, instalar obras de asistencia con orientación médica adecuada y adscritas a la institucionalidad sanitaria nacional. Es decir, la campaña se organizó de manera diferenciada para Bogotá –donde ya había iniciado– y el resto de capitales.

Respecto a Bogotá, la SPIAP reforzó el avance de los servicios establecidos en el Centro de Protección Infantil y dejó en manos de la CRN y de la Acción Social Infantil la formación de enfermeras visitadoras.⁶⁶⁴ El interés del gobierno nacional por continuar con este Centro residía en que los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional lo utilizaron como espacio de enseñanza, de observación científica para profesionales especialistas en enfermedades de los niños y como lugar para perfeccionar el personal experto que trabajaría en instituciones similares en otras partes de Colombia. Particularmente, sirvió para la capacitación de las enfermeras que pondrían en marcha las estrategias de asistencia pública y educativas pensadas desde la capital.⁶⁶⁵ El establecimiento formaba parte de una red bogotana de instituciones encargadas de proteger al niño durante todo el proceso de gestación, alumbramiento y crianza en el que participaban cooperativamente autoridades sanitarias nacionales, municipales e instituciones particulares de salud como el Hospital San Juan de Dios, el Hospital La Misericordia, Gotas de Leche y salas cuna privadas administradas por médicos, señoras de la elite y la CRN (Ver Anexo 2).⁶⁶⁶

enfermeros, enfermeras visitadoras sociales y asistentes de bacteriología y laboratorio, y se dictan otras disposiciones sobre la materia”, *Diario Oficial*, 23432, (13 de marzo de 1937), pp. 543-544.

⁶⁶³ La administración de Enrique Enciso continuó con el modelo de “campaña” que consistía en dedicar toda la atención a una sola enfermedad o problema, en este caso, evitar la mortalidad infantil por falta de atención médica o de cuidados sociales.

⁶⁶⁴ Para mayor información sobre este Centro y las enfermeras visitadoras, consultar el Capítulo III. GARCÍA MEDINA, *Informe del Director Jefe*, p. 53.

⁶⁶⁵ George Bevier a H.H. Howard, mayo 12, 1932. RAC, RFR, GC, RG 22, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580; “Se reglamentó la protección a la infancia”, *El Tiempo*, (abril 27 de 1932), p. 3.

⁶⁶⁶ Reinaldo Arango a Agustín Nieto Caballero, agosto 3, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, ff. 19r-24r.

En cuanto al funcionamiento de este Centro sabemos que ofrecía atención gratuita a mujeres pobres y sus hijos en los siguientes servicios: Gota de Leche, sala cuna, consultorio de niño sano, consultorio de niño enfermo, servicio prenatal y postnatal. Sus actividades eran preventivas y curativas con el objetivo de evitar que la pobreza o el “descuido” de las madres afectaran las condiciones físicas de sus hijos. Mensualmente atendía entre cuarenta y cincuenta niños sanos y 120 mujeres en promedio.⁶⁶⁷ El Centro promovía la “buena alimentación” y las normas de higiene y puericultura a través de la Gota de Leche; proveía teteros y baños a los niños sanos; suministraba asistencia médica y medicinas gratuitas a niños enfermos que no necesitaran hospitalización; junto con el servicio prenatal municipal, atendía partos a domicilio; auxiliaba “enfermas pobres” en cualquier etapa del embarazo y brindaba tratamiento a enfermedades hereditarias y contagiosas, en especial la sífilis y la tuberculosis consideradas, junto al alcoholismo, de alto riesgo para la salud de la madre al momento del parto y para el recién nacido. También pretendían persuadir a las familias de la importancia de la revisión médica habitual en el niño a pesar de que no hubiese una enfermedad evidente.⁶⁶⁸ Estos servicios estaban alojados en el edificio donde funcionaba el DNH y se complementaban con una clínica de tuberculosis, un consultorio dedicado a la revisión de los órganos de los sentidos y un consultorio dental, todos sostenidos con dinero de la Nación. Como allí también funcionaba el dispensario para el tratamiento de la uncinariasis de la FR, este apoyaba las labores del Centro con la realización de los exámenes coprológicos y el tratamiento de parásitos intestinales.⁶⁶⁹

En relación al trabajo realizado por las enfermeras, estas se dividían entre las que permanecían en los consultorios para examinar a las madres, instruir las en cuestiones de higiene del hogar y personal y enseñarles a preparar teteros adecuadamente, y las encargadas de realizar vigilancia continua y sistemática del domicilio de la madre y del mayor número

⁶⁶⁷ “Gotas de Leche y salas cunas. Movimientos del mes de enero de 1933”, *Revista de Higiene*, 3, (marzo de 1933), p. 96; “Sección de Protección Infantil. Servicio prenatal”, *Revista de Higiene*, 3, (marzo de 1933), p. 97; “Sección de Protección Infantil. Servicio postnatal”, *Revista de Higiene*, 3, (marzo de 1933), p. 98.

⁶⁶⁸ FORERO VILLAVECES, “Higiene prenatal”, pp. 18-20. Para mayor información, consúltese: STERN, “Madres conscientes”, pp. 293-337.

⁶⁶⁹ George Bevier a H.H. Howard, mayo 12, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580. Desde 1923, la FR tuvo bajo su dirección el Departamento de Uncinariasis a cargo de George Bevier. Este Departamento pasó a ser una sección del DNH hasta 1933 cuando la FR canceló el apoyo financiero que aportaba a esta enfermedad y se concentró en la fiebre amarilla. QUEVEDO, Emilio *et al*, *Café y gusanos*, pp. 183-191, 238-245. Para mayor información, consúltese: CUETO, “Los ciclos de la erradicación”, pp. 179-201.

posible de recién nacidos en un área determinada.⁶⁷⁰ A través de las visitas domiciliarias, ellas pretendían penetrar en la vida del pobre para conocer sus costumbres y problemas más urgentes y transformarlos por medio de la educación. Durante estos encuentros repartían hojas impresas con indicaciones escritas y dibujadas sobre la manera “correcta” de evitar enfermedades contagiosas y sobre las prácticas “racionales” para cuidar el bebé.⁶⁷¹ No obstante, las visitas domiciliarias fueron poco frecuentes porque estas expertas no permanecían en Bogotá o eran ubicadas en otras campañas de acuerdo a las necesidades del DNH.⁶⁷² Ellas fueron constantemente trasladadas a otras ciudades para replicar en el territorio nacional la idea de protección infantil planeada desde el centro.⁶⁷³

Ahora bien, ¿de qué manera la SPIAP implementó la campaña de protección infantil en las demás capitales? Como el presupuesto era insuficiente con relación a las necesidades nacionales, el gobierno central optó por trazar las directrices generales que debían asumir los gobiernos locales a la par que otorgó auxilios para sufragar los costos de los diferentes servicios. Sin embargo, la pretensión por renovar y ampliar la infraestructura en los departamentos era irrealizable a través de subsidios, pues los montos contemplados eran insuficientes para lograr un mejoramiento en esta materia a lo largo de las diferentes regiones del país. Por esta razón, el crecimiento de la red asistencial pasó a depender, en buena medida, de la voluntad de las elites locales que podían contribuir con recursos humanos y económicos, servir de interlocutores de las políticas sociales y legitimar las formas de asistencia propuesta desde la SPIAP. El gobierno nacional y local capitalizó la forma de contribución propia de la caridad y la beneficencia para favorecer la modernización administrativa de la asistencia y la adecuación de políticas sociales a su cargo.⁶⁷⁴

Bajo estas circunstancias, el DNH decidió mantener la combinación de esfuerzos privados y públicos que había sido central en la ayuda a los pobres desde años atrás, aunque

⁶⁷⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez*, pp. 4-5.

⁶⁷¹ GARCÍA MEDINA, *Informe del Director Jefe*, pp. 21, 44.

⁶⁷² Regularmente, las enfermeras visitadoras fueron integradas a la campaña antituberculosa y en los lazaretos donde se brindaba atención a niños sanos hijos de leproso. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, “Sección de protección infantil-servicio postnatal”, *Revista de Higiene*, 3, segunda época, (marzo de 1933), p. 98.

⁶⁷³ “Gotas de Leche y salas cunas. Movimientos del mes de enero de 1933”, *Revista de Higiene*, 3, (marzo de 1933), p. 96.

⁶⁷⁴ Sobre los recursos fiscales y la intervención social del Estado en México, consúltese: LORENZO, “Ley y eficacia”, pp. 64-95.

con la pretensión de ejercer control sobre su forma de organización.⁶⁷⁵ La ampliación de la campaña a los municipios se sustentó entonces en las instituciones de caridad y beneficencia existentes donde las mujeres de elite y los médicos locales ejercían liderazgos que servirían a los propósitos de las autoridades nacionales en la extensión de la “acción protectora” hacia la infancia. Cabe recordar que, como afirma Andrés Reggiani, la defensa del matrimonio, de la familia y de la infancia permitió un espacio de colaboración entre los objetivos científicos de “mejoramiento de la raza”, la higiene materno-infantil y las actividades caritativas desde el catolicismo.⁶⁷⁶ La relación de ayuda recíproca entre conocimiento científico y caridad permitió la capacitación de las “damas prestantes” en nociones de higiene por parte de los médicos y que, a su vez, ellas participaran voluntariamente en sus instituciones.⁶⁷⁷ Igualmente, por la condición de hijas, sobrinas, hermanas, primas o esposas de importantes médicos o políticos, tales mujeres tuvieron la oportunidad de vincularse a establecimientos de protección infantil e intervenir en eventos públicos y privados en los que demandaron respaldo a sus obras caritativas.⁶⁷⁸

En este sentido, la campaña nacional de protección infantil de la SPIAP se basó en dos acciones. La primera consistió en respaldar la labor de la CRN y ratificar su acompañamiento como institución colaboradora del Estado para enfrentar los problemas sociales y “aliviar” la carga económica que representaba su solución.⁶⁷⁹ Para ese momento, la CRN gozaba de prestigio entre la comunidad y había comenzado a expandir su presencia por fuera de Bogotá. Desde los años veinte, los médicos y enfermeras bogotanos vinculados a esta entidad trabajaban de la mano con la oficina de la higiene nacional por la atención de la población materna e infantil. A lo largo de este periodo, varios de los altos funcionarios también ocuparon importantes posiciones en la CRN como sucedió con Jorge Bejarano, José María Montoya y los conocidos Enciso y Villa Álvarez.⁶⁸⁰

⁶⁷⁵ Anne-Emanuelle Birn afirma que la combinación de respuesta para la atención de la infancia entre estatales y privados fue característica de América Latina por el limitado esfuerzo del Estado para asumir la responsabilidad. BIRN, “Child health”, p. 697.

⁶⁷⁶ REGGIANI, *Historia mínima*, p. 28.

⁶⁷⁷ CASTRO CARVAJAL, “Las visitas domiciliarias femeninas”, pp. 111-116

⁶⁷⁸ “Relación de debates sesión del día 30 de mayo de 1931”, *Anales del Senado*, 328, (2 de junio de 1931), pp. 2583-2584; GRANADOS, Jorge, “Se adelanta en Santa Marta una campaña de protección infantil”, *El Tiempo*, (4 de agosto de 1932), p. 6. Para información sobre las mujeres y su labor voluntaria a las instituciones de protección infantil en Argentina, consúltese: GUY, *Las mujeres*, pp. 67-134; TOSSOUNIAN, “Las asociaciones femeninas”, pp. 58-93.

⁶⁷⁹ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, “Departamento Nacional de Higiene”, pp. 116-117.

⁶⁸⁰ BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, p. 7.

El estrecho vínculo facilitó que el DNH alentara la instalación de Comités Seccionales para que sirvieran de representantes del Estado central en los municipios.⁶⁸¹ El convenio se planteó en los siguientes términos: la CRN aportaría su experiencia en la creación de servicios de protección infantil y las “fuerzas femeninas” conformadas por las enfermeras y las señoras de élite encargadas de la conformación de comités y de recoger fondos para sostener las nacientes instituciones.⁶⁸² Entretanto, el DNH procuraría subsidios y personal médico para liderar la fundación de servicios como Gotas de Leche, salas cuna, refugios maternales y clínicas infantiles.⁶⁸³

Imagen 8. Gota de Leche y Consultorio de la Cruz Roja de Nariño, Pasto



Fuente: ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, s.p.

⁶⁸¹ CRUZ ROJA NACIONAL, *Semana de mayo*, s.p.; George Bevier a H.H. Howard, noviembre 23, 1932. RAC, RFR. GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580.

⁶⁸² En 1935, la CRN se convirtió oficialmente en organismo de ayuda de asistencia social del gobierno. “Se inauguró ayer el dormitorio Nemesio Camacho para niños”, *El Tiempo*, (24 de noviembre de 1935), p. 2; FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, pp. 71-87; *Anuario general de estadística 1935*, p. 119.

⁶⁸³ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 49-50; BEJARANO, *Informe del presidente*, pp. 3-11.

Con la vinculación formal de la CRN a la campaña de protección infantil nacional, se instalaron Comités Seccionales en ciudades principales como Barranquilla, Cartagena, Cali, Bucaramanga, Tunja, Cúcuta y Popayán y también en municipios secundarios como Túquerres e Ipiales (Nariño), San Gil (Santander) y la isla de San Andrés y Providencia.⁶⁸⁴ Tales Comités ayudaron a la ampliación de servicios donde había alguno previamente con la creación de Gotas de Leche, salas para niños enfermos y servicios prenatales. (Ver Anexo 3).⁶⁸⁵ En cada uno de estos lugares, las señoras de elite se vincularon a las instituciones para acompañar las labores de enfermería y la realización de diferentes eventos sociales para obtener recursos.⁶⁸⁶ El DNH apoyó la labor de la CRN con el envío de enfermeras visitadoras quienes trabajaron en la instalación de los servicios.⁶⁸⁷

La segunda acción correspondió a la medicalización de las instituciones locales de protección infantil públicas o privadas –existentes o de reciente creación– para conformar lugares de asistencia social especializados y científicos.⁶⁸⁸ Esta labor estuvo a cargo de las enfermeras visitadoras.⁶⁸⁹ Ellas, además de ayudar a la organización de servicios preventivos y curativos, instalaban una especie de escuela donde disponían de un tiempo dentro de sus actividades para capacitar a las “señoras y señoritas” que se harían responsables de continuar los trabajos iniciados por sus instructoras.⁶⁹⁰ La SPIAP quiso aprovechar el “espíritu caritativo” de las señoras de elite y su experiencia en la atención a los pobres para suplir el déficit de enfermeras calificadas y crear espacios de formación que permitiera capacitarlas o

⁶⁸⁴ BEJARANO, *La obra de la Cruz Roja*, p. 31; SALAZAR A., *Informe del presidente*, pp. 3-11; ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, p. 190.

⁶⁸⁵ GAMBOA, Rubén, “Instituciones de Protección Infantil en Colombia”, *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero a abril de 1935), s.p.; SALAZAR A., *Informe del presidente*, p. 5.

⁶⁸⁶ BUENDÍA, *Informe que el Director*, pp. 136-138; “El festival del miércoles a favor de la Cruz Roja”, *El Tiempo*, (21 de mayo de 1932), p. 3; “Servicios de la Cruz Roja”, *El Tiempo*, (21 de mayo de 1934), p. 5; “Rendimiento de la semana de la Cruz Roja en Bogotá”, *El Espectador*, (9 de junio de 1937), p. 7; “Una bella fiesta”, *El Diario*, (4 de marzo de 1933), p. 3.

⁶⁸⁷ FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, Tomo III, pp. 86-131.

⁶⁸⁸ ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 45-46.

⁶⁸⁹ “Resolución número 77 de 1933 (junio 28). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22334, (12 de julio de 1933), portada; “Resolución número 90 de 1933 (julio 25). Por la cual se crea un puesto y se hacen varios nombramientos”, *Diario Oficial*, 22367, (22 de agosto de 1933), portada; “Resolución número 104 de 1932 (junio 1°). Por la cual se crean unos puestos en las Secciones de lucha antituberculosa y de protección infantil”, *Diario Oficial*, (22 de junio de 1932), p. 714; ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 49-50; VILLA ÁLVAREZ, “Informe del Departamento”, pp. 127-143; MORALES OLAYA, *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1933*, pp. 113-115.

⁶⁹⁰ BONILLA, Ricardo, “La protección infantil”, *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), p. 2.

profesionalizarlas en temas de enfermería y salud pública y así convertirlas en aliadas de la higiene nacional.⁶⁹¹

La decisión de formar técnicamente a las mujeres que ejercían voluntariamente acciones en pro de la infancia buscaba suplir la falta de empleadas contratadas por el Estado y de mujeres formadas en educación técnica. Cabe recordar que la Escuela de Enfermeras Visitadoras graduó en total ochenta mujeres quienes desempeñaban diferentes funciones principalmente en Bogotá. De este grupo, solo unas pocas estuvieron dispuestas a viajar a regiones apartadas por lo que fueron insuficientes para atender el proceso de expansión iniciado por el DNH.⁶⁹² Con ello, el DNH reafirmaría la confianza en la función protectora de la caridad, esperaba alcanzar un funcionamiento más eficaz de la política pública. Además, la estrategia ayudaría a evitar algún tipo de exclusión a las madres solteras y sus hijos ilegítimos por cuestiones religiosas o morales pues, en la práctica, la voluntad de servicio de las señoras chocaba con comportamientos y creencias que obstruían la atención.⁶⁹³

Gracias a la conjunción de esfuerzos e intereses de los diferentes actores sociales y políticos descritos, la SPIAP logró plantear y extender la organización “científica” de protección infantil en las ciudades por fuera de la capital de la república. Este avance se basó en los servicios existentes en cada localidad. De esta forma, si los municipios contaban con varias instituciones dedicadas al cuidado infantil, fuesen públicas o particulares, se recomendaba agruparlas en un Centro de Protección Infantil una atención más completa. Si había un solo servicio, las enfermeras visitadoras estarían dispuestas a tecnificarlo para incentivar la creación de otros. En los casos donde se carecía de cualquier tipo de actividad en pro de la infancia, se debía impulsar la creación de Gotas de Leche, institución básica que no requería de la construcción o adecuación de edificios especializados, corregía la alimentación defectuosa y atacaba la pobreza. Además, era una obra de protección y defensa, pero al mismo tiempo una escuela de puericultura. En todas las situaciones el objetivo fue estimular las nuevas prácticas y discursos sobre la maternidad, fomentar nuevos hábitos de higiene, fortalecer los vínculos entre madres e hijos, así como entre agentes sanitarios y madres o familias, contrarrestar especialmente las enfermedades gastrointestinales y de las

⁶⁹¹ ALBÁN, “Para civilizar”, p. 6.

⁶⁹² ENCISO y VILLA ÁLVAREZ, *Informe de las labores*, pp. 39-46; George Bevier a H.H. Howard, diciembre 30, 1933. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, caja 9, carpeta 83.

⁶⁹³ BEJARANO, Jorge, “La asistencia pública”, *El Tiempo*, (9 de mayo de 1932), p. 4.

vías respiratorias y procurar el nacimiento de niños sanos.⁶⁹⁴ Las entidades favorecidas con subsidios quedaban bajo la vigilancia de la SPIAP a la cual debían rendir informes mensuales sobre su funcionamiento.⁶⁹⁵

Con base en el impulso y las recomendaciones de crear servicios desde la SPIAP, para 1934 las catorce capitales departamentales del país habían iniciado la campaña de protección infantil. En todas se había instalado la Gota de Leche y, con excepción de Cali, también una sala cuna. Barranquilla, Popayán, Medellín y Santa Marta registraron tener un Centro de Protección Infantil mientras que en Manizales y Bucaramanga la CRN había ampliado la atención hacia las madres con un consultorio prenatal (Ver Anexo 3).⁶⁹⁶ Cabe señalar que estos servicios, por ser pocos y recientes, solo cubrían un espacio limitado de los barrios pobres en las ciudades y, por tanto, pocos niños. Además, por el gasto que implicaba el repartimiento gratuito de teteros –entre tres y cinco diarios por cada bebé– era restringido el número de niños que podían asistir. Para 1934, la SPIAP calculaba que las Gotas de Leche y salas cuna establecidas en todo el país únicamente habían recibido un total de 1.048 niños y era necesario socorrer en promedio a 450.000 en edades entre 0 y 2 años.⁶⁹⁷

Para lograrlo, se requería una inversión de \$20.000.000 y la Sección recibía solo \$60.000 del Tesoro Nacional. Por tanto, aunque los subsidios invertidos por la nación eran relevantes para el sostenimiento de estas instituciones, los particulares asumieron la mayor parte. En 1933, el gasto departamental o municipal en el rubro de protección infantil era ínfimo o nulo. Únicamente los presupuestos de cinco departamentos (Bolívar, Caldas, Huila y Norte de Santander) y siete municipios (Medellín, Tunja, Girardot, Armenia, Ibagué, Bucaramanga y Cali) contemplaban dentro de los gastos de la asistencia pública máximo el 1% para la protección infantil (Ver Anexo 5).⁶⁹⁸

⁶⁹⁴ BONILLA, Ricardo, “La protección infantil”, *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), p. 6.

⁶⁹⁵ SALAZAR A., *Informe del presidente*, pp. 6-7; FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, pp. 93-131.

⁶⁹⁶ DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1934*, pp. 262-263.

⁶⁹⁷ GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Apartes del informe que presenta la Sección de Protección Infantil al señor Director del Departamento Nacional de Higiene”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero y abril de 1935), pp. 5-6; GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Instituciones de protección infantil en Colombia”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero y abril de 1935), pp. 43-44.

⁶⁹⁸ Por razones que no he podido identificar, Bucaramanga destinó para ese mismo año el 3% de su presupuesto de asistencia pública a temas de protección infantil. GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Gastos de algunos municipios y departamentos de la República, correspondientes a la vigencia del año de 1933, capítulos de beneficencia y protección infantil”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero a abril de 1935), pp. 26-27.

Después de casi una década de expedidas las leyes sociales que trataron de amparar la infancia, para políticos y empresarios era un asunto poco importante y, en cierto sentido, seguía siendo objeto de preocupación del ámbito privado a partir de los criterios y conceptos de la caridad y la filantropía. Tanto el discurso como la práctica médica que cifraba en la supervivencia de los niños el futuro de la nación se habían ceñido a Bogotá. No obstante, las gestiones lideradas por un grupo de médicos que alcanzaron posiciones de poder en la emergente estructura sanitaria nacional impulsaron el comienzo de la expansión de la política social destinada a la primera infancia urbana. Los planes por fortalecer el recurso humano desde la concepción implicaron la creación de instituciones que alimentaran, examinaran y recetaran a los niños, cuyos elevados costos el Estado central no estuvo dispuesto a asumir de forma unilateral. Esta realidad explica la concurrencia de diferentes instancias públicas y particulares en la reciente extensión de la protección infantil a principios de la República Liberal.⁶⁹⁹

Los casos de Cúcuta y Barranquilla

Cúcuta y Barranquilla (capitales departamentales de Norte de Santander y Atlántico, respectivamente) sirven para ilustrar la manera en que se estableció la campaña estatal de protección a la infancia fuera de Bogotá dependiendo de las condiciones en infraestructura e interés de local. Cúcuta era una ciudad que a pesar de que en 1920 figuraba con una Gota de Leche, ésta había desaparecido sin preocuparse por el cuidado de la infancia durante los años veinte.⁷⁰⁰ Solo hasta 1931 se presentó un renovado interés debido a la presencia del médico Luis Patiño Camargo (1871-1978), quien trabajaba para el DNH y la FR en la erradicación de la fiebre amarilla urbana. Este funcionario incentivó la creación de la Gota de Leche y

⁶⁹⁹ La República Liberal es una convención historiográfica que refiere a la vuelta del Partido Liberal al poder entre 1930 y 1946, luego de casi medio siglo por fuera del mismo. Abarca los gobiernos de Enrique Olaya Herrera (1930-1934), Alfonso López Pumarejo (1934-1938), Eduardo Santos (1938-1942), Alfonso López Pumarejo (1942-1945) y Alberto Lleras Camargo (1945-1946). El periodo se ha definido por la historiografía liberal como una “edad de oro” para los procesos de modernizadores y reformistas producto de la profundización del capitalismo y una ampliación de la democracia. Para una visión renovada sobre el periodo, consúltese: GUTIÉRREZ SANÍN, *La destrucción de una república*, passim.

⁷⁰⁰ PARDO CALDERÓN, *Consideraciones*, p. 15.

presidió la Junta Directiva creada para tal fin por representantes del gobierno local, los médicos del Hospital, la Iglesia católica y las señoras de la elite.⁷⁰¹

Para organizar “científicamente” la institución, Camargo contrató, por intermedio de José María Montoya, director de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, a Ana Joaquina Castro Bárcenas “graduada y suficientemente versada en asuntos infantiles por larga práctica en Bogotá”. La enfermera se encargó de arreglar el local de la institución, acopiar los elementos para su funcionamiento, crear los servicios que se ofrecerían y capacitar en nociones básicas de enfermería a las señoras que pertenecían a la Junta. Con el apoyo de la enfermera en formación, Isabel Iriarte –designada desde Bogotá como colaboradora–, Castro Bárcenas tuvo la responsabilidad de inspeccionar a todos los niños atendidos los cuales también eran examinados, pesados y medidos cada ocho días por el médico.

La institución inicialmente fue concebida como una Gota de Leche por el suministro gratuito de teteros para niños pobres cuyas madres no podían atender suficientemente su lactancia, pero Castro también creó una sala cuna para el cuidado de niños normales alimentados al seno materno e instituyó las visitas domiciliarias. Las madres debían presentar un certificado del alcalde donde se confirmara su pobreza y la fe de bautismo del niño o testificación de dos testigos para comprobar que tenía menos de dieciocho meses.⁷⁰² La Gota de Leche fue adecuada en dos sencillas salas, una dispuesta con nevera para conservar los teteros “científicamente” preparados y un tablero donde se llevaba registro del nombre de los niños, su peso y régimen de alimentación, mientras que la otra se destinó para el consultorio médico. Entre tanto, la sala cuna –además de las camitas– se compuso de los baños, un salón con camilla y balanza para revisar a los niños, un comedor y un guardarropa.⁷⁰³ Cuando los servicios quedaron en marcha, Castro e Iriarte retornaron a la capital a ocupar puestos en los servicios de protección infantil y una señora de la Junta Directiva pasó a ser la directora y administradora de los servicios.⁷⁰⁴

⁷⁰¹ Luis Patiño Camargo estudió Medicina en la Universidad Nacional y se especializó en enfermedades tropicales. CÁCERES y CUÉLLAR MONTOYA, *Academia Nacional*, pp. 135-136.

⁷⁰² Reglamento de la Gota de Leche, Cúcuta. El documento reposa en la Biblioteca Jorge E. Cavelier de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, sin clasificar.

⁷⁰³ Cuando los niños eran recibidos en las salas cuna, se bañaban y cambiaba de ropa por un uniforme que llevaban durante su permanencia en el establecimiento. DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades Sanitarias*, p. 128.

⁷⁰⁴ Informe que el presidente de la Junta Directiva de la Gota de Leche rinde a la Junta, marzo 5, 1932. El documento reposa en la Biblioteca Jorge E. Cavelier de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, sin clasificar.

Imagen 9. Espacios de la Gota de Leche-Sala cuna de Cúcuta, 1932



Pie de foto: **1.** Detalle de la ropería de la sala cuna. **2.** Detalle de los baños de la sala cuna. **3.** Un detalle del consultorio. **4.** Comedor de la sala cuna. **5.** Nevera para la conservación de teteros.

Fuente: Informe que el presidente de la Junta Directiva de la Gota de Leche rinde a la Junta, marzo 5, 1932. El documento reposa en la Biblioteca Jorge E. Cavelier de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, sin clasificar.

Imagen 10. Directores, expertos y beneficiarios de la Gota de Leche-Sala cuna de Cúcuta, 1932



Pie de foto: **1.** Doctores Patiño e Isaza examinando un niño de la sala cuna. **2.** Salón de consulta. El médico especialista Doctor M. Isaza Restrepo, la directora señorita Ana Joaquina Castro Bárcenas y la señorita Isabel Iriarte. **3.** El gobernador del Departamento, la directora de la Junta asesora de damas y algunos miembros de la Junta Directiva y Asesora el día de la bendición de la casa. **4.** Un grupo de niños de la Gota de Leche. **Fuente:** Informe que el presidente de la Junta Directiva de la Gota de Leche rinde a la Junta, marzo 5, 1932. El documento reposa en la Biblioteca Jorge E. Cavelier de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, sin clasificar.

A diferencia de Cúcuta donde la asistencia a la primera infancia apenas iniciaba, en Barranquilla existían los siguientes servicios para los infantes desde principios de los años veinte: Gota de Leche, sala cuna y casa de maternidad. La creación de estas instituciones fue posible gracias a la dinámica actividad caritativa y benéfica en la ciudad liderada por la sociedad Estrella de la Caridad (fundada en 1917),⁷⁰⁵ la Cruz Roja Municipal, la Junta de Beneficencia y la Acción Social Católica.⁷⁰⁶ La existencia de estas organizaciones y del Laboratorio de Higiene Pública, hicieron de Barranquilla un lugar con las condiciones necesarias para avanzar en la campaña de protección materna e infantil con una estructura similar a la que presentaba Bogotá.

En una visita a la Costa Atlántica, el director del DNH propuso a la elite local la creación del Centro de Protección Infantil de Barranquilla (CPIB) con el fin de fusionar las instituciones que marchaban de forma separada con “poco rendimiento”, así como ampliar y perfeccionar los servicios existentes. En su condición de voz sanitaria autorizada, Enciso ideó la conformación de un patronato responsable de aportar los dineros para el funcionamiento del Centro compuesto por representantes de las asociaciones particulares y el Estado en sus tres niveles, es decir, el DNH, la Gobernación y el Concejo Municipal. Además, creó una escuela de enfermeras visitadoras para profesionalizar “señoras y señoritas” y vincularlas a la labor del Estado.⁷⁰⁷ El DNH puso a su disposición cinco enfermeras visitadoras graduadas que permanecerían en Barranquilla mientras entrenaban a un grupo de mujeres locales para que estuvieran en condiciones de asumir las futuras labores. Tanto el CPIB como la Escuela fueron instalados en el edificio donde había funcionado la sala cuna de la ciudad a cargo de la sociedad Estrella de Caridad.⁷⁰⁸

Los médicos Martín Camacho, inspector de sanidad del departamento del Atlántico, y el jefe de la SPIAP, Rafael Barberi, adecuaron las diferentes dependencias que

⁷⁰⁵ Estrella de la Caridad fue una institución benéfica dedicada especialmente a ayudar a los niños huérfanos y a las madres solteras. VOS OBESO, *Mujer, cultura*, pp. 60-65; AGUDELO GONZÁLEZ, “Regenerar e higienizar”, pp. 96-97.

⁷⁰⁶ Según Christopher Abel, a través de la Acción Social Católica la Iglesia católica respondió a los programas de bienestar social de la República Liberal. ABEL, *Política, Iglesia*, pp. 184-185; ARIAS, *El episcopado colombiano*, pp. 150-164. Para mayor información, consúltese: BIDEGAÍN DE URÁN, *Iglesia, pueblo*, 54-70.

⁷⁰⁷ Las estudiantes realizaban un año de estudios para obtener un certificado que las acreditaba con competencias para ejercer la profesión de enfermeras visitadoras.

⁷⁰⁸ El CPIB fue inaugurado el 19 de octubre de 1933. “El Centro de Protección Infantil de Barranquilla”, *El Tiempo*, (23 de noviembre de 1933), p. 14.

constituyeron el Centro.⁷⁰⁹ Estos expertos quisieron asegurar la asistencia del niño desde la concepción hasta los cinco años de edad con los siguientes servicios gratuitos y especializados: consultorio prenatal, consultorio externo (para niños enfermos), consultorio escolar, servicios de dentistería, Gota de Leche, consultorio de niño sano y una sala de tratamiento de la sífilis para los niños y sus madres. Este último servicio era apoyado por el Laboratorio Municipal, institución encargada de realizar los análisis solicitados a las madres en las primeras citas para determinar el diagnóstico de sífilis u otras enfermedades que requieran tratamiento médico.⁷¹⁰

También se instaló una oficina de inscripción y estadística, la cual introdujo un sistema de tarjetas de registro como instrumento de recolección de información con pretensiones de sistematización. En los formatos figuraba el CPIB como una institución perteneciente a la SPIAP del DNH y se hacía la salvedad que estaba dirigida al binomio madre-hijo al señalar que atendía a “los niños pobres que son alimentados por sus madres”, a diferencia de otros establecimientos de caridad dedicados a los niños abandonados. Cada servicio debía llevar un registro de las personas atendidas y de los trabajos realizados con la finalidad de hacer un seguimiento a las enfermedades de los niños y a sus condiciones familiares.⁷¹¹

El interés por una información de mejor calidad implicó la recolección de los datos personales de los padres (nombre, edad, dirección, profesión), información de los embarazos anteriores y partos de la madre, observación de su estado físico, resultado de las pruebas de laboratorio sobre antecedentes hereditarios y evolución del peso y talla del bebé. Estos dos últimos datos eran básicos en la lectura que los pediatras hacían del cuerpo del niño en las consultas, pues su relación indicaba si un niño se encontraba “sano” o si estaba por debajo del promedio, situación que lo ubicaba como un niño anormal o mal alimentado.⁷¹² Además, era la manera a través de la cual los médicos demostraban a las familias que con la alimentación adecuada y la vigilancia higiénica, el niño colombiano podía alcanzar la

⁷⁰⁹ “Resolución número 115 de 1933 (septiembre 26). Por la cual se fijan las funciones del Inspector General de Salubridad de los departamentos del Atlántico”, *Diario Oficial*, 22412, (octubre 14 de 1933); FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, p. 97.

⁷¹⁰ A las madres se les practicaba las reacciones de Wassermann y de Kahn para el diagnóstico de la sífilis.

⁷¹¹ En 1936 la SPIAP unificó los formatos que debían utilizar los diferentes servicios en el país y dio instrucciones para su uso (Ver Anexo 10).

⁷¹² GAMBOA, Rubén, “Protección infantil”, *El Tiempo*, (2 de marzo de 1935), p. 5.

“armonía orgánica” de los niños de países civilizados, es decir, que era posible su regeneración.⁷¹³

Entre tanto, con las visitas domiciliarias las enfermeras visitadoras buscaban convencer a las madres sobre los beneficios que ofrecían los servicios del CPIB e inducir las a su utilización para alejarlas de las prácticas de las comadronas. También elaborar un “diagnóstico social” para identificar antecedentes económicos, morales y de salud de los miembros que conformaban la familia. Ellas debían interpretar la información obtenida y determinar qué problemas del entorno familiar afectaban la salud del niño. Esta información sería utilizada por el médico en la consulta con el objetivo de ofrecer un concepto preciso y dirigir un tratamiento.⁷¹⁴ Por tanto, los formatos que debían usar durante las visitas incluían detalles sobre las condiciones económicas y sociales que influían en la salud del niño como el salario de los padres, la higiene de los lugares de habitación y referencias a las horas de sueño, el baño y alimentación que las madres prodigaba a los bebés.⁷¹⁵

Los promotores del CPIB esperaban que toda mujer inscrita quedara bajo su vigilancia a través del contacto permanente con la enfermera visitadora y los consejos que recibirían en el consultorio y por medio de las tarjetas de registro que debían conservar para acceder a los servicios. Al reverso, dichas tarjetas llevaban impreso los días y horarios de consulta, la dirección del servicio y el aforismo básico de la higiene “Prevenir es mejor que curar” con lo que se reafirmaba el carácter preventivo de la atención. De la misma forma se incluyeron indicaciones sobre el cuidado del embarazo, la importancia de la leche materna y de la higiene para la salud del niño.⁷¹⁶

Esta forma de introducir una serie de códigos normativos tenía tres finalidades principales: 1. Complementar la actividad médica realizada en el Centro para inculcar nuevos hábitos en las madres a través de pequeños mensajes que fueran de fácil recordación, 2. Llamar la atención sobre la necesidad de acudir al médico especialista y evitar las prácticas

⁷¹³ RODRÍGUEZ, “La pediatría”, p. 369.

⁷¹⁴ ROBLEDO, Arturo, “Del servicio de visitadoras sociales”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero y abril de 1935), pp. 27-28; FERRO, Matilde, “Nociones generales de la tarea de la Enfermera Social Visitadora”, *Salud y Sanidad*, 68, (abril de 1938), pp. 17-20.

⁷¹⁵ Varios formatos. AGN, SAAIL, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, ff. 208r-258r; Martín Camacho a Agustín Nieto Caballero, diciembre 6, 1935. AGN, SAAIL, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 1, ff. 71r-73r.

⁷¹⁶ Varios formatos. AGN, SAAIL, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, ff. 208r-258r; AGUDELO GONZÁLEZ y CHAPMAN QUEVEDO, “Maternidad y lactancia”, pp. 197-225.

no reconocidas por las autoridades sanitarias, y 3. Aumentar la demanda de los servicios estatales por parte de las familias.⁷¹⁷ Por ejemplo, la tarjeta del servicio prenatal contenía los “diez mandamientos” que toda embarazada debía cumplir para asegurar una buena salud, un parto feliz y un niño sano y robusto.⁷¹⁸ Con cada indicación se esperaba convencer a las mamás de la importancia de la consulta médica durante el embarazo y el parto; de ocupar siempre a una enfermera graduada; de la realización de exámenes clínicos y pruebas de laboratorio y, por último, de la adquisición de buenos hábitos de descanso, aseo, sueño, vestido y alimentación. De paso, se recordaba que el aborto era un delito que además podía provocar graves enfermedades o la muerte.⁷¹⁹ Esta fuerte advertencia partía de la consideración del aborto como un acto que iba en detrimento del interés pronatalista del Estado de aumentar la población y una evidencia de conductas sexuales reprochables que degeneraban moralmente al pueblo.⁷²⁰

⁷¹⁷ GUDIÑO CEJUDO, *Educación higiénica*, pp. 78-79; CASTEJÓN, PERDIGUERO y BALLESTER, “Los medios de comunicación”, pp. 411-437.

⁷¹⁸ Sobre el caso mexicano, consúltese: ALANÍS, “Más que curar, prevenir”, pp. 391-397.

⁷¹⁹ Formato servicio prenatal. AGN, SAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, f. 208v.

⁷²⁰ DEL CAMPO PEIRANO, “La nación en peligro”, pp. 131-188.

Imagen 11. Formato Servicio Prenatal, Barranquilla

210

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA
PATRONATO DEL CENTRO DE PROTECCION INFANTIL

SERVICIO PRENATAL
BARRANQUILLA

No. de Orden _____ Inscripción No. _____
Fecha _____

La señora _____
se envía a la Sala de Maternidad, calle _____ No. _____
para que sea atendida y debe ser recibida a cualquiera hora del día o de la noche.

Médico del Servicio Prenatal, Enfermera Jefe del Servicio,



Imprenta Departamental, Formo 421-2.000

HISTORIA CLINICA

Fecha probable del parto _____

Antecedentes: Primípara _____ Secundípara _____ Multipara _____ No. _____
Puerperio: Fiebre _____ Plégnacia alba _____ Infección local _____

Operaciones Obstetricales: Forceps _____ Versión _____ Extracción de Placenta _____
Otras intervenciones _____

Estado actual _____

Albuminuria _____ Sífilis (R. K. _____) Gonorrea _____ Paludismo _____

Parasitosis intestinal _____
Otras enfermedades _____

Presentación _____
Posición _____
Pelvimetría _____

Tratamiento _____

Estado General _____
Observaciones _____

Médico del Servicio Prenatal, Enfermera Jefe del Servicio,

Fuente: AGN, SAAH, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, ff. 210r-210v.

Imagen 12. Formato Consulta de Lactantes, Barranquilla

<p style="text-align: right;">215</p> <p>Departamento Nacional de Higiene CENTRO DE PROTECCION INFANTIL CONSULTA DE LACTANTES BARRANQUILLA</p> <p>No. _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Padre _____ Madre _____</p> <p>Edad _____ Domicilio _____</p> <p>Barrio _____</p> <p>Fecha de inscripción _____</p>	<p><u>"PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR"</u></p> <p>Días de consulta: Jueves de 8 a 9 a. m. Dirección: Calle 7 de Agosto No. 35. 20 de Julio - Cuartel.</p> <p>Atiende los niños pobres que son alimentados por sus madres.</p> <p>"PESAR EL NIÑO ES EL MEJOR METODO DE SABER COMO ESTA SU SALUD". "LA LECHE DE LA MADRE CORRESPONDE A SU HIJO; NINGUN OTRO ALIMENTO PUEDE SUSTITUIRLA".</p>
--	---

Fuente: AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, ff. 215r-215v.

LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA CAMPAÑA Y LA PROTECCIÓN DE LA “MATERNIDAD OBRERA”, 1934-1938

En 1934, el DNH tuvo una nueva reestructuración que fijó el desplazamiento definitivo de orientación hacia el modelo de salud pública estadounidense y un alejamiento gradual de los modelos europeos, específicamente del francés.⁷²¹ Por consiguiente, a pesar de la recomendación de la ANM al presidente electo, Alfonso López Pumarejo, de señalar a la mortalidad infantil como el principal problema sanitario a solucionar, este asunto continuó ocupando un lugar secundario en la política sanitaria nacional.⁷²² Luis Patiño Camargo, nuevo director del Departamento, quien había trabajado para la FR desde 1925, estuvo especialmente interesado en impulsar el saneamiento y la prevención por encima de la protección infantil y el tratamiento científico de las enfermedades.⁷²³ Centró la atención en la promoción de los sistemas de acueducto y alcantarillado, el saneamiento del suelo,⁷²⁴ el establecimiento de centros de salud permanentes para población pobre y la extensión de la salud pública hacia las zonas rurales más prósperas, particularmente las productoras de café.⁷²⁵

Como parte del nuevo enfoque, el DNH planteó dos cambios importantes que repercutieron en las actividades de la SPIAP. El primero fue la *municipalización*. El DNH

⁷²¹ Este desplazamiento se inició bajo la administración de Enrique Enciso y se afianzó en los años cuarenta con lo cual hubo mayor inserción en el ámbito internacional a través de la adopción de programas sanitarios, el reporte estadístico de enfermedades infecto-contagiosas según tratados internacionales, la puesta en marcha de programas epidemiológicos y la profesionalización de la higiene para médicos y “personal subalterno”. MIRANDA CANAL, QUEVEDO VÉLEZ y HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *Historia social de la ciencia*, pp. 131-133.

⁷²² ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTÁ, *Estudio sobre higiene y asistencia*, pp. 128-129; Alfonso López Pumarejo a Rafael Ucrós, mayo 21, 1934. AGN, SR, FP, Serie Alfonso López Pumarejo, caja 4, carpeta 6, f. 349r.

⁷²³ Patiño Camargo fue director del DNH solo durante el año 1934 pues fue nuevamente contratado por la FR. En 1935 asumió la dirección el médico Arturo Robledo y entre 1936 y 1938 fue nombrado el médico Benigno Velasco Cabrera. Carezco de información sobre la trayectoria de estos personajes. “Decreto 189 de 1934 (enero 26). Por el cual se fija la nomenclatura de las Secciones Centrales del Departamento Nacional de Higiene, su personal y asignaciones respectivas”, *Diario Oficial*, 22508, (febrero 1934), p. 1; FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, pp. 85-91.

⁷²⁴ El saneamiento del suelo consistía en evitar que las heces humanas quedaran al descubierto por ser una de las fuentes más importantes de enfermedades intestinales. El objetivo era cubrirlas con seguridad para prevenir la infestación del suelo en las casas de habitación, los solares, los caminos y las veredas. Además, se buscaba cambiar las costumbres e instruir al pueblo sobre la construcción y uso de letrinas, más la utilización de calzado. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, *Memoria del Ministro de Educación Nacional al Congreso de 1929*, pp. 117-119.

⁷²⁵ Annual Report for the year 1934 on the Cooperative Health Activities in Colombia. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine reports, caja 132, carpeta 1557; George Bevier a H.H. Howard, diciembre 30, 1933; George Bevier a H.H. Howard, febrero 3, 1934. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, caja 9, carpeta 83. Para mayor información, consúltese: QUEVEDO, ET AL, *Café y gusanos*, pp. 332-339.

dispuso la obligatoria cooperación fiscal de las entidades municipales y departamentales para ayudar al Tesoro nacional en los gastos que implicaba la higiene nacional con lo que se podrían asegurar los recursos para cada una de las “calamidades públicas” que debían ser atendidas.⁷²⁶ Esta propuesta partió de un balance que hizo Patiño Camargo acerca del desinterés de las autoridades locales y la limitación presupuestaria de los departamentos para efectuar un programa cabal, lo cual contribuía a que muchos lugares del país continuaran en la “más absoluta falta de higiene”. A nivel municipal, la atención a los pobres seguía siendo un asunto atendido únicamente por particulares mientras que los alcaldes o inspectores de policía desconocían las necesidades sanitarias y carecían de instrucción especial para tomar iniciativas al respecto.⁷²⁷

Con el ánimo de avanzar en el desarrollo y expansión de la higiene y la salud pública, el DNH optó por entregar algunas responsabilidades fiscales a las entidades locales pero conservando su regulación.⁷²⁸ En este sentido, el gobierno central se hizo cargo del sostenimiento de las principales campañas sanitarias (paludismo, uncinariasis, fiebre amarilla, tuberculosis, sanidad de los puertos) y de los subsidios a la asistencia pública (hospitales, asilos, dispensarios), mientras que los municipios y departamentos se encargarían de lo demás, entre ello, la protección infantil. A partir de ese momento, cada municipio debía tener servicios especiales sostenidos principalmente con sus propios recursos y organizados según sus condiciones y circunstancias.⁷²⁹ El DNH solo destinaría auxilios, procuraría mantener la unidad de acción en fines y métodos y prestaría asesoría técnica y científica a las instituciones de protección y asistencia pública. Por su parte, los departamentos atenderían gastos generales y de personal con los recursos provenientes principalmente de las rentas del alcohol y el tabaco.⁷³⁰ Además de la redistribución de la carga fiscal, para expandir los servicios de protección infantil a toda la nación era necesario

⁷²⁶ VELASCO CABRERA, *Informe general del director departamental*, pp. 9-10; VELASCO CABRERA, Benigno, “La sanidad en Colombia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 3, (marzo de 1938), pp. 191-195.

⁷²⁷ MORALES OLAYA, *Memoria del Ministro*, pp. 133-134; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario general de estadística 1935*, p. 303.

⁷²⁸ PATIÑO CAMARGO, Luis y Jorge DE FRANCISCO, “Proyecto de presupuesto del Departamento Nacional de Higiene para el año de 1935”, *Revista de Higiene*, 6, (junio de 1934), pp. 205-219.

⁷²⁹ Director Departamental de Higiene (Tolima) al Ministro de Educación Nacional, diciembre 28, 1934. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 199, carpeta 1, ff. 201r-203r.

⁷³⁰ “Editorial”, *Revista de Higiene*, 6, (junio de 1934), pp. 203-204; PUBLICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Instituciones de Utilidad Común*, pp. 7-21.

mayor control administrativo en los municipios, asunto que podían ejercer más fácilmente las autoridades locales:

[...] contemplando el asunto con criterio fiscal y administrativo, es obvio que el llamado Tesoro nacional no podría por sí solo cargar con los gastos de la protección infantil en todo el territorio y si destinara sus recursos a determinadas regiones nunca se podría explicar satisfactoriamente por qué no se hace lo mismo con las demás, pues la necesidad es tan intensa y apremiante en las regiones orientales como en las occidentales y en las costas como en las montañas. Y a la Nación le quedaría muy difícil manejar y vigilar desde lejos el numeroso personal indispensable para el servicio de protección infantil en toda la República o en una gran extensión de ella.⁷³¹

En vista que la campaña contra la mortalidad infantil pasó a ser competencia de cada municipio, desde 1934 la SPIAP dejó de prestar servicios para dedicarse a la inspección, asesoría y vigilancia de las instituciones existentes en el país. Por esta razón el Centro de Protección Infantil perteneciente al DNH de Bogotá se trasladó a la DMHB.⁷³² En personal, la SPIAP quedó únicamente conformada por el médico jefe y un médico auxiliar y, de acuerdo a las solicitudes locales, se contrataban enfermeras visitadoras para asesorar la instalación de servicios.⁷³³ Igualmente, la CRN entregó al municipio de Bogotá las salas cuna que administraba –con excepción de la de Bavaria– pero decidió continuar su labor hacia la protección de las futuras madres con la creación de un refugio y un restaurante maternal para embarazadas pobres que carecían de apoyo familiar.⁷³⁴

Con estas instituciones, Bogotá amplió sus servicios para la infancia en diferentes puntos. Además de las salas cuna y Gotas de Leche ubicadas en los barrios Las Cruces, Chapinero, Las Nieves y Egipto, la ciudad se dividió en seis zonas en las que se creó un

⁷³¹ BONILLA, Ricardo, “La protección infantil”, *Salud y Sanidad*, 25 y 26, (enero y febrero de 1934), pp. 6-7.

⁷³² FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, pp. 86-87; “Contrato celebrado entre el Departamento Nacional de Higiene y el Municipio de Bogotá”, *Diario Oficial*, No. 22703, (5 de octubre de 1934), p. 48.

⁷³³ “Resolución número 66 de 1934 (abril 23). Por la cual se crean algunos puestos y se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, No. 22591, (23 de mayo de 1934), p. 458; “Resolución número 89 de 1934 (junio 21). Por la cual se crea un empleo, se hace un nombramiento y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22635, (16 de julio de 1934), p. 161; “Resolución número 114 de 1934 (julio 25). Por la cual se crea un puesto, se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22659, (14 de agosto de 1934), p. 418; “Resolución número 118 de 1934 (julio 30). Por la cual se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22659, (14 de agosto de 1934), p. 419; Resolución No. 1 de 1934 (enero 27). Por el cual se distribuyen los negocios que corresponden a las diferentes secciones del Departamento Nacional de Higiene. AGN, SR, FMGS1, tomo 1067, carpeta 1, f. 41r; “Decreto 189 de 1934 (enero 26). Por el cual se fija la nomenclatura de las Secciones Centrales del Departamento Nacional de Higiene, su personal y asignaciones respectivas”, *Diario Oficial*, 22508, (febrero 1934), p. 1; “Resolución número 164 de 1934 (octubre 15). Por el cual se hace un nombramiento”, *Diario Oficial*, No. 22730, (8 de noviembre de 1934), p. 305.

⁷³⁴ BEJARANO, *Informe del presidente*, pp. 10-11; BEJARANO, *La obra*, pp. 12-13.

Centro de Protección Infantil conformado por sala cuna, Gota de Leche y consultorio de niño sano donde se atendían mensualmente entre 200 y 300 mujeres y niños. Cada Centro contó con una enfermera de consultorio y una visitadora encargada de hacer el estudio social de los niños inscritos en aspectos como la vivienda, la salud de los padres y la posición económica.⁷³⁵ Además, eran apoyados en su labor por dos consultorios prenatales donde se practicaban exámenes clínicos y de laboratorio a las embarazadas para prevenir abortos, partos prematuros y nacimientos de niños con manifestaciones de heredo-especificidad a consecuencia de enfermedades venéreas, tuberculosis o alcoholismo de los padres. Estos consultorios trabajaban conjuntamente con el servicio de maternidad del hospital San Juan de Dios y el refugio maternal de la CRN.⁷³⁶

El traspaso de las responsabilidades fiscales a los municipios permitió que las direcciones de higiene de gozaran de relativa autonomía respecto al DNH, especialmente las de Bogotá y Medellín. Estas dependencias remitían al centro información estadística sobre el movimiento de las instituciones, pero no recibían asesoría técnica, vigilancia ni auxilios.⁷³⁷ Ambas ciudades se apartaron de la nueva estrategia general del DNH que pretendía ampliar la labor de salud pública en el país, enlazar el trabajo de las diferentes campañas sanitarias y extender la presencia estatal tanto en las capitales departamentales como fuera de ellas para acentuar una imagen de “unidad nacional” a través de los temas de salud.⁷³⁸

El segundo cambio correspondió a la adopción del sistema de *Servicios Coordinados*.⁷³⁹ El DNH pasó de organizar las campañas de manera separada y unilateral a combatir varias enfermedades en un solo centro de salud bajo una dirección centralista en lo técnico y uniforme para toda la república. Así, en un mismo espacio se integraban servicios de prevención y curación con el propósito de que cada persona asistida conociera las formas de “defensa y redención total de su salud”. En las *Organizaciones Unitarias*, como también se les llamó, se debían atender las necesidades más urgentes de salud en poblaciones o lugares donde las oficinas sanitarias tenían poca o nula presencia. El Estado central esperaba ejercer

⁷³⁵ “Reorganización de la higiene del municipio”, *El Tiempo*, (2 de febrero de 1934), p. 3; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1934*, pp. 262-263; MUÑOZ, *Informe del Director*, pp. 17-19.

⁷³⁶ CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO, *Primer Congreso*, pp. 124-127.

⁷³⁷ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ y OBREGÓN TORRES, *La Organización Panamericana*, p. 51.

⁷³⁸ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, p. 11; HERNÁNDEZ, “La fractura originaria”, pp. 19-20.

⁷³⁹ Esta forma de organizar la atención de los pobres enfermos tuvo su origen en Estados Unidos en 1919 y se había adaptado en países como Brasil y Costa Rica. ABEL, *Ensayos*, pp. 75-76.

un mayor control en el funcionamiento de las instituciones de salud pública en las regiones con las cuales se establecía una relación en términos contractuales y no solo en función de los auxilios que entregaba desde hacía varios años.⁷⁴⁰

Esta forma de organización sanitaria había sido recomendada en las Conferencias Sanitarias Panamericanas para los países pobres toda vez que permitía reducir los gastos en personal con un pequeño grupo de empleados expertos encargados de realizar múltiples funciones. La pertinencia del método de conjunto se confirmaba en un tema de relevancia: la formación de una “conciencia sanitaria” integral en un plazo más corto y en el aumento de la capacidad de admisión de personas a la asistencia pública.⁷⁴¹ Igualmente, el representante de la FR, George Bevier, había promovido su conveniencia entre las autoridades sanitarias colombianas como forma de afrontar el problema de la sanidad rural y superar el déficit de personal capacitado en salud pública. Para la FR era de gran importancia ampliar la intervención estatal hacia el campo, especialmente hacia las zonas cafeteras por ser lugares económicamente importantes, con miles de trabajadores y donde la Fundación había concentrado sus esfuerzos en la erradicación de las enfermedades tropicales.⁷⁴² Bevier sugería que las labores de las *Organizaciones Unitarias* fueran sobre todo preventivas –proteger y conservar la salud– más que curativas, tarea que debía dejarse al médico particular para no generarle competencia.⁷⁴³

La participación, colaboración y asesoría permanente que prestaba la FR al Estado colombiano consintió que su punto de vista tuviera peso real en la toma de decisiones sanitarias.⁷⁴⁴ De acuerdo con Juan Carlos Eslava, las ayudas económicas que recibía el país de la FR significaban menos carga económica para el Tesoro nacional pero facilitaba su injerencia sobre el tipo de organización sanitaria que se debía adoptar y cuáles profesionales

⁷⁴⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, pp. 6-7.

⁷⁴¹ “La organización de las unidades sanitarias se activa en todo el país”, *El Tiempo*, (7 de febrero de 1936), p. 14; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 136-137.

⁷⁴² De los catorce departamentos, la FR tenía presencia en nueve: Boyacá, Norte de Santander, Tolima, Antioquia, Caldas, Valle, Cauca, Atlántico y Magdalena. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, *Memoria del Ministro de Educación Nacional al Congreso de 1929*, pp. 112-113. Para mayor información, consúltese: QUEVEDO ET AL, *Café y gusanos*, pp. 202-22.

⁷⁴³ BEVIER, George, “Sanidad rural”, *Revista de Higiene*, 5, (mayo de 1933), pp. 150-152.

⁷⁴⁴ George Bevier a H.H. Howard, septiembre 20, 1932; George Bevier a H.H. Howard, octubre 17, 1932. RAC, RFR, GC, RG 2, series 1932/311: Colombia, caja 71, carpeta 580.

se debían preparar para la obtención de una población sana y productiva.⁷⁴⁵ En efecto, además del apoyo para la creación de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, la FR a inicios de los años treinta colaboró en la formación de inspectores sanitarios, ubicó controles médicos en los puertos del río Magdalena para la investigación y tratamiento de las enfermedades endémicas y epidémicas y prestó importante ayuda en el conflicto con Perú para buscar soluciones a las condiciones sanitarias de las dos líneas de comunicación que se abrieron entre Bogotá y la zona de guerra sobre los ríos Putumayo y Caquetá.⁷⁴⁶ Además, fundó la revista de divulgación mensual de higiene pública y privada *Salud y Sanidad* –la cual contó con una sección exclusiva con recomendaciones para las madres sobre higiene infantil y puericultura llamada “En defensa del niño”– e impulsó y financió la creación de la Unidad Sanitaria Modelo ubicada en Pereira.⁷⁴⁷

Esta Unidad Sanitaria fue la primera en el país y sirvió de ejemplo de diseño institucional para homogenizar la técnica en los *Servicios Coordinados* creados en adelante. Empezó a funcionar el 1 de marzo de 1934 y se estableció de común acuerdo entre el director nacional de higiene y el representante de la FR con el fin de observar la conveniencia de establecer el modelo de salud pública a escala municipal.⁷⁴⁸ Pereira fue escogida por su adscripción liberal y por ser uno de los centros urbanos más dinámicos de la zona cafetera, lo cual permitía asegurar la colaboración económica de las autoridades locales y la participación de la elite femenina.⁷⁴⁹ El énfasis de este establecimiento fue el saneamiento rural pero, bajo la orientación del jefe de la SPIAP, se organizó un Centro de Protección Infantil dirigido a las trabajadoras de las fábricas y trilladoras que existían en la ciudad. El Centro se constituyó con los siguientes servicios que funcionaban como espacios de

⁷⁴⁵ ESLAVA, “El influjo norteamericano”, pp. 101-109; George Bevier a H.H. Howard, diciembre 30, 1933. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, subseries 311.J: Colombia-Public Health Demonstrations, caja 9, carpeta 83.

⁷⁴⁶ FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro de Gobierno*, pp. 89-90; ENCISO, Enrique, “Presta grandes servicios la unidad sanitaria de puertos”, *El Tiempo*, (14 de diciembre de 1933), p. 8.

⁷⁴⁷ *Salud y Sanidad* fue una revista coleccionable y gratuita que circuló entre 1932 y 1942. Acompañó las campañas higiénicas realizadas por profesionales en salud en terreno. Su objetivo fue difundir los principios básicos de la higiene a través de un lenguaje sencillo e imágenes. También se concibió como una revista informativa donde los ciudadanos podían conocer las medidas que el gobierno nacional estaba implantando para proteger su salud. George Bevier a Julio Carrizosa Valenzuela, marzo 16, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, f. 4r; JALIL, *Curing A Sick Nation*”, pp. 59-70.

⁷⁴⁸ George Bevier, Model Public Health Unit, Propose for Pereira, Caldas, [1933]. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, subseries 311.J: Colombia-Public Health Demonstrations, caja 9, carpeta 83.

⁷⁴⁹ “Será establecida en Pereira la ‘Unidad Sanitaria Modelo’”, *El Diario*, (21 de octubre de 1933), pp. portada y 3.

instrucción y medicalización: un consultorio de niño sano, para vigilar el crecimiento de los bebés y prevenir enfermedades. Allí se educaba a las madres, se controlaba el peso y la talla del niño y se estimulaba la alimentación al seno. Un consultorio de niño enfermo donde se adelantaban tratamientos de heredo-sífilis, de endemias tropicales, se practicaban cirugías menores y se atendían algunas especialidades. Un servicio prenatal para la vigilancia y asistencia médica de la futura madre durante todo el embarazo.⁷⁵⁰ La Gota de Leche y la sala cuna fueron creadas por las damas de la localidad con apoyo de entidades privadas, al tiempo que recibían auxilios del DNH y del municipio.⁷⁵¹ Además, se fundó una escuela de enfermeras visitadoras donde se formaron las mujeres de elite que serían contratadas cuando terminaran sus estudios para apoyar las labores de los servicios.⁷⁵²

Mientras se adecuó la US y se puso en funcionamiento, los gastos fueron asumidos por partes iguales entre el DNH, la FR y el Municipio.⁷⁵³ Luego de 1935, la FR retiró su apoyo económico y técnico de forma que la responsabilidad de esta y de las otras *Organizaciones Unitarias* que se fundaron posteriormente fue asumida en su totalidad con recursos nacionales, departamentales y municipales. La notoriedad nacional que alcanzó esta “Unidad Modelo” motivó la solicitud de municipios como Armenia, Manizales, Chiquinquirá y Girardot para crear establecimientos similares.⁷⁵⁴ Debido al éxito de la experiencia pereirana, el DNH concluyó que el sistema de las *organizaciones unitarias* era el más indicado para la unión de los servicios de higiene y salud en el país. Colombia adoptó el modelo americano de los *health centers* difundido por la FR, compuesto por médicos y

⁷⁵⁰ El médico jefe del Centro de Protección Infantil se encargaba de la consulta de los niños enfermos y sanos, de los niños de la Gota de Leche, la sala cuna y el servicio de hospitalización. Por su parte, el médico subdirector de tuvo a su cargo la consulta prenatal, la consulta externa para pobres y la expedición de los certificados de salud. Como parte de las obligaciones de estos empleados públicos, el director de la Unidad también ejercía como médico escolar. “Acuerdo No. 98 (de diciembre de 1936). Por el cual se aprueba un contrato con la Dirección Nacional de Higiene”. AHMP, FAMP, Tomo 11, 1936, ff. 157r-159r.

⁷⁵¹ “Acuerdo No. 82 (de 27 de septiembre de 1934). Por el cual se confiere un auxilio a la institución la Gota de Leche de Pereira y se reforma el Acuerdo # 73 de 1933 sobre presupuesto de rentas y gastos para 1934, septiembre 21, 1934”. AHMP, FAMP, Serie: Acuerdos sancionados, Tomo 7, f. 114r.

⁷⁵² MORENO PÉREZ, I., “Labores de la Unidad Sanitaria”, *El Diario*, (17 de agosto de 1934), p. 3; “Enfermeras de la Unidad Sanitaria”, *El Diario*, (2 de noviembre de 1934), p. 4; “En el Hospital Infantil ‘Arturo Mejía Marulanda’”, *El Diario*, (22 de febrero de 1936), p. 1.

⁷⁵³ “Acuerdo No. 2 (enero de 1934). Por el cual se aprueba un contrato entre los señores Jorge de Francisco, subdirector del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, y Tiberio Ochoa U. Personero Municipal, enero 5, 1934”. AHMP, FAMP, Serie: Acuerdos sancionados, Tomo 7, ff. 2-r-4r.

⁷⁵⁴ Annual Report for the year 1934 on the Cooperative Health Activities in Colombia. RAC, RFR, FR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine Reports, caja 132, carpeta 1557; Report on the Sanitary Unit in Pereira, marzo 1 – septiembre 30, 1934. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine Reports, caja 137, carpeta 1596.

enfermeras y basado en la educación sanitaria, la salubridad rural, los análisis de laboratorio, la formación de profesionales en métodos modernos de salud pública y la asistencia materno-infantil.⁷⁵⁵ Con funciones educativas y preventivas, su implementación pretendió evitar que el niño fuera víctima de los “flagelos sociales”, a la par que el campesino y obrero frenaran su “degeneración”.⁷⁵⁶

Imagen 13. Centro de Protección Infantil y Escuela de Enfermeras Visitadoras en Pereira, 1936



1. Unidad Sanitaria de Pereira. Centro de Protección Infantil. Edificio propio donado por la familia Mejía Marulanda. **2.** Unidad Sanitaria Pereira. Centro de Protección Infantil. Comedor al aire libre. **3.** Estudiantes de la Escuela de Enfermeras Visitadoras. **4.** Preparando teteros en la Gota de Leche. **Fuente:** DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director del Departamento*, s.p.; RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine Reports, caja 137, carpeta 1596.

⁷⁵⁵ FARIA, “Educadoras Sanitarias e Enfermeiras de Saúde Pública”, p. 184; WEINDING, “La Fundación Rockefeller”, p. 18.

⁷⁵⁶ Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación Nacional, 1936. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 2, ff. 531r-532r.

Con la asesoría de George Bevier, se establecieron a partir de 1936 tres tipos de *Servicios Coordinados* dependientes en su totalidad de la administración técnica y directiva del DNH: Unidades Sanitarias (US), Comisiones Sanitarias Rurales (CSR) y Oficinas de Sanidad (OS).⁷⁵⁷ Las US se situaron en capitales departamentales y localidades con importante población y capacidad económica, inicialmente en las ciudades cafeteras y donde hubiera economía de enclave. La característica fundamental de esta figura fue establecer servicios de salud con un carácter permanente que permitieran llegar la acción estatal tanto a zonas urbanas como rurales. Estas instituciones funcionaron gracias a la concurrencia financiera de los diferentes niveles del Estado más la participación de asociaciones particulares o semioficiales.⁷⁵⁸ Las actividades desarrolladas en las US eran de carácter preventivo y curativo con la obligación de llevar a cabo todo el programa sanitario que constaba de: saneamiento rural y urbano, consulta antihelmíntica,⁷⁵⁹ campaña antivenérea, escuela de enfermeras visitadoras y de inspectores sanitarios, campaña antiplágica, consultorio antipalúdico, campaña antituberculosa, lucha antileprosa y protección infantil.⁷⁶⁰

Las CSR se destinaron a pequeñas poblaciones que, por sus limitados recursos económicos, no podían desarrollar en amplitud el programa sanitario ni establecer servicios definitivos. Por tanto, su radio de acción comprendía varios municipios con un carácter ambulante, es decir, cuando finalizaban las campañas en una determinada zona continuaban sus labores en una nueva. Algunas fueron costeadas totalmente por la Nación mientras que otras, mediante contratos entre el DNH y los departamentos, lograron garantizar los recursos para su sostenimiento.⁷⁶¹ Los municipios donde se instalaban tenían la obligación de

⁷⁵⁷ La FR ofrecía becas de viaje a los directores de las US con el fin de que conocieran cómo funcionaban estas organizaciones en lugares como Puerto Rico. Annual Report for the year 1934 on the Cooperative Health Activities in Colombia. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine Reports, caja 132, carpeta 1557.

⁷⁵⁸ Para la instalación de una unidad sanitaria, un comisionado del DNH proponía al municipio su creación como forma de desarrollar el “deber gubernamental” de la higiene. El Gobierno central elaboraba un contrato que debía ser aceptado o no por el municipio. LAMUS GIRÓN, Alfredo, “Discurso”, *Revista de Higiene*, 2, (febrero de 1937), pp. 27-30; “Dos inauguraciones”, *Revista de Higiene*, 2, (febrero de 1937), p. 24. Sobre la creación de unidades sanitarias durante el gobierno de Lázaro Cárdenas en México, consúltese: CARRILLO, “Salud pública y poder”, pp. 145-178; BIRN, “Las unidades sanitarias”, pp. 203-233.

⁷⁵⁹ Con antihelmíntico se hacía referencia al tratamiento utilizado contra la infestación de la población por gusanos intestinales.

⁷⁶⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, pp. 19-71; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del director departamental*, pp. 23-32; CAMERO CASTAÑO, “Asistencia social”, pp. 53-60.

⁷⁶¹ “Contrato celebrado entre el Departamento Nacional de Higiene y la Gobernación de Cundinamarca, sobre establecimientos de unas Comisiones Sanitarias”, *Diario Oficial*, 23413, (19 de febrero de 1937), pp. 434-344; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del director departamental*, pp. 9-10.

suministrar locales y crear los cargos de enfermera visitadora e inspector sanitario, responsables de continuar con las labores iniciadas por la Comisión. El DNH elegía su ubicación según la riqueza agrícola de la región y la capacidad que tuvieran para sostener por su cuenta las campañas iniciadas al momento de trasladar la CSR a otra parte. En 1936, se establecieron estas comisiones en Boyacá, Cauca, Valle, Huila, Nariño y Norte de Santander totalmente costeadas por la Nación, mientras que las de Chocó, Tolima, Cundinamarca, Antioquia y Santander funcionaron a través de contratos.⁷⁶²

Por último, las OS eran financiadas íntegramente por el DNH, con la finalidad principal de mejorar el saneamiento en zonas limítrofes y puertos fluviales donde el gobierno nacional quería hacer presencia. A diferencia de las US y las CRS, en dichas oficinas no se instalaron servicios para la infancia. En su conjunto, los *Servicios Coordinados* debían tener, como mínimo, el siguiente personal: un médico jefe, un par de enfermeras visitadoras e inspectores sanitarios.⁷⁶³ La extensión de servicios permanentes a las localidades pretendió atraer a los campesinos al incipiente sistema de salud. Cabe señalar que, si bien hubo un crecimiento de la población en las grandes ciudades entre 1905 y 1938 (Bogotá pasó de 100.000 a 330.000 habitantes, Medellín de 54.000 a 168.000, Barranquilla de 40.000 a 152.000 y Cali de 31.000 a 102.000 habitantes), Colombia seguía siendo un país rural. El 70% de la población residía en el campo o en pequeños asentamientos urbanos y escasamente el 15% estaba ubicada en conglomerados de más de 10.000 habitantes, de manera que las ciudades principales eran más bien pueblos grandes.⁷⁶⁴

Si la construcción de la nacionalidad y el progreso económico eran objetivos prioritarios del liberalismo en el poder, a través de mecanismos como el mejoramiento de la salud de la población, se debía superar el “atraso” y la pobreza rural para convertir al campesino en un ciudadano moderno y saludable. En tal sentido, era necesario vincular a la Nación a ese sector de la población ignorado hasta entonces por las élites urbanas lo que justificó, de paso, una agenda intervencionista que aumentara su productividad, transformara sus costumbres y removiera los obstáculos que representaban las enfermedades endémicas.⁷⁶⁵

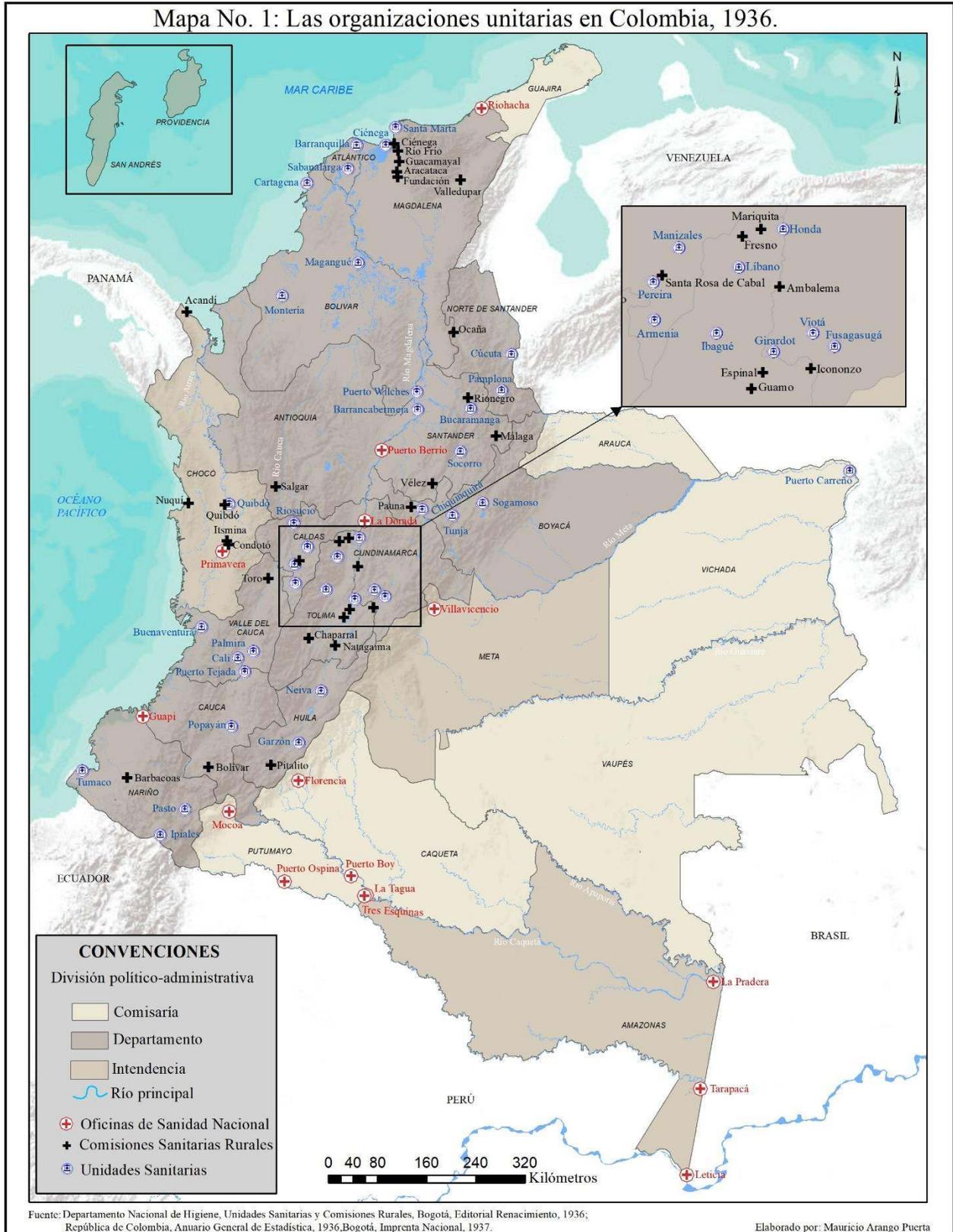
⁷⁶² DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, p. 16.

⁷⁶³ BEVIER, George, “Sanidad rural”, *Revista de Higiene*, 5, (mayo de 1933), pp. 150-152.

⁷⁶⁴ RUEDA PLATA, “Historia de la población”, pp. 372-376; QUEVEDO ET AL, *Café y gusanos*, p. 254.

⁷⁶⁵ JALIL-PAIER, “*Curing A Sick Nation*”, pp. 58, 84-85, 95.

Mapa No. 1: Las organizaciones unitarias en Colombia, 1936.



Como puede observarse en el mapa, el DNH desplegó los *Servicios Coordinados* en las zonas económicas más desarrolladas en donde se concentraba la mayor cantidad de población.⁷⁶⁶ Para los gremios ganadero, bananero y cafetero, el saneamiento rural se había convertido en una necesidad para mejorar las condiciones materiales de su actividad económica y para controlar importantes conflictos agrarios y laborales que se presentaron especialmente, en Cundinamarca y Tolima.⁷⁶⁷ Tal situación afectaba la extensión de la economía agroexportadora e inquietaba a los grandes productores cafeteros pues las huelgas estallaban en momentos clave de las cosechas. Para el gobierno nacional, empresarios y hacendados era necesario solucionar el problema social, conservar el orden e impedir el avance del “odio de clases” en aquellas zonas de las que dependía la economía nacional y que insertaron al país en los circuitos de la economía internacional, principalmente el mercado estadounidense.⁷⁶⁸

De manera especial, la Federación Nacional de Cafeteros,⁷⁶⁹ autorizó gastos de sus propios fondos para apoyar al gobierno en la realización de obras sanitarias que permitieran aumentar la productividad de sus tierras, mejorar las condiciones de salud de sus trabajadores y disminuir la tensión social en las zonas rurales.⁷⁷⁰ Christopher Abel afirma que los comités departamentales de la Federación asumieron el liderazgo y la mayoría de los costos para la implantación de medidas higiénicas en su jurisdicción, primordialmente en lo relacionado a la sanidad rural y la vivienda para pequeños cafeteros.⁷⁷¹ Por consiguiente, en la organización de los *Servicios Coordinados* convergieron los intereses económicos de los cafeteros, del

⁷⁶⁶ En menor medida, hacia los territorios nacionales y las zonas limítrofes a causa de la guerra con el Perú. RODRÍGUEZ HERRERA, *Informe del Director*, pp. 3-5; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, pp. 6-10.

⁷⁶⁷ “Unidad Sanitaria en Viotá”, *Salud y Sanidad*, 45 y 46, (enero y febrero de 1936), p. 20. Para mayor información, consúltese: PÉCAUT, *Orden y violencia*, pp. 100-104, 146-155; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde*, Tomo 2, pp. 167-178; 190-197.

⁷⁶⁸ PALACIOS, *¿De quién es la tierra?*, pp. 3-12, 99-105; PALACIOS, *El café en Colombia*, pp. 416-428.

⁷⁶⁹ Creada en 1927, la Federación Nacional de Cafeteros quiso gestionar todas las actividades vinculadas al café. Tuvo por misión elaborar la política cafetera en concertación con el gobierno de turno. Por tener una gran influencia política y económica en las zonas donde se comercializaba el café, pudo desarrollar iniciativas que no estaban atadas a las ayudas del Estado entre los que se encontraron varios programas sociales. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, *Memoria del Ministro*, pp. 18-19. Para un estudio detallado sobre la Federación, consúltese: PALACIOS, *El café en Colombia*, pp. 429-464.

⁷⁷⁰ Mariano Ospina Pérez a Arturo Robledo, agosto 23, 1934. Consultado en: MUÑOZ, *La tragedia*, s.p.; Annual Report for the year 1934 on the Cooperative Health Activities in Colombia. RAC, RFR, IHB, RG 5, series 3_311: Routine reports, caja 132, carpeta 1557. Para mayor información, consúltese: HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, pp. 96-102, 185.

⁷⁷¹ ABEL, “Filantropía”, p. 78.

gobierno nacional por hacer presencia en el territorio con instituciones oficiales y la apuesta de la FR por impulsar la salud pública basada en la prevención y la adecuación de centros sanitarios.⁷⁷²

La defensa integral de la infancia

La creciente presencia de las mujeres en trabajos remunerados en el mundo rural y urbano fue central para que el gremio médico, las autoridades sanitarias y las elites locales se interesaran por extender fuera de las ciudades capitales la instalación de servicios de asistencia infantil y materna. Precisamente, desde la ANM se había discutido si era necesario que la higiene nacional llevara la campaña hacia el campo. Jorge Bejarano era un crítico del desempeño del DNH por su insignificante labor contra los decesos infantiles en los campesinos. Mientras que Fernando Troconis, médico jefe del dispensario de niños enfermos en Bogotá, defendió la concentración de las instituciones en las ciudades por la existencia de factores más complejos, como la ilegitimidad y los tugurios, que contribuían al incremento de la mortalidad infantil.⁷⁷³

Es pertinente reiterar que la resolución de los problemas sociales y morales que generaba el trabajo femenino en las fábricas y la pauperización de las ciudades habían sido los motivos esenciales para promover las Gotas de Leche y las salas cuna en las ciudades. Según el censo de 1938, en las ciudades más grandes del país (con más de 50.000 habitantes) predominaba la población femenina por la existencia de establecimientos industriales y comerciales que ocupaban preferentemente mujeres.⁷⁷⁴ No obstante, la preocupación por los problemas urbanos excluyó gran cantidad de trabajadoras asentadas en las zonas rurales y semiurbanas, especialmente en las regiones cafeteras donde las actividades de producción, acopio y comercialización del café concentraban gran cantidad de mujeres que se

⁷⁷² GARCÍA y QUEVEDO, “Uncinariasis y café”, pp. 5-21.

⁷⁷³ Acta. BJC, ANMC, octubre 10, 1933, pp. 105-121.

⁷⁷⁴ Las ciudades a las que se hacía referencia en el censo eran: Bucaramanga, Montería, Medellín, Bogotá, Cúcuta, Cartagena, Ibagué, Manizales, Pereira, Cali, Barranquilla y Armenia. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, *Censo general de población 1938*, pp. 105, 119-120.

desempeñaban como escogedoras en las trilladoras y como “chapoleras” en las haciendas durante las temporadas de recolección del grano.⁷⁷⁵

A mediados de los años treinta, de un promedio de 3.500 trabajadores empleados por cerca de cuarenta trilladoras en los departamentos de Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Tolima y Valle del Cauca, el 85% correspondía a escogedoras que laboraban por destajo o por horas, recibían salarios muy bajos y malos tratos de los capataces que supervisaban su rendimiento.⁷⁷⁶ Estas situaciones desfavorables provocaron varias huelgas de escogedoras en las que reclamaron mejores condiciones laborales y una mayor preocupación de los médicos por las altas probabilidades de que estas mujeres pobres cayeran en la prostitución a causa de sus miserables salarios o sufrieran todo tipo de enfermedades debido a los lugares malsanos donde vivían.⁷⁷⁷

La importante presencia femenina en el mundo laboral, urbano y rural, explica por qué la campaña de protección infantil estuvo presente en cada una de las US y las CSR que se instalaron a partir de 1936 en los catorce departamentos y en las capitales de las intendencias (Chocó y Meta) y comisarías (Caquetá y Putumayo) donde se pensó por primera vez en atender a la población infantil indígena (Ver Anexo 3).⁷⁷⁸ Otra razón fue que el DNH favoreció el bienestar a la infancia para iniciar la instalación de los *Servicios Coordinados*. Aunque George Bevier lo consideraba inconveniente, aprovechó el vínculo que había entre el cuidado de niñez y la asistencia a los pobres para introducir la campaña nacional antimosquito y otras actividades.⁷⁷⁹ Es decir, el DNH se valió de la relación existente de tiempo atrás entre los médicos, las religiosas y las señoras en torno a la triada beneficencia-pobreza-niñez para generar confianza entre la población e introducir el modelo de salud pública que la FR estaba promoviendo. Como explica Anne-Emanuelle Birn para el caso mexicano, las autoridades sanitarias descubrieron que las mujeres eran conductos de salud

⁷⁷⁵ BERGQUIST, “Los trabajadores”, pp. 202-205; RAMÍREZ BACCA, “Mujeres en la caficultura”, pp. 57-63. Para mayor información sobre la mujer campesina de las haciendas cafeteras de Cundinamarca, consúltese: JIMÉNEZ, “‘Mujeres incautas y sus hijos bastardos’ (segunda parte)”, pp. 71-84.

⁷⁷⁶ A diciembre de 1936, tenían empleadas un total de 3.248 mujeres y únicamente 427 hombres. MACHADO C., *El Café*, p. 103.

⁷⁷⁷ MUÑOZ, *Informe*, p. 37.

⁷⁷⁸ CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO, *Primer congreso*, pp. 116-117; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, p. 4; DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general*, pp. 11-22.

⁷⁷⁹ Memorandum Howard to F.F. Russell, noviembre 25, 1933; George Bevier a H.H. Howard, junio 11, 1934. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, caja 9, carpeta 83; Excerpt from letter from G. Bevier to F.F. Russell, diciembre 6, 1934. RAC, RFR, P, RG 1.1, series 311: Colombia, caja 2, carpeta 5.

pública ideales para llegar a la población de entornos rurales y semiurbanos. Ellas desempeñaron un papel clave como traductoras y objetivos de los esfuerzos cooperativos de la FR.⁷⁸⁰ Así, en zonas donde no había habido ninguna inversión en higiene, el establecimiento de algún tipo de servicio para la infancia permitía iniciar el trabajo en salud pública porque los pobladores relacionaban las *Organizaciones Unitarias* con instituciones de carácter benéfico a los que podían acudir en busca de alivio de manera gratuita.⁷⁸¹ Además, para los médicos locales, con formación en medicina francesa, era de suma importancia que la primera etapa de la acción de la asistencia social estuviera dirigida a las “fuentes mismas de la vida y de la raza”, es decir, hacia la primera infancia. De esta manera, la política llegaba directamente a las mujeres como intermediarias de la salud familiar y formadoras de una nueva generación de trabajadores sanos.⁷⁸²

El jefe de la SPIAP estuvo encargado de crear los nuevos servicios de protección infantil que se pudieran sostener localmente.⁷⁸³ El DNH determinó que las Gotas de Leche y salas cuna, de antigua o nueva creación, públicas o particulares, se engranaran a los *Servicios Coordinados*. El médico jefe de cada establecimiento debía mantener el contacto con las instituciones particulares que tuvieran a su cargo alguno de estos servicios y velar por su funcionamiento ajustado a las normas científicas generales del lugar.⁷⁸⁴ Cabe señalar que, para su funcionamiento, las Gotas de Leche y salas cuna continuaron siendo de carácter mixto, es decir, recibían dinero de particulares y subsidios del Tesoro Nacional, mientras que los demás servicios (consultorios de niño sano y enfermo y servicio prenatal) estaban incluidos dentro de las partidas que daban los municipios para los gastos de higiene.⁷⁸⁵

⁷⁸⁰ BIRN, “Skirting the Issue”, pp. 399-407; BIRN, *Marriage of convenience*, pp. 151-154.

⁷⁸¹ CORTÉS, Pedro Alejandro, “Algunas reflexiones sobre la Unidad Sanitaria de Sogamoso”, *Revista de Higiene*, 8, (agosto de 1937), pp. 15-19.

⁷⁸² LEMOS GUZMÁN, A.J., “Asistencia pública”, *El Tiempo*, (22 de octubre de 1934), p. 4.

⁷⁸³ El jefe de la Sección de Saneamiento Rural del DNH tenía a su cargo la administración de las *Organizaciones Unitarias*, con excepción de los servicios de protección a la infancia y la medicina escolar que dependían en la técnica de la SPIAP y el MEN, respectivamente. “Decreto número 272 (febrero 14) por el cual se refunden unos empleos, se suprimen otros, se suben funciones en el Departamento Nacional de Higiene.” DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Legislación colombiana*, p. 59.

⁷⁸⁴ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, pp. 123-169; EL TIEMPO, “La organización de las unidades sanitarias se activa en todo el país”, *El Tiempo*, (7 de febrero de 1936), p. 14; MOLINA, Ernesto, “Informe de las labores realizadas por la “Unidad Sanitaria” de Puerto Tejada en el año de 1937”, *Salud y Sanidad*, 69, (mayo de 1938), pp. 2-6.

⁷⁸⁵ Memorandum, Departamento Nacional de Higiene [1936]. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 3, ff. 531r-532r.

Con este diseño institucional, el DNH esperaba que los niños vinculados a este sistema sanitario fuesen asistidos no solo por enfermedades propias de la infancia sino también por enfermedades endémicas como el pian, el paludismo o la anemia tropical. Igualmente, se generó la expectativa que las mejoras en la higiene realizadas en cada municipio –como el saneamiento del suelo o el control en la construcción de habitaciones– y la educación sanitaria repercutieran en beneficio de la “unidad vital” que constituía la madre y el niño y mejorara sus precarias condiciones de vida.⁷⁸⁶

Gracias al esquema de *Organizaciones Unitarias* se amplió significativamente la cantidad de instituciones para la atención del binomio madre-hijo ubicados en puntos críticos del orden social. Según las cifras oficiales, en 1934 solo 25 municipios tenían básicamente Gotas de Leche y salas cuna. Para 1937, los servicios se extendieron a 104 municipios y para 1939 había 685 establecimientos en 220 municipios de los 807 que tenía el país.⁷⁸⁷ Es preciso advertir que persistieron las dificultades en la recolección de los registros estadísticos lo cual impidió a la SPIAP determinar la cantidad exacta de niños inscritos en cada establecimiento y, por tanto, la totalidad de población beneficiaria. Por la advertencia que hacía Rubén Gamboa, las cifras recopiladas sobre el total de atendidos no distinguía cuántos recibían asistencia en distintos servicios, por lo que un mismo niño podía ser contabilizado en varias ocasiones.⁷⁸⁸ Tampoco es posible conocer si los niños permanecían en los servicios hasta cumplir la edad de retiro. Según las observaciones de los médicos Jorge Camacho Gamba y Eustacio De Mendoza en el Centro de Protección Infantil No. 3 de Bogotá, la mitad de los inscritos eran retirados rápidamente por voluntad de la madre, por falta de interés o confianza de los padres o porque querían retener los frascos y canastas de la leche gratuita. Tal situación impedía conseguir resultados en el trabajo de restablecimiento del “estado nutritivo” en los niños.⁷⁸⁹

⁷⁸⁶ MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Trabajos presentados*, pp. 5-7.

⁷⁸⁷ DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1936*, p. 113; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1937*, pp. 104-108; CAICEDO CASTILLA, *Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1940*, p. 272; “La protección infantil y materna entró en acción”, *El Tiempo*, (26 de enero de 1939), p. 11.

⁷⁸⁸ GAMBOA, Rubén, “Instituciones de protección infantil en Colombia”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero y abril de 1935), s.p.; Colombia, marzo 31, 1941. RAC, RFR, P, RG 1.2, series 300: Latin America, caja 2, carpeta 14.

⁷⁸⁹ CAMACHO GAMBA, Jorge y Eustacio DE MENDOZA, “Informe”, *Revista de la Facultad de Medicina*, 11, (mayo de 1935), p. 667.

Gran parte de las US pusieron en marcha todos los servicios de protección infantil, es decir, Gota de Leche, sala cuna, consultorio de niño sano, consultorio de niño enfermo y servicio prenatal. Entre tanto, en las CSR se privilegió la instalación del consultorio del niño enfermo por ser al que más acudía la población en búsqueda de alivio a sus dolencias (Ver Anexo 3).⁷⁹⁰ En general, en estas instituciones los médicos buscaban evitar las enfermedades contagiosas y endémicas que atacaban a la población infantil con la aplicación de vacunas contra la difteria, la escarlatina, la viruela y la tosferina suministradas por el DNH y por los departamentos.⁷⁹¹ También generar hábitos de higiene con el baño de los niños, educar a las familias tanto en los consultorios como a través de las visitas domiciliarias y prevenir desarreglos intestinales en los niños con la distribución de teteros formulados.⁷⁹² También realizaban pequeñas curaciones y tratamiento de la sífilis con inyecciones de Neosalvarsán a las madres y fricciones mercuriales en los niños.⁷⁹³

Como en buena parte de las zonas donde se ubicaron los *servicios coordinados* no había llegado antes ningún servicio de salud ni la población consideraba necesario acudir al médico cuando estaba en buenas condiciones de salud, la SPIAP ideó una estrategia educativa para estimular la concurrencia a los servicios asistenciales estatales que fue el *Concurso Nacional del Niño Sano*. Su objetivo era poder allegar el conocimiento “científico” de forma asequible a las “clases sociales inferiores” que desconocían las maneras de defender la salud y poder dirigir el comportamiento sanitario sin la aplicación de fuertes disposiciones normativas. Especialmente, difundir la imagen del niño ideal a modelar mediante la educación y los servicios estatales y estimular la lactancia materna.⁷⁹⁴

En este evento solo podían participar las familias inscritas en los consultorios nacionales de protección infantil y quienes hubieran llevado a cabo el proceso en las

⁷⁹⁰ PAZ OTERO, Gerardo, “Cartilla de la sífilis hereditaria. Unidad Sanitaria de Popayán”, *Salud y Sanidad*, 65, (enero de 1938), pp. 7-10.

⁷⁹¹ Jorge Bejarano comentaba sobre la tosferina que las mamás sentían temor de vacunar a sus hijos porque consideraban la vacuna peligrosa o ineficaz. BEJARANO, Jorge, “Las causas de la mortalidad infantil”, *El Tiempo*, (4 de abril de 1928), p. 15.

⁷⁹² En las Gotas de Leche y salas cuna los suministraban, pero además enseñaban a las madres a prepararlos (Ver Anexo 11). DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades sanitarias*, p. 130.

⁷⁹³ Las fricciones mercuriales consistían en que diariamente a los niños sífilíticos se le aplicaban fricciones con pomada mercurial sobre las lesiones en la piel durante 15 o 20 minutos. GAMBOA ECHANDÍA y PEDRAZA, *Higiene integral*, p. 19; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1937*, pp. 103-109.

⁷⁹⁴ “Informe del Director de la Comisión Sanitaria Rural sobre el II Concurso Nacional del Niño Sano”, *Salud y Sanidad*, 79, (marzo de 1939), pp. 4-5; 23.

instancias de salud recomendado por las enfermeras visitadoras.⁷⁹⁵ La “fiesta del niño”, como se denominó por sus promotores, premió a los lactantes, pre-escolares y escolares de las familias más pobres con las mejores condiciones físicas y de salud de las localidades.⁷⁹⁶ Para esto, los niños pasaban por diferentes exámenes clínicos, físicos, psíquicos y de laboratorio para comprobar si cumplían con un desarrollo orgánico e intelectual “normal” en armonía con su edad o si por el contrario padecían “defectos hereditarios”. Los datos recopilados servían a los agentes sanitarios para hacerse una imagen de la población a intervenir y de los problemas sociales a atender. El Concurso se realizó los 12 de octubre de cada año entre 1937 y 1939 con el fin de vincularlo simbólicamente con el Día de la Raza. Como afirma Marta Saade, la categoría “raza” se relacionó con la infancia para apuntalar la idea de que la fortaleza de las civilizaciones se cifraba en su bienestar y su salud era motivo de orgullo y patriotismo.⁷⁹⁷

Imagen 14. Grupo de lactantes en el Concurso del Niño Sano, municipios de Ocaña y Girardot



Pie de foto: **1.** Concurrencia de lactantes que aspiran a catalogarse entre los mejores niños sanos de la Comisión Sanitaria Rural. **2.** Unidad Sanitaria. Grupo de algunos lactantes pobres en el Concurso del Niño Sano. Girardot, octubre 12 de 1937. **Fuente:** *Salud y Sanidad*, 69, (mayo de 1938), p. 13; *Salud y Sanidad*, 79, (marzo de 1939), p. 3.

⁷⁹⁵ Subjefe de la Sección de Protección Infantil a Directores de Higiene, 1938. AGN, SAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 103, carpeta 2, ff. 343r-344r; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL; *Reglamento para los servicios*, pp. 20-21.

⁷⁹⁶ “Resolución 144 de 1937 (mayo 5). Por el cual se establece el Concurso del Niño Sano”, *Diario Oficial*, 23569, (septiembre de 1937), p. 6; “Información relativa a la celebración del II Concurso Nacional del Niño Sano”, *Salud y Sanidad*, 79, (marzo de 1939), p. 2.

⁷⁹⁷ SAADE GRANADOS, “La racialización de un orden moral”, pp. 245-276.

Inicialmente, la SPIAP estimó conveniente la creación de consultorios prenupciales que complementarían la labor de los prenatales. A diferencia de la medida eugenésica más restrictiva del certificado médico prenupcial obligatorio, el propósito con tales consultorios era que se constituyeran en lugares donde los contrayentes pudieran acudir de manera voluntaria a solicitar consejo médico y las mujeres con vida marital recibieran educación sexual. Con excepción de Bogotá que tuvo un consultorio de este tipo, estos no se establecieron en las *organizaciones unitarias* probablemente por la falta de enfermeras visitadoras necesarias para desarrollar una intensa labor de educación, propaganda y persuasión que permitiera aplazar los matrimonios entre enfermos y detener la resistencia social que calificaba estos espacios de corruptores de la moral.⁷⁹⁸

También es posible que se haya descartado su instalación por razones similares a las que impidieron la aprobación del proyecto de ley sobre el certificado sanitario que exigía a las parejas antes del matrimonio, presentar a las autoridades correspondientes una revisión médica donde se especificara que ambos estaban libres de cualquier enfermedad limitante para la procreación (enajenación mental, epilepsia, enfermedades hereditarias, lepra, sífilis, blenorragia).⁷⁹⁹ Médicos como Jorge Bejarano consideraron que este tipo de medidas ponían trabas a la unión legitimada —práctica que además no era común entre la mayoría de trabajadores y campesinos— y estimulaba las relaciones extramatrimoniales. En consecuencia, aumentaba el número de hijos ilegítimos y la prostitución.⁸⁰⁰ La importancia del matrimonio para los postulados eugenésicos residía en considerar que aseguraba mejores condiciones de vida que la unión ilegítima ya que generaba un contexto de notable moralidad en beneficio de la sociedad y la conveniencia de los hijos, pues a mayor responsabilidad más previsión de los padres sobre su buena educación y porvenir.⁸⁰¹

A pesar del recelo que también generaban entre la población los consultorios prenatales por considerarlos lugares inmorales por enseñar a la embarazada a conocer su

⁷⁹⁸ GAMBOA, Rubén, “Educación prenupcial”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero y abril de 1935), pp. 35-36; GAMBOA, Rubén, “Consultorios prenupciales y prenatales”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero a abril de 1935), pp. 35-37; CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO, *Primer Congreso*, p. 46; BEJARANO, Jorge, “Los consultorios y clínicas prenupciales como medio de lucha contra las enfermedades venéreas”, *Revista de la Facultad de Medicina*, 3:11, (mayo de 1935), pp. 670-674.

⁷⁹⁹ RICO, *El debate*, pp. 49-69; GUTIÉRREZ URQUIJO, “El certificado médico”, pp. 223-248.

⁸⁰⁰ PAZ OTERO, Gerardo, “La protección infantil como factor de profilaxis mental”, *Revista de Higiene*, 2, (febrero de 1937), pp. 3-11.

⁸⁰¹ SAADE GRANADOS, “¿Quiénes deben procrear?”, pp. 1-36; DI LISCIA, “Hijos sanos y legítimos”, pp. 209-232.

cuerpo e impartir conocimiento sobre las enfermedades venéreas, la SPIAP los aumentó exponencialmente pasando de cinco a noventa en todo el país.⁸⁰² Durante 1937, esos consultorios habían vigilado el proceso de gestación de 4.538 “enfermas”, especialmente a través de consultas generales, visitas domiciliarias, exámenes de laboratorio y tratamiento de enfermedades contagiosas. Las enfermeras visitadoras adscritas a estos consultorios se encargaban de preparar los partos domiciliarios pues, aunque la intención de las autoridades sanitarias era estimular el parto hospitalario, solo los alumbramientos que tenían complicaciones se remitían al hospital, mientras los demás seguían siendo atendidos en los hogares. Esta situación se debió a que para el DNH dotar de camas las salas de maternidad resultaba muy costoso. Para solucionar el problema de la asistencia a la maternidad, se insistió en aumentar el número de servicios prenatales por considerarlos más económicos y que producían resultados superiores.⁸⁰³ Otro motivo fue que más de la tercera parte de los municipios del país carecía de hospitales y muchos de ellos, a cargo de comunidades religiosas (principalmente las Hermanas de la Caridad), se negaban a crear salas de maternidad, o si las tenían, se oponían terminantemente a atender a las madres solteras.⁸⁰⁴

El rechazo que sufrían las futuras madres cuando acudían a un hospital en búsqueda de atención por un embarazo “pecaminoso” trató de solucionarse con la reforma constitucional de 1936 que redefinió la asistencia pública como una obligación de Estado.⁸⁰⁵ Por consiguiente, las instituciones hospitalarias dejaron de ser entendidas como lugares de “ayuda” para convertirse en espacios donde obreros y campesinos podían acudir a recuperar

⁸⁰² GAVIRIA V., *Algunos apuntes*, pp. 116, 121; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1937*, pp. 99-110.

⁸⁰³ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Informe general del Director*, pp. 81-82.

⁸⁰⁴ “La verdad sobre los desamparados”, *El Tiempo*, (21 de febrero de 1935), p. 4; BEJARANO, Jorge, “Dónde está la asistencia hospitalaria”, *El Tiempo*, (19 de enero de 1937), p. 4; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria (Fascículo 1º)*, pp. 81-83. Para mayor información sobre la relación entre las Hermanas de la Caridad y la asistencia social, consúltese: CASTRO CARVAJAL, *La relación entre la Iglesia católica y el Estado*, pp. 73-156.

⁸⁰⁵ La Constitución de 1886 rigió en Colombia hasta 1991. En 1936 tuvo una segunda reforma significativa que giró en torno a tres ejes básicos: a) la consagración de la intervención estatal en la economía; b) el establecimiento de unas nuevas relaciones entre Iglesia y Estado que, en medio de un respeto mutuo de las partes, permitiera una laicización de la gestión pública, una mayor autonomía de la enseñanza y la efectiva libertad de cultos; y c) la ratificación de que la propiedad privada tenía una función social, que en caso de no cumplirse, exigiría una acción decidida del Estado. ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, p. 254; TIRADO MEJÍA, *Estado y economía*, p. 11.

la salud sin que su ingreso dependiera de consideraciones de tipo religioso o moral.⁸⁰⁶ Este cambio, la diferenciaría de la beneficencia que continuaría como iniciativa privada y personal de “servir al necesitado” sin ser sostenida por los subsidios oficiales.⁸⁰⁷ Además, la reforma constitucional estipuló que la atención asistencial del Estado solo sería gratuita para los pobres “desvalidos” mientras que los trabajadores y sus familias debían pagar por su salud o exigirla a los patronos, quienes estaban obligados a sufragar los gastos por enfermedad o accidentes de trabajo cuando tuvieran más de cinco empleados u obreros.⁸⁰⁸

De esta manera se definió que la atención médica privada sería para quienes pudieran pagar, los *Servicios Coordinados* serían preventivos y la asistencia pública, que disponía de hospitales, se encargaría de lo curativo para los pobres sin trabajo.⁸⁰⁹ No obstante, muchos hospitales administrados por órdenes religiosas que recibían auxilios oficiales siguieron evadiendo la responsabilidad de instalar salas de maternidad y cerraban las puertas a las “maternidades ilegítimas”.⁸¹⁰ Como la red hospitalaria apenas estaba en creación, las madres acudían a las US en búsqueda de asistencia médica.⁸¹¹ Allí los servicios eran gratuitos para los hijos y las madres pobres que no tuvieran la capacidad de pagar honorarios médicos ni los medicamentos prescritos.⁸¹²

Es posible que el incremento y puesta en marcha de estas instituciones haya influido en el descenso de la mortalidad infantil que el país experimentó a partir de la segunda mitad de los años treinta. Algunos investigadores han estimado que Colombia pasó de 215 defunciones por cada mil nacimientos en 1920 a 175 en 1940. La mejoría en las condiciones de vida, la inversión en obras de infraestructura y la puesta en marcha de programas de salud

⁸⁰⁶ “Acto Legislativo 1 de 1936. Reformatorio de la Constitución”, *Diario Oficial*, 23263, agosto 5 de 1936, p. 5. En línea <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1824914>. Consultado el 18 de junio de 2021; BOTERO, “La reforma constitucional de 1936”, pp. 96-98.

⁸⁰⁷ “Beneficencia y asistencia pública”, *El Tiempo*, (23 de marzo de 1934), p. 4.

⁸⁰⁸ MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria (Fascículo 1º)*, p. 64; CAMERO CASTAÑO, “Asistencia social”, pp. 64-65.

⁸⁰⁹ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *La salud fragmentada*, pp. 129-148, 197-199.

⁸¹⁰ BEJARANO, Jorge, “Por una política de educación y de higiene”, *Revista de la Facultad de Medicina*, 6:9, (9 de marzo de 1938), pp. 500-503.

⁸¹¹ En el *Diario Oficial* es posible rastrear los aportes estatales para la construcción de salas de maternidad y ampliación del ámbito hospitalario nacional desde mediados de los años treinta. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1937*, pp. 101-103; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria (Fascículo 1º)*, pp. 81-83.

⁸¹² MOLINA, Ernesto, “Informe de las labores realizadas por la “Unidad Sanitaria” de Puerto Tejada en el año de 1937”, *Salud y Sanidad*, 69, (mayo de 1938), pp. 2-6; CADENA, M.A., “Informe narrativo del Municipio de La Dorada Comisión Sanitaria Rural número 1”, *Salud y Sanidad*, 69, (mayo de 1938), pp. 22-23.

y sanidad, especialmente en el espacio urbano, se han asociado a estos avances, pero por falta de estadísticas y de estudios locales, se desconocen los efectos reales que los servicios de protección infantil pudieron tener en esta reducción.⁸¹³

Proteger a la madre soltera y trabajadora

Con los servicios prenatales, el Estado colombiano había comenzado a brindar atención médica a la embarazada pobre pero la “maternidad obrera” y la ilegítima seguía desprotegida. Rubén Gamboa, como jefe de la SPIAP, manifestaba que si bien el binomio madre-hijo hacía parte de la agenda estatal, las medidas se habían inclinado por tener niños asistidos y protegidos dejando por fuera a la progenitora. El rechazo social y la desatención a la madre soltera y trabajadora dejaban un vacío en la completa defensa de la primera infancia ya que los servicios de protección materno-infantil eran insuficientes si el Estado no legislaba para favorecer la maternidad en cualquier circunstancia.⁸¹⁴ Especialmente, era necesario compaginar el trabajo femenino con la maternidad para asegurar el nacimiento de niños sanos y vivos. En este sentido, había que desplazar el eje del niño hacia la madre con el fin de asegurarle asistencia, subsistencia, reposo y recursos para mantener por más tiempo el vínculo que los unía luego del alumbramiento.⁸¹⁵

Gamboa solicitó al gobierno la expedición de leyes protectoras que garantizaran un proceso de gestación, parto y crianza más seguros y permitieran, por un lado, prevenir la mortalidad infantil producida durante las primeras veinticuatro horas de vida del recién nacido a causa de malformaciones congénitas, prematuridad y debilidad congénita, y por el otro, atender un problema de reciente interés entre el gremio médico: la mortalidad materna.⁸¹⁶ Con base en los datos arrojados por el Hospital San Juan de Dios en Bogotá para

⁸¹³ La esperanza de vida se elevó de 33 a 40 años. RUEDA PLATA, “Historia de la población”, p. 364; FLÓREZ, *Las transformaciones sociodemográficas*, pp. 16-17; MUÑOZ y PACHÓN, “Mortalidad infantil”, pp. 113-119.

⁸¹⁴ GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Apartes del informe que presenta la Sección de Protección Infantil al señor Director del Departamento Nacional de Higiene”, *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero a abril de 1935), pp. 25-29; Jefe de Protección Infantil y Asistencia Pública a Ministro de Educación Nacional, noviembre 14, 1935. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 1, ff. 187r-188r.

⁸¹⁵ Jefe de Protección Infantil y Asistencia Pública al Ministro de Gobierno, julio 19, 1935. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 200, carpeta 1, ff. 135r-139r; LEMOS GUZMÁN, A.J., “Asistencia pública”, *El Tiempo*, (22 de octubre de 1934), p. 4.

⁸¹⁶ Según el médico Julio Araujo Cuéllar, la debilidad congénita se revelaba en los niños en tres signos: peso inferior y talla por debajo de lo normal y funciones imperfectas de los órganos. Tal debilidad era de dos tipos: una simple o fisiológica, causada por problemas en la concepción y otra patológica ocasionada por las

1935, se estimaba que la mortalidad materna era del 37%, es decir, que morían alrededor de 10.000 mujeres cada año por complicaciones en el parto, embarazo y puerperio. El porcentaje era muy alto si se comparaba con países “civilizados” como Dinamarca, Italia o Uruguay donde era de menos del 10%. En vista de que el niño formaba una unidad indisoluble con su madre, tal situación se traducía en una gran pérdida de vidas infantiles que alcanzaba una cifra estimada de 30.000 muertes anuales.⁸¹⁷

Cabe advertir que desde inicios de los años veinte, los liberales habían mostrado interés por incorporar a las mujeres a la nación a partir de la promoción de derechos sociales y civiles que facilitarían su vinculación al trabajo, pero también aseguraran compatibilidad de la función maternal con la vida productiva.⁸¹⁸ En el marco de la legislación social de 1924, la Sociedad de Pediatría presentó proyectos para asegurar a la madre trabajadora cuidados durante su embarazo, parto y puerperio y la conservación de su puesto de trabajo. Para la madre soltera se alcanzó a sugerir una ley que consagrara la investigación a la paternidad.⁸¹⁹ Igualmente, en el programa suscrito en la Convención de Ibagué de 1922, el Partido Liberal había acordado que abogaría por la defensa y la protección de las clases obreras, causa que incluía la reglamentación del trabajo femenino.⁸²⁰ Ahora bien, el propósito en los años treinta incluía a las mujeres de clase media y alta que ingresaron al mundo asalariado en puestos de mediana calificación como empleadas y habían comenzado a solicitar condiciones justas de trabajo.⁸²¹

En respuesta a los asuntos expuestos, durante el gobierno de Alfonso López Pumarejo se expidieron dos leyes por medio de las cuales se pretendió transformar el estigma social que recaía sobre las madres solteras y asegurar el descanso y el empleo a la trabajadora. La

infecciones o las intoxicaciones de los progenitores, es decir, por la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO, *Primer Congreso*, p. 57.

⁸¹⁷ GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Mortalidad materna, mortinatalidad y mortalidad precoz”, *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero a abril de 1935), pp. 34-35.

⁸¹⁸ Con apoyo del Partido Liberal, las mujeres de clase alta lograron en 1932 la reforma al régimen patrimonial en el matrimonio y a partir de 1933 el ingreso a la educación secundaria y universitaria. COHEN, *Colombianas en la vanguardia*, pp. 125-240; OLAYA HERRERA, Enrique y Luis LATORRE, “La ley de régimen patrimonial”, *El Tiempo*, (16 de enero de 1933), p. 8.

⁸¹⁹ Sobre la CIAS y la legislación social de 1924, remitirse al Capítulo II. BEJARANO, Jorge, “En defensa de la niñez. El problema de la mortalidad infantil y las reformas sociales”, *El Tiempo*, (1 de febrero de 1924), p. 5.

⁸²⁰ PAZ y SOLANO, *Convención de Ibagué*, pp. 277-278.

⁸²¹ El término empleado hacía referencia a toda persona que no era obrera pero que realizaba bajo contrato un trabajo a otra persona o entidad –fuera del servicio oficial– a cambio de un sueldo. BARÓN SERRANO, *Disposiciones*, p. 15. Para mayor información sobre las empleadas, consúltese: LÓPEZ PEDREROS, “Empleados, mujeres de oficina”, pp. 257-279.

primera fue la Ley 45 de 1936 sobre reformas civiles (filiación natural). Esta puso en igualdad ante la ley a los hijos producto de una familia “legítimamente” constituida y a los concebidos por fuera de ella. Esta norma eliminó la categoría jurídica de “hijo ilegítimo” para reconocer por “hijo natural” a aquellos nacidos de padres no casados o de madre soltera o viuda. Además, autorizó la investigación de la paternidad con el fin de obligar al padre a proveer alimentos, vestidos y educación.⁸²² El médico eugenista Laurentino Muñoz afirmó que la investigación a la paternidad era también un medio que permitía al Estado vigilar e intervenir en la procreación de los hombres que no respondían por su actividad sexual teniendo muchos hijos en el matrimonio y por fuera de él:

[...] El caso es muy común, dolorosamente repetido, de mujeres pobres, en la miseria, con dos, cuatro, seis y más hijos, cuyo padre no aparece a cumplir con sus obligaciones y ellas se ven obligadas a realizar una doble misión: la de la maternidad [y] la del trabajo correspondiente al hombre, quien en virtud del *amor brutal* no hace sino crucificar a sus apetitos antisociales a seres inocentes y dar vida a otros que soportarán una existencia miserable.⁸²³

Desde la normatividad, se esperaba integrar a las madres solas a la sociedad e impedir el rechazo social por considerárseles “mujeres deshonradas”. El cambio en la concepción legal de la madre soltera evitaría el costo social para los niños sin padre que nacían y crecían abandonados y la defensa de la mujer pobre e ignorante.⁸²⁴ De acuerdo a lo contemplado en la Ley, el padre identificado y reconocido debía proveer los recursos mínimos para la nueva criatura y de esta manera evitar que la pobreza obligara a la madre a trabajar hasta el último momento del embarazo poniendo en riesgo su vida y la del recién nacido.⁸²⁵

La segunda fue la Ley 53 de 1938 sobre protección a la maternidad. Esta norma fue la respuesta a las demandas que, desde años atrás, venían haciendo los médicos y agrupaciones sindicales (de tendencia socialista en los años veinte y comunistas en los treinta afines al lopismo) para que las trabajadoras embarazadas tuvieran un periodo de descanso antes y después del parto sin que hubiese el riesgo de perder el trabajo.⁸²⁶ Especialmente, las

⁸²² “Ley 45 de 1936 (5 de marzo) sobre reformas civiles (filiación natural)”, *Diario Oficial*, 23147, (30 de mayo de 1936), pp. 666-668; VALBUENA, *Derechos de los hijos naturales*, pp. 10-30.

⁸²³ MUÑOZ, *La tragedia*, pp. 276-277.

⁸²⁴ OBREGÓN TORRES, “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas”, pp. 174-178.

⁸²⁵ “El Código del Niño”, *Revista de Higiene*, 7, 8 y 9, (julio, agosto y septiembre de 1934), pp. 264-317.

⁸²⁶ CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO, *Primer Congreso*, p. 109; “Plataforma de la Confederación Sindical, que encarna las aspiraciones inmediatas del pueblo colombiano”, *Tierra*, (enero de 1938), pp. 4-5.

mujeres del gremio de las escogedoras quienes, asesoradas por los comunistas, habían levantado su voz contra los malos tratos a los que eran sometidas en las trilladoras y la desprotección laboral en la que se encontraban.⁸²⁷ En su caso, cuando estaban embarazadas eran obligadas a realizar trabajos pesados que provocaban abortos –los cuales no se consideraban como accidentes laborales, es decir, que pudieran reclamar asistencia médica o compensación económica– o eran despedidas.⁸²⁸ Por esta razón, comenzaron a exigir al Estado pensión por maternidad y protección de su derecho al trabajo.⁸²⁹

Aunque desde 1931 el país había ratificado los acuerdos firmados con la OIT sobre la protección del trabajo de las madres trabajadoras, el Estado no pretendía hacerse cargo del gasto que implicaba pagar el descanso remunerado por maternidad ni quería gravar demasiado a los patronos.⁸³⁰ Determinar a quién correspondía asumir tal responsabilidad y en qué condiciones demoró que tal convenio tuviera un desarrollo legal interno hasta 1938. Finalmente, se definió que el empresario sería el responsable de los gastos que generaran sus trabajadoras (o esposas de asalariados) mientras que el Estado se dedicaría a suministrar asistencia a las mujeres totalmente desprovistas de recursos.⁸³¹

Con la expedición de la Ley 53, el Estado buscó proteger la capacidad reproductiva de las mujeres obreras o empleadas en oficinas y empresas de carácter oficial o particular, independiente de su estado civil. Es decir, la Ley solo contempló la “maternidad obrera” mas no a todas las mujeres que realizaban algún trabajo y amparó especialmente la “maternidad ilegítima” pues algunas empresas, por prejuicios morales, tenían como causa de despido justificado el embarazo por fuera de la institución matrimonial.⁸³² La maternidad fue considerada una función social que debía gozar de toda clase de garantías y amparo tanto

⁸²⁷ DUQUE, “Sigue la huelga de escogedoras de café en la ciudad de Pereira”, *El Tiempo*, (22 de enero de 1935), portada. Para mayor información, consúltese: TIRADO MEJÍA, *Aspectos políticos*, pp. 159-167.

⁸²⁸ Oscar Gallo analiza la legislación y la jurisprudencia colombiana en materia de accidentes de trabajo. GALLO, “Acidentes de trabalho”, pp. 129-149.

⁸²⁹ ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad obrera*, p. 401; VELÁSQUEZ TORO, “Condición jurídica y social de la mujer”, pp. 34-35; JARAMILLO, “Industria, proletariado”, pp. 408-409.

⁸³⁰ “Ley 129 de 1931 (noviembre 23). Por la cual se aprueban varias convenciones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo, en sus 1°, 2°, 3°, 4°, 7°, 8°, 9°, 10° y 11° sesiones”, *Diario Oficial*, 21865, (14 de diciembre de 1931), pp. 754-755.

⁸³¹ ROCHA, Antonio, Silvio VILLEGAS, Alfredo NAVIA, J.A. MONTALVO, J.V. COMBARIZA, “Informe que rinde la comisión que estudió los proyectos de ley ‘Por la cual se atiende a la protección de la maternidad desamparada’ y ‘sobre protección a la maternidad obrera y sobre salas-cunas’”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 156, (15 de junio de 1934), p. 1117; “Relación de debates”, *Anales de la Cámara de Representantes*, 22, (8 de mayo de 1937), pp. 411-412.

⁸³² MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Boletín del Departamento*, 1940, pp. 264-265.

porque permitía solucionar el problema del trabajo femenino como por su importancia para el aumento y mejoría de la población. Correspondió a las enfermeras visitadoras vinculadas a las US y a las CSR dar a conocer entre las mujeres que trabajaran en oficinas o en empresas –y al público en general– sobre el derecho que tenían al reposo remunerado y velar por el cumplimiento de esta disposición recién expedida.⁸³³

Las potenciales beneficiarias obtendrían derecho a una licencia remunerada de ocho semanas en la época del parto para evitar que peligrara la vida de su bebé. En caso de aborto o parto prematuro, tendrían una licencia de dos a cuatro semanas. La norma prohibió el despido por causas de embarazo o lactancia en los tres meses anteriores o posteriores al parto, así como el trabajo de las embarazadas en oficios perjudiciales para su estado. En este sentido, cuando una mujer era despedida debía poner de conocimiento el caso en la Oficina del Trabajo, a donde el propietario de la compañía demandada sería citado a comparecer para justificar el despido de la obrera. En caso de haber sido por su condición de embarazo debía pagar una indemnización.⁸³⁴

Además de sancionar la permanencia laboral y brindar ciertas garantías para las madres, la Ley pretendió evitar que las embarazadas fueran contratadas para ejecutar trabajos insalubres o peligrosos ya que estos perjudicaban el organismo de la mujer y disminuían las posibilidades de llevar a buen término el embarazo o el nacimiento de niños sanos. También asegurar a la madre un tiempo para amamantar a su hijo resguardado en las salas cuna. Valga decir que su existencia fue ratificada como obligación de los dueños de fábricas o patronos quienes, en caso dado, debían contratar con alguna sala cuna oficial que estuviera cerca del lugar de trabajo. Como novedad, se contempló que las obreras contratadas a destajo o de manera transitoria tendrían los mismos derechos.⁸³⁵

A pesar de haber reiterado la responsabilidad de los patronos en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y en el estímulo de la lactancia materna, los empresarios continuaron

⁸³³ MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Anexo a la Memoria (Fascículo 1º)*, pp. 81-83.

⁸³⁴ “El gobierno reglamenta la ley sobre protección a la mujer embarazada”, *Tierra*, (septiembre 17 de 1938), p. 1; “La Ley de protección a la mujer madre obrera, entró en vigor ayer. Primer caso”, *Tierra*, (noviembre 11 de 1938), p. 8.

⁸³⁵ “Ley 53 de 1938 (22 de abril). Por la cual se protege la maternidad”, *Anales del Senado*, 182, (7 de mayo de 1938), p. 2243. Los Decretos número 1632, 2530 de 1938 y 953 de 1939 reglamentaron la Ley 53. PUBLICACIONES DEL MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *La protección*, p. 3; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Algunas disposiciones*, pp. 3-21.

incumpliendo el deber de instalar salas cuna y la OGT tampoco exigió su acatamiento.⁸³⁶ Dentro de las razones esgrimidas para birlar la Ley, se habló de los costos en adecuación de locales y contratación de personal de enfermería, sin contar que la nueva norma autorizaba a la obrera de apartarse de su puesto de trabajo cada tres horas para amamantar.

Esta situación imposibilitó los cuidados maternos que los médicos pregonaban como gremio. Las dificultades para llevar a buen término la ejecución inmediata de la Ley condujeron a que las trabajadoras siguieran resolviendo sus asuntos de cuidado materno en el espacio privado a través de la red de apoyo entre familiares y vecinas.⁸³⁷ Según los registros oficiales, en los años cuarenta, el número de salas cuna en los departamentos disminuyó a favor de los consultorios médicos. Como explica Claudia Agostoni, los elementos sociales de la medicina fueron perdiendo vigencia a medida que el ámbito hospitalario estatal privilegió la organización racional, técnica y jerárquica de los servicios médicos para los trabajadores.⁸³⁸

Por otra parte, si bien la Ley se ocupaba de garantizar la permanencia en el trabajo y recursos para la empleada y la obrera embarazada, la efectividad de la norma dependió de quién demandaba su cumplimiento. Existen indicios de mujeres pertenecientes a los sectores medios quienes tenían más posibilidades de ser escuchadas, ya fuese por estar vinculadas a instituciones o empresas oficiales donde era más difícil obviar la Ley o por la posibilidad de reivindicar sus derechos al contar con los recursos, conocimientos, vinculación a sindicatos y contactos sociales o políticos para ello.⁸³⁹ En los talleres o industrias que escapaban al efectivo control oficial, las obreras podían ser burladas más fácilmente en sus derechos al carecer de mecanismos más contundentes para hacerlos cumplir.⁸⁴⁰

⁸³⁶ Sobre la Ley de protección a la maternidad en Argentina, consúltese: NARI, *Políticas de maternidad y maternalismo político*, pp. 156-167; LAVRIN, *Mujeres, feminismo y cambio social*, pp. 109-115; BIERNAT y RAMACCIOTTI, “La protección a la maternidad”, pp. 153-177; RAMACCIOTTI, “Las trabajadoras en la mira estatal”, pp. 191-215.

⁸³⁷ ARANGO RESTREPO, Luis, “Mortalidad en Santander”, *Cultura Cívica*, 3, (julio de 1939), pp. 9-11; JACOME VALDERRAMA, José, “Divagaciones sobre una verdad”, *Rumbos*, II:6, (agosto de 1939), pp. 153-157.

⁸³⁸ *Anuario General de Estadística*, años 1940-1946; AGOSTONI, “Médicos al servicio”, pp. 292, 305-309.

⁸³⁹ Rosa Emilia Bermúdez muestra que en la empresa Croydon de Cali, fundada en 1937 y dedicada a la industria del caucho, la maternidad no fue una condición restrictiva para obtener el empleo. Bermúdez señala que por la ley y presión del sindicato, las empleadas obtenían descanso antes y después del embarazo y conservaban el empleo. BERMÚDEZ RICO, *Mujeres obreras e identidades sociales*, pp. 94-99.

⁸⁴⁰ María Teresa Osuna de Afanador a Alfonso Araujo, octubre 26, 1939. AGN, SAAIL, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 201, carpeta 3, f. 570r; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Boletín del Departamento*, 1940, pp. 261-263, 266; MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL, *Boletín del Departamento*, 1941, pp. 121-124.

Ahora bien, es preciso decir que tanto empresas grandes como pequeñas estuvieron en contra de la aplicación de legislación protectora de las madres trabajadoras y se resistieron por igual a asumir las cargas salariales y responsabilidades sociales consideradas demasiado gravosas.⁸⁴¹ La escasa historiografía que ha incursionado en el tema, afirma que en los años cuarenta, los empresarios contrataron menos mujeres para no asumir el cumplimiento de la Ley. Otras investigadoras indican que el descenso en la contratación de mujeres y la asignación de trabajos menos calificados y remunerados, se debió a la introducción de nuevas tecnologías –de allí que las fábricas optaran por capacitar a los hombres por considerarlos más idóneos para enfrentar los cambios en los procesos de producción– y a la definición de políticas orientadas a la consolidación de la familia obrera que requerían del retorno de las mujeres al hogar como madres y amas de casa.⁸⁴² No obstante, conocer de qué manera la Ley afectó o no el trabajo femenino, es un tema que requiere precisas investigaciones históricas que están por hacer.⁸⁴³

CONSIDERACIONES FINALES

La década de los treinta significó para los médicos adscritos al Partido Liberal una oportunidad de implementar las propuestas y leyes sociales impulsadas desde inicios de los años veinte para solucionar la cuestión social y mejorar la población colombiana. En el marco de estos propósitos, la campaña contra la mortalidad infantil pasó a formar parte de la estructura administrativa de la higiene como ramo independiente y se convirtió en un asunto de intervención estatal a nivel nacional. A pesar de que la protección materno-infantil fue un asunto secundario dentro de las prioridades presupuestales, fue fundamental para difundir la medicina académica más allá de Bogotá, ampliar la presencia estatal en buena parte del territorio de la República y ofrecer soluciones a ciertas necesidades de los sectores populares urbanos y rurales.

La política social para la primera infancia experimentó un proceso de ampliación que se puede dividir en dos etapas. La primera consistió en la expansión de la campaña de Bogotá

⁸⁴¹ LÓPEZ OSEIRA, “Inventar a la madre”, pp. 181-182.

⁸⁴² ARANGO, *Mujer, religión e industria*, pp. 72-73; JARAMILLO, “Industria, proletariado”, pp. 401-402.

⁸⁴³ FARNSWORTH-ALVEAR, *Dulcinea in the Factory*, pp. 10-11; ARCHILA NEIRA, *Cultura e identidad*, p. 100; ARANGO, *Mujer, religión e industria*, pp. 72-73; JARAMILLO, “Industria, proletariado”, pp. 401-402.

hacia las capitales departamentales con asesoría técnica y científica de las autoridades sanitarias nacionales, la FR y el apoyo de la CRN como entidad colaboradora del gobierno. Cuando se instaló la protección infantil en todas las capitales, inició la segunda etapa cuya principal característica fue la municipalización y tecnificación de las instituciones benéficas dedicadas al cuidado del niño. Esto permitió la extensión de la política social a municipios importantes económicamente y otros estratégicos para el orden social. En términos del modelo de salud, se dio la transición definitiva al modelo de salud pública norteamericano que buscó llegar a las áreas rurales, organizar servicios permanentes dedicados a la prevención de enfermedades y unir varias campañas en un único centro de salud.

A partir de 1934, cada municipio tuvo la responsabilidad de invertir recursos propios en la adecuación y puesta en marcha de establecimientos para la maternidad y la infancia que complementaran la atención basada en la buena alimentación e higiene infantil. A las Gotas de Leche y salas cuna, algunas de ellas creadas años atrás, se le sumaron servicios para el control del crecimiento del niño y tratamiento de enfermedades, contagiosas, venéreas y perinatales. La modernización administrativa de la intervención social significó que todas las iniciativas, públicas y privadas, fuesen incluidas en las recientemente creadas *organizaciones unitarias* donde prevalecían las labores preventivas sobre las exclusivamente asistenciales. A través de este sistema, el Estado desplazó el interés por mejorar las condiciones únicamente en las ciudades y los obreros de fábrica para velar por el mundo rural y los campesinos. En el último tramo del gobierno de López Pumarejo, el eje de la intervención se desplazó hacia la protección de la madre con medidas pro maternales con las que se esperaba favorecer la vigilancia médica en relación con su capacidad reproductiva, evitar los efectos negativos del trabajo femenino durante el embarazo y amparar a las madres solteras.

En este proceso, la relación entre el Estado y los particulares fue de cooperación. En los dos momentos identificados, el Estado central se apoyó en los particulares con el fin de interesar a las autoridades locales en los problemas sociales y enfermedades que afectaban la salud de la población. Filántropos, damas de elite e Iglesia católica combinaron esfuerzos para crear instituciones dedicadas a la defensa de la primera infancia que, bajo su administración, cada vez eran más medicalizadas. Las autoridades sanitarias nacionales y municipales ayudaron a tecnificar tales establecimientos e intentaron ejercer control y vigilancia de sus acciones para asegurarse que estuvieran guiadas por directrices científicas

y menos por preceptos morales o religiosos. Entre los mecanismos empleados para ello se destacaron la obligación de remitir informes a las instancias nacionales y la instrucción itinerante que ofreció personal femenino experto.

Junto a las tareas desempeñadas por las enfermeras visitadoras, hay que subrayar el papel central que tuvieron en los diferentes departamentos las mujeres de la élite para sortear dos problemas difíciles de solucionar inmediatamente, pero necesarios para lograr la expansión de un sistema de salud pública en ciernes. Me refiero a la escasez de personal especializado en enfermería y el limitado presupuesto estatal que se invertía en el ramo de la higiene. Las damas, muchas de ellas esposas, hermanas e hijas de los políticos y médicos locales, estuvieron dispuestas a ser formadas por las enfermeras visitadoras graduadas y sustituir al personal experto requerido para sostener con criterios médicos el funcionamiento de los servicios. Además, pusieron a disposición del Estado sus recursos, relaciones sociales y experiencia en la atención a los pobres para establecer la campaña de protección materno-infantil en sus respectivos municipios.

Ahora bien, la expansión geográfica y la ampliación de los servicios estudiados en este capítulo tuvieron limitaciones estructurales que obligan a matizar los alcances de la campaña de protección materno-infantil impulsada durante la República Liberal. La falta de registros estadísticos confiables, que permitieran conocer a quienes debía ir dirigida la asistencia, aunado a la falta de expertos sanitaristas, restringieron la capacidad de atención de las instituciones que, sin embargo, crecieron significativamente respecto a lo realizado a finales de los años veinte. A pesar de ello, por medio de esta política, el Estado –central y local– logró hacer presencia en una parte importante del territorio; eso sí, de manera diferenciada de acuerdo a la capacidad económica de la región y del interés de las autoridades y elites de cada municipio por la protección y asistencia de las mujeres pobres y trabajadoras y sus hijos. La puesta en práctica de las directrices nacionales corrió por cuenta de los gobiernos y grupos de interés a nivel local, quienes tuvieron que asumir la responsabilidad de disminuir los altos índices de mortalidad infantil y hacer del binomio madre-hijo un objeto privilegiado de intervención social.

CONCLUSIONES

Estudios recientes sobre la infancia colombiana a inicios del siglo XX han focalizado sus análisis en los discursos médicos con especial interés en saberes como la eugenesia y la puericultura. Considero que la presente investigación permite dialogar con tales esfuerzos al querer comprender cómo los conocimientos científicos se entrelazaron con las dimensiones políticas y sociales en el proceso de modernización del Estado, específicamente en la inclusión de la maternidad y la primera infancia dentro de las responsabilidades estatales. En esta tesis pude aproximarme a la manera en que los médicos, como políticos, expertos y funcionarios, ofrecieron soluciones a las enfermedades de la primera infancia y al desamparo de las maternidades obreras e “ilegítimas”. Su objetivo fue el de convertir a este segmento de la población en agentes de progreso. Además, analicé el desarrollo de la política social y las medidas concretas implementadas para responder a los requerimientos internacionales, sanitarios y poblacionistas, así como a los problemas sociales nacionales producto de la industrialización y la urbanización.

Como se pudo apreciar, a partir de los años diez del siglo XX, la primera infancia y las madres pobres fueron considerados uno de los sectores más desprotegidos de la sociedad. El Estado colombiano, al mando de los conservadores, había optado por delegar en la caridad y la filantropía parte de la ayuda a la niñez desamparada, mientras que la beneficencia pública velaba únicamente por la infancia abandonada e indigente. Los hijos de las madres solteras y trabajadoras estaban excluidos de cualquier asistencia pública o privada por razones morales y religiosas que entremezclaban el rechazo social a las relaciones extramatrimoniales y la indiferencia por los niños ilegítimos. En el marco de la preocupación por la “degeneración de la raza”, el descenso demográfico, el mejoramiento de la clase trabajadora y la respuesta a la cuestión social, emergió el interés médico y político por un nuevo objeto en la gestión de la pobreza: el binomio madre-hijo.

Inicialmente, los médicos, las mujeres de la elite y los representantes de la Iglesia católica, en un trabajo conjunto, llenaron el vacío existente en materia de atención a la primera infancia al organizar instituciones benéficas como las Gotas de Leche y las salas cuna. Sin embargo, tales servicios fueron insuficientes, e inclusive restringieron la prestación de servicios por prejuicios sobre la vida privada de las madres. En este escenario, el gremio

médico reclamó mayor intervención del Estado en la solución de los problemas sociales que afectaban directamente el futuro de la raza y, por tanto, de la nación. Desde una visión higiénica y eugenista, elaboraron diagnósticos de forma particular y a nombre de asociaciones médicas –algunas asesoras de los sucesivos gobiernos– sobre la situación de la infancia colombiana, expusieron la importancia de asumir la regeneración de la población a través de los cuidados científicos materno-infantiles, y promovieron un conjunto de medidas legislativas para preservar la estabilidad social e incluir a las mujeres en el proyecto modernizador del país.

El conocimiento científico dio a la comunidad médica prestigio social y político. Con base en la experiencia francesa y los avances en algunos países latinoamericanos, propusieron las siguientes estrategias para defender la infancia considerada desvalida: 1. Fortalecer el vínculo madre-hijo con el estímulo a la lactancia materna y el rechazo a la crianza por nodrizas. 2. Superar la “ignorancia” de las mujeres pobres con la difusión y educación sobre la importancia de la higiene, la puericultura y la consulta médica. 3. Efectuar reformas sociales que llevaran a modificar las concepciones negativas sobre las madres solteras y sus hijos, así como garantizar mejores condiciones a las trabajadoras para conciliar el mundo laboral con la maternidad. 4. Crear una red de instituciones estatales de asistencia encargada del proceso de concepción-gestación-parto-crianza. Cabe señalar que la ampliación de los lugares de intervención de la salud pública representaba para el gremio médico una forma de obtener recursos y puestos de trabajo desde los cuales podían mantener su prestigio e influencia social.

Desde la segunda mitad de los años veinte, el Estado colombiano comenzó a emprender tales acciones con el propósito de remediar la cuestión social y obtener reconocimiento internacional como un país civilizado y moderno. Esta orientación, que se dio en el marco de la profundización del capitalismo, se desplegó en cuatro momentos. El primero correspondió a la expedición de una legislación social, impulsada por la minoría liberal en el Legislativo, que permitió el ingreso en la agenda estatal de la protección y asistencia del binomio madre-hijo en el contexto meramente urbano. Esta normativa privilegió la defensa del niño por encima de la mujer-madre, la cual se integró solo en su papel de cuidadora de la vida del futuro ciudadano. Por tanto, se excluyeron compromisos

con las madres trabajadoras, las restricciones al matrimonio o cambios en la valoración de la paternidad o maternidad legítima.

En un segundo momento, se crearon las primeras instituciones públicas y científicas dedicadas a la atención prenatal y la niñez. Por falta de presupuesto y por circunstancias previas como la concentración de médicos especializados y de iniciativas particulares dedicadas a la infancia desamparada, Bogotá fue el epicentro de los desarrollos iniciales que tuvo esta política social entre 1928 y 1932. Gracias al trabajo conjunto de las autoridades sanitarias municipales y nacionales, se instalaron servicios novedosos y complementarios en algunos barrios populares para velar por el bienestar del niño desde el embarazo hasta los dos años de edad. La organización de la campaña en la capital se asumió como el modelo a seguir en el resto del país.

Con ayuda de la Fundación Rockefeller y, especialmente, de la Cruz Roja Nacional, a partir de 1932 el Estado colombiano se valió de la ayuda a los pobres en general y de la lucha contra la mortalidad infantil en particular, para expandir su presencia a buena parte del territorio nacional. Este, que puede ser entendido como un tercer momento, tuvo dos reorientaciones importantes. En primer lugar, las autoridades sanitarias adaptaron el modelo estadounidense de las *Organizaciones Unitarias* a través de las cuales se logró la instalación de distintos servicios, inicialmente en las capitales departamentales y luego en zonas semiurbanas o rurales, donde había importante presencia de trabajadoras, principalmente en los municipios donde predominaba una economía cafetera. En segunda instancia, la ampliación de los servicios fue el resultado de un proceso de *municipalización* de los gastos de la campaña de protección infantil. Las entidades locales quedaron con la responsabilidad de asegurar recursos para la instauración de instituciones especializadas particulares y públicas, además de contratar personal experto.

No obstante, para hacerlo viable, pues existían regiones con escasos recursos o que privilegiaban otros asuntos, se planteó la unión de esfuerzos entre la Nación, los particulares y los municipios para concretar la campaña en varios lugares de la geografía nacional. De esta manera, el Estado central pasó de tener un rol de subsidiario de la caridad con una mínima participación, a ser vigilante y en algunos casos financiador directo de instituciones. Esta disposición no implicó cortar los lazos con los particulares o las asociaciones religiosas sino más bien se intentó estimular su adhesión a la acción estatal. La conjunción de los

diferentes niveles de poder público y la colaboración de los particulares explica la conformación de un aparato asistencial destinado a la infancia, eso sí, fuertemente sometido a los poderes locales. En esta fase de expansión, los municipios y/o particulares fueron los responsables de proveer buena parte de los recursos para su sostenimiento y de velar por el funcionamiento de las instituciones de protección.

El cuarto momento identificado fue el desplazamiento, durante los años treinta, del eje de atención estatal de la infancia a las madres solteras y trabajadoras en el marco de un renovado aprecio de la maternidad como “función social”. La protección de la niñez solo estaba completa si se cuidaba de la madre, potencial o real. Por tanto, la mujer pobre, además de ser educada según lineamientos higiénicos, debía ser atendida por el Estado con ayuda médica y social. Este giro también respondió al aumento de las mujeres en distintos espacios laborales, lo cual llevó a que los gobiernos liberales consideraran necesario ofrecer garantías sociales a las obreras para evitar levantamientos sociales y su adhesión a partidos de izquierda.

En este sentido, los políticos y médicos afines al liberalismo retomaron el interés por sancionar una legislación que eliminara la tipificación de “ilegitimidad” en el nacimiento, consagrara la investigación a la paternidad y protegiera la “maternidad obrera”. Paralelamente a la expedición de estas nuevas leyes, que posibilitaban la toma de ciertas decisiones por parte de las autoridades o la apelación a algunos derechos, en la segunda mitad de los años treinta los pobres dejaron de ser objeto de la piedad cristiana para convertirse en una obligación de la asistencia pública. Tal redefinición implicó que el Estado quedaba encargado de asistir los embarazos y partos de las pobres sin consideraciones de tipo moral o religioso, los empresarios de financiar la atención de las trabajadoras o esposas de obreros, y la caridad del cuidado, no médico, de los niños más pobres. La puesta en marcha de este nuevo modelo se tardaría varios años.

En cada uno de estos momentos, fue crucial el rol que desempeñaron las señoras de la elite. Su participación, junto a los médicos-políticos, fue fundamental para el desarrollo de la campaña de protección infantil y materna. Gracias a las experiencias caritativas previas, en muchas ocasiones iniciaron la campaña en los municipios, ya fuese con la instalación de servicios benéficos o apoyando con trabajo voluntario y dinero a las iniciativas de los médicos. También impulsaron la modernización de la administración de la pobreza al

ingresar a la burocracia estatal como personal técnico especializado. Como enfermeras sanitarias, colaboraron con el Estado en la organización y expansión de la política en Bogotá y desde allí hacia las regiones, especialmente, a través de una fuerte labor de educación y persuasión. Estas mujeres educadas desplazaron a las damas de la caridad y a las religiosas en el control de las instituciones especializadas en la atención materno-infantil. De la misma forma, ayudaron a relegar los saberes tradicionales por una atención científica y sirvieron de intermediarias entre la vida privada de las familias y el Estado. En suma, la asistencia a la niñez permitió a muchas mujeres de los sectores acomodados participar en la esfera pública a través de cierta profesionalización de las actividades de cuidado.

A pesar de que la protección a la primera infancia y la maternidad ingresó al registro de responsabilidades estatales y de que la política sanitaria logró la instalación de servicios novedosos y su expansión en parte importante del territorio nacional, se presentaron varios obstáculos para su avance eficaz. La debilidad del Estado impidió ejercer presión y coacción sobre quienes estaban obligados por Ley a acatar el mandato de proteger a las nuevas generaciones de colombianos. Especialmente, los empresarios incumplieron los deberes con los hijos de sus obreras y muchas veces negaron el trabajo y el periodo de descanso a las embarazadas. Asimismo, la Iglesia católica se rehusó a ceder el dominio sobre los registros de la población, lo cual imposibilitó llevar estadísticas confiables. Esta situación ahondó el desconocimiento acerca de la magnitud del problema de la mortalidad infantil y sobre la población que debía asistir el Estado. Otra dificultad importante fue la falta de personal experto para llevar la campaña a la práctica, evidente en el escaso número de enfermeras capacitadas en salud pública y de médicos locales con conocimientos específicos en salud infantil.

Si bien durante el periodo de estudio se mantuvo el discurso médico y político de que el niño era el porvenir de la patria y que el progreso nacional dependía de su regeneración, la protección infantil ocupó los últimos lugares dentro de los compromisos de la higiene local y nacional. El escaso presupuesto asignado a este ramo, restringió la creación de servicios con suficiente capacidad para atender la niñez pobre de las diferentes ciudades y poblados. Los establecimientos podían recibir un número limitado de niños y madres en determinados barrios. El Estado tuvo que acudir al apoyo de particulares e instituciones filantrópicas para

concretar y desplegar la campaña ya que otros intereses como la lepra, el saneamiento de puertos o el auxilio a hospitales absorbieron gran cantidad de recursos.

En la medida en que la municipalización fue fundamental para la expansión de la protección y la asistencia materna e infantil en los años treinta, considero que este trabajo invita a conocer en profundidad el desarrollo de la política social a nivel local. Además de los estudios que abarquen las diferentes regiones, también resulta importante indagar sobre la forma en que funcionaron los servicios en las Comisarías e Intendencias donde por primera vez se pensó en atender población infantil indígena y negra. La realización de investigaciones a escala micro podría ayudarnos a comprender mejor fenómenos como la mortalidad infantil, las enfermedades en la niñez, las ocupaciones y peticiones laborales de las madres y la forma en que el Estado se encargó de la salud de las familias pobres en la primera mitad del siglo pasado. Por ahora, esta tesis pretendió ser un aporte al estudio de un periodo de la historia del país que ha reparado poco en las modalidades y particularidades colombianas del intervencionismo estatal en el campo de lo social.

ANEXOS

ANEXO 1

“Instituciones protectoras del niño que existen en Bogotá”, 1923

Nombre de la institución	Año de fundación	Propósito	Límite de edad	Oficial o Particular	Subvención que recibía	Servicios gratuitos o remunerados
Sala de maternidad del Hospital San Juan de Dios		Amparar y proteger a la madre y al niño en el momento de su nacimiento y en los días posteriores. Por la poca capacidad del loca y el constante pedido de camas, solo podía ampararse a la madre en los ocho días siguientes al nacimiento		Oficial	Rentas del Hospital	Gratuitos
Gota de Leche	1919	Proteger al niño en la edad de la lactancia, estimulando ante todo la alimentación materna y suministrando a la madre que no puede alimentar a su hijo los teteros necesarios.	Desde un día hasta un año, prorrogable en caso de ser necesario hasta 18 meses.	Particular subvencionada	\$5000 anuales del Tesoro Nacional, \$150 mensuales del Municipio.	Gratuito
Consulta Especial de Niños del Consultorio Externo del Hospital San Juan de Dios	1922	Prestar asistencia médica a los niños enfermos pobres que	Todas las edades	Oficial	Rentas del Hospital	Gratuitos

		no necesitan hospitalización o que exigen los cuidados de la madre, suministrándoles los medicamentos.				
Hospicio	1874	Amparar a los niños huérfanos o abandonados, menores de siete años, en condición de internos, en la Casa o en poder de nodrizas.	Desde un día hasta ocho años.	Oficial	\$14000 anuales del Tesoro nacional y la mitad del Impuesto Municipal sobre introducción de mercancía extranjera	Gratuitos
Salas de Asilo	1908	Recibir y cuidar maternalmente a los niños y niñas de tres a seis años, suministrándoles alguna alimentación y enseñanza en las horas de trabajo de las madres. Son recibidos a las 6 y media a.m. y entregados a las 5 y media p.m.	De 3 a 6 años.	Particular	Ninguna	Una tercera parte de los niños paga \$0.05 por día. Los demás son gratuitos
Asilo de San José para Niños Desamparados	1882	Recoger a los niños desamparados, corregir en ellos sus malas inclinaciones y hábitos por medios suaves, y	De 8 a 15 años.	Oficial	10% del Impuesto de Registro, \$200 mensuales	Gratuitos

		procurarles una conveniente educación física y moral y una instrucción elemental y práctica, para lo cual dispone de amplios campos de cultivos y talleres.			del Municipio y \$2000 anuales del Tesoro Nacional	
Asilo de San Antonio (Infancia Desamparada)	1907	Recoger a los niños desamparados, corregir en ellos sus malas inclinaciones y hábitos por medios suaves, y procurarles una conveniente educación física y moral y una instrucción elemental y práctica, para lo cual dispone de amplios campos de cultivos y talleres.	De 11 a 15 años	Particular subvencionada	\$6000 anuales del Tesoro Nacional	Gratuitos
Hospital de la Misericordia	1906	Prestar asistencia hospitalaria a los niños indigentes, principalmente a los que requieran intervenciones quirúrgicas.	De tres meses a 12 años.	Particular subvencionada	\$12000 anuales del Tesoro Nacional y \$1800 anuales del Municipio.	Gratuitos
Dormitorio de Niños Desamparados	1910	Proporcionar albergue decente a los niños desamparados que no tienen donde pasar la noche e ir creando en ellos sanos principios	De 5 a 15 años.	Particular subvencionada	\$800 anuales del Tesoro Nacional y el producto íntegro del Impuesto	Gratuitos en los general. Los mayores pagan \$0.05 semanales.

		de moral y hábitos de aseo. Les suministra instrucción primaria y desayuno.			Municipal sobre entierros.	
Asilo especial para niñas (llamado antes de Preservación)	1919	Recibir las niñas desamparadas y suministrarles instrucción elemental, y una sana orientación moral, así como una enseñanza práctica, principalmente de oficios domésticos.	De 12 a 18 años, y cambaría de 8 a 15 años.	Oficial	Un 20% del producto del Impuesto de Registro en Bogotá.	Gratuitos.
Asociación de Caridad y dormitorio de la Sagrada familia para niñas desamparadas	1918	Regenerar las niñas mendigas y vagas y suministrar albergue nocturno a las que no lo tienen. Se preocupa principalmente de la educación moral y la enseñanza de oficios domésticos.	De todas las edades.	Particular	\$100 mensuales del Municipio.	Gratuitos
Casa protectora de niñas	1916	Regenerar las niñas mendigas y vagas en condición de internas. Se preocupa principalmente de la educación moral y la enseñanza de oficios domésticos.	De 12 a 18 años.	Particular	Ninguna (otras entidades envían niñas mediante una pensión de \$5 mensuales)	Gratuitos en lo general. Algunas niñas abonan una pequeña pensión.
Sindicato de la Aguja	1917	Atender al amparo y educación práctica de las niñas de la clase media cuyos recursos	De 10 a 20 años.	Particular	Ninguna	Algunas gratuitas, y otras pagan entre \$1 y \$5 mensuales.

no son suficientes para costear una pensión de escuela privada y cuya posición social no les permite dedicarse a oficios domésticos. Expide diplomas de comercio, modistería y sastrería. Busca colocación de las graduadas y procura mantenerse en contacto con ellas.

Las externas \$0.05 por año.

Orfelinato del Niño Jesús de Praga para niñas	1908	Preservar niñas pobres y darles enseñanza de oficios domésticos.	De 10 a 20 años.	Particular	\$12 mensuales por cada niña costeadas por la Nación.	Algunas pagan \$5 mensuales, el resto gratuitas.
Unión benéfica o patronato de niñas	1918	Preservar niñas pobres y darles enseñanza de oficios domésticos.	De 12 a 17 años.	Particular	Ninguna	Algunas pagan \$1 mensual. Las demás gratuitas.
Cárcel correccional de varones menores	1896	Corregir a los varones enviados por el Juzgado de menores, observando las órdenes de esa oficina.	De 7 a 17 años.	Oficial	Sostenida por la Nación.	Gratuitos.
Casa correccional de mujeres menores (El Buen Pastor)	1921	Corregir a las jóvenes enviados por el Juzgado de menores, observando las órdenes de esa oficina.	De 12 a 21 años.	Particular subvencionado	\$1600 del Tesoro Nacional por año.	Algunas gratuitas, otras pagan \$2, \$4 y \$8 pesos mensuales. Externado gratuito.

Taller Nacional de Tejidos de La Presentación	1905	Dar educación a niñas pobres de familia honorable.	De 12 a 16 años.	Particular subvencionada	El Tesoro Nacional costea \$612 anuales para sueldos de las profesoras y 25 becas a \$15 mensuales cada una.	Algunas pagan pensión de \$15 mensuales. Otras \$10, las demás gratuitas.
Instituto San Bernardo	1919	Dar instrucción elemental gratuita a los hijos del pueblo y formar obreros hábiles que puedan ganarse la vida independientemente.	De 12 a 20 años	Particular subvencionada	\$6000 del Tesoro Nacional. \$3240 (18 becas para internos) y \$1500 (60 becas de externos) del Tesoro Departamental	Los de la Escuela Primaria gratuitos. Los internos no becados pagan de \$7 a \$16 mensuales. Los externos no becados \$3 mensuales.
Colegio Salesiano de León XIII	1896	Dar instrucción elemental gratuita a los hijos del pueblo y formar obreros hábiles que puedan ganarse la vida independientemente. Únicamente internado.	De 12 a 16 años.	Particular subvencionada	\$8640 para becas del Tesoro Nacional y \$3300 del mismo Tesoro.	Becados, pensionados, semigratuitos y gratuitos
Sección de Menores del Asilo de Mujeres Indigentes	1879	Recoger a las niñas ciegas, sordomudas, idiotas, paralíticas. No	De 7 años en adelante.	Oficial	Auxilio de \$12000 anuales de la	Gratuito

		hay separación completa de las adultas de la misma clase.			Nación. Recibe una parte del Fondo de los Pobres.	
Sección de Menores de la Colonia de Mendigos	1918	Recoger a las niñas ciegas, sordomudas, idiotas, paralíticas. No hay separación completa de las adultas de la misma clase.	De 7 años en adelante	Oficial	Auxilio de \$12000 de la Nación, y recibe una tercera parte del producto del Impuesto llamado Fondo de los Pobres	Gratuito
Círculo de Obreros católicos (Obras del Padre Campoamor)	1911	Preocuparse por todos los problemas del obrero, comenzando por la sana formación de niños y de jóvenes de ambos sexos, a quienes se les capacita, por medio de la escuela, los trabajos de campo y los talleres, para constituir sólidamente el hogar honrado del futuro; estimular el ahorro en el niño y en el joven; proporcionar habitación y hospedería decente y	Entre 6 y 12 años en la escuela. En la hospedería mayores de 14.	Particular subvencionada	\$4000 anuales del Tesoro Nacional y \$150 mensuales del Municipio.	La instrucción es gratuita.

		restaurantes escolares a la clase obrera.				
Oratorio Festivo de los Padres Salesianos	s.d.	Procurara sanas diversiones e instrucción religiosa a los hijos del pueblo en los días festivos.	s.d.	Particular	Ninguna	Gratuito
Oratorio Festivo de María Auxiliadora	s.d.	Procurara sanas diversiones e instrucción religiosa a los hijos del pueblo en los días festivos.	s.d.	Particular	Ninguna	Gratuitos
Talleres de la Conferencia de María Auxiliadora para niños	1919	Dar instrucción elemental y enseñar un oficio a los hijos del pueblo. Los niños reciben diariamente almuerzo gratuito y, una vez al año, vestido completo.	De 12 a 15 años	Particular	Ninguna	Gratuitos
Taller de trabajos de mimbre para niñas pobres	1915	Enseñar gratuitamente a niñas del pueblo y de la clase media la industria del tejido de mimbre.	De 8 a 22 años.	Particular	Ninguna	Gratuitos
Escuela gratuita de las Damas del Sagrado Corazón	1908	Procurar enseñanza elemental gratuita, con la dotación de los útiles necesarios, a niñas pobres cuya legítima procedencia se conoce.	De 7 a 14 años	Particular	Ninguna	Gratuitos
Escuela gratuita anexa a la Normal de la Presentación	1897	Procurar enseñanza elemental gratuita, con	De 7 a 14 años	Particular	Ninguna	Gratuitos

		la dotación de los útiles necesarios, a niñas pobres cuya legítima procedencia se conoce.				
Sociedad de San Vicente de Paúl	1857	Visitar y socorrer a los pobres en su domicilio; organizar y sostener escuelas cristianas gratuitas, patronato de aprendices de obreros; restaurantes escolares; colonias de vacaciones; cajas de ahorros; bibliotecas; roperos, etc.	Indefinida	Particular	Ninguna	Gratuitos
Congregación del Sagrado Corazón	1864	Sostener por su cuenta, en distintos establecimientos de educación, niñas que por algún motivo se hallan en situación peligrosa para su moral.	Indefinida	Particular	Ninguna	Gratuitos
Cajas Escolares	1915	Proporcionar desayuno y vestido a los niños indigentes que concurren a las escuelas públicas de la ciudad, para regularizar así la frecuentación escolar de los necesitados y	De 6 a 14 años.	Particular	Ninguna	Gratuitos

		hacer provechosa la enseñanza de centenares de niños cuya miseria social y fisiológica es extrema.				
Club Noel	1912	Repartir vestidos y juguetes a los niños pobres en Navidad.	Hasta 8 años	Particular	Ninguna	Gratuitos
Asociación de Madres Católicas	1889	Auxiliar a los recién nacidos con ropas que son llevadas todos los meses a la Sala de Maternidad del Hospital.	Recién nacidos	Particular	Ninguna	Gratuitos
Congregación de hijas de María	1878	Confeccionar y repartir vestidos para niños pobres.	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos
Ropero de Lourdes	1912	Confeccionar y repartir vestidos para niños pobres.	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos
La doctrina	1907	Enseñar la doctrina cristiana los días feriados y dar vestido una vez al año a los niños pobres de la ciudad.	s.d.	Particular	Ninguna	Gratuitos
Juzgado de menores	1921	Juzgar a los menores de 7 a 17 años que cometen delitos e infracciones y disponer su medio correccional; buscar amparo a los niños en estado de abandono físico o	De 7 a 17 años	Oficial	El Tesoro Nacional costea los gastos.	Gratuitos

		moral, vagancia, prostitución o mendicidad y a los hijos de presidiarios y delincuentes.				
Centro Sanitario de la Cruz Roja	1922	Prestar a los niños, como a los adultos, auxilios médicos de urgencia; poner inyecciones y vacunas; organizar servicios científicos adecuados en épocas de epidemias, y hacer obra de propaganda por la higiene y la profilaxis.	Todas las edades	Auxiliar del servicio sanitario del Ejército	Ninguna	Gratuitos
Junta de Socorros	1918	Ayudar a las clases pobres; luchar por su higiene; combatir las epidemias que se presenten en la ciudad, hospitalizando enfermos y prestando servicios médicos a domicilio.	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos
Sociedad de Pediatría	1917	Propender, por medio de una acción social activa, por el estudio de todos los problemas de la defensa del niño, principalmente por el estudio de sus enfermedades;	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos

		favorecer la crianza infantil y atender médicamente a las dolencias de los necesitados.				
Comisión Protectora de la Infancia de la Sociedad de Embellecimiento	1918	Preocuparse por los problemas que atañen a la protección del niño en general. Del seno de esta Comisión surgió la idea de unir espiritualmente todas las sociedades protectoras de la infancia en la ciudad.	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos
Comisión de niños abandonados del Patronato de Presos	1917	Velar por los niños que quedan desamparados cuando el padre o la madre son llevados al presidio.	Indefinido	Particular	Ninguna	Gratuitos

Fuente: NIETO CABALLERO, Agustín, “Protección de la infancia”, *Boletín de la Cruz Roja Nacional*, 1:4-5, (abril y mayo de 1923), s.p.

Nota aclaratoria: el censo completo contiene más información sobre la capacidad del local, condiciones higiénicas, disposición de asistencia médica, si el local es propio y costo aproximado por niño. Además, cuáles instituciones nuevas contaban con recursos para comenzar a funcionar próximamente. Estos aspectos no fueron tomados en cuenta en la presente investigación debido a que busco principalmente mostrar que, de las instituciones establecidas a inicios de los años veinte en Bogotá, la única encargada de la primera edad era la Gota de Leche. Con la creación del Centro Sanitario de la Cruz Roja Nacional en 1923, se completaron los servicios de la beneficencia a la protección a la infancia en todas sus edades.

ANEXO 2

Censo de instituciones que benefician al niño elaborado por Rafael Barberi, 1932

Municipio	Nombre de la institución	Comentarios
Bogotá	Protección Infantil Nacional	Dirección: Carrera 12 # 11 Director: Médico Rafael Barberi
	Protección Infantil Municipal	Dirección: Carrera 12 # 260 bis Director: Médico Rafael Muñoz
	Gota de Leche	Patronato, Carrera 8 # 613 Director: Médico Andrés Bermúdez
	Gota de Leche	Egipto, Calle 9 # 58E Director: Médico Andrés Bermúdez
	Gota de Leche	Chapinero, Calle 58 # 679 Director: Médico Andrés Bermúdez
	Sala cuna de Bavaria	Frente a Bavaria, carrera 13 Director: Médico A. Hernández
	Sala Cuna Cruz Roja	Carrera 2 # 101 Directora: Clemencia Posada
	Sala cuna	Plaza de Mercado, Carrera 11 # 352 Directora: Berta Linares
	Sala cuna y Gota de Leche	Las Cruces, Calle 1 # 101 Directora: Carmen Archila
	Sala cuna y Gota de Leche	Chapinero, Calle 58 # 13 Directora: Isabel de Perdomo
	Hospicio de Bogotá	Sibaté Director: Luis de Brigard
	Dormitorio para niños	Carrera 7 # 826 Director: Médico Jorge Cavalier
	Dormitorio para niños	Cinerama, Carrera 5 # 189 Director: Médico Emilio Valenzuela
	Asilo Sopa para niños	Calle 10 Casa Cural Director: Médico José I. Colorado
	Talleres San Vicente de Paúl	Calle 19 # 62 Director: Antonio Pabón
	Siervas de la Sagrada Familia	Carrera 8 # 7 Directora: Religiosa Margarita Fonseca
	Casa protectora para niñas	Calle 5 # 177 Directora: Rosa G. de Rivera
	Sindicato de la Aguja	Carrera 19 # 1c Directora: Sara Perdomo
	Protectorado San José (niñas)	Carrera 7 # 1194 Directora: Margarita Holguín
	Asilo de Indigentes mujeres	Carrera 7 # 338 Directora: Religiosa San Agustín
Asilo San Antonio	Camino de Fucha (Luna Park) Director: Médico Manuel M. Camargo	

	Oratorio Festivo de Don Bosco	Carrera 13 # 333 Director: Religioso Víctor Mallarino
	Orfelinato del Niño Jesús de Praga	Carrera 2 # 104 Directora: Religiosa Ana del Buen Pastor
	Cajas Escolares	Director: Médico José D. Araújo
	Centro de Acción Social Infantil	Carrera 7 # 338 Directoras: Señoritas Sáenz
	Servicio Médico Escolar	Palacio de la Gobernación Director: Médico Sáenz
	Casa Correccional de Menores	Buen Pastor, Calle 13 # 27 Director: Julio Camelo
	Instituto Colombiano para Ciegos	San Cristóbal Director: Juan A. Pardo
	Hogar Clínica San Rafael	Barrio 1 de mayo Director: P. J. Carrasquet
	Hospital de La Misericordia	Carrera 13 # 7 Director: Médico José Ignacio Barberi
	Hospital de San Juan de Dios (Maternidad)	Calle 1ª bis, Consultorio externo Director: Médico Nicolás Torres
	Asilo de Niños Desamparados	Chapinero (Camino de Suba)
	Asilo Especial para niñas	Carrera 19 # 1c
Antioquia		
Medellín	Clínica Noel	Atendía 28 niños, con capacidad para 82. Administrado por el Consejo Directivo del Club Noel
	Hospicio	Capacidad para 60 niños, sostenido por el municipio y administrado por las Hermanas de la Presentación.
	Dormitorio de niños pobres	Atendía 40 niños. Dirigido por el R.P. Julio León Guerrero
	Gota de Leche y Sala cuna	Atendían 605 niños. Administrado por una junta de señoras y al cuidado de las Hermanas de la Presentación. Recibía \$1000 anuales de auxilio nacional.
	Centro de Protección a la Infancia de la Cruz Roja Nacional	Servicios: prenatal, dispensario para niños enfermos, Gota de Leche, etc.
El Carmen	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio
El Retiro	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio
Rionegro	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio
Sonsón	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio
Urrao	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio
Sonsón	Gota de Leche	Con auxilio nacional
Santo Domingo	Gota de Leche	Con auxilio nacional
San Roque	Gota de Leche	Con auxilio nacional
Yolombó	Gota de Leche	Con auxilio nacional
Amagá	Gota de Leche	Con auxilio nacional

Atlántico		
Barranquilla	Orfelinato (niños)	Atendía 23 niños y era administrado por las Hermanas de la Caridad. Se sostenía de las rentas del hospital
	Orfelinato (niñas)	Sostenía 53 niñas grandes y 32 pequeñas. Administrado por Hermanitas de los Pobres. Sostenido con donaciones y parte de los fondos del Asilo de San Antonio.
	Gota de Leche	Atendía 45 niños hasta la edad de 5 años. Recibía \$240 anuales de auxilio nacional y también auxilio municipal y departamental.
	Sala cuna	Atendía 20 niños. Recibía auxilio municipal y departamental. También apoyo de la Sociedad Estrella de la Caridad.
	Casa de Maternidad	Atendía mensualmente cerca de 45 mujeres durante su parto.
Bolívar		
Cartagena	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio, con capacidad para 12 niños.
	Sala cuna	Sostenida por el municipio y recibía un auxilio anual de \$240.
	Sala de Maternidad	Atendía mensualmente cerca de 20 partos.
	Orfelinato	Auxiliado con \$100 por el departamento.
Boyacá		
Tunja	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio, con capacidad para 12 niños.
	Gota de Leche	Atendía 60 niños. Contaba con un consultorio anexo para niños enfermos, donde se atendían 10 niños diarios. Sostenido por el municipio y recibían \$240 anuales de auxilio nacional.
	Orfelinato de San Vicente de Paúl	Capacidad para 20 niños.
Caldas		
Manizales	Sala de Maternidad	Sostenida y administrada por la Cruz Roja
	Gota de Leche	Atendía 64 niños. Administrada y sostenida por la Cruz Roja. Recibía \$240 anuales de auxilio nacional.
	Sala cuna	Recibía entre 55 y 70 niños. Administrada y sostenida por la Cruz Roja.
	Patronato de niños pobres	Fundada por el presbítero Adolfo Hoyos Campo. Tenía matriculados 2000 niños.
Armenia	Sala de maternidad	
	Desayunos escolares	Sostenido por el municipio para 320 niños
Pereira	Orfelinato	Atendía 76 niños hasta los 20 años. Recibía auxilio departamental de \$200.
Riosucio	Orfelinato	
Cauca		
Popayán	Sala de Maternidad y Consultorio pre-natal	Funcionaban en el Hospital y eran sostenidos por el municipio.

Orfelinato		
Huila		
Neiva	Gota de Leche	Recibía \$500 de auxilio nacional.
Nariño		
Pasto	Asilo San José	Capacidad para 150 niñas. Dirigido por las Hermanas Bethlemitas. Tenía auxilio municipal y departamental.
	Gota de Leche	Dirigido por el Comité de la Cruz Roja. Recibía \$280 de auxilio nacional.
Santander		
Bucaramanga	Gota de Leche	Atendía 50 niños. Recibía \$240 anual de auxilio nacional.
	Sala cuna	
	Asilo	Para 50 niñas.
Piedecuesta	Asilo	Para 29 niños.
San Gil	Asilo	Para 20 niños y 40 niñas.
Socorro	Asilo San Antonio	Sostenía 22 niños y 27 niñas menores de 12 años. Tenía auxilio departamental.
Zapatoca	Asilo San José	Sostenía 25 niñas. Sin auxilios.
Santander del Norte		
Cúcuta	Sala cuna y Gota de Leche	Atendía 45 niños. Recibía \$280 de auxilio nacional.
Tolima		
Ibagué	Sala para niños enfermos	En el hospital del municipio y sostenida por la Cruz Roja.
	Consultorio Infantil	Atendía 15 a 20 niños diariamente. Sostenido por la Cruz Roja.
	Patronato Escolar	Sostenido por el departamento. Repartía 1000 almuerzos a los niños pobres de las escuelas.
Valle		
Cali	Gota de Leche	Administrado por la Cruz Roja. Recibía \$500 de auxilio nacional.
	Sala de Maternidad	Sostenida por el municipio.
Buga	Sala de Maternidad	Funcionaba en el hospital
	Orfelinato	Atendía 43 niños

Fuente: Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, 6 de octubre de 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, f. 12r-16r; Rafael Barberi a Agustín Nieto Caballero, julio 28, 1932. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 104, carpeta 1, ff. 10r-11r y 28r.

ANEXO 3
Instituciones de protección infantil existentes en Colombia por departamentos, 1934-1937

Año Municipio	1934	1935	1936	1937
Antioquia				
Medellín	Gota de Leche y Sala-cuna	-	-	Cruz Roja (Gota de Leche, Consultorio del Niño Sano, Consultorio del Niño Enfermo) Club Noel Hospital Infantil
Amagá	Gota de Leche	-	Gota de Leche	-
Bello	-	-	-	Centro de Protección Infantil (Gota de Leche, Consultorio Niño Enfermo, Consultorio Niño Sano)
Fredonia	-	-	-	Gota de Leche
Rionegro	-	-	-	Gota de Leche Municipal
Santo Domingo	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche
Sonsón	Gota de Leche	-	Gota de Leche	Gota de Leche
Dabeiba	-	-	-	Consultorio (Niño Enfermo)
San Carlos	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo)
Titiribí	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo)
Turbo	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Sano y Enfermo, servicio prenatal)
Cisneros	-	-	-	Comisión Sanitaria (servicio prenatal)
Atlántico				

Barranquilla	Centro de Protección Infantil	Gota de Leche	Gota de Leche	Patronato de Protección Infantil
Sabanalarga	-	-	-	Unidad Sanitaria (Consultorio Niño Sano, servicio prenatal)
Bolívar				
Cartagena	Casa cuna Municipal	-	Gota de Leche	Clínica Infantil
	Gota de Leche	-	-	Consultorio Niño Enfermo
Magangué	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Consultorio Niño Enfermo, Consultorio Niño Sano, servicio prenatal)
Montería	-	-	-	Unidad Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Boyacá				
Tunja	Gota de Leche	-	Gota de Leche	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Jardín Infantil, Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
			Consultorio Externo	
	Sala cuna		Sala cuna	
Coper	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio Niño Enfermo, Consultorio Niño Sano, servicio prenatal)
Chiquinquirá	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala de Lactancia, Consultorio de Niño Sano, Consultorio de Niño Enfermo, Jardín Infantil, servicio prenatal)
Sogamoso	-	-	Consultorio Externo	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio de Niño Sano, Consultorio de Niño Enfermo, servicio prenatal)
			Gota de Leche	
Caldas				
Manizales	Sala de Maternidad de la Cruz Roja (sala prenatal, consultorio)	Gota de Leche y Sala Cuna de la Cruz Roja	Sala Cuna de la Cruz Roja	Cruz Roja Caldense (Gota de Leche, Sala cuna)

	infantil, Gota de Leche, Sala cuna) ⁸⁴⁴			
	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche	
			Sala Cuna	
			Consultorio Externo	
				Servicio de Higiene Municipal (Servicio prenatal)
Pereira	Gota de Leche		Centro de Protección Infantil “Arturo Mejía Marulanda” (sala cuna, Gota de Leche, Consultorio Niño Sano, Consultorio Externo, Hospital Infantil)	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
	Sala Cuna		Sala Cuna	Hospital Infantil
	Sala de maternidad ⁸⁴⁵		Gota de Leche	
Armenia	Sala de maternidad ⁸⁴⁶	-	-	Unidad Sanitaria (servicio prenatal)
Montenegro	Servicio de maternidad ⁸⁴⁷	-	-	-
Pueblorrico	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
Riosucio	-	-	-	Unidad Sanitaria (Consultorio Niño Enfermo, Gota de Leche, servicio prenatal)
Aguadas	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
Armenia	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo)

⁸⁴⁴ Desde Bogotá, el DNH envió enfermeras para trabajar en todos los servicios anexos.

⁸⁴⁵ Anexo al Hospital.

⁸⁴⁶ Anexo al Hospital.

⁸⁴⁷ Anexo al Hospital.

La Dorada	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, Gota de Leche, servicio prenatal)
La Virginia	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Cauca				
Popayán	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio Niño Sano, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
	Centro de Protección Infantil	Consultorio Externo	Consultorio Externo	
Puerto Tejada	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, servicio prenatal)
Bolívar	-	-	-	Comisión Sanitaria (servicio prenatal)
Guapí	-	-	-	Comisión Sanitaria (servicio prenatal)
Cundinamarca				
Bogotá	Centro de Protección Infantil No. 1	Sala Cuna de Bavaria ⁸⁴⁸	Centro de Protección Infantil No. 1 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio del Niño Sano)	Centro de Protección Infantil No. 1 (Sala Cuna, Gota de Leche, Sala de Lactancia, Consultorio de Niño Sano y Consultorio del Niño Enfermo)
	Centro de Protección Infantil No. 2	Gota de Leche “Andrés Bermúdez”	Centro de Protección Infantil No. 2 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio del Niño Sano)	Centro de Protección Infantil No. 2 (Gota de Leche, Sala Cuna y Consultorio del Niño Sano)
	Centro de Protección Infantil No. 3	Sala Cuna Las Cruces ⁸⁴⁹	Centro de Protección Infantil No. 3 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio del Niño Sano)	Centro de Protección Infantil No. 3 (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Sano)
	Centro de Protección Infantil No. 4		Centro de Protección Infantil No. 4 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio)	Centro de Protección Infantil No. 4 (Gota de Leche, Sala Cuna, Sala de Lactancia, Jardín Infantil, Consultorio del Niño Sano)

⁸⁴⁸ Labor de la Cruz Roja Nacional.

⁸⁴⁹ Labor de la Cruz Roja Nacional.

			del Niño Sano, Sala de Lactancia, Jardín Infantil)	
	Centro de Protección Infantil No. 5		Centro de Protección Infantil No. 5 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio Externo)	Centro de Protección Infantil No. 5 (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Sano)
	Centro de Protección Infantil No. 6		Centro de Protección Infantil No. 6 (Sala Cuna, Gota de Leche, Consultorio Externo)	Centro de Protección Infantil No. 6 (Gota de Leche, Sala Cuna, Sala de Lactancia, Consultorio del Niño Sano)
	Sala cuna de Bavaria		Sala Cuna de Bavaria	Sala Cuna de Bavaria
	Sala cuna, carrera 2ª, número 22-65		Gota de Leche “Andrés Bermúdez”: Las Nieves	Puesto de Socorros Cruz Roja
	Gota de Leche de Las Cruces		Gota de Leche “Andrés Bermúdez”: Chapinero	Gota de Leche Bermúdez, Las Nieves
	Sala cuna de Las Cruces		Gota de Leche “Andrés Bermúdez”: Egipto	Gota de Leche de Chapinero, servicio prenatal
	Gota de Leche de Chapinero			Gota de Leche A. Bermúdez, Egipto
	Gota de Leche de Las Nieves			Dormitorio Nemesio Camacho
	Patronato, Gota de Leche de Egipto			Consultorio Camacho Gutiérrez
				Consultorio de La Cruz Roja
Pandi, San Bernardo	-	-	-	Primera Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
La Mesa, etc.	-	-	-	Segunda Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Viotá, Quipile	-	-	-	Tercera Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
La Palma, etc.	-	-	-	Quinta Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Guaduas	-	-	-	Sexta Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
La Vega, etc.	-	-	-	Séptima Comisión Sanitaria. Niño Enfermo

Útica, Guataqui	-	-	-	Octava Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Sano y Consultorio de Niño Enfermo)
Nariño	-	-	-	Novena Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Gachalá	-	-	-	Décimo primera Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
San Juan, etc.	-	-	-	Décimo segunda Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Sano y Consultorio de Niño Enfermo)
Girardot	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, servicio prenatal)
Agua de Dios	Sala cuna	-	Sala Cuna “Villa Álvarez-Enciso”	Sala Cuna Villa Álvarez-Enciso
Fusagasugá	-	-	Consultorio Externo, Unidad Sanitaria	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
Varios municipios ⁸⁵⁰	-	-	-	Comisiones Rurales (servicio prenatal)
Huila				
Neiva	Gota de Leche y Sala Cuna	Gota de Leche	Gota de Leche	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
	Sala cuna		Sala cuna	
Baraya	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Garzón	-	--	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo y Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Pitalito	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Enfermo y Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
La Plata	-	-	-	Comisión Sanitaria (servicio prenatal)
Magdalena				
Santa Marta	Centro de Protección	-	Centro de Protección Infantil	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Sano, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal y Hospital Infantil)

⁸⁵⁰ Comprendía 13 municipios no especificados.

	Infantil (Gota de Leche)			
Valledupar	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Sano, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
Riohacha	Salón Infantil de la Cruz Roja	-	-	-
Nariño				
Pasto	Clínica Infantil de la Cruz Roja	-	Consultorio Externo	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
	Gota de Leche Cruz Roja		Gota de Leche	
Ipiales	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo y Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Barbacoas	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Sano y Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
Túquerres	Gota de Leche	Gota de Leche		-
Tumaco	-	-	Gota de Leche	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo y Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Norte de Santander				
Cúcuta	Sala Cuna	Sala Cuna	Sala Cuna	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Enfermo y Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche Consultorio Externo	
Ocaña	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal y Hospital Infantil)
Pamplona	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, servicio prenatal, Consultorio del Niño Enfermo)

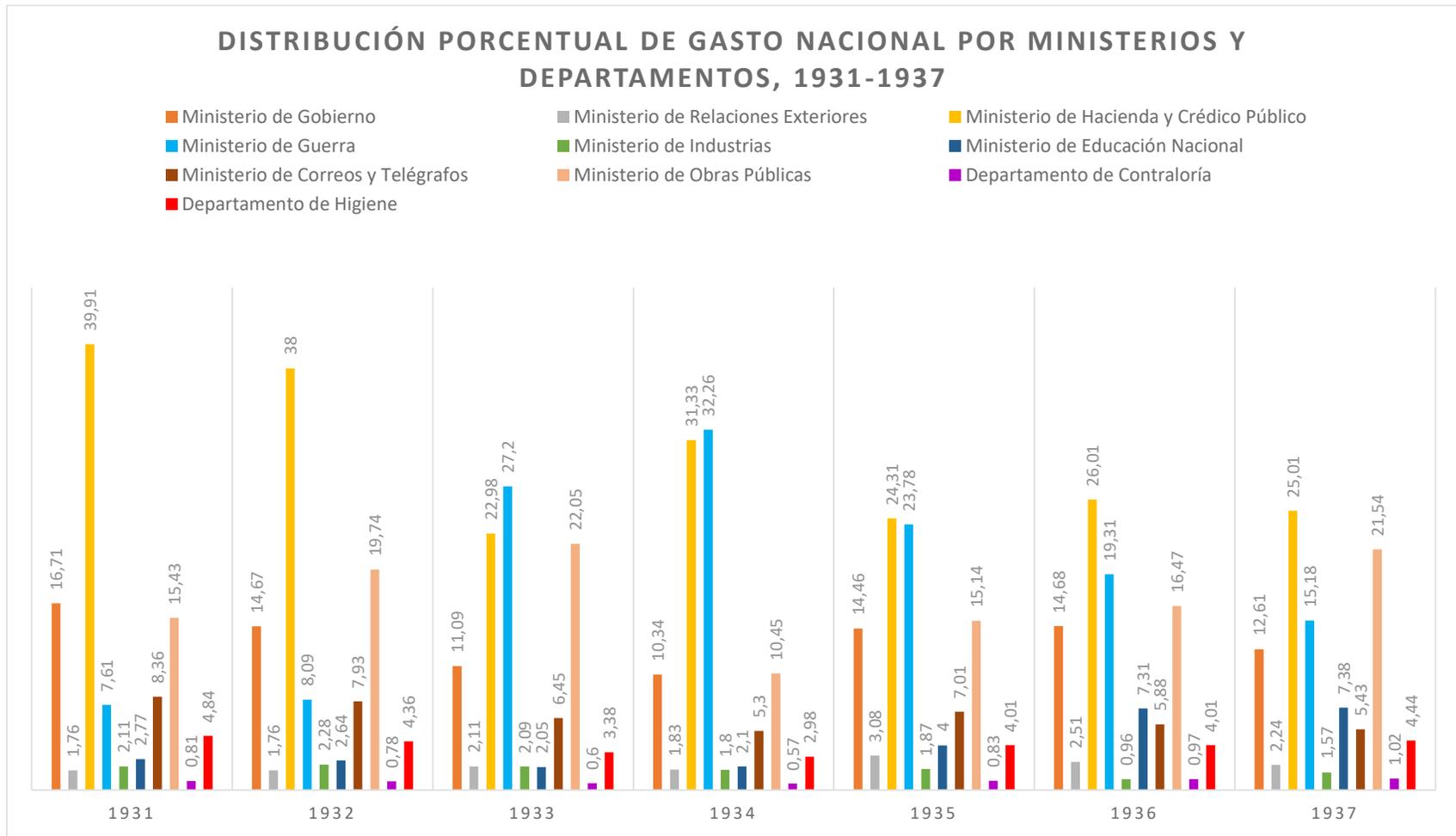
Santander				
Bucaramanga	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche, Unidad Sanitaria	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Sano, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
	Sala Cuna central		Sala Cuna	
	Consultorio prenatal Cruz Roja		Consultorio Externo	
			Consultorio Niño Sano	
			Gota de Leche	
Puente Nacional	-	-	-	Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Puerto Wilches	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Rionegro	-	-	-	Comisión Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
San Andrés	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
San Vicente	-	-	-	Comisión Sanitaria. Niño Enfermo.
Socorro	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Vélez	-	-	-	Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Tolima				
Ibagué	Casa del Niño (Consulta Externa, Gota de Leche, Sala Cuna)	Gota de Leche	Casa del Niño (Sala Cuna, Gota de Leche y Consultorio Externo)	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
		Casa del Niño (Consulta externa y Sala cuna)		
Chaparral	-	-	-	Centro de Protección Infantil (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)

Honda	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
Líbano	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Enfermo, servicio prenatal)
Ambalema	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Armero	-	-	-	Comisión Sanitaria. Niño Enfermo
Icononzo	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Mariquita	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Sano y Consultorio del Niño Enfermo)
Natagaima	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio del Niño Sano y Consultorio del Niño Enfermo)
Guamo	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Fresno	-	-	-	Comisión Sanitaria (Niño Enfermo, servicio prenatal)
Espinal	-	-	-	Comisión Sanitaria (servicio prenatal)
Valle del Cauca				
Cali	Gota de Leche	Gota de Leche	Gota de Leche de la Cruz Roja	Cruz Roja (Gota de Leche, Sala Cuna, Consultorio del Niño Enfermo)
	Hospital Infantil del Club Noel		Hospital Infantil Club Noel	Club Noel (Gota de Leche, Consultorio Niño Enfermo, Hospital Infantil)
			Sala “Pablo García”	Unidad Sanitaria (servicio prenatal)
Buenaventura	Gota de Leche y Sala cuna		Gota de Leche y Sala Cuna	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Consultorio Niño Enfermo, servicio prenatal)
	Consulta Infantil		Consultorio Externo	
Palmira	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio de Niño Enfermo, Consultorio de Niño Sano, servicio prenatal)
Versalles	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Enfermo, Consultorio de Niño Sano, servicio prenatal)

Intendencia del Chocó				
Quibdó	-	-	-	Unidad Sanitaria (Gota de Leche, Sala cuna, Consultorio de Niño Enfermo, Consultorio de Niño Sano, servicio prenatal)
Intendencia del Meta				
Villavicencio	-	-	-	Comisión Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio de Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Restrepo	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Enfermo, Consultorio del Niño Sano, servicio prenatal)
Comisaría del Caquetá				
Florencia	-	-	-	Comisión Sanitaria (Gota de Leche, Consultorio de Niño Enfermo, servicio prenatal)
Comisaría del Putumayo				
Mocoa	-	-	-	Comisión Sanitaria (Consultorio de Niño Enfermo, servicio prenatal)

Fuente. Elaborado a partir de: FERNÁNDEZ DE SOTO, *Memoria del Ministro*, Tomo III, pp. 86-131; GAMBOA, Rubén, “Instituciones de Protección Infantil en Colombia”, *Revista de Higiene*, 1 a 4, (enero a abril de 1935), s.p., SALAZAR A., *Informe del presidente*, p. 5; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario General de Estadística 1934*, pp. 262-263; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario general de estadística 1935*, pp. 119 y 125; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario general de estadística 1936*, pp. 112-113; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario general de estadística 1937*, pp. 98-99, 103-109.

ANEXO 4



Fuente. Elaborado a partir de: DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1935*, pp. 300-301; DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA, *Anuario de Estadística General 1937*, p. 287.

ANEXO 5
Gastos de algunos municipios y departamentos en asistencia pública y protección infantil, 1933

Departamentos y ciudades	Presupuestos y rentas efectivas (\$)	Gastos en asistencia pública (\$)	Gastos en protección infantil (\$)	Porcentaje invertido en asistencia pública	Porcentaje invertido en protección infantil	Población aproximada en 1933	Gastos en Asistencia Pública y Protección Infantil per cápita (\$)
Departamentos							
Antioquia	4.967.055.36	298.057.90	-	6%	-	1.152.059	0.26
Bolívar	1.503.309.21	102.023.52	2.000	6.8%	0.14%	740.918	0.14
Caldas	4.424.243.45	120.532.49	1.200	2.7%	0.27%	743.515	0.16
Cauca	758.687.49	13.186	-	1.7%	-	353.148	0.04
Huila	567.037.15	17.962.20	960	3.2%	0.17%	237.163	0.08
Magdalena	945.474.95	56.095.05	-	6%	-	341.896	0.16
Nariño	505.500.12	10.534	-	2%	-	473.461	0.02
Norte de Santander	862.997.76	18.823.86	1.800	2.1%	0.22%	378.240	0.05
Tolima	1.526.007.14	26.395.65	-	1.7%	-	513.276	0.05
Municipios							
Medellín	2.280.165.23	258.380.43	15.899.89	13.3%	0.7%	145.900	1.88
Sonsón	62.194.11	5.340.23	-	8.6%	-	42.106	0.12.6

Barranquilla	1.345.766.38	21.281.88	-	1.6%	-	129.700	0.16.4
Tunja	-	3.805	1.310.06	-	-	25.400	0.20
Chiquinquirá	42.009.96	5.334.98	-	12.7%	-	44.400	0.12
Armenia	287.592.92	24.026.14	613.80	8.4%	0.22%	43.200	0.57
Popayán	-	4.296	-	-	-	41.000	0.10.4
Girardot	-	15.675.75	550	-	-	27.400	0.59
Bucaramanga	128.679.53	16.388.08	3.840	12.7%	3%	59.500	0.33.9
Ibagué	101.643.37	16.432.07	1.200	16.2%	1.2%	71.400	0.24.6
Honda	-	11.098.73	-	-	-	14.500	0.76.5
Líbano	67.808.76	6.300.99	270	9.3%	0.40%	32.200	0.20.4
Cali	-	75.849.50	1.240	-	-	106.300	0.72.4
Buenaventura	55.538.54	3.235.28	-	5.8%	-	25.300	0.12.7
Buga	52.194.42	3.128.34	-	6.1%	-	39.800	0.07
Palmira	308.485.12	24.423.53	-	7.9%	-	51.700	0.47
Tuluá	90.409.26	3.273.52	-	3.6%	-	39.300	0.08

Fuente: GAMBOA ECHANDÍA, Rubén, “Gastos de algunos municipios y departamentos de la República, correspondientes a la vigencia del año de 1933, capítulos de beneficencia y protección infantil”, *Revista de Higiene*, 1 y 4, (enero a abril de 1935), pp. 26-27.

ANEXO 6
Personal adscrito a las secciones de la campaña de protección infantil del
Departamento Nacional de Higiene, 1931

Cargo	Nombre del empleado	Salario (pesos colombianos)
DISPENSARIO NIÑOS ENFERMOS		
Médico Jefe	Fernando Troconis	90
Médico Auxiliar	Arturo García Martínez	85
Médico especialista	Manuel A. Cuéllar	85
Enfermera Jefe	Leonor T. de Plata	72
Enfermera	Julia Samper Sordo	60
Enfermera	Ana Uribe C.	60
Enfermera	María Eugenia Camacho	60
Farmacéutico	Carlos E. Melo	70
CONSULTORIO DE NIÑOS SANOS		
Médico servicio prenatal	Luis A. Urdaneta	115
Médico	Tulio Forero Villaveces	90
Enfermera Jefe	Elena Neira de Osorio	90
Enfermera Ayudante	Dolores Posada	72
Dentista	Julio Cuéllar Franco	30
ESCUELA DE ENFERMERAS VISITADORAS		
Director	José María Montoya	80
Secretaria	Ana Restrepo	65
Profesor	Alejandro Villa Álvarez	25
Profesor	Carlos J. Mojica	25
Profesor	Julio Manrique	25
Profesor	Enrique Enciso	25

*También fueron médicos jefe del Dispensario de Niños enfermos: M.A. Cuéllar Durán, A. García Martínez y Eudoro Martínez.

Fuente. Elaborado a partir de: Julio Aparicio a Ministro de Educación Nacional, septiembre 24, 1931. AGN, SAAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 199, carpeta 1, f. 89r; GARCÍA MEDINA, *Informe del Director Jefe*, pp. 50 y 52.

ANEXO 7

Personal médico y de enfermería adscrito a la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública del Departamento Nacional de Higiene, 1932

Cargo	Nombre del empleado	Salario (pesos colombianos)
Médico Jefe	Rafael Barberi	200
Practicante	Arturo Campo	65
Médico para órganos de los sentidos	Manuel A. Cuéllar	100
Enfermera	Ana Navas V.	60
Enfermera	Conchita Ortiz	60
Enfermera	Elvira Holguín	60
Enfermera	María del C. Quintero	60
Médico servicio prenatal	Tulio Forero Villaveces	150
Practicante	Daniel Rodríguez	65
Enfermera	Elena Neira de Osorio	60
Enfermera	Dolores Posada	60
Enfermera	Blanca Amaya	60
Enfermera Visitadora	María Forero	s.d.
Enfermera comadróna	Blanca Hoyos Pinto	50
Enfermera departamental de protección infantil	Lucrecia Forero	60
Enfermera departamental de protección infantil	s.d.	60
Enfermera departamental de protección infantil	s.d.	60
Enfermera departamental de protección infantil	s.d.	60
Enfermera departamental de protección infantil	s.d.	60
Enfermera departamental de protección infantil	s.d.	60

Fuente. Elaborado a partir de: “Resolución número 18 de 1932 (febrero 1°). Por la cual se crean dos puestos de enfermeras visitadoras y se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 21913, (febrero 12 de 1932), p. 549; “Resolución número 35 de 1932 (febrero 18). Por la cual se reorganiza la Sección de Protección Infantil en el Departamento Nacional de Higiene”, *Diario Oficial*, 21926, (febrero 27 de 1932), p. 550-551; “Resolución número 106 (junio 1°). Por la cual se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, 22015, (junio 17 de 1932), portada; “Resolución número 104 (junio 1°). Por la cual se crean unos puestos en las secciones de lucha antituberculosa y de protección infantil”, *Diario Oficial*, (22 de junio de 1932), p. 714.

ANEXO 8
Personal médico y de enfermería adscrito a la Sección de Protección Infantil y
Asistencia Pública del Departamento Nacional de Higiene, 1933

Cargo	Nombre del empleado	Salario (pesos colombianos)
Médico Jefe	Rafael Barberi	200
Médico Ayudante	s.d.	150
Médico servicio prenatal	s.d.	150
Médico de órganos de los sentidos	s.d.	100
Enfermera visitadora	Elvira Holguín	60
Enfermera visitadora	s.d.	60
Enfermera visitadora departamental	Blanca Martí Escobar	60
Enfermera visitadora departamental	Elena Uribe ¹	40
Enfermera visitadora departamental	Isabel Iriarte	40
Enfermera visitadora departamental	Beatriz Restrepo	60
Enfermera visitadora departamental	Aura Castrillón	60
Enfermera visitadora departamental	Tulia Durán Cuéllar	30
Enfermera visitadora departamental	s.d.	s.d.
Enfermera comadrona	s.d.	50

¹ Aunque en la Resolución número 13 de 1933 donde se enumeró el personal del DNH y su salario se estipuló que todas las enfermeras visitadoras departamentales recibirían \$60, en los nombramientos algunos fueron rebajados entre el 40% y el 50%.

Enfermera comadrona	s.d.	50
Ayudante de farmacia	s.d.	45

Fuente. Elaborado a partir de: “Resolución número 13 de 1933 (enero 26). Por la cual se enumera el personal y se fijan los ramos a que deben atender las secciones dependientes del Departamento Nacional de Higiene”, *Diario Oficial*, 22205, (febrero 4 de 1933), p. 335; “Resolución número 36 de 1933 (abril 3). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22264, (abril 18 de 1933), portada; “Resolución número 51 de 1933 (mayo 2). Por la cual se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, 22292, (mayo 20 de 1933), pp. 226-227; “Resolución número 77 de 1933 (junio 28). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22334, (julio 12 de 1933), portada; “Resolución número 90 de 1933 (julio 25). Por la cual se crea un puesto y se hacen varios nombramientos”, *Diario Oficial*, 22367, (agosto 22 de 1933), portada.

ANEXO 9
Enfermeras visitadoras contratadas por el Departamento Nacional de Higiene para los servicios de protección infantil, 1931-1934

AÑO	NOMBRE EMPLEADA	CARGO	DEPENDIENTE DE	LUGAR/ CIUDAD ASIGNADA	SALARIO MENSUAL (PESOS COLOMBIA NOS)
1931	N. de Osorio, Elena	Enfermera Jefe	Sección Protección a la Infancia	DNH	90
1931	Posada, Dolores	Enfermera ayudante	Sección Protección a la Infancia	DNH	72
1931	T. de Plata, Leonor	Enfermera Jefe	Dispensario de Niños Enfermos	DNH	72
1931	Samper, Julia	Enfermera	Dispensario de Niños Enfermos	DNH	60
1931	Uribe, Ana	Enfermera	Dispensario de Niños Enfermos	DNH	60
1931	Holguín, Elvira	Enfermera	Dispensario de Niños Enfermos	DNH	60
1931	Navas V., Ana	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Ortiz, Conchita	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Holguín, Elvira	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Quintero, María del C.	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Neira de Osorio, Elena	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Posada C., Dolores	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Amaya, Blanca	Enfermera	Sección de Protección Infantil	DNH	60
1932	Hoyos Pinto, Blanca	Enfermera comadrona	Servicio prenatal	s.d.	50
1932	Forero, Lucrecia	Enfermera departamental de protección infantil	Sección de Protección Infantil	s.d.	60
1933	Martí, Blanca	Enfermera Visitadora Departamental	Sección de Protección Infantil	Barranquilla	s.d.
1933	Holguín, Elvira	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	DNH	s.d.
1933	Uribe, Elena	Enfermera Visitadora Departamental	Sección de Protección Infantil	Girardot	40
1933	Iriarte, Isabel	Enfermera Visitadora Departamental	Sección de Protección Infantil	Neiva	40

1933	Arias, Carolina de	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	Cúcuta	s.d.
1933	Samper, Julia	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	s.d.	s.d.
1933	Restrepo, Beatriz	Enfermera Visitadora Departamental	Sección de Protección Infantil	Neiva	s.d.
1933	Castrillón, Aura	Enfermera Departamental	Sección de Protección Infantil	s.d.	30
1933	Durán Cuéllar, Tulía	Enfermera Departamental	Sección de Protección Infantil	Neiva	30
1934	Rodríguez, Mercedes	Enfermera Visitadora Jefe	Sección de Protección Infantil	Manizales	75
1934	Silva, Rosaura	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	Manizales	60
1934	Hernández de Bermúdez, Isabel	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	Manizales	60
1934	Arias, Carolina de	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	Santa Marta	75
1934	Vélez, Ana	Enfermera	Servicio prenatal y sala de maternidad	Tunja	40
1934	Iriarte, Isabel	Enfermera Visitadora	Servicio prenatal	Pereira	s.d.
1934	Serrano, Aura	Enfermera Visitadora	Sección de Protección Infantil	Cúcuta	s.d.

Fuente. Elaborado a partir de: AGN, SAII, FMEN, Serie Correspondencia, Legajo 199, carpeta 1, ff. 87r-89r; “Decreto No. 319 de 1932 (febrero 23) Por el cual se aprueba una resolución del Departamento Nacional de Higiene”, *Diario Oficial*, 21926, (27 de febrero de 1932), pp. 550-551; “Decreto No. 1038 de 1932 (junio 17), ‘Por el cual se aprueba la resolución número 104 del Departamento Nacional de Higiene’, *Diario Oficial*, (22 de junio de 1932), p. 714; “Resolución número 36 de 1933 (abril 3). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22264, (18 de abril de 1933); “Resolución número 51 de 1933 (mayo 2). Por la cual se hacen unos nombramientos y aprueban otros”, *Diario Oficial*, 22292, (20 de mayo de 1933), p. 226; “Resolución número 64 de 1933 (mayo 29). Por la cual se hacen unos nombramientos y aprueban otros”, *Diario Oficial*, 22313, (16 de junio de 1933), p. 409; “Resolución número 77 de 1933 (junio 28). Por la cual se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, 22334, (12 de julio de 1933), portada; “Resolución número 90 de 1933 (julio 25). Por la cual se crea un puesto y se hacen varios nombramientos”, *Diario Oficial*, 22367, (22 de agosto de 1933), portada; “Resolución número 66 de 1934 (abril 23). Por la cual se crean algunos puestos y se hacen unos nombramientos”, *Diario Oficial*, No. 22591, (23 de mayo de 1934), p. 458; “Resolución número 89 de 1934 (junio 21). Por la cual se crea un empleo, se hace un nombramiento y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22635, (16 de julio de 1934), p. 161; “Resolución número 114 de 1934 (julio 25). Por la cual se crea un puesto, se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22659, (14 de agosto de 1934), p. 418; “Resolución número 118 de 1934 (julio 30). Por la cual se hacen unos nombramientos y se aprueban otros”, *Diario Oficial*, No. 22659, (14 de agosto de 1934), p. 419; “En el Hospital Infantil ‘Arturo Mejía Marulanda’”, *El Diario*, (22 de febrero de 1936), p. 1.

ANEXO 11

Modelo para preparación de teteros formulados en las Unidades Sanitarias

TETEROS PARA EMPLEAR EN LA GOTA DE LECHE Y EN LA SALA CUNA.		
No. 1	Leche . . . 70 grms. Agua . . . 70 > Azúcar . . . 6 >	Para el primer mes. Se dan 5 teteros uno (1) cada 4 horas.
No. 2	Leche . . . 90 grms. Agua . . . 75 > Azúcar . . . 8 >	Para el segundo mes. se dan 5 teteros uno (1) cada 4 horas.
No. 3	Leche . . . 110 grms. Agua . . . 60 > Azúcar . . . 12 >	Para el tercer mes. Se dan 5 teteros uno (1) cada 4 horas.
No. 4	Leche . . . 120 grms. Agua . . . 60 > Azúcar . . . 10 > Maicena . . . 8 >	Para el cuarto mes. Se dan 5 teteros uno (1) cada 4 horas.
No. 4		Para el quinto mes. Se dan los mismos teteros anteriores. Además, se principia a acostumbrar al niño a tomar sopas de verduras.
No. 5	Leche . . . 150 grms. Agua . . . 30 > Azúcar . . . 10 > Harinas . . . 8 >	Para el sexto y séptimo mes. Se dan cuatro (4) teteros. A las horas de almuerzo y comida se dan sopas de verduras.
No. 5.		Para el octavo y noveno mes, se dan cuatro (4) teteros iguales a los anteriores. Se dan sopas en caldo de carne y se agrega un puré de papa a la hora del almuerzo y de la comida.
No. 6	Leche . . . 200 grms. Agua . . . 40 > Azúcar . . . 10 > Harinas . . . 14 >	Para el décimo, onceavo y doceavo mes. Se dan (2) teteros a las 8 de la mañana y a las 4 de la tarde. Al almuerzo y a la comida se da sopa de carne, puré de cereales, verduras con mantequilla frita y frutas.

DEL AÑO EN ADELANTE SE VA INTRODUCIENDO LA ALIMENTACION ORDINARIA

Fuente: DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Unidades Sanitarias*, p. 130.

ANEXO 12

Listado de personajes destacados

APARICIO, JULIO

Subdirector Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1931.

Subdirector Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, Colombia, 1927-1930.

BARBERI CUALLA, RAFAEL

Jefe de la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública (DNH), Bogotá, 1932-1934.

BEJARANO, JORGE

Presidente de la Cruz Roja Nacional, Colombia, 1933-1937, 1942-1944, 1945-1947, 1949-1961.

Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Bogotá, 1931-1932.

Presidente de las Enfermeras y las Sala cunas de la Cruz Roja, Bogotá, 1929.

Secretario de la Legación en París, París, 1928.

Secretario de la Sociedad de Pediatría, Bogotá, 1924.

Médico Jefe de la Gota de Leche, Bogotá, 1919.

BEARD, MARY

Directora Asociada de la International Health Division, Nueva York, 1931-1937.

Directora del programa de enfermería de la Fundación Rockefeller, Nueva York, 1924-1930.

BEVIER, GEORGE

Jefe de la Sección de Uncinariasis (DNH), Colombia, 1931-1935.

Representante de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1920-1935.

Director del Departamento de Uncinariasis, Colombia, 1920-1930.

CANO, JOAQUÍN

Administrador de Higiene (DNH), Colombia, diciembre 1931 hasta marzo de 1932.

CARBONELL, ABEL

Ministro de Educación Nacional, Colombia, 1930-1934.

ENCISO, ENRIQUE

Director Técnico de las Instituciones de la Cruz Roja Nacional, Colombia, 1935.

Director Técnico Nacional de Higiene, Colombia, 1932-1934.

Director Municipal de Higiene, Bogotá, 1928.

Beuario de la Fundación Rockefeller, Nueva York, 1922-1924.

FRANCISCO, JORGE DE

Subdirector del Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1934.

GAMBOA ECHANDÍA, RUBÉN

Jefe Sección Protección Infantil y Asistencia Pública (DNH), Colombia, 1935-1938.

GARCÍA MEDINA, PABLO

Director del Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1931-1932.

Director de la Dirección Nacional de Higiene, Colombia, 1918-1930.

Director Honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 1922.

Director de la Junta Central de Higiene, Bogotá, 1914-1918.

Médico Jefe del ramo de Lazaretos, Bogotá, 1905-1914.

Secretario de la Junta Central de Higiene, Bogotá, 1894-1914.

GÓMEZ VEGA, PAULINA

Secretaria Escuela de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1932.

Bacterióloga Instituto Nacional de Higiene, Colombia, 1928-1932.

Becaria de la Fundación Rockefeller, Nueva York, 1926-1927.

GREGG, ALAN

Director de la División de Ciencias Médicas, Fundación Rockefeller, Nueva York, 1931.

HOWARD, HECTOR HOLDBROOK

Director Asociado de la International Health Division, Fundación Rockefeller, Nueva York, 1928-1931.

HUERTAS, JOSÉ VICENTE

Ministro de Educación Nacional, Colombia, 1927-1929.

KERR, J.A.

Representante de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1937.

Jefe de la Sección de Estudios Especiales (DNH), Colombia, 1937.

LADD, CAROLYN TENNEY

Instructora Escuela de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1930-1932.

Enfermera Visitadora de la Sección de Protección de la Infancia Municipal, Bogotá, 1930-1932.

MARTÍ ESCOBAR, BLANCA

Directora de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana, Bogotá, 1938-1965.

Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1936-1938.

Enfermera Visitadora graduada de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1933.

MONTOYA, JOSÉ MARÍA

Director de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1930-1932.

Presidente de la Sociedad de Pediatría, Bogotá, 1929.

Jefe de la Sección de Protección de la Infancia Municipal, Bogotá, 1928.

MUÑOZ, LAURENTINO

Jefe de la Sección de Educación de Higiene-Publicaciones (DNH), Bogotá, 1937.

Director Departamental de Higiene, Cundinamarca, 1932.

OTÁLORA, BENJAMÍN

Subjefe de la Sección de Protección Infantil y Asistencia Pública (DNH), Bogotá, 1935-1938.

PATIÑO CAMARGO, LUIS

Director Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1934.

Médico Jefe de Saneamiento, Cúcuta, 1929-1931.

PEÑA CHAVARRÍA, ANTONIO

Director General del Instituto Nacional de Higiene, Bogotá, 1927.

ROBLEDO, ARTURO

Director del Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1935.

Superintendente de Instituciones de Utilidad Común, Colombia, 1934.

SAWYER, WILBUR A.

Director Asociado de la Fundación Rockefeller, Nueva York, 1931.

VELASCO CABRERA, BENIGNO

Director del Departamento Nacional de Higiene, Colombia, 1936-1938.

VILLA ÁLVAREZ, ALEJANDRO

Secretario de Acción Social de Cundinamarca, Bogotá, 1936.

Jefe de la Sección de Amparo a la Niñez, Bogotá, 1935.

Administrador General de Higiene, DNH, Bogotá, 1932-1934.

Presidente del Centro Cultural de Enfermeras, Bogotá, 1932.

Jefe del Servicio Prenatal de la Dirección Municipal de Higiene, Bogotá, 1929-1930.

Jefe de la Sección de Protección de la Infancia Municipal, Bogotá, 1928.

Representante Liberal por el Departamento de Caldas, 1923.

WHITE, JANE LOUISE CARY

Instructora Escuela de Enfermeras Visitadoras, Bogotá, 1930-1932.

Enfermera Visitadora de la Sección de Protección de la Infancia Municipal, Bogotá, 1930-1932.

Enfermera Visitadora en el Dispensario Nacional, Bogotá, 1930-1932.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

Archivos y bibliotecas

AGN	Archivo General de la Nación (Bogotá)
AGN, SAAII	Sección Archivo Anexo II
AGN, SAAII, FMIP	Fondo Ministerio de Instrucción Pública
AGN, SAAII, FMEN	Fondo Ministerio de Educación Nacional
AGN, SR	Sección República
AGN, SR, FMG	Fondo Ministerio de Gobierno
AGN, SR, FMG, SP	Sección Primera
AGN, SR, FMG, SC	Sección Cuarta
AGN, SR, FMEP	Fondo Ministerio de Educación, Pagaduría
AGN, SR, FP	Fondo Presidentes
AACH	Archivo Academia Colombiana de Historia (Bogotá)
AACH, FEOH	Fondo Enrique Olaya Herrera
AACH, FEOH, SP	Sección Primera
AACH, FEOH, ST	Sección Tercera
AACH, FEOH, SC	Sección Cuarta
AHA	Archivo Histórico de Antioquia (Medellín)
AHA, FSH	Fondo Secretaría de Higiene
AHMP	Archivo Histórico Municipal de Pereira (Pereira)
AHMP, FAMP	Fondo Alcaldía Municipal de Pereira
BCJJMO	Biblioteca Central “Juan José Montes de Oca”, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires)
BCRC	Biblioteca del Congreso de la República de Colombia (Bogotá)
BDCV	Biblioteca Daniel Cosío Villegas (Ciudad de México)
BEAGN	Biblioteca Especializada del Archivo General de la Nación (Bogotá)
BGBB	Biblioteca “Guillermo Bonfil Batalla”, ENAH (Ciudad de México)
BGBB, FJTM	Fondo José Toribio Medina
BJC, ANMC	Biblioteca Jorge E. Cavellier, Academia Nacional de Medicina de Colombia (Bogotá)
BLAA	Biblioteca Luis Ángel Arango (Bogotá)
BM, FM	Biblioteca Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (Medellín)
BNC	Biblioteca Nacional de Colombia (Bogotá)
BPP	Biblioteca Pública Piloto (Medellín)
IAI	Ibero-Amerikanisches Institut (Berlín)
RAC	Rockefeller Archive Center (Nueva York)
RAC, RFR	Rockefeller Foundation Records
RAC, RFR, A	Administration
RAC, RFR, GC	General correspondence
RAC, RFR, F	Fellowships
RAC, RFR, IHB	International Health Board/Division records
RAC, RFR, OD	Officers’ Diaries
RAC, RFR, P	Projects

Publicaciones periódicas

Anales del Senado, Bogotá
Anales de la Cámara de Representantes, Bogotá
Boletín del Departamento Nacional del Trabajo, Bogotá
Boletín de la Cruz Roja Nacional, Bogotá
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington
Claridad, Bogotá
Cromos, Bogotá
Cultura Cívica, Bucaramanga
Diario Oficial, Bogotá
El Colombiano, Medellín
El Diario, Pereira
El Espectador, Bogotá
El Luchador, Medellín
El Nuevo Tiempo, Bogotá
El Socialista, Bogotá
El Tiempo, Bogotá
La Humanidad, Cali
Registro Municipal. Órgano Oficial del Municipio de Bogotá, Bogotá
Registro Municipal de Higiene, Bogotá
Repertorio de Medicina y Cirugía, Bogotá
Revista Clínica, Bogotá
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Bogotá
Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, Bogotá
Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá
Revista Médica de Bogotá, Bogotá
Revista de Higiene. Órgano de la Junta Central de Higiene de Colombia, Bogotá
Rumbos, Bucaramanga
Salud y Sanidad, Bogotá
Tierra, Bogotá

Documentos impresos y mecanografiados

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTÁ

Estudio sobre higiene y asistencia pública hecho por la Academia Nacional de Medicina de Bogotá para dar respuesta a la consulta a la Corporación por el Presidente Electo de la República, Bogotá, Editorial Cromos, 1934.

APARICIO, Julio

Octava Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Lima. Informe presentado por el doctor Julio Aparicio, delegado de la República de Colombia, Bogotá, Editorial Minerva, 1927.

ARÁOZ ALFARO, Gregorio

Los derechos del niño y la grandeza de la Nación, Buenos Aires, Imprenta Frascoli y Bindi, 1931.

ARENAS PAZ, Belisario

- Anuario estadístico de Colombia*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1925.
- ARRIAGA ANDRADE, Adán
Anexos a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943-1944, Bogotá, Imprenta Nacional, 1945.
- BARBERI, José Ignacio
Manual de enfermeras, Bogotá, Imprenta Eléctrica, 1914.
- BEJARANO, Jorge
 “Quinta conferencia”, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Universidad del Rosario, 2011, pp. 239-261.
 _____. “Sexta conferencia”, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Universidad del Rosario, 2011, pp. 265-299.
 _____. *Informe del presidente de la Cruz Roja Nacional doctor Jorge Bejarano correspondiente a los años 1936-1937*, Bogotá, Editorial Impresora, 1937.
 _____. *La obra de la Cruz Roja Nacional. Informe del Presidente del Comité Nacional de la Cruz Roja*, Bogotá, Tipografía Regina, 1934.
 _____. “Higiene General”, Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, 1932.
- BUENDÍA, Jorge
Informe que el Director de Educación Pública de Nariño rinde al Sr. Gobernador del Departamento en el año de 1932, Pasto, Imprenta del Departamento, 1932.
- CAICEDO CASTILLA, José Joaquín
Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1941, Bogotá, Imprenta Nacional, 1942.
 _____. *Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1940*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1941.
 _____. *Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1940*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1940.
 _____. *Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.
 _____. *Anexo a la Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (fascículo 3°)*, Bogotá, Editorial El Gráfico, 1938.
- CAMERO CASTAÑO, Rodolfo
 “Asistencia social, higiene y problemas médicos”, tesis para optar el Doctorado en Medicina y Cirugía, Bogotá, Universidad Nacional, Facultad de Medicina, 1939.
- CARDONA CORREA, Pedro Nel
Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín, Medellín, s.d., 1918.
- CASAS, Bernardo R.
Contribución al estudio sobre las causas de mortalidad infantil en los dos primeros años de la vida. Profilaxia y tratamiento, Bogotá, Imprenta Eléctrica, 1907.
- CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL INFANTIL
Bodas de plata del Centro de Acción Social Infantil, 1930-1955, Bogotá, Imprenta del Banco de la República, 1955.
- COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES Y DE FOMENTO DE LA AGRICULTURA
Informe. Exposición de motivos y proyectos de ley elaborados por la Comisión de Asuntos Sociales y de Fomento de la Agricultura presentados al Congreso en sus

- sesiones del presente año, en cumplimiento de la Ley 104 de 1923*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1924.
- CONGRESO MÉDICO DE COLOMBIA
Segundo Congreso Médico de Colombia, Tomo III, Bogotá, Escuela Tipográfica Salesiana, 1917.
- CONFERENCIA PANAMERICANA DE EUGENESIA Y HOMICULTURA
Actas de la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura de las Repúblicas Americanas, Buenos Aires, Imprenta Frascoli y Bindi, 1934.
- CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO
Primer Congreso Colombiano del Niño, Barranquilla, s.d., 1936.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Censo general de población 1938, Tomo XVI: *Resumen general del país*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1942.
- CONI, Emilio
La higiene pública y la organización sanitaria en Colombia, Bogotá, Casa Editorial Minerva, 1921.
- CORPAS, Juan N.
Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1925, Bogotá, Imprenta Nacional, 1925.
- CRUZ ROJA NACIONAL
_____. *Semana de mayo de 1935*, Bogotá, Editorial Centro, 1935.
_____. *Campaña contra la mortalidad infantil*, Bogotá, Tipografía Arconvar, 1935.
- DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA
_____. *Anuario de Estadística General 1931*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1934.
_____. *Anuario de Estadística General 1932*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1934.
_____. *Anuario de Estadística General 1933*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1935.
_____. *Anuario General de Estadística 1934*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1935.
_____. *Anuario general de estadística 1935*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1936.
_____. *Anuario general de estadística 1936*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1937.
_____. *Anuario general de estadística 1937*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1938.
_____. *Anuario general de estadística 1938*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
_____. *La protección al niño*, 6, Bogotá, Editorial Rojas, 1932.
_____. *Palabras del Dr. Alejandro Villa Álvarez con motivo de la celebración del Primer Aniversario de la Fundación del Centro Cultural de Enfermeras*, Bogotá, Editorial Rojas, 1932.
_____. *Informe general del Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación Nacional*, Bogotá, Editorial "El Gráfico", 1937.
_____. *Legislación colombiana sobre higiene y sanidad*, Bogotá, Editorial de la Litografía Colombia, 1937.
- DIRECCIÓN DE HIGIENE Y SALUBRIDAD
Los consejos a las madres y nodrizas redactados por la Comisión de Higiene de la Infancia de la Academia de Medicina de París, Bogotá, Imprenta Nacional, 1913.
- DÍAZ V., Remigio
Apuntes sobre la alimentación de los niños normales durante los primeros meses de la vida, Bogotá, Tipografía de El Voto Nacional, 1922.
- ENCISO, Enrique

- “Health Organization in Colombia”, tesis para optar el título de Doctor en Salud Pública, Baltimore, Johns Hopkins University, 1922.
- ENCISO, Enrique y Alejandro VILLA ÁLVAREZ
 “La sanidad en Colombia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9, (septiembre de 1934), pp. 793-815.
- _____. “Departamento Nacional de Higiene. Informe del Director Técnico y del Administrador General”, *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1933*, Tomo I: *Anexos*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1933, pp. 113-137.
- _____. *Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene, presentado al señor Ministro de Gobierno por el Director Técnico y el Administrador General, 1931-1932*, Bogotá, Editorial Minerva, 1932.
- ENCISO, Enrique y Roberto CONCHA
 “Estadística”, Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, 1932.
- FERNÁNDEZ DE SOTO, Absalón
Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1934, Tomo III, Bogotá, Imprenta Nacional, 1934.
- FORERO VILLAVECES, Tulio
 “Higiene prenatal”, Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, 1932.
- GAMBOA ECHANDÍA, Rubén y HÉCTOR PEDRAZA
Higiene integral y alimentación del niño, Bogotá, Imprenta Nacional, 1940.
- GARCÍA MEDINA, Pablo
V informe anual del Director Nacional de Higiene, Bogotá, Imprenta Nacional, 1923.
- _____. “VI informe anual del Director Nacional de Higiene”, *Anexos a la Memoria del Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas. Presentada al Congreso de 1924*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1924, pp. 3-51.
- _____. *La higiene y la asistencia públicas en Buenos Aires*, Bogotá, Editorial Minerva, 1924.
- _____. *Informe del Director Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1931.
- _____. *Compilación de leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1932.
- GARTNER, Herman
Notas sobre puericultura pre-natal, Bogotá, Casa Editorial “Colombia”, 1922.
- GAVIRIA V., Vicente E.
Algunos apuntes sobre maternidad y puericultura, Bogotá, Editorial Minerva, 1930.
- GONZÁLEZ, Justo
La salud en América, Washington, La Unión Panamericana, 1931.
- GONZÁLEZ GÓMEZ, José M.
Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. Dr. Ricardo Jiménez Jaramillo, Gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1925, Medellín, Imprenta Oficial, 1925.
- JARAMILLO, Esteban
Memoria de Hacienda, Bogotá, Imprenta Nacional, 1934.
- JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1929, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1929.

- _____. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1928*, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1928.
- _____. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1927*, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1927.
- _____. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1926*, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1926.
- _____. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1924*, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1924.
- _____. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea Departamental en sus sesiones de 1922*, Bogotá, Imprenta de “La Luz”, 1922.
- _____. *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del Departamento en sus sesiones de 1921*, Bogotá, Casa Editorial “La Nación”, 1921.
- _____. *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del Departamento en sus sesiones de 1920*, Bogotá, Casa Editorial “La Cruzada”, 1920.

LLOREDA, Alfonso

Informe que eleva el Director Departamental de Higiene al señor Director Nacional del Ramo, Cali, Imprenta del Departamento, 1934.

LONDOÑO MEJÍA, Guillermo

Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1935, Bogotá, Imprenta Nacional, 1935.

LONDOÑO PALACIO, Arcesio

Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1943, Bogotá, Imprenta Nacional, 1943.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Memoria que el Ministro de Educación Nacional presenta al Congreso en sus sesiones de 1936, Bogotá, Imprenta Nacional, 1936.

- _____. *Memoria del Ministro de Educación Nacional al Congreso de 1929*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1929.

MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL

Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Fascículo 3°), Bogotá, Editorial El Gráfico, 1939.

- _____. *Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Fascículo 2°)*, Bogotá, Editorial El Gráfico, 1939.

- _____. *Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Fascículo 1°)*, Bogotá, Editorial El Gráfico, 1939.

- _____. *Reglamento para los servicios de protección infantil y otras disposiciones*, 5, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.

- _____. *Trabajos presentados por la delegación de Colombia al VIII Congreso Panamericano del Niño*, 6, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.

- _____. *La protección de la maternidad (disposiciones vigentes)*, 4, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.

- _____. *Algunas disposiciones sobre protección infantil y materna*, 2, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.

- _____. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1940.

- _____. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1941.

- MONTOYA, José María
 “Psicología infantil, ortopedia, anestesia y cirugía de urgencia”, Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, 1933.
- MORALES OLAYA, Agustín
Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1933, Tomo I: *Anexos*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1933.
 _____. *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*, Tomo I, Bogotá, Imprenta Nacional, 1932.
- MUÑOZ, Laurentino
La tragedia biológica del pueblo colombiano. Estudio de observación y de vulgarización, Cali, Editorial América, 1935.
 _____. *Informe del Director Departamental de Higiene*, Bogotá, Imprenta del Departamento, [1936].
- NEDELECK, J.
Guía de las madres de familia, Bogotá, Arboleda & Valencia, s.f.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, Bogotá, Oficina Sanitaria Panamericana, 1938.
 _____. *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas*, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1925.
 _____. *Actas de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas*, Washington, Unión Panamericana, 1921.
- PARDO CALDERÓN, Luis Enrique
Consideraciones sobre las ‘Gotas de Leche’, Bogotá, Tipografía Minerva, 1920.
- PARDO REY, Enrique
Consideraciones sobre la lactancia artificial de los niños de pecho por la leche esterilizada, Bogotá, Casa Editorial de “La República”, 1917.
- PAZ, Felipe S., y Armando SOLANO
Convención de Ibagué 1922, Bogotá, Editorial Cromos, 1922.
- PÉREZ GUTIÉRREZ, J. Zalatiel
Causas de la mortalidad infantil y medios para combatirla, Bogotá, Tipografía Minerva, 1919.
- PUBLICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA
Instituciones de Utilidad Común, Cuaderno 6, (abril de 1934), p. 1-45.
- RICO, Edmundo
El debate sobre el certificado médico prenupcial obligatorio en la Cámara, Bogotá, Imprenta Nacional, 1936.
- ROBLEDO, Arturo
Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al gobernador de Antioquia doctor Jaime Arango Velásquez, Medellín, Imprenta Oficial, 1937.
- ROBLEDO, Emilio
Higiene de la infancia, Medellín, Imprenta del Departamento, 1900.
- SALAZAR A., J.M.
Informe del presidente del Comité Central de la Cruz Roja de Nariño de las labores durante el primer año de fundación, Pasto, Imprenta del Departamento, 1933.
- TORRES UMAÑA, Calixto

- “Cuarta conferencia”, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Universidad del Rosario, 2011, pp. 207-235.
- TROCONIS C., Fernando
Apuntaciones sobre la mortalidad infantil en Bogotá, Bogotá, Imprenta de J. Casis, 1912.
- VALBUENA, Gustavo A.
Derechos de los hijos naturales, Bogotá, Talleres Mundo al Día, 1936.
- VERNAZA, José Ignacio
Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1926, Bogotá, Imprenta Nacional, 1926.
- VILLA ÁLVAREZ, Alejandro
 “Informe del Departamento Nacional de Higiene al señor Ministro de Gobierno 1931-1932”, *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*, Tomo I, Bogotá, Imprenta Nacional, 1932, pp. 127-143.
- VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
Acta final México 1935, Washington, Unión Panamericana, 1950.

Bibliografía

- ABEL, Christopher
 “Filantropía externa y cambio interno en la atención de la salud en Colombia: el papel de la Fundación Rockefeller de 1920 a 1950”, *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 45:78, (2008), pp. 63-96.
- _____. *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*, Bogotá, CEREC, 1996.
- _____. *Política, Iglesia y partidos en Colombia: 1886-1953*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1987.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, CAPÍTULO TOLIMA
Ibagué, médicos de ayer, Ibagué, Pijao Editores, 1995.
- ACELAS ARIAS, Julio César
 “Obreros y artesanos de Bucaramanga: organización, protagonismo e ideología”, monografía de grado para optar el título de Historiador, Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 1993.
- AGOSTONI, Claudia
 “Instruir, confortar y cuidar: enfermeras visitadoras y de hospitales en México, 1920-1950”, *Nuevos Mundos/Mundos Nuevos*, 2019, <https://journals.openedition.org/nuevomundo/76201>
- _____. “Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944”, *Dynamis*, 39:2, (2019), pp. 289-310.
- _____. *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016.
- _____. “Historias, enfermedades y salud pública”, *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (eds.), Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 23-35.

- _____. “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la Ciudad de México durante la década de los 1920”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33 (enero-julio 2007), pp. 89-120.
- _____. ““Que no traigan al médico”. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (Ciudad de México, siglos XIX-XX)”, *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la Ciudad de México*, Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), México D.F., Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, pp. 97-120.
- _____. “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, 18:1 (invierno 2002), pp. 1-22.
- _____. “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela (coords.), México, Programa Universitario de Estudios de Género UNAM, Porrúa, 2001, pp. 71-95.
- AGUDELO GONZÁLEZ, Ángela Lucía
 “Regenerar e higienizar. El papel desempeñado por la mujer y la niñez en Barranquilla 1900-1945”, *Memorias. Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, 5:9, pp. 94-109.
- AGUDELO GONZÁLEZ, Ángela Lucía y Willian Alfredo CHAPMAN QUEVEDO
 “Maternidad y lactancia a través del discurso de la comunidad médica en Barranquilla, primera mitad del siglo XX”, *Historia y Memoria*, 23, (julio-diciembre de 2021), pp. 197-225.
- ALBÁN MALDONADO, Sebastián
 “Para civilizar y reconstruir el orden social: la trayectoria de la Escuela de Servicio Social anexa a la Universidad del Rosario en la formación de un conocimiento sobre ‘lo social’. 1936-1946”, monografía para optar el título de Historiador, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2018.
- ALANÍS, Mercedes
La atención médica infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943, Pachuca de Soto, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2016.
- _____. “Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22:2, (abril-junio 2015), pp. 391-409.
- _____. “Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 12:2, (2009), pp. 63-68.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel
 “Evolucionismo y eugenismo en las políticas sociales latinoamericanas”, *Relatos de Nación. La construcción de identidades nacionales en el mundo hispánico*, Francisco Colom González (editor), Vol. 2. Madrid, Iberoamericana, 2005, pp. 777-800.
- _____. “La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: Institutos, guarderías y hogares infantiles. España 1900-1940”, *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*,

- Enrique Perdiguero Gil (compilador), Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2004, pp. 155-193.
- _____. "Eugenesia y control social", *Asclepio*, 40:2, (1988), pp. 29-35.
- ÁLVAREZ TELLO, Mónica Alejandra
 "“Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX", monografía de grado para optar el título de Historiadora, Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015.
- APPEL, Rima D.
Perfect motherhood. Science and childrearing in America, New Brunswick/New Jersey, Rutgers University Press, 2006.
- _____. *Mothers and Medicine. A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press, 1987.
- ARANGO, Luz Gabriela
Mujer, religión e industria: Fabricato, 1923-1982, Medellín, Universidad de Antioquia, Universidad Externado de Colombia, 1991.
- ARANGO DE RESTREPO, Gloria Mercedes
Sociabilidades católicas, entre la tradición y la modernidad. Antioquia, 1870-1930, Medellín, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, DIME, 2004.
- ARCHILA NEIRA, Mauricio
 "Colombia 1900-1930: la búsqueda de la modernización", *Las mujeres en la historia de Colombia*, Tomo II: *Mujeres y sociedad*, Magdala Velásquez Toro (dirección académica), Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, Editorial Norma S.A., 1995, pp. 322-358.
- _____. *Cultura e identidad obrera. Colombia 1910-1945*, Bogotá, Cinep, 1991.
- _____. "La clase obrera colombiana (1930-1945)", *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía, Álvaro (dir.), Tomo III: *Relaciones Internacionales, Movimientos Sociales*, Bogotá, Planeta, 1989, pp. 245-270.
- _____. "¿De la revolución social a la conciliación? Algunas hipótesis sobre la transformación de la clase obrera colombiana (1919-1935)", *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 12, (1984), pp. 51-102.
- ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto
 "Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad pública en el México posrevolucionario, 1917-1945", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33, (enero-junio de 2007), pp. 57-88.
- ARÉVALO HERNÁNDEZ, Decsi
 "Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945", *Historia Crítica*, Edición Especial, (noviembre de 2009), pp. 166-186.
- ARIAS, Ricardo
Los Leopardos: una historia intelectual de los años 1920, Bogotá, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Ediciones Uniandes, 2007.
- _____. *El episcopado colombiano: intransigencia y laicidad 1850-2000*, Bogotá, Ediciones Uniandes, ICANH, CESO, 2003.
- ARIAS VANEGAS, Julio
Nación y diferencia en el siglo XIX. Orden nacional, racialismo y taxonomías poblacionales, Bogotá, Universidad de los Andes, 2007.

- ARIZA CARDOZO, Erick
 “Nodrizas, madres, médicos: medicalización de la lactancia en Bogotá 1869-1945”, monografía para optar el título de Antropólogo, Bogotá, Universidad del Rosario, 2015.
- ARMUS, Diego
 “Discursos, políticas y experiencias en la historia de las enfermedades”, *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (eds.), Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 37-50.
- _____. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- ARROM, Silvia Marina
 “Las señoras de la caridad: pioneras olvidadas de la asistencia social en México, 1863-1910”, *Historia Mexicana*, LVII:2, (2007), pp. 445-490.
- AVELLA GÓMEZ, Mauricio
Las instituciones laborales en Colombia: contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990, Bogotá, Universidad Jorge Tadeo Lozano, 2012.
- BALLESTER, Rosa y Emilio BALAGUER
 “La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España”, *Dynamis*, 15, (1995), pp. 177-192.
- BARÓN SERRANO, Campo E.
Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia, Bogotá, Librería Voluntad S.A, 1948.
- BARONA, Josep L.
 “El Consejo Superior de Protección a la Infancia y represión de la mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria”, *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Enrique Perdiguero Gil (compilador), Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, 2004, pp. 121-153.
- BASHFORD, Alison y Philippa LEVINE (eds.)
The Oxford handbook of the history of eugenics, New York, Oxford University Press, 2010.
- BEJARANO ÁVILA, Jesús Antonio
 “El despegue cafetero (1900-1928)”, *Historia económica de Colombia*, José Antonio Ocampo Gaviria (comp.), Bogotá, Planeta, Fedesarrollo, 2007.
- _____. “La economía entre 1930 y 1945”, *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía, Álvaro (dir.), Tomo V: *Economía, café, industria*, Bogotá, Planeta, 1989, pp. 115-148.
- BERMÚDEZ, Suzy
 “Familias y hogares en Colombia durante el siglo XIX y comienzos del XX”, *Mujeres en la historia de Colombia*, Magdala Velásquez Toro (dirección académica), Tomo II: *Mujeres y sociedad*, Catalina Reyes Cárdenas y Pablo Rodríguez Jiménez (asesores), Bogotá, Grupo Editorial Norma S.A., Consejería Presidencial para la Política Social, 1995, pp. 240-291.
- _____. *El Bello Sexo. La mujer y la familia durante el Olimpo Radical*, Santafé de Bogotá, Ediciones Uniandes, 1993.
- BERMÚDEZ RICO, Rosa Emilia
Mujeres obreras e identidades sociales, Cali 1930-1960, Medellín, La Carreta Editores, 2007.

- BERNABEU MESTRE, Josep y Encarna GASCÓN PÉREZ
 “El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935)”, *Dynamis*, 15, (1995), pp. 151-176.
- BERGQUIST, Charles
 “Los trabajadores del sector cafetero y la suerte del movimiento obrero en Colombia 1920-1940”, *Pasado y presente de la violencia en Colombia*, Gonzalo Sánchez y Ricardo Peñaranda (compiladores), Bogotá, Cerec, 1986, pp. 111-165.
- BIERNAT, Carolina
 “La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras”, *e-I@tina*, 14:54, (enero-marzo 2016), pp. 23-37.
 _____. “El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944)”, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (dirs.), Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2015, pp. 47-83.
 _____. “Debates poblacionistas en la matriz de la política social argentina de entreguerras”, *Anuario de Estudios Históricos “Prof. Carlos S.A. Segreti”*, 11:11, (2011), pp. 189-208.
 _____. *¿Buenos o útiles?: la política inmigratoria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2007.
- BIERNAT, Carolina y Karina RAMACCIOTTI
 “La formación en Salud Pública como vehículo de profesionalización de la burocracia sanitaria argentina del siglo XX”, *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina entre fines del siglo XIX y XX*, María Silvia di Liscia y Germán Soprano (eds.), Rosario, Prohistoria Ediciones, 2017, pp. 137-161.
 _____. *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil argentina 1900-1960*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2013.
 _____. “Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales”, *Políticas sociales, entre demandas y resistencias: Argentina, 1930-1970*, Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (eds.), Buenos Aires, Biblos, 2012, pp. 9-36.
 _____. “La protección a la maternidad de las trabajadoras en Argentina: aspectos legales y administrativos en la primera mitad del siglo XX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18: suplemento 1, (diciembre 2011), pp. 153-177.
 _____. “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15:2, (abril-junio 2008), pp. 331-351.
- BIDEGAÍN DE URÁN, Ana María
Iglesia, pueblo y política. Un estudio de conflictos de intereses – Colombia, 1930-1955–, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Teología, 1985.
- BILLOROU, María José
 “La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires, 1930-1945”, tesis para optar el título de Maestra en Estudios Sociales y Culturales, Universidad Nacional de la Pampa, 2007.
 _____. “Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945)”, *La Aljaba*, Segunda época, XI, (2007), pp. 167-192.
- BIRN, Anne-Emanuelle

- “Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14:3 (julio-septiembre 2007), pp. 677-708.
- _____. “The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13:3 (julio-septiembre 2006), pp. 33-64.
- _____. *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*, Rochester, University of Rochester Press, 2006.
- _____. “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, *Dynamis*, 25, (2005), pp. 279-311.
- _____. “‘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*, 19, (2002), pp. 17-46.
- _____. “Skirting the Issue: Women and International Health in Historical Perspective”, *American Journal of Public Health*, 89:3, (marzo 1999), pp. 399-407.
- _____. “Las unidades sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el Modelo Cárdenas en México”, *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Marcos Cueto (ed.), Lima, IEP/Organización Panamericana de la Salud, 1996, pp. 203-233.
- BIRN, Anne-Emanuelle, Raquel POLLERO y Wanda CABELLA
 “No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940”, *Estudios Interdisciplinario de América Latina y el Caribe*, 14:1, pp. 35-65.
- BLUM, Ann S.
Domestic economies: family, work, and welfare in Mexico City, 1884-1943, Lincoln y Londres, University of Nebraska Press, 2009.
- BOCCHETTI, Carla, Juan Manuel ARTEAGA y Marco PALACIOS
Hospital universitario: desde San Juan de Dios hasta la construcción de un nuevo proyecto, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2005.
- BOCK, Gisela
 “Pobreza femenina, derechos de las madres y Estados de bienestar (1890-1950)”, Duby, Georges y Perrot, Michelle (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente*, Tomo V: *El siglo XX*, Françoise Thébaud (dir.), Madrid, Santillana Ediciones Generales, 2003, pp. 438-478.
- BOCK, Gisela y Pat THANE (eds.)
Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950, Madrid, Universidad de Valencia, 1991.
- BOHOSLAVSKY, Ernesto
 “El rostro humano de la historia del Estado”, *Estudios Sociales del Estado*, 1:1, (2015), pp. 239-249.
- BOHOSLAVSKY, Ernesto y Germán SOPRANO
 “Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina”, *Un Estado con rostro humano: funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (eds.), Buenos Aires, Prometeo, 2010, pp. 9-55.
- BONILLA VÉLEZ, Gloria
 “Los movimientos de mujeres en Colombia y la renovación de la historia política”, *Unicartagena*, (octubre de 2007), pp. 29-35.

- BOTERO, Sandra
 “La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 33, (2006), pp. 85-109.
- BURNS HORGAN, Terrence
 “The liberals come to power in Colombia, por debajo de la ruana: A study of the Enrique Olaya Herrera administration 1930-1934”, tesis para optar el título de Doctor en Historia, Nashville, Vanderbilt University, 1983.
- CÁCERES, Humberto
Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario histórico desde el 22 de julio de 1902, Bogotá, sd., 1997.
- CÁCERES, Humberto y Zoilo CUÉLLAR MONTOYA
Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sus miembros, 1873-1996, Bogotá, Academia Nacional de Medicina de Colombia, 1997.
- CALVO ISAZA, Óscar Iván y Marta SAADE GRANADOS
La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002.
- CAMARGO CHAPARRO, Alexander
 “El discurso eugénico y la élite médica en Colombia, 1920-1936”, tesis para optar el título de Sociólogo, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1999.
- CANO, Gabriela
Se llamaba Elena Arizmendi, México D.F., Tusquets Editores, 2010.
- _____. “La polémica en torno al acceso de las mujeres a las profesiones entre los siglos XIX y XX”, *Miradas sobre la nación liberal: 1848-1948. Proyectos, debates y desafíos*, Libro 2: *Formar e informar: la diversidad cultural*, Josefina Mac Gregor (coord.), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp. 169-192.
- CAROL, Anne
Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIXe-XXe siècle, París, Le Seuil, 1995.
- CARRILLO, Ana María
 “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad ‘científica’, control de las nodrizas y lactancia artificial”, *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*, Juliá Tuñón (comp.), México, El Colegio de México, 2008, pp. 227-280.
- _____. “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, *Dynamis*, 25, (2005), pp. 145-178.
- _____. “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *Dynamis*, 19, (1999), pp. 167-190.
- _____. “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”, *Asclepio*, L:2, (1998), pp. 149-168.
- CASTEJÓN, Ramón, Enrique PERDIGUERO y Rosa BALLESTER
 “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección de la salud materno-infantil (1900-1950)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13:2, (abril-junio 2006), pp. 411-437.
- CASTRO CARVAJAL, Beatriz
 “Los inicios de las profesiones del cuidado en Colombia a principios del siglo XX: enfermería y servicio social”, *Estudios Sociales del Estado*, 7:13, (2021), pp. 42-73.

- _____. “Los médicos y las políticas de asistencia social en Colombia (1900-1930)”, *La hegemonía conservadora*, Rubén Sierra Mejía (ed.), Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Filosofía, 2018, pp. 507-536.
- _____. *La relación entre la Iglesia católica y el Estado colombiano en la asistencia social c. 1870-1960*, Cali, Programa Editorial Universidad del Valle, 2014.
- _____. “Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia”, *Memoria Histórica*, 29:2, (2011), pp. 267-285.
- _____. “Las visitas domiciliarias femeninas en Colombia. Del trabajo voluntario a su profesionalización”, *Revista Sociedad y Economía*, 14, (junio 2008), pp. 106-128.
- _____. “Los inicios de la asistencia social en Colombia”, *CS*, 1, (mayo 2007), pp. 157-188.
- _____. *Caridad y beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago
Tejidos oníricos. Movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930), Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2009.
- _____. “¿Disciplinar o poblar? La intelectualidad colombiana frente a la biopolítica (1904-1934)”, *Nómadas*, 26, (2007), pp. 44-55.
- CERA OCHOA, Raúl Antonio
 “Mujeres frente a la incidencia de la pobreza e insalubridad pública en Cartagena (Colombia), 1915-1928”, *Historelo*, 8:15, (enero-junio 2016), pp. 204-236.
- CHAPMAN QUEVEDO, Willian Alfredo, Jesús Ángel CASTRO FONTALVO y Ángela Lucía AGUDELO GONZÁLEZ
 “Trasformando el país a través de la higiene. Las cartillas técnicas y la revista *Rin Rin* en las bibliotecas aldeanas de Colombia 1936-1938”, *Historia y Espacio*, 16:54, (junio 2020), pp. 183-208.
- CHARRY J., Carlos Andrés
 “Los intelectuales colombianos y el dilema de la construcción de la identidad nacional (1850-1930)”, *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 90, (abril 2011), pp. 55-70.
- CHÁVEZ ZÚÑIGA, Pablo
 “La mortalidad infantil: entre la alimentación y las enfermedades gastrointestinales en Santiago (1880-1920)”, *Cuadernos de Historia*, 52, (junio 2020), pp. 69-101.
- _____. “Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile, 1860-1914”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25:4, (octubre-diciembre 2018), pp. 1281-1300.
- CLARK, Kim
Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador. Modernizing women, modernizing the state, 1895-1950, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2012.
- _____. “Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)”, *Antología Género*, Gioconda Herrera Mosquera (ed.), Quito, FLACSO, 2001.
- COHEN, Lucy M.
Colombianas en la vanguardia, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 2001.
- COLMENARES, Germán
 “Ospina y Abadía: la política en el decenio de los veinte”, *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía, Álvaro (dir.), Tomo I: *Historia Política, 1886-1946*, Bogotá, Planeta, 1989, pp. 243-268.

- COLÓN LLAMAS, Luis Carlos
 “Ingeniería, medicina y urbanismo: el papel de las ideas higienistas en los cambios urbanos de Bogotá en la primera mitad del siglo XX”, *La hegemonía conservadora*, Rubén Sierra Mejía (ed.), Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Filosofía, 2018, pp. 439-505.
- CORTÉS, José David
 “Regeneración, Intransigencia y Régimen de Cristiandad”, *Historia Crítica*, 15, (junio 1997), pp. 3-12.
- COVA, Anne
 “El feminismo y la maternidad en Francia: teoría y práctica política, 1890-1918”, *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Gisela Bock y Pat Thane (eds.), Valencia, Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer, 1996, pp. 215-244.
- CUETO, Marcos
 “Ciencia y tecnología”, *Historia general de América Latina*, Vol. VII: *Los proyectos nacionales latinoamericanos: sus instrumentos y articulación, 1870-1930*, Enrique Ayala Mora (dir.), Madrid, Unesco/Trotta, 2008, pp. 453-467.
- _____. *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, OPS, 2004.
- _____. “Los ciclos de la erradicación. La Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940”, *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Marcos Cueto (ed.), Lima, IEP/Organización Panamericana de la Salud, 1996, pp. 179-201.
- DAVID BRAVO, Alba Inés
Mujer y trabajo en Medellín. Condiciones laborales y significado social, 1850-1906, Medellín, premio Instituto para el Desarrollo de Antioquia – IDEA, 2007.
- DEL CAMPO PEIRANO, Andrea
 “La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930”, *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, María Soledad Zárate (comp.), Santiago de Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008, pp. 131-188.
- DEL CASTILLO TRONCOSO, Alberto
 “La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 6:2, (2003), pp. 10-16.
- DI LISCIA, María Silvia
 “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9:(suplemento), (2002), pp. 209-232.
- DI LISCIA, María Silvia y Germán SOPRANO
 “Entre espacios grises y aristas brillantes: la categoría de burocracia estatal y el estudio de los sistemas de administración pública en la Argentina”, *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*, María Silvia Di Liscia y Germán Soprano (eds.), Rosario, Prohistoria Ediciones, 2017, pp. 9-41.
- DÍAZ, Daniel
 “Raza, pueblo y pobres: las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873-1962)”, *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y*

- tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*, Santiago Castro-Gómez y Eduardo Restrepo (eds.), Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, 2008, pp. 42-69.
- DÍAZ SOLER, Carlos Jilmar
El pueblo: de sujeto dado a sujeto político por construir. El caso de la Campaña de Cultura Aldeana en Colombia (1934-1936), Bogotá, Universidad Pedagógica Nacional, 2005.
- DONZELOT, Jacques
La invención de lo social. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas, Buenos Aires, Nueva Visión, 2007.
 _____. *La policía de las familias*, Madrid, Pre-textos, 1979.
- DRINOT, Paulo
La seducción de la clase obrera. Trabajadores, raza y la formación del Estado peruano, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 2016.
- DUEÑAS VARGAS, Guiomar
Los hijos del pecado. Ilegitimidad y vida familiar en la Santafé de Bogotá colonial, Bogotá, Universidad Nacional, 1997.
- DURANA DE SAMPER, Inés
 “Reabriendo la historia de la enfermería profesional: Un tributo a la Academia Nacional de Medicina y a Pablo García Medina (1858-1935)”, *Temas Médicos*, XVI, (2003), pp. 35-46.
- ESLAVA CASTAÑEDA, Juan Carlos
Buscando el reconocimiento profesional. La salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, 2004.
 _____. “El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud pública en Colombia”, *Biomédica*, 18:2, (1998), pp. 101-109.
- ESLAVA CASTAÑEDA, Juan Carlos, Manuel VEGA VARGAS y Mario HERNÁNDEZ ÁLVAREZ
Facultad de Medicina: Su historia, Tomo I, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2017.
- ESPÓSITO, Roberto
Immunitas. Protección y negación de la vida, traducción Luciano Padilla López, Buenos Aires, Amorrortu, 2009.
- ESTRADA ORREGO, Victoria
 “¿Cuántos somos? Una historia de los censos civiles y de la organización estadística en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Historia Crítica*, 64, (abril-junio 2017), pp. 141-160.
 _____. “La valeur des chiffres: La production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie 1886-1947”, tesis para optar el título de Doctora en histoire et civilisations, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015.
- ESTRADA ORREGO, Victoria, Óscar GALLO y Jorge MÁRQUEZ VALDERRAMA
 “Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23, (enero 2016), pp. 1-23.
- FAJARDO HERNÁNDEZ, María Margarita
 “La comunidad médica, el ‘problema de población’ y la investigación sociodemográfica en Colombia, 1965-1970”, *Historia Crítica*, 33, (enero-junio 2007), pp. 210-235.

- FARIA, Lina
Saúde e Política. A Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo, Rio de Janeiro, Editorial Fiocruz, 2007.
- _____. “Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: Identidades profissionais em construção”, *Cadernos pagu*, 27, (julio-diciembre 2006), pp. 173-212.
- FARLEY, John
To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951), Nueva York, Oxford University Press, 2004.
- FARNSWORTH-ALVEAR, Ann
 “El misterioso caso de hombres desaparecidos: género y clase en el Medellín de comienzos de la era industrial”, *Historia y Sociedad*, 3, (1996), pp. 141-167.
- _____. *Dulcinea in the Factory. Myths, Morals, Men, and Women in Colombia’s Industrial Experiment, 1905-1960*, Durham y Londres, Duke University Press, 2000.
- FEATHERSTONE, Lisa
 “Infant ideologies. Doctors, mothers, and the feeding of children in Australia, 1880-1910”, *Children’s health issues in historical perspective*, Cheryl Krasnick Warsh y Veronica Strong-Boag (eds.), Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2005, pp. 131-159.
- FELACIO JIMÉNEZ, Laura Cristina
 “La huelga de las telefonistas. Condiciones, problemas y manifestaciones de las mujeres obreras a comienzos del siglo XX en Bogotá”, *Ciudad Paz-ando*, 5:1, (primer semestre de 2012), pp. 31-48.
- FLÓREZ, Carmen Elisa
Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX, Bogotá, Banco de la República, Tercer Mundo Editores, 2000.
- FLÓREZ BOLÍVAR, Francisco
 “Representaciones del Caribe colombiano en el marco de los debates sobre la degeneración de las razas: geografía, raza y nación a comienzos del siglo XX”, *Historia y Espacio*, 31, (2008), pp. 35-59.
- FORERO CABALLERO, Hernando
Momentos históricos de la medicina colombiana, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2009.
- FOUCAULT, Michel
Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1999.
- _____. “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, 11:1, (1977), pp. 1-25.
- FREIRE, Maria Martha de Luna y Vinícius da Silva LEONY
 “A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18:suplemento 1, (diciembre 2011), pp. 199-225.
- FROYSLAND, Hayley Susa
 “‘Para el bien común’: Charity, Health, and Moral Order in Bogotá, Colombia, 1850-1936”, tesis para optar el título de Doctora en Historia, Universidad de Virginia, 1993.
- GALLO, Óscar
 “Instituições laborais e intervencionismo social na Colômbia, 1923-1946”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 43:2 (2016), pp. 335-360.

- _____. “Acidentes de trabalho na Colômbia. Doutrina, lei e jurisprudência (1915-1950)”, *Revista Mundos do Trabalho*, 7:13, (enero-junio de 2015), pp. 129-149.
- _____. “Trabajo, medicina e legislação na Colombia (1910-1946), tesis para optar el título de Doctor en Historia Cultural, Florianopolis, Universidad Federal de Santa Catarina, 2015.
- GALLO VÉLEZ, Oscar y Jorge MÁRQUEZ VALDERRAMA
 “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”, *Historia y Sociedad*, 32, (enero-junio de 2017), pp. 21-48.
- _____. “La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquia, 1910-1950”, *Historia y Sociedad*, 20, (enero-junio 2011), pp. 57-89.
- GARCÍA, Claudia M. y Emilio QUEVEDO
 “Uncinariasis y café: los antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920”, *Biomédica*, 18:1, (1998), pp. 5-21.
- GARCÍA, Víctor Manuel
 “Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud. La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín, 1930”, *Historia Crítica*, 46, enero-abril 2012, pp. 110-131.
- GARCÍA GONZÁLEZ, Armando y Raquel ÁLVAREZ PELÁEZ
En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958), Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.
- _____. *Las trampas del poder. Sanidad, eugenesia y migración. Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2007.
- GARCÍA PEÑA, Ana Lidia
 “Madres solteras, pobres y abandonadas, ciudad de México siglo XIX”, *Historia Mexicana*, LIII:3, (enero-marzo 2004), pp. 647-692.
- GARTNER, Herman
Notas sobre puericultura pre-natal, Bogotá, Casa Editorial “Colombia”, 1922.
- GARZÓN, María Catalina
 “La Fundación Rockefeller y la dimensión experimental en la campaña contra la Anemia Tropical en Colombia, 1920-1934”, *Historia y Memoria*, 23, (2021), pp. 161-196.
- GÓMEZ MATOMA, María Angélica
 “La política internacional migratoria colombiana a principios del siglo XX”, *Memoria y Sociedad*, 13:26, (enero-junio de 2009), pp. 7-17.
- GÓMEZ RODRÍGUEZ, Eliana Maritza
 “La medicalización de la infancia en el Hospicio de Bogotá: prácticas y discursos, 1918-1942”, tesis para optar el título de Maestra en Historia, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, 2018.
- GÓMEZ SERRANO, Consuelo y Elizabeth VARGAS ROSERO
 “Escuela Nacional de Enfermeras (1937-1944)”, *Tres escuelas una historia: formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*, Consuelo Gómez Serrano et al, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2011, pp. 111-162.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo
 “Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX”, *Un estado con rostro humano*.

- Funcionarios e instituciones estatales en Argentina: de 1880 a la actualidad*, Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, pp. 59-84.
- _____. “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una élite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900”, *Anuario de Estudios Americanos*, LXI:2, (2004), pp. 571-593.
- _____. “Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX”, *Revista de Indias*, LX:219, (2000), pp. 421-435.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo, Pilar GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS y Andrés GALERA GÓMEZ (comps.)
Regulación social y regímenes de bienestar en América Latina (Siglos XIX-XX), Madrid, Ediciones Polifemo, 2015.
- GUDIÑO CEJUDO, María Rosa
Educación higiénica y cine de salud en México 1925-1960, Ciudad de México, El Colegio de México, 2016.
- GUERRERO BARÓN, Javier
El proceso político de las derechas en Colombia y los imaginarios sobre las guerras internacionales, 1930-1945, Tunja, UPTC, 2014.
- GUTIÉRREZ, María Teresa
Ideologías y prácticas higiénicas en Bogotá en la primera mitad del siglo XX, Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2017.
- _____. “‘Pobres los pobres’: debates políticos alrededor de la beneficencia en Cundinamarca en 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano”, *Historia y Sociedad*, 26, (enero-junio de 2014), pp. 121-148.
- _____. “Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Revista Estudios socio-jurídicos*, 12:1, (enero-junio 2010), pp. 73-97.
- GUTIÉRREZ SANÍN, Francisco
La destrucción de una República, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2017.
- GUTIÉRREZ URQUIJO, Natalia María
 “El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936”, *Historiolo*, 9:17, (enero-junio de 2017), pp. 223-248.
- _____. “Saberes y conocimientos médicos en torno a la maternidad y la sexualidad femenina, 1890-1930”, *Género, prácticas y representaciones en la historia de Colombia, siglos XIX y XX*, Ruth López Oseira (editora), Medellín, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2013, pp. 57-79.
- _____. “Los delitos de aborto e infanticidio en Antioquia, 1890-1930”, *Historia y Sociedad*, 17, (julio-diciembre de 2009), pp. 159-177.
- GUY, Donna J.
Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2011.
- _____. “The Pan American Child Congresses, 1916-1942: Pan Americanism, Child Reform and the Welfare State”, *Journal of Family History*, 23:3, (julio de 1998), pp. 272-291.
- HELG, Aline
La educación en Colombia, 1918-1957: una historia social, económica y política, Bogotá, Cerec, 1987.
- HENDERSON, James D.

- La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889-1965*, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, 2006.
- HENDRICK, Harry
Child welfare. England 1872-1989, Londres y Nueva York, Routledge, 1994.
- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario
La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica, 1880-1950, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004.
 _____. *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002.
 _____. “La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 27, (2000), pp. 7-26.
- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario y Diana OBREGÓN TORRES
La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002, Bogotá, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, 2002.
- HERRERA, Martha Cecilia
Educación el nuevo príncipe: ¿asunto racial o de ciudadanía?, Bogotá, Universidad Pedagógica Nacional, 2013.
 _____. “Debates sobre la raza, nación y educación: ¿hacia la construcción de un ‘hombre nacional’?”, *Educación y cultura política: una mirada multidisciplinaria*, Martha Cecilia Herrera y Carlos Jilmar Díaz (compiladores), Bogotá, Plaza y Janes Editores Colombia S.A., 2001, pp. 117-142.
 _____. *Modernización y Escuela Nueva en Colombia: 1914-1951*, Bogotá, Plaza & Janes Editores Colombia, 1999.
 _____. “Historia de la educación en Colombia. La República Liberal y la modernización de la educación: 1930-1946”, *Revista Colombiana de Educación*, 26, (1993), pp. 97-124.
- HEWA, Soma
 “Introducing Modern Nursing to Sri Lanka: Rockefeller Foundation and Colombo School of Nursing”, *Galle Medical Journal*, 19:1, (marzo 2014), pp. 17-22.
- HUTCHINSON, John F.
 “Custodians of the sacred fire: the ICRC and the postwar reorganisation of the International Red Cross”, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Paul Weinding (ed.), Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 17-35.
- IDIART, Alma
 “Estado, actores y políticas sanitarias”, *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (eds.), Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 148-156.
- ILLANES, María Angélica
Cuerpo y sangre de la política. La construcción de las Visitadoras Sociales (1887-1949), Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2006.
- JALIL-PAIER, Hanni
 “‘A Sick, Weak, and Ignorant People’: Public Health Education and Prevention in Rural Colombia, 1930-1940”, *Bulletin of Latin American Research*, (2017), pp. 1-16.

- _____. “*Curing A Sick Nation: Public Health and Citizenship in Colombia 1930-1940*”, tesis para optar el título de Doctora en Historia, Santa Barbara, Universidad de California, 2015.
- _____. “Gender as pathology: Disease, degeneration, and medical discourse in late nineteenth-century Colombia”, *CS*, 10, (julio-diciembre 2012), pp. 243-276.
- JALIL-PAIER, Hanni y Guillermo DONADO
 “Socio-political implications of the fight against alcoholism and tuberculosis in Colombia, 1910-1925”, *Revista de Salud Pública*, 12:3, (junio 2010), pp. 486-496.
- JARAMILLO, Ana María
 “Industria, proletariado, mujeres y religión. Mujeres obreras, empresarios e industrias en la primera mitad del siglo XX en Antioquia”, *Las mujeres en la historia de Colombia*, Magdala Velásquez Toro (dirección académica), Tomo II: *Mujeres y sociedad*, Catalina Reyes Cárdenas y Pablo Rodríguez Jiménez (asesores), Bogotá, Grupo Editorial Norma S.A., Consejería Presidencial para la Política Social, 1995, pp. 387-423.
- JIMÉNEZ, Michael F.
 “‘Mujeres incautas y sus hijos bastardos’. Clase, género y resistencia campesina en la región cafetera de Cundinamarca. 1900-1930 (primera parte)”, *Historia Crítica*, 3, (1990), pp. 69-82.
- _____. “‘Mujeres incautas y sus hijos bastardos’. Clase, género y resistencia campesina en la región cafetera de Cundinamarca. 1900-1930 (segunda parte)”, *Historia Crítica*, 4, (1990), pp. 71-84.
- JIMÉNEZ LÓPEZ, Miguel
 “Algunos signos de degeneración colectiva en Colombia y en los países similares”, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Universidad del Rosario, 2011, pp. 67-101.
- _____. “Primera conferencia Miguel Jiménez López, psiquiatra. Dictada en el Teatro Municipal, el día 21 de mayo de 1920”, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Universidad del Rosario, 2011, pp. 105-137.
- KALMANOVITZ, Salomón (ed.)
Nueva Historia Económica de Colombia, Bogotá, Taurus, Universidad Jorge Tadeo Lozano, 2010.
- KLAUS, Alisa
Every Child a Lion. The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920, Ithaca y Londres, Cornell University Press, 1993.
- LATORRE RUEDA, Mario
 “1930-1934. Olaya Herrera: un nuevo régimen”, *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía, Álvaro (dir.), Tomo I: *Historia Política, 1886-1946*, Bogotá, Planeta, pp. 269-298.
- LAVRIN, Asunción
Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940, Santiago de Chile, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2005.
- LEFAUCHEUR, Nadine

- “Maternidad, familia, Estado”, Duby, Georges y Perrot, Michelle (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente*, Tomo V: *El siglo XX*, Françoise Thébaud (dir.), Madrid, Santillana Ediciones Generales, 2003, pp. 479-505.
- LEGRAND, Catherine Carlisle
Colonización y protesta campesina en Colombia (1850-1950), segunda edición, Bogotá, Ediciones Uniandes, Universidad Nacional de Colombia, 2016.
- LOAIZA CANO, Gilberto
Poder letrado. Ensayos sobre historia intelectual de Colombia, siglos XIX y XX, Cali, Programa Editorial Universidad del Valle, 2014.
- LONDOÑO, Rocío
 “Población y sociedad”, *Colombia: Mirando hacia adentro, 1930-1960*, Malcolm Deas (coord.), Bogotá, Taurus, Fundación Mapfre, 2015, pp. 207-264.
- LONDOÑO MANCHOLA, Jorge Iván
 “Aportes de la Fundación Rockefeller en el desarrollo del concepto de salud pública, en el mundo y la profesionalización de enfermería en Colombia (1901-1952)”, tesis para optar el título de Enfermero, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2009.
- LONDOÑO VEGA, Patricia
Religión, cultura y sociedad en Colombia. Medellín y Antioquia, 1850-1930, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 2004.
- _____. “Educación femenina en Colombia, 1780-1880”, *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 31:37, (1997), pp. 21-59.
- LÓPEZ PEDREROS, Abel Ricardo
 “Empleados, mujeres de oficina y la construcción de las identidades de clase media en Bogotá, 1930-1950”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 30, (2003), pp. 257-279.
- LÓPEZ OSEIRA, Ruth
 “Inventar a la madre. Política, prácticas y representaciones de la maternidad en Medellín, 1930-1960”, *Prácticas, territorios y representaciones en Colombia 1849-1960*, Diana Luz Ceballos Gómez (editora), Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia sede Medellín, 2009, pp. 175-198.
- _____. “El declive de la potestad marital. Norma y costumbre en torno a la reforma del Código Civil Colombiano de 1932”, *Género, prácticas y representaciones en la historia de Colombia, siglos XIX y XX*, Ruth López Oseira (editora). Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2013, pp. 244-278.
- LÓPEZ URIBE, María del Pilar
Salarios, vida cotidiana y condiciones de vida en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX, Bogotá, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Historia, CESO, Ediciones Uniandes, 2011.
- LORENZO, María Dolores
 “Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado”, *Historia Mexicana*, LXVIII:2, (octubre-diciembre 2018), pp. 713-743.
- _____. “Ley y eficacia. La centralización administrativa de la beneficencia en la Ciudad de México, 1877-1904”, *Signos Históricos*, XIX:37, (enero-junio 2017), pp. 64-95.
- LUNA, Lola G.
El sujeto sufragista, feminismo y feminidad en Colombia, 1930-1957, Cali, Ediciones La Manzana de la Discordia, 2004.
- MAC-CLURE, Oscar

- En los orígenes de las políticas sociales en Chile 1850-1879*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2012.
- MACHADO C., Absalón
El café. De la aparcería al capitalismo, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1988.
- MACHADO KOUTSOUKOS, Sandra Sofía
 “Amas mercenárias’: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16:2, (abril-junio de 2009), pp. 305-324.
- MARTIN, Ana Laura
 “Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)”, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (directores), Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2015, pp. 257-286.
- MARTINS, Ana Paula Vosne
 “Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18:suplemento 1, (diciembre de 2011), pp. 15-34.
- MARTÍNEZ, Frederic
El nacionalismo cosmopolita: la referencia europea en la construcción nacional en Colombia, 1845-1900, Bogotá, Banco de la República, IFEA, 2001.
- MARTÍNEZ FONSECA, Juan Manuel
Paternalismo y resistencia. Los trabajadores de Bavaria 1889-1930, Bogotá, Rodríguez Quito Editores, 2007.
- MARTÍNEZ MARTÍN, Abel Fernando
La degeneración de la raza. “La mayor controversia científica de la intelectualidad colombiana”, Bogotá, FEDESALUD, 2016.
- MAYOR MORA, Alberto
 “El control del ‘tiempo libre’ de la clase obrera de Antioquia en la década de 1930”, *Revista Colombiana de Sociología*, 1:1, (1979), pp. 35-59.
- MCGRAW, Jason
 “Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del Caribe colombiano 1900-1930”, *Revista de Estudios Sociales*, 27, (2007), pp. 62-75.
- MEJÍA RODRÍGUEZ, Paola
 “De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948”, *Dynamis*, 24, (2004), pp. 119-155.
- MELGAREJO, María del Pilar
 “Nación y Regeneración en Colombia: buscando no sólo el buen hablar sino también cuerpos sanos”, *Revista Med*, 21: 1, (enero-junio 2013), pp. 6-20.
- MELO, Jorge Orlando
 “De Carlos E. Restrepo a Marco Fidel Suárez. Republicanismo y gobiernos conservadores”, *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía (dir.), Tomo I: *Historia Política, 1886-1946*, Bogotá, Planeta, pp. 215-242.
- MILANICH, Nara
 “Perspectiva histórica sobre filiación ilegítima e hijos ilegítimos en América Latina”, *Revista de Derechos del Niño*, 2, (2003), pp. 225-249.
- _____. “Los hijos del azar: ver nacer sin placer, ver morir sin dolor. La vida y la muerte de los párvulos en el discurso de las élites y en la práctica popular”, *Contribuciones*

- Científicas y Tecnológicas. Área Ciencias Sociales y Humanidades*, 114, (noviembre 1996), pp. 79-92.
- MIRANDA, Marisa
¡Madre y Patria!: Eugenesia, procreación y poder en una Argentina heteronormada, Buenos Aires, Teseo, 2020.
- _____. “La eugenesia y sus historiadores”, *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (eds.), Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 83-101.
- MIRANDA, Marisa y Gustavo VALLEJO (comp.)
Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino, Buenos Aires, Siglo XXI de Argentina Editores, 2005.
- MIRANDA CANAL, Néstor, Emilio QUEVEDO VÉLEZ y Mario HERNÁNDEZ ÁLVAREZ
Historia social de la ciencia en Colombia, tomo VIII: *Medicina (2)*, Bogotá, Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias, 1993.
- MOLINA, Gerardo
Las ideas liberales en Colombia, Tomo 3: *De 1935 a la iniciación del Frente Nacional*, Bogotá, Ediciones Tercer Mundo, 1981.
- _____. *Las ideas liberales en Colombia*, Tomo 2: *1915-1934*, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1989.
- _____. *Las ideas socialistas en Colombia*, Bogotá, Ediciones Tercer Mundo, 1987.
- MONSALVA ROA, Carolina
“¿De la subordinación a la autonomía? Proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia de 1920 a 1958”, tesis para optar el título de Magíster en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2014.
- MONTENEGRO, Santiago
“El surgimiento de la industria textil en Colombia, 1900-1945”, *Crisis mundial, protección e industrialización: ensayos de historia económica colombiana*, José Antonio Ocampo y Santiago Montenegro, Bogotá, Grupo Editorial Norma, 2007, pp. 149-241.
- MORÓN DUARTE, Lina Sofía
“La institucionalización de las medidas higiénicas para el control de la sífilis en Colombia, 1886-1953”, tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2014.
- MORTAN, Isabel (dir.)
Historia de las mujeres en España y América Latina, tomo IV: *Del siglo XX a los umbrales del XXI*, Guadalupe Gómez-Ferrer, Gabriela Cano, Dora Barrancos y Asunción Lavrin (Coords). Madrid, Ediciones Cátedra, 2006.
- MUÑOZ, Cecilia
“Gotas de Leche”, *Credencial Historia*, 118, (octubre 1999), en línea 7 de agosto de 2017, <http://www.banrepcultural.org/node/32914>
- MUÑOZ, Cecilia y Ximena PACHÓN
Los niños de la miseria. Bogotá, siglo XX, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2018.
- _____. *La aventura infantil a mediados de siglo*, Bogotá, Planeta Colombiana Editorial S.A., 1996.
- _____. *La niñez en el siglo XX. Comienzos de siglo*, Bogotá, Planeta Colombiana

- Editorial, 1991.
- _____. “Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad: una lucha por la supervivencia de la infancia bogotana (1900-1989)”, *Maguaré*, Nos. 6-7, 1988, pp. 101-152.
- MUÑOZ PRADAS, Fernando
“Las Gotas de Leche y el descenso de la mortalidad infantil urbana en España (1900-1936)”, *Revista de Demografía Histórica*, XXX:II, segunda época, (2012), pp. 127-164.
- MUÑOZ ROJAS, Catalina
“Más allá del problema racial: el determinismo geográficas y las ‘dolencias sociales’. Estudio introductorio”, *Los problemas de la raza en Colombia*, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2011, pp. 11-58.
- _____. “*To Colombianize Colombia: Cultural politics, modernization and nationalism in Colombia, 1930-1946*”, tesis para optar el título de Doctora en Historia, Universidad de Pensilvania, 2009.
- MUÑOZ ROJAS, Catalina y María del Carmen SUESCÚN POZAS
“El valor del análisis cultural para la historiografía de las décadas del treinta y cuarenta en Colombia: estado del arte y nuevas direcciones”, *Revista de Estudios Sociales*, 41, (diciembre 2011), pp. 12-27.
- NARI, Marcela
Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940, Buenos Aires, Biblos, 2004.
- _____. “La eugenesia en Argentina, 1890-1940”, *Quiipu*, 12:3, (diciembre de 1999), pp. 343-369.
- NASH, Mary
“Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939”, Duby, Georges y Perrot, Michelle (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente*, Tomo V: *El siglo XX*, Françoise Thébaud (dir.), Madrid, Santillana Ediciones Generales, 2003, pp. 687-708.
- NEIBURG, Federico y Mariano PLOTKIN
“Intelectuales y expertos: Hacia una sociología histórica de la producción del conocimiento sobre la sociedad en la Argentina”, *Intelectuales y expertos: La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Federico Neiburg y Mariano Plotkin (comps.), Buenos Aires, Paidós, 2004, pp. 15-30.
- NETTO NUNES, Eduardo Silveira
“La infancia latinoamericana y el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (1916-1940)”, *Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: entre práctica y representaciones*, Susana Sosenski y Elena Jackson Albarrán (coords.), México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2012, pp. 273-302.
- _____. “A infancia como portadora do futuro: América Latina, 1916-1948”, tesis para optar el título de Doctor en Historia Social, São Paulo, Universidad de São Paulo, 2011.
- NOGUERA, Carlos Ernesto
Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia, Medellín, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003.
- NOVICK, Susana

- “Políticas del Estado argentino y rol de las mujeres: legislación referida a maternidad y enfermedades venéreas (1930-1943)”, Meeting of the Latin American Studies Association, Las Vegas, (octubre 7-9, 2004), pp. 1-25.
- NUNES MOREIRA, Martha Cristina
 “A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, V:3, (noviembre 1998-febrero 1999), pp. 621-645.
- NÚÑEZ CETINA, Saydi
 “Reforma social, honor y justicia: infanticidio y aborto en la Ciudad de México, 1920-1940”, *Signos Históricos*, 28, (julio-diciembre de 2012), pp. 68-113.
- NÚÑEZ ESPINEL, Luz Ángela
El obrero ilustrado: prensa obrera y popular en Colombia, 1909-1929, Bogotá, Universidad de los Andes, 2006.
- OCAMPO GAVIRIA, José Antonio
 “La crisis mundial y el cambio estructural (1929-1945), *Historia económica de Colombia*, José Antonio Ocampo Gaviria (comp.), Bogotá, Planeta, Fedesarrollo, 2007, pp. 233-269.
- OBREGÓN TORRES, Diana
Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia, Medellín, Banco de la República, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.
- _____. “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9:suplemento, (2002), pp. 161-186.
- _____. *Sociedades científicas en Colombia. La invención de una tradición 1859-1936*, Santafé de Bogotá, Banco de la República, 1992.
- OCAMPO GAVIRIA, José Antonio, Mauricio AVELLA GÓMEZ, Joaquín BERNAL RAMÍREZ y María ERRÁZURIZ COX
 “La industrialización y el intervencionismo estatal, 1945-1980”, *Historia Económica de Colombia*, José Antonio Ocampo Gaviria (comp.), Bogotá, Fedesarrollo, Planeta, 2007.
- OLAYA, Iván
 “Eugénisme et politiques de population en Amérique latine: réseaux épistémiques transnationaux, desseins panaméricains et visées locales. Le cas de la Colombie (1912-1955)”, tesis para optar el título de Doctor en Histoire et civilisations, París, Université de Paris, 2020.
- _____. “La selección del inmigrante ‘apto’: leyes migratorias de inclusión y exclusión en Colombia (1920-1937)”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, en línea <https://journals.openedition.org/nuevomundo/73878>
- OLAYA RUIZ, Juanita
 “La medicina norteamericana en Colombia 1945-1960: discursos y prácticas en la salud pública, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y el Hospital San Juan de Dios”, monografía para optar el título de Historiadora, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2013.
- ORJUELA, Luis Javier
 “Tensión entre tradición y modernidad (1904-1945)”, *Historia de las ideas políticas en Colombia: de la independencia hasta nuestros días*, José Fernando Ocampo (ed.), Bogotá, Taurus, 2008, pp. 181-219.
- ORTIZ, Teresa

- “Profesiones sanitarias”, *Historia de las mujeres en España y América Latina*, tomo IV: *Del siglo XX a los umbrales del XXI*, Guadalupe Gómez-Ferrer, Gabriela Cano, Dora Barranco y Asunción Lavrin (Coords). Madrid, Ediciones Cátedra, 2006, pp. 523-543.
- OSPINA ORTIZ, Rodrigo
 “Jorge Bejarano: un intelectual orgánico del Partido Liberal 1888-1966”, tesis para optar el título de Magíster en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2012.
- OSPINA VÁSQUEZ, Luis
Industria y protección en Colombia, 1810-1930, Medellín, FAES, 1987.
- OTERO, Hernán
Estadística y Nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna 1869-1914, Buenos Aires, Prometeo libros, 2006.
- OSZLAK, Oscar
 “Burocracia estatal: política y políticas públicas”, *POSTData*, 11, (abril 2006), pp. 11-56.
- PACHÓN C., Ximena
 “La Casa de Corrección de Paiba en Bogotá”, *Historia de la infancia en América Latina*, Pablo Rodríguez Jiménez y María Emma Mannarelli (coords.), Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 323-357.
- PALACIO LIS, Irene
Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX, Valencia, Universitat de València, 2003.
- PALACIOS, Marco
¿De quién es la tierra? Propiedad, politización y protesta campesina en la década de 1930, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, Universidad de los Andes, 2011.
- _____. “Saber es poder: el caso de los economistas colombiano (2002)”, *Populistas: el poder de las palabras*, Bogotá, Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2011, pp. 159-200.
- _____. *El café en Colombia. Una historia económica, social y política*, México, El Colegio de México, 2009.
- _____. *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia, 1875-1994*, Bogotá, Editorial Norma S.A., 2003.
- _____. *La clase más ruidosa y otros ensayos sobre política e historia*, Bogotá, Editorial Norma, 2002.
- PALACIOS, Marco y Frank SAFFORD
Colombia: país fragmentado, sociedad dividida, su historia, Bogotá, Norma, 2002.
- PALMA, Héctor
 “Gobernar es seleccionar”. *Apuntes sobre la eugenesia*, Buenos Aires, Jorge Baudino Ediciones, 2002.
- PÉCAUT, Daniel
Orden y violencia: Colombia 1930-1953, Vol. I, Bogotá, Siglo XXI Editores, 1987.
- PEDRAZA GÓMEZ, Zandra
 “Jorge Bejarano Martínez, 1888-1966”, *Pensamiento colombiano del siglo XX*, Tomo III, Carmen Millán de Benavides, Santiago Castro-Gómez, Guillermo Hoyos Vásquez (editores), Bogotá, Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2013, pp. 389-414.

- _____. “La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia”, *Revista de Estudios Sociales*, 43, (agosto de 2012), pp. 94-107.
- _____. *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad. Educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990)*, segunda edición, Bogotá, Ediciones Uniandes, 2011.
- _____. “La tenaz suramericana”, *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*. Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, 2008, pp. 172-203.
- _____. “El debate eugenésico: una visión de la modernidad en Colombia”, *Revista de Antropología y Arqueología*, IX:1-2, (1996-1997), pp. 115-160.
- PEDRAZA M., Héctor
La enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo. Bogotá, Editorial Minerva Ltda., 1954.
- PEREIRA NETO, André, Emilio QUEVEDO y Martha Eugenia RODRÍGUEZ
 “Vital Brazil, García Medina & Liceaga constructores de la salud en América Latina: el rescate de sujeto en el proceso histórico”, *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, Maria Cecília de Suza Minayo y Carlos E. A. Coimbra Jr, (dirs.), Rio de Janeiro, Editorial Fiocruz, 2005, pp. 225-244.
- PERDIGUERO GIL, Enrique y Mercedes DEL CURA
 “Introducción”, *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Enrique Perdiguero Gil (compilador), Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, 2004, pp. 15-25.
- PERDIGUERO GIL, Enrique y Elena ROBLES
 “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene”, *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Enrique Perdiguero Gil (compilador), Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, 2004, pp. 93-120.
- PLOTKIN, Mariano Ben y Eduardo ZIMMERMANN
 “Introducción. Saberes de Estado en la Argentina, siglos XIX y XX”, *Los saberes de Estado*, Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann (comp.), Buenos Aires, Edhasa, 2012, pp. 9-33.
- POHL-VALERO, Stefan
 “‘La raza entra por la boca’: Energy, diet, and eugenics in Colombia, 1890-1940”, *Hispanic American Historical Review*, 94: 3, (2014), pp. 455-486.
- QUEVEDO, Emilio
 “Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Biomédica*, 16, (1996), pp. 345-360.
- QUEVEDO, Emilio *et al*
Historia de la medicina en Colombia, Tomo III: *Hacia una profesión liberal (1865-1918)*, Bogotá, Tecnoquímicas, 2010.
- QUEVEDO, Emilio *et al*
Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Salud Pública, Instituto de Salud Pública, 2004.
- QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, Mario HERNÁNDEZ ÁLVAREZ y Néstor MIRANDA CANAL

- Historia social de la ciencia en Colombia*, Tomo VIII: *Medicina (2). La institucionalización de la medicina en Colombia*, Bogotá, Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias, 1993.
- RAFFERTY, Anne Marie
 “Internationalising nursing education during the interwar period”, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Paul Weinding (ed.), Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 266-282.
- RAMACCIOTTI, Karina
La política sanitaria del peronismo, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2009.
 _____. “Las trabajadoras en la mira estatal: propuestas de reforma de la Caja de Maternidad (1934-1955)”, *Trabajos y Comunicaciones*, 30-31, (2004-2005), pp. 191-215.
- RAMACCIOTTI, Karina Inés y Federico RAYEZ
 “Los ingenieros sanitarios en la salud pública argentina entre 1870 y 1960”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 11, (2018), pp. 122-143.
- RAMÍREZ BACCA, Renzo
 “Mujeres en la caficultura tradicional colombiana, 1901-1970”, *Historia y Memoria*, 10, (2015), pp. 43-73.
 _____. “Clase obrera urbana en la industria del café. Escogedoras, trilladoras y régimen laboral en Antioquia, 1910-1942”, *Desarrollo y Sociedad*, (2010), pp. 115-143.
- REGGIANI, Andrés
Historia mínima de la eugenesia en América Latina, Ciudad de México, El Colegio de México, 2019.
 _____. “Eugenesia, panamericanismo e inmigración en los años de entreguerras”, *Inmigración y racismo: contribuciones a la historia de los extranjeros en México*, Pablo Yankelevich (coord.), México, D.F., El Colegio de México, 2015, pp. 59-79.
- RESTREPO, Javier Darío
La Cruz Roja en la historia de Colombia, 1915-2005, Bogotá, Cruz Roja Colombiana, [2006].
- RESTREPO, Libia J.
Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930, Medellín, La Carreta Editores, 2006.
- REYES CÁRDENAS, Ana Catalina
Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín 1890-1930, Bogotá, Colcultura, 1996.
 _____. “Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX”, *Credencial Historia*, 68, (1995), en línea <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/agosto95/agosto3.htm>
- REYES CÁRDENAS, Ana Catalina y María Claudia SAAVEDRA RESTREPO
Mujeres y trabajo en Antioquia durante el siglo XX. Formas de asociación y participación sindical, Medellín, Escuela Nacional Sindical, 2005.
- RHENALS DORIA, Ana Milena
 “Del ideal europeo a la realidad árabe: Inmigrantes sirio-libaneses en el circuito comercial entre Cartagena, el Sinú y el Atrato (Colombia). 1880-1930”, tesis para optar el título de Doctora en Historia de América Latina, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2013.
- RHENALS DORIA, Ana Milena y Francisco Javier FLÓREZ BOLÍVAR

- “Escogiendo entre los extranjeros ‘indeseables’: afro-antillanos, sirio-libaneses, raza e inmigración en Colombia, 1880-1937”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 40:1, (enero-junio 2013), pp. 243-271.
- RINCÓN, Carlos
Íconos y mitos culturales en la invención de la nación en Colombia, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2014.
- RIVAS GAMBOA, Ángela
 “Darío Echandía: el designado por excelencia”, *Credencial Historia*, 94, 1997, en línea <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-94/dario-echandia-el-designado-por-excelencia>
- RODRÍGUEZ, Daniel A.
 “‘The dangers that surround the child’: Gender, Science, and Infant Mortality in Postindependence Havana”, *Cuban Studies*, 45, (2017), pp. 297-318.
- RODRÍGUEZ, Laura Graciela y Germán SOPRANO
 “De las profesiones liberales y los intelectuales *contra el Estado*, al estudio de los profesionales e intelectuales *de Estado*”, *Profesionales e intelectuales de Estado: análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas*, Laura Graciela Rodríguez y Germán Soprano (ed.), Rosario, Prohistoria Ediciones, 2018, pp. 9-67.
- RODRÍGUEZ HERRERA, Daniel
Informe del Director Departamental de Higiene del Valle del Cauca, Cali, Imprenta del Departamento, 1936.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban
 “La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España”, *Historia Contemporánea*, 18, (1998), pp. 19-52.
- RODRÍGUEZ QUIROGA, Mireya Elvira, Gloria Stella URBANO FRANCO y Yaneth Mercedes PARRADO LOZANO
 “Escuela de Comadronas y Enfermeras (1920-1937)”, *Tres escuelas una historia: formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*, Consuelo Gómez Serrano et al, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2011, pp. 73-110.
- RODRÍGUEZ, Pablo
 “La pediatría en Colombia 1880-1960. Crónica de una alegría”, *Historia de la infancia en América Latina*, Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli (coords.), Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 361-388.
- ROLLET, Catherine
 “La protection de l’enfance en France: entre traditions et modernité (1874-1945)”, *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Enrique Perdiguer Gil (compilador), Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, 2004, pp. 29-53.
- ROMÁN VILLAR, Martha
 “Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México, 1876-1930”, México D.F., tesis para optar el grado de Maestra en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010.
- ROOKE, Patricia T. y Rudy L. SCHNELL

- “‘Uncramping child life’: international children’s organisations, 1914-1939”, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Paul Weinding (ed.), Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 176-202.
- RUEDA PLATA, José Olinto
 “Historia de la población de Colombia: 1880-2000”, *Nueva Historia de Colombia*, Tomo V: *Economía, café, industria*, Álvaro Tirado Mejía (dir.), Bogotá, Editorial Planeta, 1989, pp. 357-396.
- RUGGIERO, Kristin
 “Honor, maternity, and the disciplining of women: infanticide in late nineteenth-century, Buenos Aires, *Hispanic American Historical Review*, 72:3, (agosto 1992), pp. 353-373.
- RUSTOYBURU, Cecilia
La medicalización de la infancia. Florencia Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires, Buenos Aires, Biblos, 2019.
- SAADE GRANADOS, Marta
 “La racialización de un orden moral. ‘Sentidos comunes’ en la Colombia de la primera mitad del siglo xx”, *Raza y política en Hispanoamérica*, Tomás Pérez Vejo y Pablo Yankelevich (coords.), México, Bonilla Artigas Editores, El Colegio de México, Iberoamericana Veruert, 2017, pp. 245-276.
- _____. “El cultivo racional del pueblo. La Sociedad Mexicana de Eugenesia, 1931-1935”, tesis para optar el título de Maestra en Historia y Etnohistoria, México D.F., Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2002.
- _____. “‘¿Quiénes deben procrear?’ Los médicos eugenistas bajo el signo social (México 1931-1940)”, *Cuicuilco*, 11:31, (mayo-agosto 2004), pp. 1-36.
- SÁENZ OBREGÓN, Javier y Carlos Mauricio GRANADA
 “El dispositivo de lo social como gobierno de los pobres en la primera mitad del siglo xx en Colombia”, *Proyecto ensamblado en Colombia*, Olga Restrepo Forero (ed.), Tomo I: *Ensamblando Estados*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2013, pp. 219-252.
- SÁENZ ROVNER, Eduardo
La ofensiva empresarial: industriales, políticos y violencia en los años cuarenta, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2007.
- SALDARRIAGA, Oscar, Javier SÁENZ OBREGÓN y Armando OSPINA
Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946, Vol. 2, Medellín, Ediciones Foro Nacional por Colombia, Ediciones Uniandes, Editorial Universidad de Antioquia, 1997.
- SALINAS M., René
 “Salud, ideología y desarrollo social en Chile 1830-1950”, *Cuadernos de Historia*, 3, (julio 1983), pp. 99-126.
- SALVATORE, Ricardo
 “Burocracias expertas y exitosas en Argentina: Los casos de educación primaria y salud pública (1870-1930)”, *Estudios Sociales del Estado*, 2:3, (2016), pp. 22-64.
- SÁNCHEZ SALCEDO, José Fernando
 “Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas”, *Sociedad y Economía*, 26, (2014), pp. 65-92.
- SÁNCHEZ SALCEDO, José Fernando y María del Carmen CASTRILLÓN VALDERRUTÉN

- Escenarios de la minoridad en Colombia. Los juzgados de menores y la Beneficencia de Cundinamarca 1900-1930*, Cali, Programa Editorial Universidad del Valle, 2014.
- SANDERS, Nichole
Gender and Welfare in Mexico. The Consolidation of a Postrevolutionary State, Pennsylvania, The Pennsylvania State University Press, 2011.
- SANGLARD, Gisele y Caroline AMORIM GIL
 “Assistencia a infancia. filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929)”, *Revista da ABPN*, 6:14 (julio-oct 2014), pp. 63-90.
- SANGLARD, Gisele y Luiz Otávio FERREIRA
 “Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920)”, *Estudos Históricos*, 27:53, (enero-junio de 2014), pp. 71-91.
- SANTIAGO ANTONIO, Zoila
 “Cuidar y proteger. Instituciones encargadas de salvaguardar a la niñez en la ciudad de México, 1920-1940”, *Letras Históricas*, 11, (Otoño 2014-invierno 2015), pp. 195-218.
- SCARZANELLA, Eugenia
Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en la Argentina, 1890-1940, 1ª reimpresión, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2015.
- _____. “Los pibes en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939)”, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14:2, (2003), pp. 5-30.
- SINDICATO CENTRAL OBRERO
 “Manifiesto del Sindicato Central Obrero a los artesanos de la República sobre la masacre del 16 de marzo”, en Vega Cantor, Renán, *Gente muy rebelde Protesta popular y modernización capitalista en Colombia (1909-1929)*, Tomo 3: *Mujeres, artesanos y protestas cívicas*, Bogotá, Ediciones Pensamiento Crítico, 2002, pp. 278-282.
- SIERRA MERLANO, Rita M. y Estella SIMANCAS MENDOZA
 “Tercer Congreso Médico Nacional en Cartagena (1918): representación en la prensa comercial local”, *Revista Ciencias Biomédicas*, 2:1, (2011), pp. 163-172.
- SILVA, Renán
República liberal, intelectuales y cultura popular, Medellín, La Carreta Editores, 2012.
- _____. “Reforma cultural, Iglesia católica y Estado durante la República Liberal”, *República Liberal: sociedad y cultura*, Rubén Sierra Mejía (ed.), Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, 2009, pp. 223-266.
- _____. “La *República Liberal* o la pasión por la estadística”, *Revista Sociedad y Economía*, 5, (octubre de 2003), pp. 127-133.
- SKOCPOL, Theda
 “El Estado regresa al primer plano. Estrategia de análisis en la investigación actual”, *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, Buenos Aires, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, 2007, pp. 169-202.
- SNYDER, Margaret
 “Success and Failure in Community-Based Healthcare: The East Harlem Health Center”, <https://resource.rockarch.org/story/success-and-failure-in-community-based-healthcare-the-east-harlem-health-center/>. Consultado el 2 de agosto de 2021.

- SOPRANO, Germán
 “El Estado en los extremos. Contribuciones de la historiografía hispanocolonial y la antropología de la política al estudio del Estado en el siglo xx”, *Estudios Sociales del Estado*, 1:1, (primer semestre de 2015), pp. 5-25.
- _____. “Del Estado en singular al Estado en plural: contribución para una historia social de las agencias estatales en la Argentina”, *Cuestiones de Sociología*, 4, (2007), pp. 19-48.
- SOSENSKI, Susana
Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México (1920-1934), México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2010.
- SOWELL, David
Artisanos y política en Bogotá, 1832-1919, Bogotá, Ediciones Pensamiento Crítico, Círculo de Lectura Alternativa, 2006.
- SPECKMAN GUERRA, Elisa
 “Morir a manos de una mujer: homicidas e infanticidas en el porfiriato”, *Disidencia y disidentes en la historia de México*, Felipe Castro y Marcela Terrazas (coords.), México D.F., UNAM, en línea, http://132.248.9.9/libro/2006/0988027/17_c13.pdf. Consultado abril de 2017.
- STEPAN, Nancy Leys
“The Hour of Eugenics”. Race, Gender and Nation in Latin America, Ithaca, Cornell University Press, 1991.
- STERN, Alexandra
 “Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940”, *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, Laura Cházaro (ed.), Michoacán, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002, pp. 293-337.
- _____. “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México post-revolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”, *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*, Diego Armus (comp.), Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005, pp. 275-304.
- SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, Laura Luz
Eugenesia y racismo en México, México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- SURIANO, Juan
 “El mundo como un taller de observación. La creación del Departamento Nacional del Trabajo y las influencias internacionales”, *Revista de Indias*, LXXIII: 257, (2013), pp. 107-130.
- _____. “Introducción: una aproximación a la definición de la *cuestión social* en Argentina”, *La cuestión social en Argentina 1870-1943*, Juan Suriano (comp.), Buenos Aires, Editorial La Colmena, 2000, pp. 1-31.
- TIRADO MEJÍA, Álvaro
Aspectos políticos del primer gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938), Bogotá, Planeta Colombiana Editorial, 1995.
- _____. (Compilador)
Estado y economía. 50 años de la Reforma del 36, Bogotá, Contraloría General de la República, 1986.
- TOSSOUNIAN, Cecilia

- “Las asociaciones femeninas y la emergencia de un Estado Social: La Protección a la Maternidad y a la Infancia (Buenos Aires 1920-1940)”, *Estudios Sociales del Estado*, 1:2, (segundo semestre de 2015), pp. 58-93.
- TOVAR ZAMBRANO, Bernardo
La intervención económica del Estado en Colombia 1914-1936, Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1984.
- _____. “Modernización y desarrollo desigual de la intervención estatal 1914-1946”, *Pasado y presente de la violencia en Colombia*, Gonzalo Sánchez y Ricardo Peñaranda (compiladores), Bogotá, Cerec, 1986, pp. 207-221.
- TRIANA, Patricia y Esneider AGUDELO
 “Paulina Gómez Vega. Educadora, pionera de los movimientos sufragistas en Colombia”, *Educadores latinoamericanos y del Caribe del siglo XX al XXI*, Diana Soto Arango, Jesús Paniagua, José Rubens Lima Jardilino y María Cristina Vera de Flachs (eds.), Tunja, RUDECOLOMBIA, 2011, pp. 223-248.
- TWINAM, Ann
 “Honor, sexualidad e ilegitimidad en la Hispanoamérica colonial”, *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica siglos XVI-XVIII*, Asunción Lavrin (coord.), México, Grijalbo, 1991, pp. 127-171.
- URIBE, María Tila
Los años escondidos, Bogotá, CESTRA, 1994.
- URIBE VERGARA, Jorge
 “Sociología biológica, eugenesia y biotipología en Colombia y Argentina (1918-1939)”, *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*, Santiago Castro-Gómez y Eduardo Restrepo (eds.), Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, 2008, pp. 204-221.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz
Historias secretas del racismo en México (1920-1950), México, Tusquets Editores, 2007.
- URIBE DE ACOSTA, Ofelia
Una voz insurgente, Bogotá, Editorial Guadalupe, 1963.
- URREGO, Miguel Ángel
Intelectuales, Estado y Nación en Colombia. De la guerra de los Mil Días a la Constitución de 1991, Bogotá, Universidad Central-DIUC, Siglo del Hombre Editores, 2002.
- _____. *Sexualidad, matrimonio y familia en Bogotá, 1880-1930*, Bogotá, Planeta Colombiana Editorial S.A., 1997.
- URRUTIA, Miguel
Historia del sindicalismo en Colombia, 1850-2013, Bogotá, Ediciones Uniandes, 2016.
- VAN DER KLEIN, Marian, Rebecca Jo PLANT, Nichole SANDERS y Lori R. WEINTROB (eds.)
Maternalism reconsidered. Motherhood, welfare and social policy in the twentieth century, Nueva York, Berghahn Books, 2012.
- VANEGAS USECHE, Isidro
 “Patriotismo o universalismo proletario. El lugar del mundo en el obrerismo y el socialismo colombiano, 1904-1930”, *Historia y Memoria*, 7, (2013), pp. 269-332.
- VARGAS RUBIANO, Alfonso

- “Los fundadores de la Sociedad de Pediatría de Bogotá, 1917-1919”, *Revista de la Facultad de Medicina*, 46:3, (1998), pp. 170-172.
- _____. *Universidad Nacional y pediatría colombiana. Apuntes históricos*, Bogotá, Carvajal S.A., 1994.
- VÁSQUEZ, María Fernanda
 “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25, suplemento, (agosto 2018), pp. 145-158.
- VEGA CANTOR, Renán
Gente muy rebelde. Protesta popular y modernización capitalista en Colombia (1909-1929), Tomo 4: *Socialismo, cultura y protesta popular*, Bogotá, Ediciones Pensamiento Crítico, 2002.
- _____. *Gente muy rebelde. Protesta popular y modernización capitalista en Colombia (1909-1929)*, Tomo 3: *Mujeres, artesanos y protestas cívicas*, Bogotá, Ediciones Pensamiento Crítico, 2002.
- _____. *Gente muy rebelde. Protesta popular y modernización capitalista en Colombia (1909-1929)*, Tomo 1: *Enclaves, transportes y protestas obreras*, Bogotá, Ediciones Pensamiento Crítico, 2002.
- VEGA CANTOR, Renán, Luz Ángela NÚÑEZ ESPINEL y Alexander PEREIRA FERNÁNDEZ
Petróleo y protesta obrera. La Unión Sindical Obrera (USO) y los trabajadores petroleros en Colombia (1923-2008), Tomo I: *En tiempos de la Tropical*, Bogotá, Corporación Aury Sará Marrugo, 2009.
- VELÁSQUEZ TORO, Magdala
 “Aspectos de la condición jurídica de las mujeres”, *Las mujeres en la historia de Colombia*, Tomo I: *Mujeres, historia y política*, Magdala Velásquez Toro (dirección académica), Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, Editorial Norma S.A., 1995, pp. 173-182.
- _____. “La República Liberal y la lucha por los derechos civiles y políticos de las mujeres”, Tomo I: *Mujeres, historia y política*, Magdala Velásquez Toro (dirección académica), Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, Editorial Norma S.A., 1995, pp. 183-228.
- _____. “Condición jurídica y social de la mujer”, *Nueva Historia de Colombia*, Álvaro Tirado Mejía, Álvaro (dir.), Tomo IV: *Educación y Ciencia/Luchas de la mujer/Vida diaria*, Bogotá, Planeta, 1989, pp. 9-60.
- VÉLEZ TOBÓN, Gabriel Jaime y Victoria ESTRADA ORREGO
 “Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Trashumante*, 18, (2021), pp. 28-51.
- VESSURI, Hebe M.C.
 “Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional. El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, VIII:3, (septiembre-diciembre 2001), pp. 507-539.
- VIESCA TREVIÑO, Carlos
 “La Gota de Leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México posrevolucionario”, *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, Claudia Agostoni (coord.), México, Universidad Nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 195-217.
- VIGARELLO, Georges

- Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*, Madrid, Alianza Editorial S.A., 1991.
- VILLARREAL MÉNDEZ, Norma
 “Movimientos de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991”, *Historia, género y política. Movimiento de mujeres y participación política en Colombia, 1930-1991*, Lola G. Luna y Norma Villarreal, Barcelona, Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad, 1994, pp. 61-128.
- VILLEGAS VÉLEZ, Álvaro Andrés
 “Nación, intelectuales de elite y representaciones de degeneración y regeneración, Colombia, 1906-1937”, *Iberoamericana*, VII: 28, (2007), pp. 7-24.
 _____. “La elite intelectual colombiana y la nación imaginada: raza, territorio y diversidad (1904-1940)”, *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*, 11:1, (2006), pp. 45-71.
 _____. “Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa: Colombia, 1920-1940”, *Estudios Políticos*, 26, (enero-junio de 2005), pp. 209-232.
- VOS OBESO, Rafaela
Mujer, cultura y sociedad en Barranquilla 1900-1930, Barranquilla, Fondo de Publicaciones de la Universidad del Atlántico, 1999.
- WEINDING, Paul
 “La Fundación Rockefeller y el organismo de la salud en la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas”, *Revista Española de Salud Pública*, 74, (2000), pp. 15-26.
- YEPES L., Francisco José (dir.)
La salud en Colombia. Análisis sociohistórico, Bogotá, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, 1990.
- ZÁRATE, María Soledad
 “‘Formar enfermeras, no empleadas domésticas’. Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950”, *Dynamis*, 37:2, (2017), pp. 317-343.
 _____. “*El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950*”, *Historia y cultura de la alimentación en Chile*, Carolina Sciolla (comp.), Santiago de Chile, Catalonia, 2010, pp. 235-261.
 _____. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos y Universidad Alberto Hurtado, 2007.
- ZÁRATE CAMPOS, María Soledad y Lorena GODOY CATALÁN
 “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud en Chile (1952-1964)”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 18: suplemento 1, (diciembre de 2011), pp. 131-151.
- ZÁRATE CAMPOS, María Soledad y Maricela GONZÁLEZ MOYA
 “El trabajo de cuidar. Enfermeras, cuidados y profesionalización en Chile”, *Estudios Sociales del Estado*, 7:13, (2021), pp. 74-81.
 _____. “Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930”, *Tempo*, 24:2, (mayo-agosto de 2018), pp. 370-387.
- ZIMMERMANN, Eduardo A.
 “Racial Ideas and Social Reform: Argentina, 1890-1916”, *Hispanic American Historical Review*, 72:1, (febrero de 1992), pp. 23-46.

