

Nodrizas, madres, médicos: Medicalización de la lactancia en Bogotá 1869-1945

Monografía de grado para optar al título de

Antropólogo

Escuela de Ciencias Humanas

Programa de antropología

Universidad del Rosario

Presentada por

Erick Ariza Cardozo

Directores

Claudia Mónica García López

Stefan Pohl-Valero

Semestre II-2015

Agradecimientos

Mi gratitud especial a mis directores de proyecto, el profesor Stefan Pohl-Valero y la profesora Mónica García López. Su paciencia, sus publicaciones sobre historia de la medicina colombiana, su mirada crítica y el respaldo constante son la base de este trabajo. También quisiera agradecer a mi familia: a mis padres y hermanos por su esfuerzo, su guía y su apoyo incondicional durante toda mi carrera. A Lía por sus comentarios críticos, su interés en el tema, su colaboración en la búsqueda de fuentes y su compañía. Finalmente, agradezco a mis maestros de pregrado por su inestimable formación académica y al personal del Archivo General de la Nación y la Biblioteca Nacional de Colombia por su generosidad y su cooperación en las consultas de archivo.

Tabla de contenido

Introducción	4
Estado del arte y marco teórico	9
Metodología.....	29
1. Medicalización de la lactancia en el siglo XIX: de la exclusión a la vigilancia .	32
1.1. Herencia, transmisión y determinismo del clima: Antecedentes.....	32
1.2. Profesionalización de la medicina: ¿Herencia o modos de vida?.....	37
1.3. El Hospicio como primera institución para vigilar la lactancia.....	42
1.4. Conclusiones.....	51
2. Bases para la construcción de un saber local en torno a la lactancia	54
2.1. Primeras publicaciones y estudios	54
2.2. Algunos debates sobre bacteriología y herencia.....	58
2.3. Termodinámica, inmunidad y lactancia.....	62
2.4. Selección y vigilancia de la nodriza (como agente terapéutico)	66
2.5. Conclusiones.....	71
3. La consolidación de la lactancia y la mortalidad infantil como problemas sociales	76
3.1. Lactancia y control social.....	76
3.2. La balanza: nuevas formas de vigilancia y cuantificación	80
3.3. El uso de la balanza aplicado a algunos debates sobre nutrición infantil.....	83
3.4. De la beneficencia a la asistencia pública	87
3.5. La Gota de leche: vigilancia y saber local en torno a la lactancia.....	93
3.6. ¿Reemplazar las nodrizas? Sala-cunas y lactancia artificial	98
3.7. Conclusiones.....	105
4. Conclusiones generales.....	109
5. Anexos.....	119
6. Bibliografía.....	125

Introducción

El Hospicio Real de Santa Fe fue creado en 1777 con la intención de controlar el creciente número de mendigos y niños abandonados en la ciudad. Una vez asilados, allí se les sometía a un régimen disciplinario mediante la instrucción en oficios manuales, la distribución del tiempo en horarios y la educación religiosa (Castro: 2007). Así mismo, los niños que se encontraban en edad lactante eran encargados al cuidado de nodrizas para ser amamantados y criados. Según el reglamento de la institución, lo ideal era que dichas mujeres se internaran en el Hospicio (Ramírez: 2000b, Pág. 62). Sin embargo, factores como la falta de espacio o la negativa de las nodrizas a abandonar su familia conllevaba que se les confiara la crianza del niño en sus propios hogares. Así pues, correspondía al Capellán o al Mayordomo del Hospicio corroborar previamente la complexión saludable y buenas costumbres de las mujeres aspirantes. Ya empleadas, las nodrizas deberían presentarse semanalmente en el Hospicio para evaluar el cuidado del niño (Castro: 2007).

Como bien señala la historiadora Imelda Ramírez (2000b), ya desde finales del siglo XVIII se aprecia el interés por parte del Hospicio en vigilar a las nodrizas. También se puede rastrear un discurso incipiente que vinculaba la calidad de la leche humana con factores como la higiene y la complexión de la lactante. Sin embargo, entonces no se contaba con un criterio estandarizado a la hora de escoger a las mujeres idóneas para ser nodrizas o para evaluar la salud del niño en los chequeos semanales. Puesto que el médico solo era requerido en casos de enfermedad, correspondía al Capellán o al Mayordomo del Hospicio elegir a la mujer según su juicio personal (Pág. 62). De allí que en muchas ocasiones se contrataran mujeres cuyo estado de lactancia ya había terminado (Beneficencia de Cundinamarca: 1922). Solo hasta la segunda mitad del siglo XIX las directivas del Hospicio y algunos médicos empezarían a proponer métodos de selección más rigurosos como el examen físico de la lactante y el niño. Así mismo, se emprenderían algunos estudios sobre los métodos de lactancia más óptimos, la forma de reconocer la calidad de la leche y si era posible mejorar sus propiedades alimenticias (Rodríguez: 2007).

Las razones de este creciente interés médico, aunque diversas, apuntan a dos factores principales. El primero consiste en la llegada de nuevas teorías sobre bacteriología y fisiología en la segunda mitad del siglo XIX, las cuales transformarían las percepciones medicas sobre la lactancia y las mujeres lactantes. Para médicos e intelectuales de décadas

anteriores a dicho periodo el cuerpo de la mujer era entendido como un estado de inferioridad o imperfección en comparación con el cuerpo del hombre. Así mismo, consideraban que los fluidos corporales, entre esos la leche humana, podían transmitir las enfermedades y defectos morales de la mujer a quien entrara en contacto con ellos. De allí que estos médicos e intelectuales proscribieran la lactancia por parte de aquellas mujeres reputadas como anormales o ajenas al ideal de civilización: indias, negras, judías, pobres, etc. (Hering: 2008)¹. De igual forma, eran enfáticos en que nunca debía acudirse al servicio de una nodriza, ya que el oficio era desempeñado en su mayoría por mujeres pobres provenientes de las zonas campesinas del país (Castro: 2007, Pág. 22). Otras nodrizas, a su vez, eran madres solteras, lo que cual era visto como una muestra de libertinaje y ruptura del núcleo familiar (Pág. 34). Así, a ojos de estos médicos, la nodriza representaba la promiscuidad, la falta de higiene, la ignorancia y las enfermedades por excelencia.

Ya en la segunda mitad del siglo XIX, para las nuevas generaciones de médicos, el cuerpo femenino y sus fluidos no serán vistos como una desviación anormal del hombre sino como una disposición otorgada por la naturaleza para la crianza (Pedraza: 2008). De igual forma entenderán la leche humana como el único alimento con los nutrientes necesarios para garantizar la salud y el desarrollo de un recién nacido. Así, en lugar de prohibir la lactancia de algunas mujeres, empezó a considerarse que el médico debía corregir los factores que pudieran afectar el contenido nutricional de su leche como la mala alimentación o la falta de higiene (Pedraza: 2008). Este proceso, retomando a Foucault, puede denominarse como la medicalización de la lactancia. Es decir, su estimulación como una práctica que debía controlar el médico para garantizar el mejor desarrollo del niño y la salud de la lactante (bien fuese su madre o una nodriza) (Foucault: 2001). Desde esta perspectiva, el médico sería el encargado de definir no solo aspectos como los métodos para lactar y los requisitos que debía reunir una mujer lactante. Además, el médico dirigiría la forma en que la lactante manejaría su cuerpo, su tiempo, su alimentación, sus prácticas de consumo, su vivienda y, en general, su vida (Cardona: 2010).

¹ Ramírez (2000) expone brevemente la puesta en práctica de algunas de estas percepciones en el Hospicio entre siglos XVIII y principios del XIX: aunque no se prohibió el uso de nodrizas negras o indias su casta determinaría un trato diferencial, ya que las lactantes españolas recibían mejores sueldos y raciones extras de alimento (Pág. 137).

Es cierto que la nodriza, bien fuese contratada por el Hospicio o por una familia, seguiría representando para los médicos de finales del siglo XIX a un sujeto con mayor tendencia a la degeneración física y moral que la madre (Cardona: 2010). Sin embargo, dichos médicos también compartían la opinión de que la mortalidad en niños recién nacidos se daba principalmente por el consumo de alimentos distintos a la leche humana. Por consiguiente, empezaron a considerar que mediante estricta vigilancia la nodriza podría ser una buena alternativa para los casos en que la madre se rehusaba a lactar a su hijo o una enfermedad se lo impedía (Vargas Vega: 1888). Algunos, incluso, llegarían a proponer la leche de nodrizas como una forma de corregir la complexión de aquellos niños que habían heredado de sus padres una constitución débil o la tendencia a ciertas enfermedades (Plata: 1888). De esta forma, el médico también entrenaría a las directivas del Hospicio o la familia que contrataba a la nodriza, de manera que estos pudieran garantizar el régimen higiénico y nutricional de dichas mujeres (Barberi: 1905).

Como segundo factor que determinaría el creciente interés y control de los médicos en la lactancia se podría señalar una participación cada vez mayor de éstos y su saber en la vida política del país. Según Diana Obregón, uno de los proyectos centrales del gobierno liberal de 1867 fue el desarrollo de los saberes científicos mediante la creación de universidades, la formación de profesionales y el fomento a las agremiaciones científicas. Esto debido a que, igual que algunos médicos y salubristas de la época, dicho gobierno creía que el control de factores como la nutrición, la higiene y, en general, las condiciones de vida a partir de un enfoque científico podía regenerar lo que consideraban un pueblo improductivo, enfermo y desobediente (Obregón: 1992). Como consecuencia, en 1867 se fundará la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, la cual permitirá unificar y difundir una serie de teorías médicas entre un incipiente gremio de médicos a nivel nacional.

Así mismo, como bien señala Beatriz Castro (2007), a partir de finales de 1860 las instituciones de beneficencia se retirarían gradualmente del dominio de la caridad privada de las elites y el control de la iglesia para convertirse en un aspecto cada vez más socio-político (Pág. 21). O dicho en otras palabras, la asistencia y control del pobre empezará a plantearse por algunos políticos y médicos como uno de los mecanismos principales para superar los problemas económicos y sociales del país (Pág. 67). Muestra de lo anterior es que dos años

después de la creación de la Universidad Nacional, la Gobernación de Cundinamarca dará vida a la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, organismo cuya función era administrar las instituciones de caridad (el Hospicio y el Hospital San Juan de Dios) desde un enfoque más secular (Pág. 45). Dicha Junta, a su vez, creará en 1869 el Servicio Científico del Hospital San Juan de Dios (compuesto por médicos) con la intención de monitorear el funcionamiento de las instituciones de beneficencia y la enseñanza médica (Restrepo: 2011, Pág. 350).

Mediante el manejo del Servicio Científico las directivas de la Junta de Beneficencia empezarían a involucrar la opinión y vigilancia de los médicos del Hospital San Juan de Dios en la dirección del Hospicio y sus nodrizas. Así mismo, estos médicos encontrarían en ambas instituciones de caridad un campo de práctica para desarrollar investigaciones propias sobre lactancia, fisiología de la mujer, mortalidad infantil, etc. (lo que ellos mismos llamaban una ‘medicina nacional’) (García: 2007, Pág. 74; Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 317). De igual forma, explorarían el campo de la estadística y las mediciones corporales con la finalidad de lograr un mejor control de los cuerpos, los distintos procesos fisiológicos de éstos y de las prácticas que los afectaban (como la higiene o la nutrición). Consecuentes con el ideal de que su saber podía mejorar las capacidades físicas e intelectuales de las gentes del país, empezarían a promover la vigilancia de la lactancia no solo como una función del médico o la mujer, sino, además, del Estado. Esto, ya que consideraban que mediante el control de madres y nodrizas sería posible formar niños más sanos y productivos (Pedraza: 2011).

Como se puede observar, la medicalización de la lactancia y las nodrizas a principios del siglo XX es un campo de interés para los estudios de cuerpo y en general la antropología colombiana. A través de una etnografía de los archivos consultados, podemos rastrear la forma como las mujeres, y en particular las nodrizas fueron percibidas como cuerpos ajenos al ideal de civilización (pobres, sucias, inmorales) por parte de médicos y políticos de la época. La concepción que estos hombres de ciencia tenían sobre lo femenino influyó notablemente en su forma de entender y diferenciar el cuerpo saludable del enfermo. Y de forma más general nos muestra que los discursos y las prácticas de la medicina de esa época estuvieron atravesadas por cuestiones de raza, género y clase. Retomando a Pedraza, el análisis de estos discursos no solo esclarece los distintos significados sociales que pueden permear al cuerpo biológico o la función de lactar. También, permite observar algunos

conceptos del saber médico de la época (el cuerpo biológico, la lactancia como función fisiológica) como el resultado de una serie de procesos históricos y relaciones de poder (entre madres, nodrizas, Estado) (Pedraza: 2009, Pág. 153). Con base en esto es llamativo que la medicalización de la lactancia en Colombia a principios del siglo XX solo haya sido abordada de forma tangencial a partir de los estudios de la medicalización de la maternidad (Pedraza: 2011) y la infancia (Saldarriaga: 1997). Aunque estos estudios reseñan algunos de los discursos sobre las nodrizas que los médicos colombianos tomaban de la medicina europea, las prácticas e instituciones (como el Hospicio de Cundinamarca) en que estos se materializaron permanecen inexploradas.

En razón de lo anterior, se considera importante analizar los discursos médicos sobre la lactancia y en especial sobre las nodrizas, las instituciones que emplearon a nodrizas (en particular el Hospicio de Cundinamarca) y las tecnologías utilizadas para estudiar la lactancia (estadística, balanzas, etc.), en el contexto local de Bogotá y algunas zonas rurales aledañas. Como bien señala la historiadora Marcela Nari (2004), no es suficiente recolectar las intenciones de los médicos, ya que al llevarlas a la práctica pueden contradecirse, amalgamarse con otras teorías o ser resignificadas por los mismos sujetos que buscaban intervenir. Así mismo, y teniendo en cuenta que la nodriza fue vista por algunos médicos como una forma incorrecta de ejercer la maternidad, es importante preguntarse si los discursos y estrategias de medicalización de la lactancia se llevaron a la práctica de forma diferente para madres y nodrizas. Dicho en otras palabras, es importante analizar si los médicos de la época pensaron a la mujer lactante y su cuerpo biológico de forma homogénea o, en cambio, si diseñaron múltiples perspectivas a partir de debates sobre la raza y la forma en que el Estado debía manejar a los pobres.

Es de señalarse, no obstante, que aunque el tema se encuentra delimitado por un periodo y en un contexto local, este toca debates actuales de la antropología (y en general las ciencias sociales). A grandes rasgos, basta mencionar que aspectos como lo que se considera un cuerpo saludable (aseado, nutrido), la noción de la lactancia como algo universal e intrínseco al ser humano, o la maternidad como rasgo definitivo de la mujer permanecen vigentes (estas opiniones se expondrán en el estado del arte). En esta medida la presente tesis retoma aportes de perspectivas teóricas como la antropología histórica, la cual se define, a grandes rasgos, como el cuestionamiento históricamente situado de lo que significa ser

humano (Hensel: 2006; pág. XXVIII; Pedraza: 2009, Pág.151). Es decir, no como la búsqueda de una esencia universal o arquetipo de lo humano, sino como la investigación de los distintos significados que implica ser humano en diferentes épocas y que, por tanto, saca a la luz el carácter inacabado, en constante transformación e históricamente definido de este concepto (Hensel: 2006; XXIX; Pedraza: 2009; Pág. 150).

Para llevar a cabo la investigación se partirá de 1869, año de creación de la Junta de Beneficencia, por dos razones. Por una parte, la vinculación del Hospital San Juan de Dios y el Hospicio permitirá la intervención del cuerpo médico en la selección, vigilancia y disciplinamiento de las nodrizas. Algunos médicos desarrollarán investigaciones partiendo del servicio estadístico y las historias clínicas del Hospital San Juan de Dios con la finalidad de constatar las diversas teorías que llegaban desde Europa y participar en sus discusiones, las cuales abarcaban desde la fisiología de la mujer hasta los distintos métodos de lactar (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 317). Por otra parte, como ya se mencionó, la creación de la Facultad de medicina y la Universidad Nacional en 1868 y la creación de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales en 1873 contribuirán a la consolidación de un gremio médico a nivel nacional (Pág. 318). Esto facilitará a dicho gremio difundir una visión unificada sobre la lactancia y sobre los mejores métodos para vigilar a las mujeres lactantes. Como punto de cierre, por otra parte, se ha escogido la década de 1940, ya que la revisión de los archivos permitió constatar cambios, tanto en las percepciones médicas sobre la nodriza como en las formas de vigilarlas (Beneficencia de Cundinamarca: 1969).² Con base en lo anterior el presente proyecto se pregunta ¿Cómo se medicalizó la lactancia de madres y nodrizas de Bogotá y zonas aledañas entre 1869 y 1945?

Estado del arte y marco teórico

La literatura sobre las percepciones médicas y prácticas implementadas para controlar a las nodrizas a principios de siglo XX en Colombia es escasa. La mayoría de trabajos han tocado brevemente el tema dentro de los análisis de los proyectos de Estado-nación gestados

² Como se verá en el tercer capítulo, a partir de la década de 1920 las directivas del Hospicio empezaron a considerar que para reforzar el control sobre las nodrizas y mejorar la salud de los niños a su cuidado, deberían mejorar las condiciones de vida de ambos (Beneficencia de Cundinamarca: 1922) Así, en la década de 1930 y 1940 debatirán e implementarán medidas como el aumento de sueldos, leyes sobre la práctica de nodriza y el mejoramiento de las viviendas de las mujeres que contrataban (alumbrado, acueducto, etc.) (Beneficencia de Cundinamarca: 1945). Así mismo, con la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en 1968 y el desarrollo de disciplinas como la psicología y el servicio social, las instituciones a cargo de los niños abandonados empezaron a buscar familias adoptivas, y no solo mujeres lactantes.

en el cambio de siglo y sus estrategias de control de las madres mediante las identidades de género (Pedraza: 2011; Viveros: 1995). Otras líneas han explorado la relación médico-madres entre finales del siglo XIX y principios del XX desde la historia de la infancia (Gallo, Márquez: 2011) o la historia de la pediatría (Rodríguez: 2007). Sin embargo, aún existen varios aspectos inexplorados alrededor del tema de la medicalización la lactancia y el control de las nodrizas. Por ejemplo, aun no se ha estudiado si las prácticas de control eran diferentes para madres y nodrizas, o las particularidades que adquirieron los discursos médicos al materializarse en instituciones de vigilancia como el Hospicio de Cundinamarca. Tampoco se ha profundizado en el papel que jugó el desarrollo de la estadística y las mediciones del cuerpo de madres y niños como una forma de constatar si la mujer (fuera la madre o una nodriza) era una buena lactante. Estos interrogantes componen tres de los aportes centrales que la presente tesis desea hacer al tema de la medicalización de la lactancia.

Junto de los trabajos ya mencionados el estado del arte también revisará algunos estudios colombianos sobre el control de nodrizas en los siglos XVII, XVIII (Hering: 2008; Ramírez: 2000b) y principios de siglo XIX (Pedraza: 2008). Esto, por una parte, ya que son los periodos que más se han trabajado. Por otra parte, se considera que su exploración permite apreciar con más detalle las distintas transformaciones que experimentará la medicina colombiana a finales de siglo XIX con la llegada de la bacteriología y la fisiología. Así mismo, se incluirán aportes de estudios sobre la medicalización de la lactancia a principios del siglo XX en México (Carrillo: 2008), Uruguay (Birn et al.: 2003) y Argentina (Nari: 2004). Es importante reseñar estos trabajos ya que muestran que estudiar con más detalle las prácticas que se implementaron para controlar a las nodrizas complementa temas antropológicos más amplios como la medicalización de la maternidad, la construcción histórica del concepto de cuerpo biológico, los roles de género o los proyectos de Estado-nación a principios de siglo XX. Además, aportan algunos conceptos a partir de los cuales se desarrolla esta tesis.

Para exponer los aportes de la literatura colombiana al tema de la medicalización de la lactancia se han organizado los textos a partir de dos grupos. El primero se compone de trabajos sobre historia de la medicina y las prácticas de crianza entre el siglo XVIII y principios del siglo XX (Álvarez: 1991; Bocanegra: 2007; Muñoz, Pachón: 1991; Rodríguez: 2007). Como común denominador, estos textos se caracterizan por aproximarse a sus fuentes

primarias sin tener en cuenta las relaciones de poder entre médicos y mujeres, ni el contexto en que dichas fuentes fueron producidas. Así, los autores comparten la opinión de médicos y políticos de la época que estudian, los cuales afirmaban que la mortalidad infantil se daba como resultado de la ignorancia e indolencia de madres y nodrizas.

En contraposición, el segundo grupo de textos (Pedraza: 2011; Viveros: 1995) ha criticado esta perspectiva, ya que consideran que las percepciones sobre madres y nodrizas como sujetos ignorantes han sido producidas por el saber médico como una herramienta de control estatal. Como resultado, abordan la medicina y sus prácticas de forma indisociable de la política y los proyectos de Estado-nación de principio de siglo XX. Así mismo, exploran los procesos históricos en los que se consolidaron dichas percepciones sobre madres y nodrizas, tales como los proyectos eugenésicos de principios de siglo XX (León: 2012; Pohl-Valero: 2014) y las estrategias implementadas para reducir la mortalidad infantil (Gallo, Márquez: 2010). Así pues, primero se expondrá con detalle la discusión entablada por ambos grupos y sus aportes. Posteriormente, se mostrará la forma en que esta tesis busca complementar dichos aportes y contribuir al tema de la medicalización de la lactancia.

Ahora bien, el primer grupo de autores se compone de trabajos sobre la mortalidad infantil y las prácticas de crianza entre el siglo XVIII y principios del siglo XX (Álvarez: 1991; Bocanegra; 2007; Becerra et al.: 2009; Muñoz, Pachón: 1991). Como ya se mencionó, estos autores se caracterizan por retratar a las nodrizas como mujeres sucias e indolentes. Así, por ejemplo, Bocanegra (2007) concluye que el maltrato y la mortalidad infantil entre los siglos XVIII y XIX obedecía a la misma naturaleza de las nodrizas, ya que “como se deduce de algunos escritos de la época, no se puede desconocer la existencia de algún rasgo de “maldad” de las nodrizas quienes se movían entre dos sentimientos: interés y odio. Interés por el dinero y odio por tener que dar a otro lo que les corresponde a sus hijos, además porque no estaban interesadas en generar ningún lazo afectivo de tal manera que pudieran partir o abandonarlos sin correr ninguno de los riesgos que podrían traicionar su negligencia. No estaban interesadas en desarrollar las capacidades de los niños por desconocimiento o por temor a que un día éstos se pudiesen volver en su contra” (Pág. 14).

Posteriormente Bocanegra (2009) se enfoca en la emergencia de algunos saberes médicos y manuales de crianza europeos a principios del siglo XIX. Según ella, dichos manuales contrarrestarán “el perjuicio de [las practicas] sobre los niños que se les [confiaban]

a nodrizas” (Pág. 17). “La conquista de la medicina en este período y en este aspecto [la crianza] implicaba, una destrucción de lo que hasta entonces había imperado de las viejas costumbres impuestas por las nodrizas” (Pág. 19). En una perspectiva similar, Muñoz y Pachón (1991) desde la historia de la infancia y Rodríguez (2007) desde la historia de la pediatría analizan la construcción de hospitales, cátedras de pediatría y programas beneficencia³ y asistencia social como Las Gotas de Leche⁴ a principios de siglo XX en Bogotá. Allí, igual que los médicos del periodo que estudian, esgrimen datos estadísticos sobre mortalidad en Bogotá para demostrar que estos índices obedecían a la falta de control y educación de las mujeres lactantes (Muñoz, Pachón: 1991; Pág. 104; Rodríguez: 2007, Pág. 362). De esta forma, concluyen que la construcción de hospitales y programas de asistencia social a las madres y nodrizas representaron una lucha entre el atraso (los pobres, las prácticas de crianza tradicionales) y la civilización (la medicina) (Rodríguez: 2007, Pág. 364).

Es relevante prestar atención a la oposición que Rodríguez (2007) hace entre medicina y política. Para este autor el desarrollo de la pediatría colombiana a principios de siglo XX constituyó una alternativa a los proyectos eugenésicos que se venían desarrollando en todo el continente americano durante este periodo. En sus palabras, mientras los políticos de la época buscaban preservar una estructura social basada en la discriminación al pobre o a los considerados racialmente inferiores, los pediatras de principios de siglo XX desarrollarían programas de asistencia social y protección a madres y niños (Pág. 369). Así pues, Rodríguez propone a la pediatría como un movimiento pedagógico y filantrópico cuya única tarea (y cuyo gran logro) fue mejorar las condiciones de vida de la población (Pág. 361). De hecho el autor trata de minimizar la dimensión política de Las Gotas de Leche, uno de los principales

³ Castro (2007), una de las autoras que más ha abordado el tema de la beneficencia y la asistencia social en Colombia, señala que el término de beneficencia generó diversos debates e interpretaciones por parte de médicos y funcionarios de finales de siglo XIX. A grandes rasgos, unos consideraban que debía limitarse a donaciones y programas manejados por la elite privada y la iglesia para asistir al pobre; es decir, se entendía como una manifestación de la caridad cristiana privada. Otros, en cambio, empezaron a proponerlo como una labor fundamental del Estado en tanto encargarse de sus pobres era la forma de resolver sus problemas políticos y económicos (Pág. 34). El término, continúa la autora, se hace más ambiguo teniendo en cuenta que en lugar de un paso abrupto de la beneficencia a la asistencia social (o la imposición de la medicina y la política al control eclesiástico), ésta se dio como una amalgama de proyectos políticos públicos y privados de las elites (algunos administrados con personal religioso) durante todo el siglo XX (Pág. 27). Así pues, el concepto de beneficencia se asumirá en estos términos y posteriormente, en el primer y tercer capítulo, se profundizará.

⁴ Este programa, fundando en la década 1919 en Bogotá y 1917 en Medellín, brindaba subsidios a las madres pobres de la ciudad y cátedras sobre la forma en que debían lactar y manejar su vida (nutrición, ejercicio, higiene). Así mismo, en caso de que la madre no pudiera lactar, se le enseñaba la forma en que debía escoger y vigilar a una nodriza con la finalidad de garantizar la calidad de su leche (Pardo Calderón: 1920).

programas de asistencia social de la época. Como bien señala Rodríguez, en 1917, durante la apertura de este programa en Medellín, uno de sus funcionarios afirmó que la leche de la madre brindaba “vitaminas raciales” (Pág. 376). Frente a esto, Rodríguez (2007) argumenta que era un “lenguaje [...] lleno de ambigüedades, que en el mejor de los casos quería decir que era el más benéfico alimento para la criatura” (Pág. 376)⁵.

Finalmente, como ya se mencionaba en la introducción, es importante resaltar que este tipo de análisis históricos no se limitan al periodo estudiado sino que, además, influyen en la forma en que los autores piensan su sociedad. En el texto de Rodríguez (2007) es posible apreciar que el autor entiende que la única forma correcta de ejercer la maternidad es mediante la supervisión de los saberes médicos. La implementación de estos estudios históricos como una forma de interpretar el presente se pueden observar con más detalle en un estudio realizado por Becerra et al. (2009) sobre el estado de nutrición actual de algunas comunidades indígenas en Colombia. Allí, las autoras basan sus conclusiones y propuestas sobre dichas comunidades a partir de un recuento histórico de la lactancia a lo largo de lo que llaman ‘la civilización’ (Pág. 247, 255). Así, parten desde ‘el antiguo Egipto’, pasando por Europa, la América colonial e independentista y las sociedades europeas de principio de siglo XX (Pág. 247, 250). En una posición similar a la de Rodríguez (2007), las autoras explican que la medicalización de la lactancia a partir del siglo XX fue un proceso civilizatorio que erradicó prácticas de lactancia y maternidad incorrectas como la alimentación por nodriza o las creencias populares.

Así mismo, Becerra et al (2009) concluyen que tanto la maternidad como la lactancia son algo innato a todo ser humano a pesar de que su significado social varié a lo largo de la historia (Pág. 246, 255). O dicho en otras palabras, que en el fondo de las distintas concepciones del cuerpo de la mujer y la lactancia, existe una dimensión universal e

⁵ La creación de Gotas de Leche en distintas ciudades del país ha recibido la atención de numerosos estudios históricos. Algunos han investigado el caso en Medellín (Arango de Restrepo: 2004) y Cartagena (Márquez: 2010; Mantilla: 2012; Cera: 2015) a partir del análisis de las instituciones y programas de asistencia social de la época, así como la implementación de discursos higienistas y de urbanización en ambas ciudades (Botero: 1996). No obstante, en dichos estudios solo se ha abordado el papel de estas instituciones de manera despolitizada o desligada de su carácter eugenésico. Sin negar el papel de la medicina y los proyectos sociales de principio de siglo XX en la reducción de algunas problemáticas como la mortalidad infantil, el presente trabajo busca explorar las relaciones de poder tejidas a partir de los saberes médicos y la influencia de programas como Las Gotas de Leche en la vigilancia y construcción del cuerpo de las mujeres lactantes. Más adelante se abordará el trabajo de Pohl-Valero (2014) para complementar esta perspectiva. Además, en las conclusiones se mostrará la forma en que un enfoque desde los estudios de cuerpo puede complementar el análisis de Las Gotas de Leche en distintos contextos locales.

inmutable: la biológica. Éste será el derrotero empleado por las autoras para valorar el estado nutricional de las comunidades indígenas en la actualidad, ya que en su segunda parte del texto muestran que los alimentos consumidos, tanto por madres como niños, las prácticas de crianza, el tiempo de lactancia o incluso la costumbre de lactar no se apegan a los estándares de organizaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unicef), el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición de Colombia y el Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008 (Pág. 356). Aunque también mencionan factores como la inequidad o la implementación de políticas inadecuadas al contexto cultural de las comunidades, al final decantan por la conclusión de la mortalidad infantil en poblaciones indígenas se debe a sus ‘supersticiones’ y el desconocimiento de las madres de los preceptos de la nutrición (Becerra et al.: 2009; Pág. 252-255). Si bien, consideran, legalmente dichas comunidades tienen derecho a preservar su cultura, la nutrición adecuada (es decir, el cuidado del cuerpo biológico) debe primar sobre las prácticas populares de crianza (Pág. 252).

Se puede observar que el concepto de lactancia es entendido por las autoras únicamente dentro de los discursos nutricionales y los procesos metabólicos del cuerpo biológico (crecimiento, desarrollo, etc.). El problema de este enfoque, de corte reduccionista, es que la posición política, las identidades, los modelos de cuerpo de otras sociedades o de aquellos sujetos definidos como ajenos al ideal de civilización son invisibilizados. Al entender el cuerpo de la mujer y la lactancia como categorías universales, Becerra et al. (2009) consideran que toda sociedad debe seguir un horizonte político similar. Es decir, consideran que las lactantes deben orientar sus prácticas, el manejo de sus cuerpos y en general de sus vidas a partir de los discursos nutricionales y políticos hegemónicos. Aunque en periodos diferentes, el texto de Rodríguez (2007) y el de Becerra et al. (2009) reducen las distintas concepciones sobre lactancia a una sola historia, la cual podría entenderse como la historia de la civilización (la medicina, los proyectos de asistencia social) imponiéndose a la barbarie (las madres, las prácticas populares, etc.).

En un marco más amplio, a partir de estudios históricos sobre la medicalización de las nodrizas en Europa y América latina, se ha generado un debate similar. Por una parte, la corriente feminista liderada por Badinter (1980) afirma que antes de la llegada del médico, las mujeres francesas no lactaban y carecían de toda noción de maternidad. Carrillo (2008), por otra, considera que esta perspectiva secunda la opinión de médicos decimonónicos que

negaron las aptitudes de la mujer para criar por sí solas. En una posición similar, Viveros (1995) asume la medicalización de la lactancia en Colombia a principio de siglo XX como la regulación de una práctica que previamente existía de forma natural o despolitizada. De aquí derivan ideas tales como que lactar es un instinto (Carrillo: 2008, Pág. 239) o que la medicina popular y el ámbito privado del hogar carecen de relaciones de poder.

Es importante problematizar estos enfoques ya que aunque asumen que la lactancia es una práctica condicionada por comportamientos sociales, religiosos, culturales, y circunstancias históricas, no analizan la emergencia y construcción del significado de lactar como función biológica en sí mismo. Así, la implicación conceptual y política que hay en pensar el cuerpo femenino como un conjunto de procesos metabólicos que producen leche queda inexplorada. De igual, la función asumen de manera incuestionable la idea de que leche humana es un alimento (es decir, un conjunto de carbohidratos, grasas, proteínas) cuya finalidad es la de alimentar al recién nacido o que la función de garantizar la vida de este es propia de la madre. Dicho en otras palabras, aunque aproximaciones históricas como la de Badinter (1980) o Carrillo (2008) cuestionan el significado social de la lactancia y el cuerpo de la madre, en el fondo subyace la idea de que todas comparten un mismo cuerpo biológico. No casualmente Viveros (1995) diferencia entre la catalogación biológica de hombres y mujeres y la catalogación cultural. Contrario a esto se entenderá la idea de diferenciación biológica como un proceso cultural y político (Pohl-Valero: 2014) el cual, a su vez, naturaliza una serie de prácticas (como la higiene, la nutrición, el nexo entre la madre y el niño, etc.).

Con base a lo anterior, se considera que un estudio sobre los procesos de medicalización de la lactancia y las nodrizas a principios de siglo XX debe realizarse en conjunto con una perspectiva antropológica⁶. Es decir, una perspectiva que en lugar de rastrear conceptos universales (como el de maternidad o lactancia) se pregunte por los procesos históricos que los han producido y naturalizado (Pedraza: 2009). En este derrotero se inserta el segundo grupo de autores, quienes se aproximan a los discursos medicalizadores y lo saberes médicos de principios de siglo XX como disciplinas insertas en relaciones de poder (Noguera: 2003). Esto implica, primero, entender la mortalidad como un problema

⁶ Entendida no como una imposición de la antropología a la historiografía o una aproximación hecha por antropólogos sino, como lo plantea la antropología histórica, como un enfoque interdisciplinar que se vale de diversas teorías y metodologías para diversificar y cuestionar los significados sobre lo humano (Hensel: 2006; XXIX; Pedraza: 2009; Pág. 150).

estructural que involucra a toda la sociedad y no como la falta de instrucción o iniciativa de las madres o el pobre. Así, por ejemplo, Gallo y Márquez (2011) han mostrado que la mortalidad infantil obedecía a una serie de factores más compleja que las prácticas de las madres. En palabras de estos autores, el uso de leches animales por consejo médico, las migraciones ocasionadas por las constantes guerras del siglo XIX, la incorporación abrupta y desigual de la mujer al mercado laboral, y la resistencia por parte de estas al rol de la maternidad, brindan una base más satisfactoria que las explicaciones dadas por médicos de la época⁷ (Pág. 80).

Así mismo Gallo y Márquez (2011) proponen acercarse a fuentes y estadísticas de la época sin desligarlas del contexto y las relaciones de poder en que se producen. Esto, ya que en muchas ocasiones las estadísticas eran manipuladas para llamar la atención de las autoridades o como figura retórica (Pág. 67). De igual forma, las percepciones médicas sobre madres y nodrizas como sujetos desconocedores de los preceptos de la higiene y la crianza buscaban legitimar el control de la vida de estas mujeres (Rojas Flores: 2001). Así, por ejemplo, Pedraza (2008) y Hering (2008)⁸ muestran que la medicina europea a lo largo del siglo XVIII y principios del XIX fungió como un mecanismo para segregar a aquellos considerados como opuestos al orden social (judíos, mujeres, enfermos mentales). Dicho modelo tomaba como base algunos preceptos del hipocratismo, el cual concebía el cuerpo como un microcosmos en un delicado equilibrio con el mundo exterior o macrocosmos. Mientras la naturaleza se componía de cuatro elementos, el cuerpo humano contaba con cuatro humores (bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre) materializados en fluidos y órganos. Un desbalance, por diversos factores externos como el clima, los alimentos y el contacto con otros, causaba la enfermedad (Hering: 2008, Pág. 114).

Desde esta perspectiva humoral, se intentó naturalizar una jerarquización de género. Por ejemplo se aseguraba que la mujer tendría menos aptitudes que el hombre dado que su cuerpo eliminaba el calor (sinónimo de la razón y la fuerza) en la sangre menstrual. De igual forma, sus humores resultaban más propensos de corromperse y transmitir dicha corrupción

⁷ Dupuis (2002) y Carrillo (2008) realizan una crítica similar para el caso de Estados Unidos y México, respectivamente. En palabras de estas autoras, la mortalidad infantil no siempre es resultado de la ausencia del poder estatal sino, en muchas ocasiones, resultado de este mismo. Ésto, ya que son los mismos mecanismos de control los que legitiman las condiciones de pobreza de algunas poblaciones (Carrillo: 2008).

⁸ A pesar de que estos autores abordan un periodo diferente, son relevantes para el presente proyecto ya que permiten apreciar con más detalle las distintas transformaciones que se experimentarán posteriormente.

a quienes la rodeaban (Hering: 2008, Pág. 111-117). Con el desarrollo de la anatomía en los siglos XVII y XVIII esta idea hipocrática empezó a nutrirse y resignificarse de nuevas formas de representación. La asociación de la mujer con un ser inferior se justificó en las medidas de su anatomía: el tamaño del cráneo (que a su vez determinaba el tamaño del cerebro), la complexión, la presencia de útero y demás órganos diferentes a los del hombre, etc. (Pedraza: 2008, Pág. 209)⁹. De igual forma, la leche humana fue pensada por médicos e intelectuales como uno de los medios por excelencia para transmitir las características morales y físicas de una mujer al niño lactante. Así, poco a poco la relación entre moral y cuerpo se irá estrechando hasta hacerlos recíprocos. La alteración de uno implicará necesariamente el mal funcionamiento del otro. De allí que estos médicos consideraran que sólo ciertas mujeres debían ser aptas para lactar (Hering: 2008, Pág. 115).

Mientras en Europa se miró con recelo la leche de mujeres judías e islámicas, esta perspectiva se materializó en América a partir del color de la piel y un orden de castas (Hering: 2008, Pág. 117). En opinión de algunos filósofos y científicos europeos los pobladores del continente americano eran inferiores a las gentes europeas y no podían ser civilizados. Ésto, por una parte, ya que creían que los climas del continente americano degeneraban intelectual y físicamente a quienes los habitaban. Por otra, afirmaban que incluso los criollos miembros de la elite adquirirían dicha degeneración, ya que en su niñez eran amamantados por sus esclavas indias y negras (García: 2012; Pérez Pérez: 2012; Arias: 2007, Pág. 2). Ésto suscitaría la refutación de algunos criollos ilustrados mediante ensayos e investigaciones publicadas en el *Semanario del nuevo reino de Granada* (periódico fundado por Francisco José de Caldas). Allí, en lugar de negar la veracidad del discurso europeo sobre el influjo del clima o la transmisibilidad de la leche, lo apropiarán y transformarán a partir de sus contextos e intereses locales (Arias: 2007, Pág. 2).

Así, por ejemplo, Francisco Antonio Ulloa (1808), partía de observaciones regionales y teorías de médicos europeos para sostener que la civilización del neogranadino sí era posible. Sin embargo, para ésto debía prohibirse la lactancia humana, sobre todo de nodrizas, ya que afirmaba que la mujer americana portaba una herencia patológica que se recrudecía con el clima y se contagiaba en la leche (Nieto Olarte: 2007, Pág. 180). En palabras del autor,

⁹ Diferencias que justificarían, además, la exclusión de universidades, esferas políticas y profesiones tales como la medicina (Pedraza: 2008; Viveros: 1995, Pág. 151)

la nodriza, que era asociada con “la hez del pueblo”, conservaba condiciones morbosas en su leche a pesar de lucir sana (Ulloa: 1808, Pág. 324). Dichas condiciones, que habían sido heredadas, podrían a su vez transmitirse en la leche al niño y hacerse constitutivas de su cuerpo. Así mismo, humores como el sudor de la nodriza, “el aliento abrasado de ésta”, los besos y demás contactos suponían un peligro para la constitución del niño (Pág. 321).

Desde los estudios sobre las instituciones de beneficencia y el manejo de los pobres también se ha tocado el tema de las nodrizas tangencialmente. Ramírez (2000), por ejemplo, explora la puesta en práctica de algunas percepciones de médicos e intelectuales en el Hospicio de Santa Fe entre el siglo XVIII y principios del XIX. Allí muestran que aunque no se prohibió el uso de nodrizas negras o indígenas, su casta sí determinaba un trato diferencial. Ésto, ya que las lactantes españolas recibían mejores sueldos y raciones extras de alimento (Pág. 137). Castro (2007), a su vez, muestra que los discursos de rechazo a la nodriza de principio de siglo XIX las situaban en una posición ambivalente: por una parte muchas nodrizas eran madres solteras que emigraban de las zonas campesinas del país en busca de empleo. A su llegada a la capital, algunos empleadores e instituciones privadas de caridad se negaban a contratarlas en otros oficios ya que veían su soltería como un libertinaje y la venta de su leche como una muestra de avaricia (Pág. 25). Así, debían emplearse en el Hospicio a sueldos muy bajos y someterse a situaciones inequitativas como las referidas por Ramírez (2000). Por otra parte, Castro también considera que este tipo de empleos permitió un medio de subsistencia, aunque austero, a mujeres pobres, cabezas de hogar, indígenas, etc. en un contexto donde tenían menos oportunidades laborales que el hombre (Castro: 2007, Pág. 27).

Ahora bien, la literatura colombiana también ha explorado la creación de discursos médicos sobre madres y nodrizas como una herramienta política entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Sin embargo, estos trabajos se centran en el tema general de la medicalización de la maternidad, razón por la cual las nodrizas solo se estudian brevemente. Así, por ejemplo, Viveros (1999), León (2012) y Pedraza (2008; 2011) analizan la construcción del discurso de la maternidad a lo largo del siglo XIX como una forma de controlar la vida de la mujer. Para estas autoras, los médicos e intelectuales de la época fomentaría la idea de que la naturaleza diseñaba el cuerpo y el intelecto de la mujer con el propósito explícito de ser madre (Pedraza: 2011, Pág. 200, 215). Esta disposición de la naturaleza, sin embargo, no significaba que tuvieran el conocimiento para criar y lactar por

sí mismas. En cambio, a la luz de la teoría médica estas mujeres carecerían del intelecto y autocontrol suficiente para conservar su salud y la del niño por cuenta propia. Ésto reafirmaba la necesidad de controlar aspectos como el período de embarazo y los distintos manejos del cuerpo (alimentación, higiene, etc.) (Pedraza: 2008, Pág. 230).

Mientras Pedraza no enfatiza en el control de la lactancia, León (2012) y Gallo y Márquez (2011) muestran que para los médicos del siglo XX la mujer lactante encarnó la causa principal de mortalidad infantil. Por consiguiente, señalan los autores, para estos médicos fue una preocupación central el fomentar la lactancia materna ‘racional’ mediante programas pedagógicos como las Gotas de leche y manuales de higiene infantil (Gallo, Márquez: 2011, Pág. 82). Así mismo, Cardona (2010) afirma que los médicos consideraban que si una madre no podía lactar por causa de alguna enfermedad lo más prudente era acudir a una nodriza. Sin embargo, es de recordar que para estos médicos la calidad de la leche humana dependía del modo de vida de la lactante y que la nodriza era vista como una mujer propensa a la inmoralidad y la falta de higiene. Por consiguiente, opinaban que la madre debía ejercer control absoluto sobre la alimentación, el ejercicio y los baños de la mujer que contratara para lactar (Pág. 43).

Como crítica final a los autores del primer grupo es importante recordar los planteamientos de Rodríguez (2007) sobre la pediatría colombiana y los proyectos eugenésicos de principio de siglo XX. Como ya se mencionó, para este autor los intentos por parte de los pediatras de educar a madres y nodrizas son planteados como una alternativa despolitizada u opuesta a la eugenesia. Ésto, ya que el autor considera que mientras ésta última se fundamentaba en la segregación racial, la pediatría solo buscaba mejorar las condiciones de vida de la población (Pág. 361). En respuesta a este planteamiento otros autores han estudiado la consolidación del discurso medicalizador de la maternidad como parte de proyectos eugenésicos promovidos por distintas autoridades a principios del siglo XX. Así, Noguera (2003) y Pedraza (2011) muestran que la mujer supuso el medio por excelencia para transformar lo que algunos llamaron la degeneración de la raza colombiana. A partir de instituciones como la escuela se buscó que las mujeres apropiaran el hábito de la

educación física, la nutrición y la higiene para, posteriormente, legarlo a sus hijos (la futura mano de obra del país) (Pedraza: 2011, Pág. 200).¹⁰

Por otra parte, Pohl-Valero (2014) explora la emergencia de un discurso termodinámico a finales del siglo XIX según el cual el cuerpo humano se concebía como una máquina que traducía la energía de los alimentos en capacidad de trabajo. Basados en ésto, médicos y políticos calcularán el consumo calórico según el oficio y la edad y fomentarán las ya mencionadas Gotas de Leche como un programa de pedagogía nutricional (Pág. 17)¹¹. Esta pedagogía, afirma Pohl-Valero, “se conectó con el movimiento eugenésico local en la medida en que los médicos y salubristas involucrados en ella se inclinaron [...] por una concepción neo-lamarckiana de la herencia”; es decir, la idea de que la célula germinativa podía adquirir ciertas características según el modo de vida de los padres, las cuales serían posteriormente transmitidas a sus hijos (Pág. 20). Así, enfermedades, la mala alimentación o algunos vicios (como el alcoholismo) degeneraban dichas células y por tanto a las próximas generaciones. De igual forma, un estímulo mediante la nutrición apropiada y los cuidados de la puericultura¹² daría origen a hijos más saludables y productivos. No solo en su capacidad para resistir las enfermedades, sino, además, mediante un mayor aprovechamiento del combustible de los alimentos y su transformación en fuerza laboral (Pág. 24).

Ahora bien, la presente tesis retomará algunos conceptos empleados por el segundo grupo de autores para su marco teórico. De esta forma, se entiende la medicalización como el proceso en el cual ciertas prácticas, eventos de la vida cotidiana y cuerpos de una población se convierten en un problema de salud cuya autoridad privilegiada proviene del médico (Foucault, 2008, Pág. 4). Esta idea implica que esos eventos deben ser supervisados por un

¹⁰ En una línea similar Saldarriaga et al. (1997) y Álzate (2002) ha analizado la creación de la categoría de infancia como una población vulnerable que requería atenciones (desde la medicina, la pedagogía, el derecho) especiales. Estas atenciones serían prodigadas por la madre, el maestro de escuela y el médico.

¹¹ A su vez fomentarán los métodos y herramientas mediante los cuales una familia debe vigilar a la nodriza (Pardo Calderón: 1920). Sobre este aspecto, aún inexplorado, se hablará al final del apartado.

¹² La ciencia de la puericultura “como una rama de la pediatría que no separaba en su enfoque lo biológico y lo social, había acaparado el interés de varios médicos colombianos desde principios del siglo XX. Uno de sus principales promotores en Francia, Adolphe Pinard, tuvo gran repercusión en Colombia [...] Esta ciencia, que los seguidores de Pinard en Colombia definían como aquella que “trata de la investigación de todos los conocimientos concernientes a la reproducción, conservación y mejoría de la especie humana”, se entendió como una fuente fundamental para el mejoramiento de la raza. Varios médicos colombianos destacaban la idea de Pinard de que se podría evitar las taras de los niños antes y después de su procreación a través de medidas adecuadas y que eran entendidas como eugénicas” (Pohl-Valero: 2014, Pág. 19)

profesional o cuando menos guiarse dentro de una lógica médica mediante la imposición de reglas de conducta y el establecimiento de estándares acerca del comportamiento individual catalogados en sanos o insanos (Pedraza: 2011b, Pág. 71). Así, pues, no debe olvidarse que dichos procesos se insertan dentro de distintas relaciones de poder entre la población y sus dirigentes (médicos, políticos, etc.) (Noguera: 2003, Pág. 47).

De igual forma se asume que además de buscar la salud y productividad de los cuerpos, la medicalización también puede decantar en procesos de explotación y distribución inequitativa de recursos económicos y roles de género (Noguera: 2003, Pág. 47). Es decir, que mediante la medicalización se adjudican roles según los cuales se determina el acceso a la educación, el trabajo, los sueldos, la política, etc. (Pedraza: 2008; Viveros: 1995, Pág. 151). Así, preguntarse por la medicalización no significa preguntarse por una práctica (la lactancia humana) que antes estuviese desligada de connotaciones políticas y relaciones de poder. En cambio, supone entenderla como la transición de una posición política a otra en contextos históricos específicos. O dicho en otras palabras, se entiende como una transformación en las interacciones (entre mujeres, Estado, médicos) y los discursos y saberes en torno a ésta.

Retomando a Foucault, este considera que la medicina europea de siglo XIX paso de regular el cuerpo de aquellos que consideraba como anormales (pobres, mujeres, enfermos) mediante la exclusión, a un modelo que vigilaba sus cuerpos y prácticas (Foucault: 2008, Pág. 14). Por tanto, para el caso concreto, se analizará la emergencia de nuevas teorías, instituciones y prácticas implementadas para controlar a las mujeres lactantes consideradas como anormales (nodrizas y madres pobres) entre finales del siglo XIX y principios del XX en Bogotá¹³. Sin embargo, ésto se hará sin descartar la posibilidad de que ambas formas de medicalizar hayan pervivido dentro de los proyectos políticos y las estrategias propuestas por médicos; es decir, se manejará la hipótesis de que la vigilancia de madres y nodrizas, así como las percepciones de éstas, pudo legitimar prácticas de exclusión, explotación y distribución inequitativa de recursos. Así mismo, se analizará si a partir de las nuevas prácticas de vigilancia y control implementadas en madres y nodrizas, los discursos que las

¹³ Como bien señala Pedraza (2008), mientras los procesos de medicalización de la maternidad empezaron a consolidarse en Europa desde finales del siglo XVIII, a Colombia y Latinoamérica empezarían a gestarse a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

catalogaban como anormales (sucias, malnutridas, amorales) encontraron nuevas formas de representación (como la estadística o los análisis de laboratorio).

Finalmente, desde el marco de los estudios de cuerpo y la antropología histórica, esta tesis busca cuestionar aquellos conceptos que, como se ha venido mostrando, aparentan ser universales o naturales. Así, en lugar de dar una definición de cuerpo, pretendo mostrar las distintas configuraciones que estos pueden adquirir al desempeñarse en distintos contextos y relaciones de poder. Un claro ejemplo de este tipo de análisis es el estudio de la medicalización de la lactancia en Francia a principios de siglo XX de la antropóloga e historiadora Yvonne Knibiehler (1995), el cual concluye que aunque los médicos de la época postularon el rol de la maternidad como una relación natural entre la madre y el niño, en la puesta en práctica era una labor que se ejercía en conjunto por madres, padres, médicos y nodrizas.

Así mismo, Mol y Law (2004) proponen estudiar al cuerpo biológico como un proceso o una práctica situada que sólo existe en los lugares y momentos donde interactúa. Dicho en otras palabras, proponen buscar la representación de los imaginarios de cuerpo por fuera de este en observaciones de laboratorios, cuantificaciones, textos producidos por el saber médico, prácticas, etc. (Pág. 12). Lo anterior, aplicado a la presente tesis, implica que no sólo se analizarán los discursos médicos de principios de siglo XX sobre madres y nodrizas; también se explorará la forma en que dichos cuerpos interactuaron, se transformaron y proyectaron mediante prácticas, herramientas (como la estadística) y estrategias de vigilancia. Así mismo, se observarán estas interacciones de construcción y deconstrucción en espacios (laboratorios, Hospicio, Gotas de Leche) y momentos concretos. Esta perspectiva se profundizará con detalle en el resto del apartado y en las conclusiones generales.

Con base al marco teórico planteado, resta exponer los aportes que esta tesis busca hacer al tema de la medicalización de la lactancia y en general a la antropología. Para esto, se proponen dos enfoques. Por una parte, se prestará mayor atención a las prácticas de control de madres y nodrizas y no sólo a los discursos médicos sobre la lactancia entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Por otra, se observará la relación entre estadística, cuantificación del cuerpo y control social en el manejo de nodrizas del Hospicio, el Hospital San Juan de Dios y Las Gotas de Leche de Bogotá. Así pues, primero que todo es necesario

explorar a profundidad los textos médicos sobre lactancia y los debates locales en torno al tema. Ésto, ya que autores como León (2012) y Viveros (1995) basan sus conclusiones sobre los procesos de medicalización de la lactancia en Colombia a partir de médicos europeos¹⁴. Así mismo, Pedraza (2011) señala que los médicos colombianos recibieron la teoría europea de forma pasiva y que ésta se mantuvo inalterada en el transcurso del tiempo (Pág., 122). Sin negar el influjo de la medicina europea, Quevedo et al. (2004) y Miranda (2001) afirman que los médicos colombianos de principios de siglo XX plasmaron opiniones propias y en muchos casos contrarias a la literatura extranjera. Por consiguiente, es importante entender el cambio de teorías y metodologías no como una ruptura abrupta, sino como una transición paulatina, a veces en contradicción interna, en la que unos conceptos van imponiéndose a otros (Quevedo et al: 2004, Pág. 343).

Así mismo, es de señalar que aunque algunos autores (León: 2012; Rodríguez: 2007; Vargas Rubiano: 1994) abordan la obra de uno de los personajes centrales de la pediatría colombiana, José Ignacio Barberi, ésta aún permanece en gran parte inexplorada. Así, por ejemplo, no se han analizado los debates que Barberi y algunos médicos que se habían formado bajo su tutoría libraron contra la leche animal esterilizada, la cual había sido propuesta por algunos médicos europeos e industrias alimenticias como sustituto para la leche de nodriza. Tampoco se han estudiado las herramientas y procedimientos que Barberi y sus discípulos proponían para vigilar a las nodrizas como el seguimiento del peso corporal del niño. Rodríguez (2007) menciona que para los primeros pediatras colombianos la leche de vaca era insalubre y por tanto fomentaron la lactancia materna (Pág. 378). Sin embargo, las perspectivas teóricas de estos médicos, su influencia en el manejo de las nodrizas del Hospicio y las madres que acudían a Las Gotas de Leche de Bogotá siguen inexplorados.

En su análisis de la medicalización de la maternidad en Argentina Nari (2004) afirma que no basta con recolectar las intenciones de los médicos, ya que al llevarlas a la práctica pueden contradecirse, amalgamarse con otras teorías o ser resignificadas por los mismos sujetos que buscaban intervenir. Las prácticas e instituciones son el espacio físico

¹⁴ De allí que, por ejemplo, León (2012) afirme que los médicos colombianos de principios del siglo XX creían en la transmisibilidad moral de la leche (Pág. 13). Si bien la autora no brinda la fuente de esta afirmación, lo que sí se pudo constatar es que algunos de los médicos que incluye en la bibliografía (como Jorge Bejarano o Ignacio Barberi) buscaron erradicar dicha creencia ya que, a su parecer, la leche humana era el único alimento digerible por el recién nacido y en caso de que la madre no pudiera proporcionárselo la mejor alternativa sería acudir a una nodriza (Barberi: 1905, Pág. 10; Bejarano: 1919).

indispensable para que los procesos de medicalización (vigilancia, cuantificación, medición, adiestramiento) se lleven a cabo; es allí donde los saberes médicos se presentan, no como algo objetivo y natural, sino como inestables y en constante transformación (Pág. 121). Un claro ejemplo de esto, para el caso colombiano, es el texto de Ramírez (2000), el cual muestra que los discursos médicos del siglo XVIII y principio del siglo XIX adquirieron una configuración especial al materializarse en el control de las nodrizas del Hospicio de Cundinamarca. De esta forma, la presente tesis explora la materialización de teorías y proyectos eugenésicos sobre lactancia en el Hospicio, el Hospital San Juan de Dios y Las Gotas de leche de Bogotá entre finales del siglo XIX y principios del XX.

Es importante señalar que algunos autores han analizado el funcionamiento y la transformación del Hospicio durante este periodo; sin embargo, éste se ha enfocado en el manejo de los pobres (Castro: 2007), los debates políticos sobre leyes y rentas (Gutiérrez: 2014), el funcionamiento administrativo y los niños expósitos (Sánchez Salcedo: 2014; Mancera: 2012). Los trabajos de la antropóloga e historiadora Beatriz Castro (Castro: 2007, 2014), a su vez, es uno de los más completos sobre el manejo de los pobres entre finales del siglo XIX y principios del XX. Así mismo, es uno de los pocos que ha revisado los archivos de la Beneficencia de Cundinamarca, los cuales constituyen una de las fuentes centrales que se revisarán en esta tesis. Allí, aunque menciona brevemente a las nodrizas entre el grupo de sujetos que el Estado quería intervenir mediante los auxilios a los pobres, no se han analizado los discursos, las prácticas ni la influencia del saber médico en dichas intervenciones. Este vacío se hace aún más notorio teniendo en cuenta que durante la primera mitad del siglo XX el Hospicio fue la única institución oficial encargada del manejo de las nodrizas en el país.

Por otra parte, la bibliografía extranjera respalda la necesidad de contrastar los procesos de medicalización en distintos contextos. También muestran que los discursos médicos fueron resignificados a la hora de transformarse en prácticas. Los programas como las Gotas de Leche y productos como leches artificiales (promovidas por empresas como Nestlé desde 1869) fueron desestimando la alimentación por nodriza desde finales del siglo XIX en Francia (Badinter: 1980; Knibiehler: 1996) y Norteamérica (Dupuis: 2004; Apple y Golden: 1997). Es de recodar que autores como Becerra et al. (2009) y Rodríguez (2007) narraban este desplazamiento como un proceso evolutivo en el que la medicina moderna fue suprimiendo prácticas arcaicas de crianza como la labor de nodriza. Sin embargo, parece que

en algunos países latinoamericanos la lactancia artificial y la lactancia por nodriza pervivieron por varias décadas del siglo XX. De hecho los estudios en otros países en Latinoamérica muestran que las nodrizas desempeñaron un papel importante en la reducción de la mortalidad infantil, los proyectos políticos de la época y la consolidación de gremios médicos. Así, por ejemplo, para el caso de Uruguay Birn et al., (2003) muestran que la creación de Las Gotas de leche en 1910, cuya finalidad era reemplazar a las nodrizas, no dio los resultados esperados: a partir de una mortalidad creciente, la cual algunos acusaban a la alimentación por leche de vaca que era utilizada en Las Gotas de Leche, algunos médicos influyentes abogaron a favor de mantener la Oficina de Nodrizas (institución similar al Hospicio de Cundinamarca).

Carrillo (2008), a su vez, muestra que en el caso de México el discurso sobre la nodriza tuvo dos caras: aunque se creía que ellas podían representar un peligro para el niño, los médicos consideraron que era preferible a la lactancia mediante leche de animal. Algunos, incluso, llegaron a proponer a la nodriza como una forma de reducir la mortalidad infantil (Pág. 257). De esta forma, Las Gotas de leche y el Asilo de protección a la primera infancia, creados en un principio para erradicar a las nodrizas, terminarían incluyéndolas en su funcionamiento (Pág. 267). En Argentina, uno de los países que diseñó más programas e instituciones de vigilancia, se llegó incluso a establecer en 1914 la venta de leche de nodrizas previamente tratada por médicos (los cuales la compraban a 4 pesos y la vendían a 10). Esto les valió el título de *nodrizas científicas* (opuestas a las nodrizas independientes) y su funcionamiento, igual que en los demás casos, se dio a la par de programas como las Gotas de leche e Institutos de Puericultura (Nari: 2004, Pág. 124, 182). Para el caso colombiano, si bien no existen aún textos que analicen la situación de la nodriza durante el siglo XX, sí se pudo observar que el Hospicio de Cundinamarca siguió contratando sus servicios incluso hasta finales de siglo XX (Alba, Ortiz,: 1990).

Así mismo, se considera que enfocarse en los discursos y prácticas de control sobre las nodrizas puede ampliar la literatura sobre proyectos eugenésicos y la medicalización de la maternidad a principios de siglo XX. Esto, ya que autores como Pedraza (2011) sólo han mostrado que dichos proyectos se fundamentaban en la idea general de que controlar la vida diaria de la madre produciría leche más nutritiva y por tanto niños más sanos. En contraste, Darré (2013) muestra que en el contexto argentino de principios de siglo XX la nodriza ocupó

una posición diferente al de la madre en las políticas eugenésicas que buscaban corregir lo que consideraban una degeneración racial. Según estos médicos, la leche de una nodriza vigilada de manera apropiada permitiría corregir la complexión débil que un niño heredaba de una madre enferma. Así, se crearía la Oficina de nodrizas a principios de siglo XX y se les incluiría dentro del personal a educar en las Escuelas de Madres, creadas en la década de 1890. Esto ejercerá sobre ellas un doble control en tanto madres, pero también en tanto contratadas por instituciones y particulares (Pág. 75-80). De esta forma, es necesario analizar si para los médicos colombianos gestores de los proyectos eugenésicos la nodriza ocupaba un lugar más o si por el contrario consideraban que debía cumplir un rol diferente al de la madre.

Retomando a Viveros (1995), “si las mujeres tienen en común una posición de subordinación social en relación con los hombres, las formas de vivir esta subordinación varían considerablemente en función del peso que tienen las demás relaciones sociales (clase social, pertenencia étnica, etapa del ciclo vital, etc.)” (Pág. 161). Gallo y Márquez (2011), a su vez, señalan la necesidad de contrastar contextos a nivel local. Muestra de lo anterior, afirman, es que las políticas contra la mortalidad (alcantarillado, subsidios, etc.) implementadas en las urbes antioqueñas a principios de siglo XX se llevaron a cabo décadas antes que en los pueblos aledaños (en algunos casos jamás se materializaron, razón por la cual los autores consideran que sólo se emplearon para justificar el control y subordinación de las mujeres que habitaban en el campo) (Pág. 80). Respecto a este punto, enfocarse en la relación de madres que habitaban en la ciudad y nodrizas puede ser ilustrativa: bien porque en muchas ocasiones las nodrizas eran campesinas pobres contratadas por familias adineradas¹⁵; o bien porque las que se empleaban en el Hospicio (ubicado en la zona urbanizada de Bogotá) habitaban en zonas rurales aledañas (Castro: 2007).

Como segunda perspectiva para complementar la literatura existente sobre la medicalización de la lactancia se profundizará en la relación entre estadística, construcción del cuerpo de la mujer lactante y control social. Algunos autores del segundo grupo (Pedraza:

¹⁵ Knibiehler (1995), desde el caso de Francia, propone rastrear relaciones que antes estaban mediadas por rasgos corporales (color de la piel) y culturales (religión, lugar de procedencia) en las interacciones de clase (es decir, el tipo de educación recibida, las distinciones entre lo urbano y lo rural, los recursos y medios de producción) que se daban entre madres y nodrizas a finales del siglo XIX (Pág. 95). Con ésto en mente es interesante preguntarse si el rechazo a mujeres negras e indígenas promovido por los criollos neogranadinos encontró nuevas formas de exclusión o fue del todo abandonado.

2011; Noguera: 2003; Castro: 2007) afirman que el ejercicio del poder en esta época se entendió de manera indisociable del manejo poblacional (es decir, la biopolítica). Para esto, tanto médicos como autoridades desplegarán herramientas cuantitativas como la estadística y la medición del cuerpo. A su vez, Pohl-Valero (2014) muestra que hacia principios de los XX los médicos colombianos se interesaron por el peso y la talla de los niños en sus distintas edades como una forma de determinar la tipología racial del colombiano y la forma en que debía controlarse (Pág. 17). Según Pedraza (2011) dichos médicos también buscaron estimular la práctica de pesar y medir al niño entre las madres. Aun así, no se ha abordado la consolidación de estos datos como un sistema que pudiese hablar del tipo de alimentación, higiene, el cuerpo y formas de vida que llevaban las lactantes.

Como ya se mencionaba, otros trabajos sobre las instituciones de asistencia social como el de Castro (2007; 2014), Sánchez Salcedo (2012) y Mancera (2012) exploran el manejo de la pobreza a partir de discursos sobre el cuidado de la salud, la higiene, el fomento del trabajo, la moral y en general la transformación en los modos de vida del pobre. Aun así, dichos trabajos tampoco han mostrado la implementación de la balanza, el control del peso del niño y la estandarización estadística en el Hospicio y Las Gotas de Leche de Bogotá como un intento de controlar con mayor precisión los procesos fisiológicos que sucedían dentro del cuerpo de las mujeres, ni la influencia que tuvo en el trato que se les daba a las nodrizas. De igual forma, sigue inexplorada la forma en que estas prácticas de cuantificación e instituciones de vigilancia (el Hospicio y Las Gotas de Leche) contribuyeron a resignificar las percepciones médicas sobre la mujer lactante a partir de la década de 1920¹⁶.

En contraste a los textos anteriores, Gallo y Márquez (2011) han explorado la dimensión política de las cifras sobre mortalidad infantil en Antioquia durante principios de siglo XX al mostrar sensibilizaron a las autoridades sobre la necesidad de enfocar fondos y

¹⁶ También se espera, con el estudio de la relación entre estadística y control corporal, contribuir al estudio de la medicalización de lactancia en Latinoamérica ya que algunos de los textos reseñados apenas han mencionado la costumbre de pesar al niño como parte de las prácticas del saber puericultor que llegaría a principios del siglo XX. El más completo de estos (Carrillo: 2008), solo ha estudiado la implementación de este método en estudios de médicos mexicanos sobre lactancia con leches animales. Darre (2013) y Nari (2004), a su vez, mencionan que los institutos encargados de educar a madres y nodrizas en Argentina incluían datos sobre el peso del niño en la libreta de registro de estas mujeres. No obstante, como se ha venido mencionando, la implementación de estos valores como una forma de dar cuenta de los procesos fisiológicos de la mujer lactante, de sus modos de vida, así como la forma en que transformaron y complejizaron las nociones de lo que se consideraba un cuerpo saludable y como debía observarse dicha salud, no se han explorado. Estos aspectos se desarrollan a cabalidad en el tercer capítulo.

programas en la protección del niño. Restrepo (2011), a su vez, analiza la implementación de manuales y metodologías de recolección estadística por parte de los médicos del Hospital San Juan de Dios en la década de 1870. Allí, concluye que ésto permitió unificar el criterio médico sobre las distintas enfermedades y al tiempo imponer una relación directa entre sus causas y condiciones de vida. Así, siguiendo su trabajo y el de Pohl-Valero (2014), se analizará el manejo y construcción de datos estadísticos en Bogotá mediante dos hipótesis. Primera: como una forma de representar los cuerpos que debían intervenir (en gramos de peso corporal, talla, porcentajes de nutrientes en la leche humana, cifras de natalidad y mortalidad) y el estado de ‘civilización’ en el que se encontraban. Y segunda: no sólo como un método para hallar las causas de la mortalidad infantil sino, mejor, para construirlas como un problema social causado por madres y nodrizas.

Para finalizar, resta señalar que la presente tesis toca diversos temas y debates de corte histórico. Sin embargo, dado su enfoque teórico y metodológico, no pretende una historia de los proyectos de beneficencia y asistencia social de principios de siglo XX en Bogotá ni una historia social de la medicina en Colombia¹⁷. En este trabajo se le ha dado predilección a un enfoque desde los estudios del cuerpo y la antropología histórica según el cual se busca analizar la medicalización de la lactancia y, a partir de esto, la construcción social del cuerpo de madres y nodrizas durante el periodo estudiado. También es importante destacar que en el presente trabajo existen limitaciones de corte metodológico, puesto que como se verá en el próximo apartado las fuentes consultadas se encuentran dispersas en varios archivos (Biblioteca nacional, Biblioteca Luis Ángel Arango, Archivo General de la Nación) y algunas no se pudieron consultar al ser de carácter privado (como el archivo de la Gobernación de Cundinamarca o el del Hospital de la Misericordia). De igual manera varias de las fuentes consultadas han recibido poca atención por parte de las ciencias sociales y aquellas más estudiadas han prestado muy poca atención a las percepciones y prácticas de medicalización de las nodrizas. Tampoco fue posible encontrar fuentes que nos dieran pistas de la forma

¹⁷ De hecho, trabajos como el de Castro (2007) y Gutiérrez (2014) exploran a profundidad la construcción de instituciones públicas para el manejo de los pobres en el país. Así mismo, Castro (2007) y Sánchez Salcedo (2014) son de los pocos autores que ha revisado los archivos de la Beneficencia de Cundinamarca y el Hospicio, los cuales constituyen una de las fuentes centrales que se revisaran en esta tesis. Allí, aunque menciona brevemente a las nodrizas entre el grupo de sujetos que el Estado quería intervenir mediante los auxilios a los pobres, no se han analizado los discursos, las prácticas ni la influencia del saber médico y estadístico en dichas intervenciones.

como las nodrizas resinificaron los discursos y las prácticas que los médicos querían imponer sobre ellas. Aun así, se espera que la presente tesis sea la base para futuras investigaciones desde múltiples enfoques. Con esto en mente se mencionaran algunas posibles líneas de investigación en el apartado de conclusiones generales.

Metodología

Para analizar el proceso de medicalización de la lactancia para madres y nodrizas de Bogotá y zonas aledañas entre 1869 y 1945 se revisaron tres tipos de fuentes. Primero que todo, se han escogido las leyes, ordenanzas e informes presentados por directivas de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca¹⁸ a partir de su creación en 1868. Tal como señala Ramírez (2000b) hacia esta fecha aún no se ha consolidado un discurso médico de vigilancia y control de las lactantes contratadas (Pág. 62). No obstante, la creación de la Junta reunirá bajo su administración al Hospital San Juan de Dios (donde, además, harían sus prácticas los pasantes de medicina de la Universidad Nacional) y el Hospicio. De esta forma, dichos informes brindan un panorama privilegiado de las interacciones entre ambas instituciones, tanto en el interés creciente por parte de los médicos sobre lactantes y salud infantil como en las prórrogas de éstos por implementar un modelo estadístico para administrar dichas instituciones (Restrepo: 2011). Estos informes también permiten observar la aceptación o rechazo que tuvieron los métodos de vigilancia implementados y la repercusión de algunos programas de asistencia social del siglo XX como las Gotas de leche y las sala-cunas (creadas en el Hospicio en 1920).

Aun así, es importante mencionar que mientras en ciertos períodos (1869-1879 y 1912-1922) los informes son continuos y extensos, hay otras épocas en las que se hacen escuetos o simplemente se suspenden del todo, bien fuera por las constantes guerras del siglo XIX, la inestabilidad económica de estas instituciones o la falta de un archivo organizado (Gutiérrez: 2014).¹⁹ Con base en lo anterior se hizo necesario complementar estos informes con las publicaciones médicas en otros medios. Inicialmente se acudiría a las primeras revistas

¹⁸ Dicha Junta administraba el Hospicio de Cundinamarca, que a su vez fue la única institución oficial en Colombia que durante siglo XIX y primera mitad del XX se encargó del manejo y vigilancia de nodrizas. Sólo hasta 1968 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar asumirá algunas responsabilidades al respecto en la búsqueda de hogares sustitutos para niños abandonados (Alba, Ortiz,: 1990).

¹⁹ A su vez, la revista de los Establecimientos de Beneficencia, una de las fuentes más ricas que se pudo encontrar, dejará de publicarse hacia finales del siglo XIX, encargando toda la información del Hospicio a los informes individuales que rendían comisiones externas y los directores del establecimiento.

médicas del país, que además serían de las primeras publicaciones con estudios propios sobre medicina (Miranda: 2001)²⁰. Posteriormente, se revisarán algunos textos especializados, como el *Tratado de terapéutica aplicada* de Manuel Plata Azuero (1888), el cual contiene un detallado examen de cómo elegir y vigilar a una nodriza.

Así mismo, se revisaron algunos de los manuales de higiene infantil publicados por médicos influyentes desde 1887 para un público ajeno a la medicina (madres, nodrizas, etc.)²¹. De allí se prestará atención a la retórica empleada por los autores, así como los procedimientos que buscaban implantar en el lector para detectar y tratar la enfermedad. Por último, se revisaron algunas tesis de grado dedicadas al tema de la mortalidad infantil y la lactancia. Éstas, además de ser dirigidas y calificadas en muchas ocasiones por personajes centrales en la medicina nacional y la sociedad, tienen otro punto a resaltar: muchos de estos médicos exponen cifras, observaciones propias en el Hospital y opiniones sobre el panorama de la ciudad (Troconis: 2012; Pardo Calderón: 1920). Así mismo, participan a favor de distintos métodos, opiniones sobre el origen de las enfermedades (hereditarias o de carácter higiénico) y el tipo de tratamiento que debe dárseles (régimen higiénico y nutricional o la exclusión y contención del enfermo) (Hurtado: 1905)²².

Finalmente, la información brindada por estos archivos se ha organizado en tres capítulos. El primero expone la transición del neohipocratismo²³ hacia una ciencia moderna de la nutrición elaborada en Europa a mediados de siglo XIX y apropiada en Colombia a finales de dicho siglo. Con base a ésto se observarán las primeras transformaciones que dicha ciencia acarreo en la forma de entender a las mujeres lactantes a partir de la relación entre alimentos, funcionamiento del cuerpo y entorno. Así mismo se explora la forma en que los

²⁰ Se revisarán artículos de las dos primeras revistas médicas del país, *La Lanceta* (1852) y la *Gaceta médica* (1864-1867). También se revisarán publicaciones en la *Revista médica de Bogotá*, órgano de difusión del que podría considerarse el gremio médico más influyente del siglo XIX y principios del XX: la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales (fundada en 1873 y convertida en Academia de Medicina Nacional en 1890). Éstas, como señalan Gutiérrez y Quevedo (1996) deben su relevancia a que cumplirán el vehículo de expresión y visibilización frente al Estado, la sociedad y los médicos de otras regiones (Pág. 317).

²¹ Concretamente los manuales de Vargas Vega (1887) Barberi (1905) Lobo y Zea (1913) y Bejarano (1919).

²² Éstos, así como los textos especializados, se contrastarán con algunos de los textos europeos que los autores mencionan (Broussais: 1827; Trousseau: 1861; Bouchut: 1853) para captar las distancias y similitudes que trazaron entre sí. También se han revisado algunos textos producidos (Ulloa: 1808) o traducidos por autores colombianos (Merizalde: 1827) de principios de siglo XIX para construir un panorama más amplio del modelo médico que manejaban y su transformación en la próxima generación de médicos.

²³ Por hipocratismo se entiende al conjunto de teorías médicas y filosóficas formuladas por la teoría hipocrática. El neo-hipocratismo, por su parte, se entiende como la apropiación, transformación y en general los distintos usos que tuvieron estas teorías por médicos e intelectuales a partir del siglo XVII.

médicos de finales de siglo XIX empezaron a extender su control desde el Hospital San Juan de Dios y la Universidad Nacional hasta el Hospicio, lugar donde se empleaban las nodrizas. Allí se muestra cómo se hizo esto mediante la implementación de la estadística como herramienta de vigilancia y la construcción de pabellones de maternidad en el Hospital.

El segundo capítulo, por su parte, explora los primeros textos producidos por médicos colombianos a finales del siglo XIX sobre enfermedades infantiles y lactancia. Allí, se prestará atención a los requisitos físicos y morales que debía cumplir una mujer lactante, así como el régimen higiénico y nutricional al que debía someterse. Por otra parte, se abordarán algunos debates librados por estos médicos en torno a las causas de la mortalidad infantil y lo que ellos llamaban la degeneración de la raza colombiana. Ésto con el propósito de mostrar cómo dichos debates ayudaron a consolidar la percepción de que vigilar a madres y nodrizas podía reducir el índice de mortalidad infantil e incluso mejorar las capacidades físicas e intelectuales del pueblo colombiano.

El tercer capítulo analiza la materialización de estas teorías en dos aspectos. Por una parte, en la implementación de la balanza y el seguimiento del peso corporal del niño como método para vigilar la riqueza nutricional de la leche y el cuerpo de las mujeres lactantes. Por otra, mediante las políticas y programas eugenésicos como Las Gotas de Leche y la Sala-Cunas en el Hospicio de Cundinamarca en la segunda década del siglo XX. También se prestará atención al debate según el cual la preocupación por la lactancia y la higiene de la lactante se llevó desde un ámbito privado (el hogar, los saberes populares heredados de madre a hija) al terreno público: es decir, cómo se hizo de éste un problema social que debía regularse mediante saberes expertos (el médico) y normas. Finalmente se expondrán algunas conclusiones al respecto.

1. Medicalización de la lactancia en el siglo XIX: de la exclusión a la vigilancia

1.1 Herencia, transmisión y determinismo del clima: Antecedentes

Como ya se señalaba en la introducción, la llegada de nuevas teorías médicas hacia la mitad del siglo XIX transformó la percepción que médicos e intelectuales colombianos tenían sobre la lactancia. Mientras en épocas anteriores éstos habían considerado que debía evitarse la lactancia de aquellas mujeres consideradas como anormales (Hering: 2008), ahora se empezaría a prestar mayor atención a la medicalización mediante la vigilancia y el control de sus vidas (Pedraza: 2008). Sin embargo, es importante señalar que lejos de ser una transición homogénea y abrupta, en la práctica estuvo atravesada por debates y amalgamas entre ambos cuerpos teóricos. Así, este primer capítulo explora los mecanismos mediante los cuales dichas teorías y discursos empezaron a materializarse (y transformarse) en instituciones de vigilancia como el Hospicio de Cundinamarca y el Hospital San Juan de Dios. Se pretende mostrar que para convertir la salud del niño y la lactante en un problema médico por excelencia fue necesario visibilizarlo y materializarlo mediante herramientas como historias clínicas, estadísticas y catálogos estandarizados de las enfermedades (Restrepo: 2011). Sin embargo, con la finalidad de dar mayor claridad a la llegada de estas nuevas teorías y herramientas, se considera prudente abordar primero algunas de las precepciones por médicos e intelectuales colombianos a principio de siglo XIX sobre lactancia y lactantes, como se verá a continuación.

A lo largo del siglo XVIII y principios del XIX la medicina europea había consolidado un modelo de pensamiento científico según el cual la salud, la moral y el intelecto guardaban estrecha relación con el clima (Hering: 2008). Así, para filósofos y científicos europeos los climas del continente americano degeneraban intelectual y físicamente a quienes los habitaban. Como consecuencia, no sólo consideraban que eran gentes inferiores al europeo, sino que además no podrían ser civilizados. Ésto suscitaría la refutación de algunos criollos ilustrados, quienes apropiarían y transformarían dicho modelo de pensamiento a sus contextos e intereses locales (Nieto: 2007). Así, por ejemplo, Francisco Antonio Ulloa (1808), partía de observaciones regionales y teorías de médicos europeos para sostener que la civilización del neogranadino sí era posible; sin embargo, esto dependía de la suma de una serie de factores (o agravantes).

Como primer factor para regenerar al neogranadino debía prestarse atención del tipo de clima en el que habitaba. Según Ulloa (1808), los climas americanos eran mucho más diversos que lo que suponían los científicos europeos que defendían el determinismo climático. Así, el influjo negativo de las tierras cálidas podía corregirse trasladándose a las tierras templadas o, cuando menos, aplicando medidas como baños fríos y vestimenta ligera a las gentes del lugar (Pág. 276). Si, además, se trataba de una mujer el panorama se complicaba. Para el autor prevalecía el ideal de la mujer como un ser opuesto a la perfección encarnada por el hombre. Dada su anatomía, delicada e inacabada, era más propensa a los influjos negativos del clima. Como consecuencia de estas influencias, aseguraba Ulloa, la mujer tenía mayor tendencia al libertinaje, la ociosidad y las pasiones. Así mismo, su cuerpo y su leche era un foco de contagio de dichos influjos (Pág. 312).

Como consecuencia, salvo que fuesen “de la virtud más pura” era perjudicial que toda madre y nodriza alimentaran con su leche a los niños (Ulloa: 1808, Pág. 313). Para alcanzar dicha virtud Ulloa proponía contrarrestar el influjo del calor mediante baños regulares y una dieta que purificara sus humores (Pág. 233). A esto se debía agregar la educación física y la privación de pasiones y excesos. Sin embargo, también Ulloa insertaba un concepto que en textos posteriores de la medicina será determinante sobre el manejo que se le debe dar a una nodriza: la herencia. Para el autor, en un marco neo-hipocrático, la constitución de las personas era heredable y marcaba de forma determinante a las siguientes generaciones: “es un principio bien averiguado que de la constitución de las madres depende originariamente la de sus descendientes. La continua experiencia también nos enseña, que ciertas enfermedades que atacan a la misma generación, se perpetúan de padres a hijos, de familia en familia y de siglo en siglo” (Pág. 321).

Así mismo, retomando las observaciones de viajeros europeos, Ulloa (1808) afirmaba que las mujeres de América “son más enfermizas y padecen más el histérico que las de Europa. Atacadas por las enfermedades nerviosas, es preciso que las transmitan a sus hijos, que las perpetúen en su descendencia, y que formen tarde o temprano una familia de enfermos. ¿Cómo han de alimentar vigorosamente a sus hijos, y darles una constitución que ellas no tienen?” (Pág. 322). Como consecuencia, la vigilancia de la mujer para que cumpliera con los preceptos de salud ya enunciados podría, eventualmente, ocasionar una

mejora en su descendencia. Sin embargo, dadas las circunstancias actuales, lo mejor era que en lo inmediato no lactase (Pág. 322).

Así pues, con el fin de no agravar dicha tendencia a la enfermedad se debía cuidar al niño de los humores que lo rodeaban. Ya descartada la madre, la nodriza, que era asociada con “la hez del pueblo”, seguramente conservaría condiciones morbosas en su leche (y prácticas antihigiénicas) a pesar de lucir sana (Ulloa: 1808, Pág. 324). Dichas condiciones, que habían sido heredadas, podrían a su vez transmitirse en la leche al niño y hacerse constitutivas de su cuerpo. Según Ulloa (1808), “El germen de las enfermedades que lleva la leche perniciosa, se mantiene escondido por largo tiempo como sucede con el de las enfermedades hereditarias o con ciertas substancias venenosas, que introducidas en el cuerpo humano, quedan ociosas y dormidas por algún tiempo, hasta que se despiertan y resucitan cuando menos se piensa” (Pág. 315). Así mismo, el sudor, “el aliento abrasado de ésta”, los besos y demás contactos suponían un peligro para la constitución del niño (Pág. 321).

Ahora bien, teniendo en cuenta que la leche, a ojos de Ulloa (1808), era el único alimento que un recién nacido debía consumir, afirmaba que “después de haber considerado mucho esta materia, he creído oportuno que se les alimente con la leche de los animales herbívoros y domésticos, tales como la cabra, la burra y la vaca. Ésta a más de ser prodigiosamente nutritiva, es muy inocente, y raras veces puede ser morbosa. Todas las mujeres de cualquier clima, debían ayudar a sus hijos con este alimento”. (Pág. 311). La perspectiva de Ulloa, inspirada por el neohipocratismo, concebía la naturaleza como un estado de pureza opuesto a las pasiones humanas. De esta forma, los alimentos vegetales eran procesados mediante la digestión en humores que a su vez contribuirían al balance que aseguraba la salud. Así mismo, el no consumir alimentos como la carne, que implicaban la violencia de asesinar al animal, mantenía este equilibrio entre ambos cosmos (el cuerpo y la naturaleza) y evitaba en el niño pasiones violentas y el desorden de su temperamento (Merizalde: 1828, Pág. 343).

Por otra parte, desde la enseñanza de la medicina colombiana, es posible observar que el hipocratismo se mantuvo hasta mediados del siglo XIX. En 1828 el catedrático de medicina de la Universidad Central, José Félix Merizalde (1828), había traducido el *Epítome de los elementos de higiene*, del francés Etienne Tourtelle. Éste, además de ser uno de los primeros textos traducidos para la enseñanza universitaria, incluía observaciones y adaptaciones por

parte de Merizalde (Pág. 4). Al igual que Ulloa, Merizalde (1828) sostenía que la constitución inmadura de la mujer le impedía los grandes trabajos intelectuales y físicos del hombre. Sin embargo, se perfila un cambio: en vista de que la naturaleza les había rehusado “el genio”, a cambio las compensaba con los atractivos “del cuerpo i del espíritu”, los cuales eran parte constitutiva (junto a lo aportado por el hombre) del niño (Pág. 9). O dicho en otras palabras, su rol en la sociedad, así como su ‘imperfección’ frente al hombre era reivindicada con los cuidados y atenciones que brindaría durante la crianza de su hijo.

Estas ideas, como señala Pedraza (2008), se enmarcaban en el cambio de perspectiva que experimentará lentamente la medicina del siglo XIX. La mujer sigue describiéndose como un estado de desarrollo inferior al hombre; no obstante, se buscará vigilarle y controlarle mediante su reivindicación como única persona capaz de ejercer el sagrado rol de la maternidad (Pág. 215). En efecto, Merizalde señalaba que “la naturaleza ha confiado a las mujeres los primeros cuidados en la educación del hombre. De ellas penden las costumbres, las pasiones, los gustos, los placeres i la felicidad de los hombres, [educarlos] i cuidar de ellos cuando son jóvenes; aconsejarles, consolarles i hacer la vida dulce i agradable cuando son grandes, son los deberes de las mujeres” (Merizalde: 1828, Pág. 392). Como consecuencia, debía garantizarse ese vínculo entre ambos, y una las formas predilectas de lograrlo era mediante la lactancia (Pág. 330).

En este sentido, Merizalde (1828) destacaba que una madre debía lactar a su hijo tanto por su significado moral, como por ser un dictamen de la naturaleza. Tal era el peso de este precepto, que se menciona que la madre que no lactara podía caer enferma (de locura, ceguera, sordera, apoplejía o úlceras en la matriz) por el mismo humor de su leche que se amontonaba e incluso derramaba sobre los órganos (Pág. 393). Así mismo, la salud del niño también dependía de la lactancia: según el autor, la digestión del recién nacido (que igual que la mujer tiene un organismo inacabado) no toleraba otras leches ni alimentos (Pág. 295). Además, la leche de la madre era “el nutrimento con el que ha empezado a existir” desde su formación intrauterina y el cual le transmitía su principio vital²⁴ (Pág. 397).

²⁴ “El vitalismo pretendía explicar los fenómenos de la vida y de la enfermedad, por medio de la existencia de un principio abstracto o fuerza vital” (Quevedo, Duque: 2002, Pág. 51). Para Merizalde dicho principio era el que llevaba los alimentos a los órganos y podía mermarse o estimularse por la influencia del clima y las pasiones. (Merizalde: 1828, Pág. 25)

Ahora bien, es importante señalar que a pesar de los beneficios de la leche humana a la salud del niño, Merizalde (1828) no recomienda acudir a la leche de otra mujer en caso de que la madre no pueda lactar. Para éste médico, como para Ulloa, la salud y la enfermedad también son una cuestión moral: el exceso de las pasiones, los alimentos succulentos y la “epidemia del lujo que deprava la máquina humana preparan el germen de una multitud de enfermedades” (Pág. 283). Así, las nodrizas, corrompidas por su procedencia “comunicará con el licor de sus pechos sus enfermedades, sus inclinaciones i vicios, con lo que el niño llevará una vida miserable, si es que no muere en manos de la vil mercenaria que lo criaba” (Pág. 283)²⁵. Esto explica el hecho de que aunque la leche de mujer es el único alimento recomendable para el recién nacido, Merizalde y Ulloa recomienden acudir a la leche de animales²⁶.

Sobre la acogida y penetración de las ideas de autores como Merizalde y Ulloa en la primera mitad del siglo XIX se podría afirmar que fue considerable. Los principios transmisores de la leche, morales y físicos, se convirtieron en una forma de argumentar la tendencia a la virtud o la criminalidad de un individuo. Las biografías o necrologías de personajes notables solían iniciar haciendo un recuento desde su infancia en la que se establecía su predisposición a ciertas dotes debido a la leche que habían mamado. Algunos ejemplos pueden encontrarse en diarios influyentes de la época como la *Gaceta de la Nueva Granada* y la *Gaceta de Colombia*. En 1834, por ejemplo, el alcalde bogotano José María Uricoechea publicaba la cronología de Fernando Rodríguez de la Serna (alcalde en 1800). En sus palabras, Rodríguez había mamado con la leche los buenos principios y las virtudes de sus padres (ambos personajes reputados). (Uricoechea: 1834, sin paginación).

²⁵ La nodriza secreta en su transpiración “miasmas que contribuyen a arruinar la salud de los que los reciben” (Merizalde: 1828, Pág. 440).

²⁶ Aunque no es posible medir la cantidad de madres que lactaban en el siglo XIX y las transformaciones de esta cifra en años posteriores, lo que sí se sabe es que desde finales de este siglo los médicos colombianos afirmaron que la mortandad infantil se debía principalmente al gran número de madres que se rehusaban a lactar. Como resultado, a los ojos de estos médicos, no lactar será muestra de la ignorancia materna, de su falta de habilidad en lo concerniente al arte de la crianza e incluso de su egoísmo. Así mismo, justificará las distintas formas de vigilarlas y de controlar su cuerpo con el fin de contrarrestar dicha mortalidad. En contraposición a esta perspectiva, autores como Dupuis (2002) Gallo y Márquez (2011) y Carrillo (2008) han intentado mostrar que la mortalidad infantil obedecía a una serie de factores más compleja: así, el uso de leches animales por consejo médico, las migraciones ocasionadas por las revoluciones industriales (y en el caso colombiano las constantes guerras del siglo XIX), la incorporación abrupta y desigual de la mujer al mercado laboral, y la resistencia por parte de estas al rol de la maternidad, brindan una base más satisfactoria que las explicaciones dadas por médicos de la época.

Otro ejemplo se puede encontrar en el N. 255 de la *Gaceta de Colombia* del 3 de septiembre de 1826. Allí se señalaba que en la leche de la madre se bebía el amor y respeto por las leyes (Gaceta de Colombia: 1826, sin paginación). De igual forma, es posible inferir que aunque algunos médicos e intelectuales se opusieron al uso de nodrizas, sus discursos se manifestaron en la práctica de manera diferente. Algunas familias de la élite seguirían creyendo que la leche humana transmitía las características físicas y morales de la lactante, pero contrario a lo opinado por autores como Ulloa o Merizalde, otros consideraban que el hecho de que fuese una mujer negra también podía transmitir virtudes o beneficios. Así, por ejemplo, el político colombiano José María Samper (1881) se preguntaba si la lactancia de una nodriza negra habría influido en su organización física, moral y la simpatía que decía sentir por la raza negra (Pág. 92).

Ya en el siglo XX es posible apreciar algunos cambios en las percepciones de la lactancia y las nodrizas por parte de los médicos. El médico Marco Iriarte, uno de los fundadores de la Sociedad de pediatría de Bogotá, afirmaba en una conferencia dictada en el Hospital de la Misericordia en 1932 que el empleo de nodrizas era una de las mejores formas de alimentar a los niños que acababan de padecer algunas enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, era difícil convencer a la madre de la necesidad de una nodriza ya que algunas creían que “ellas pueden transmitir, no solamente su herencia patológica, sino que su hijo puede heredar hasta las inclinaciones para el oficio que la nodriza desempeña” (Varón: 1932, Pág.1). De esta forma es posible afirmar que la noción de la leche como transmisor de virtudes y vicios se extendió y resinificó hasta entrado el siglo XX en las gentes ajenas a la medicina. De hecho será uno de las creencias que combatirían los médicos de las próximas generaciones, como el mismo Iriarte mostraba. Sobre el trayecto y las transformaciones que llevaron a esta nueva perspectiva sobre la nodriza se tratará en los próximos apartados.

1.2 Profesionalización de la medicina: ¿herencia o modos de vida?

Hacia mediados del siglo XIX la medicina colombiana experimentó cambios importantes. Miranda Canal (2001) afirma que hasta la década de 1860 la disciplina carecía de una institución educativa estable. Además, no contaba con medios de difusión y socialización regulares (como periódicos) ni publicaciones propias; los profesionales estaban dispersos (es decir, no agremiados) y no existía una reglamentación que limitara el ejercicio de la medicina a estos (Pág. 16). Como resultado, las nociones de quienes tenían potestad

sobre la salud y la enfermedad se repartían entre empíricos de distinta índole (comadronas, matronas, boticarios, curanderos, nodrizas) y los médicos (cuyo saber igualmente estaba disperso) (Pág. 17). Así mismo, en 1850 gobierno radical de José Hilario López, que veía en las universidades la manifestación del clasismo conservador, suprimiría el requisito de título profesional para ejercer la medicina y convertiría las universidades en Colegios Nacionales.

Algunos historiadores (Gutiérrez, Quevedo: 1996; Miranda: 2001) que han abordado este periodo desde distintas perspectivas coinciden en el hecho de que uno de los principales promotores del cambio en la enseñanza y el ejercicio médico fue el médico Antonio Vargas Reyes (1816-1873). Éste, formado en el Colegio Mayor del Rosario y la Universidad Central, se había especializado en Francia entre 1842 y 1846. Allí, entre otro grupo de pioneros colombianos, se deslumbraría con la medicina francesa; tanto por las posibilidades que brindaba a la investigación como por su solidez en la educación parisina (Miranda: 2001). Una vez en Colombia, con un prestigio en emergencia, iniciara un movimiento orientado al restablecimiento de la Facultad de Medicina y el agrupamiento del médico bajo una identidad y una serie de preceptos teóricos comunes (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 316)²⁷.

Tanto las gestiones de Vargas Reyes para profesionalizar la medicina, como la influencia de la medicina francesa en este, influirán la forma en que los médicos colombianos entendían a madres y nodrizas. En parte por la escasez de publicaciones y en parte porque las epidemias de la época captaban en gran parte la atención de los médicos, es difícil rastrear con precisión los cambios teóricos sobre lactancia hasta finales de la década de 1860. Sin embargo, las lecturas que animaban a estos médicos pueden dar pistas al respecto. La mentalidad anatomoclínica, que era el derrotero de Vargas Reyes (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 317), había sido postulada por el francés Xavier Bichat (1771-1802) y desarrollada por su discípulo François-Joseph-Víctor Broussais (1772-1838). Para ellos, el equilibrio humoral como base explicativa de la enfermedad será desplazado por la lesión anatómica. Esta debía ser localizada por el médico en una parte del cuerpo, bien fuese mediante la observación de

²⁷ Como resultado y medio de este propósito se impulsará la aparición de las primeras publicaciones científicas. Vargas Reyes, junto a su sobrino el médico Antonio Vargas Vega, publicará *La lanceta* (que inicia y termina en 1852) y *La gaceta médica* entre 1864 y 1867. Éstas cumplirán el vehículo de expresión y visibilización frente al Estado, la sociedad y los demás médicos. Así mismo, sentarán las preocupaciones de sus autores frente a la necesidad de construir una patología nacional y una teoría propia (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 317).

tejidos y órganos en la autopsia o bien rastreando los síntomas y signos en el cuerpo y la vida (alimentación, medio que le rodea) del paciente vivo (Pág. 303).

A la luz de estas consideraciones Broussais (1827), por ejemplo, sostendría que la leche no era un humor ni constituyente del cuerpo, como los órganos. En cambio, la definía como un fluido que recorría los sistemas anatómicos y que necesitaba de una serie de procesos químicos para convertirse en constituyente del cuerpo, fuera mediante su transformación en tejido muscular o graso (Pág. 15, 22). Esta afirmación no descartaba que la leche pudiera ser un vehículo para transmitir ciertas enfermedades de la lactante al niño; no obstante, a diferencia de los principios del neohipocratismo que habían defendido autores como Ulloa (1808) y Merizalde (1828), la calidad de la leche ya no dependía del color de piel de la lactante, el clima del que provenía o su posición social. Es decir, a ojos de Broussais (1827) se abría la posibilidad de que una mujer que en su anatomía reflejaba salud, pudiese producir una leche sana. En otras palabras, las alteraciones que la leche pudiera sufrir serían transitorias y no permanentes o hereditarias. Aun cuando emociones como la envidia o la cólera podían envenenar la leche al punto de causar la muerte del niño, dicha transformación se contrarrestaba evitando exponerse a emociones fuertes (Pág. 22).²⁸

Muestra de la posible influencia de este pensamiento en la medicina colombiana es la forma en que aparece brevemente la nodriza en publicaciones científicas y cátedras de medicina en la segunda mitad del siglo XIX. En 1865 Vargas Reyes organiza el programa de la cátedra de Obstetricia del Colegio Mayor del Rosario. Entre sus temas incluía un apartado de “Higiene de los niños. Alimentación. Cuidados que requieren y enfermedades de la madre y de las nodrizas durante la lactancia” (Quevedo, Duque: 2002, Pág. 210). Esto se hace aún más notorio cuando, por ejemplo, el *Programa para la enseñanza de la higiene en las Universidades de la república* de 1845, partiendo de un determinismo humoral (Pedraza: 2008, Pág. 216) solo hacía referencia a las madres como referente a la salud del niño (Vargas: 1845, 17).

²⁸ Llama especial atención que esta vulnerabilidad a las pasiones ira mermando cada vez más según el género. Al finalizar el siglo XIX dos textos médicos centrales de esta época (Plata Azuero: 1888; Vargas Vega: 1887) afirman que las pasiones afectan sobre todo a la mujer y especialmente a la mujer embarazada o lactante. A principios del siglo XX, por su parte, no se considerará algo capaz de llevar a la enfermedad; sin embargo una perturbación colérica para las embarazadas seguirá siendo una precaución que debe guardarse (Barberi: 1905).

Así mismo, hacia 1866 Vargas Reyes planeaba publicar en su *Gaceta Medica* una sección sobre el cuidado y alimentación de los niños dedicada a madres y nodrizas. Para el autor era imperioso que el embarazo, la lactancia y la maternidad fueran dirigidos por el saber médico. Esto, afirmaba, salvaguardaba a las mujeres de su ignorancia sobre el funcionamiento de su cuerpo y el del niño (Pág. 1). Dado que la revista se interrumpió en 1867 la sección solo concretó el primer capítulo. No obstante, tanto el programa de la Cátedra de Obstetricia, como esta publicación, permiten suponer una incipiente preocupación por la nodriza como sujeto de estudio y control de la medicina. Esto, ya que en lugar de prohibir el uso de estas mujeres, como hacia Merizalde (1828), se les menciona como parte del público (además de madres y médicos) al que se dirige la sección de la revista (*Gaceta médica de Colombia*: 1866, Pág. 1).

De igual forma, en otros números de la revista, Vargas Reyes cuestiona la perspectiva hipocrática que explicaba la enfermedad como un resultado de una alteración de la moral. Sin negar de forma determinante su influencia, considera que la enfermedad no depende de un estado de pureza o austeridad del hombre. En cambio, afirma que las enfermedades “son menos frecuentes i menos graves cuanto más bienestar disfruta la sociedad. La fortuna, la civilización, la industria adelantada, la buena construcción de las habitaciones contribuyen mucho a prolongar la vida” (*Gaceta médica de Colombia*: 1865, Pág. 3). La alimentación, por su parte, ya no tiende a la purificación o privación de los placeres que buscaba Merizalde (1828). Para Vargas Reyes el comer aparece más como una forma de vigorizar órganos y tejidos para resistir las inclemencias de los distintos climas sobre el organismo (*Gaceta médica de Colombia*: 1865, Pág. 4). Este cambio, más claro en autores posteriores, estará acompañado de lo que se esperará de la nodriza: ya no marginar sus humores sino reforzar los nutrientes de su leche para que el recién nacido combata las durezas de los climas colombianos (Plata: 1888, Pág. 378).

De lo anterior también es posible inferir que para Vargas Reyes el ejercicio médico ya no sólo representa una práctica privada entre paciente y médico, sino que se extiende al conjunto de la sociedad. Si, según el autor, la salud dependía de las condiciones de vida de una población, el médico debía procurar el mejoramiento de dichas condiciones mediante un rol político y social. En otras palabras, el saber médico debía constituir una forma de gobierno y el gobierno racional de las poblaciones enriquecería el saber del médico (*Gaceta*

médica de Colombia: 1865, Pág. 2). Así, el auxilio y la educación del pobre, la creación de instituciones para vigilar y educar a madres desvalidas, el saneamiento de habitaciones, según el autor, eran parte de una relación de reciprocidad: el médico adquiriría su conocimiento y contribuiría a la creación de una medicina nacional en la práctica de asistir al pobre (Pág. 2).

Esto también implicaba que el auxilio a los pobres no podía ejercerse sin la guía del saber médico. Entre sus críticas a lo que hasta el momento había sido la beneficencia manejada por el gobierno y la iglesia (es decir, el control de Hospicio y Hospitales), el autor señalaba la carencia de una dirección científica y calculadora. Según Vargas Reyes si los recursos de la higiene, “capaces de regenerar la debilidad de los países”, habían sido hasta el momento mal aplicados, “ésto se debía a la falta de una buena escuela de medicina y un profundo desconocimiento de las ciencias” (Gaceta médica de Colombia: 1865, Pág. 1). Así mismo, afirmaba que “es seguro que el Hospital de caridad i la Casa de refugio²⁹ tendrán mejor dirección bajo ese nuevo sistema, i no dudamos que con la reflexión [...] se persuadirán los señores gobernantes de que la Escuela de medicina i los establecimientos de Beneficencia pública pueden prestarse recíprocamente un apoyo mui sólido” (Gaceta médica de Colombia: 24 de abril de 1865, Pág. 1)

1.3 El Hospicio como primera institución para vigilar la lactancia

Hacia finales de la década de 1860 el Hospicio de Cundinamarca (también llamado Casa de refugio) contaba con dos tipos de nodrizas (también llamadas amas de leche por médicos y personal del Hospicio). Las internas, que no ascendían de dos, se hospedaban en el recinto y se encargaban de cuidar a los niños lactantes en el plazo en que eran recibidos por las nodrizas externas.³⁰ Éstas, por su parte, los criaban en sus hogares, ubicados en las zonas rurales de Cáqueza y Chipaque. Si bien el reglamento manifestaba la preferencia de hospedarlas a todas en el recinto, los fondos y la infraestructura del lugar lo hacían

²⁹ También llamados Hospital San Juan de Dios y Hospicio, respectivamente (Beneficencia de Cundinamarca: 1872).

³⁰ El informe de 1872 narra que el tiempo de espera era muy reducido ya que, dada su pobreza, varias nodrizas concurrían a la semana con la esperanza de ser empleadas. Así mismo, en 1875 se referiría en la Revista de los establecimientos de beneficencia el caso de una mujer que solicitaba le recibieran “en el Hospicio a una niña, hija suya, de año y medio de edad, que nació sin brazos ni piernas; i que, en atención a su notoria pobreza, se le considera a ella como ama, con el objeto de poder recibir el salario que les pasa el Hospicio a las que crían niños espositos en el campo” (Revista de Beneficencia: 1875, Pág. 1037).

imposible.³¹ Por esta razón, el acuerdo 9 de la Municipalidad de Cundinamarca de 1866 había resaltado la importancia de escoger y vigilar cuidadosamente a las mujeres que desempeñarían el cargo (Municipalidad de Cundinamarca: 1866).

Las críticas de Vargas Reyes no eran ajenas al funcionamiento del Hospicio. Aunque poseía el reglamento y el acuerdo mencionado, la aplicabilidad de estas normas no era supervisada ni contaba con la organización administrativa para garantizar su cumplimiento (Beneficencia de Cundinamarca: 1870, 1872, 1922, 1934, 1936). La Mayordoma del establecimiento, quien era la encargada de seleccionar a las nodrizas, no contaba con un parámetro establecido para esto. Sobre las condiciones que debía buscar en la nodriza solo se consigna que esta reuniese “las cualidades de arreglada vida i sana complexión” (Municipalidad de Cundinamarca: 1866). Como resultado, informes de años posteriores mostrarían que estas condiciones quedaban a la interpretación de la Mayordoma y, por tanto, muchas veces eran contratadas mujeres que no estaban en edad de lactar (aunque se les contratara específicamente para tal labor).³² (Beneficencia de Cundinamarca, 1922; Pág. XLIX; 1936, Pág. 79).

Por otra parte los chequeos periódicos de salud de nodrizas y niños tampoco contaban con parámetros definidos por el reglamento o una opinión médica. Cada mes la nodriza debía concurrir con el niño en el Hospicio para su revisión (dos meses, en caso de que residiera en una distancia mayor a un kilómetro). Allí se le solicitaba una libreta en la que se consignaba que había presentado el niño semanalmente al Alcalde del Distrito de su residencia y que este se encontraba vacunado³³. Los exámenes del niño, que eran llevados a cabo por la Mayordoma, el Tesorero o el Síndico, se reducían a verificar que el niño se encontrara “en condiciones de salud y robustez” y, si era posible, identificar algún tipo de maltrato físico por parte de la nodriza (Junta General de Beneficencia, 1872, Pág. 10).

³¹ Durante esta época el número de nodrizas era de aproximadamente 100 (Beneficencia de Cundinamarca: 1870, Pág. 21) Esta cifra se iría incrementando hasta finales de siglo, que superaba las 300 y en la segunda década del siglo XX llegaría a las 500 (Beneficencia de Cundinamarca: 1913, Pág. 45).

³² Cabe destacar, contradictoriamente, que si bien la ordenanza Municipal señalaba la necesidad de un examen médico, los informes presentados por la Beneficencia de Cundinamarca de años posteriores muestran que esto no se cumplió hasta el siglo XX. De igual forma, la junta de Beneficencia de Cundinamarca solo añadiría un médico al plantel del Hospicio hasta la próxima década (Beneficencia de Cundinamarca: 1875).

³³ Diana Obregón (2008) afirma que durante el siglo XIX la vacunación en Colombia operó más como una herramienta de control poblacional que como una solución real a las epidemias (Pág. 237). Esto sugiere una forma indirecta de vigilar a las amas; sin embargo, no se ha encontrado más información al respecto en los informes de Beneficencia o las revistas de medicina (especialmente en la *Revista de Higiene*, fundada en 1886, que sería la encargada oficial de difundir lo relativo a la vacunación en el país).

Lo anterior resultaba problemático, pues se prestaba para confusiones: en la primera década de 1870 se darían una serie de debates entre las directivas (sobre los que se hablará al final del apartado) en tanto sus puntos de vista sobre lo que se consideraba un índice de mortalidad normal y el estado de enfermedad diferían (Beneficencia de Cundinamarca: 1875). Así mismo, se corría el riesgo de que la nodriza destinara su leche únicamente al hijo propio y lo presentara en lugar del niño encargado. Ésto en el mejor de los casos, ya que también se temía que el niño fallecería y la nodriza lo remplazara o que en caso de enfermedad fuera suplantada por una mujer de aspecto más saludable (Beneficencia de Cundinamarca: 1914, Pág. 14; 1922, Pág. XLIX, 66; 1934, Pág. 8). Dichos problemas solo fueron acoplados por las directivas hasta la siguiente década, en parte por la influencia que empezó a jugar el personal médico del Hospital de Caridad en la administración del Hospicio. Así, la incursión del médico como autoridad principal sobre el Hospicio estará encaminada a observar más allá de la apariencia “de salud y robustez” con el fin, o cuando menos con la creencia, de que se podrían resolver estas ambigüedades³⁴.

Dos eventos jugarían un papel fundamental en la participación del personal del Hospital de Caridad en el Hospicio. Por una parte, la enseñanza de la medicina encontraría bases estatales sólidas. Ya aplacados los furores del radicalismo liberal, surge un interés en la educación universitaria como forma de mejorar las condiciones económicas y políticas del país. Como consecuencia en 1867 se aprobará bajo el mandato presidencial del médico y general Santos Acosta, el proyecto de creación de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia mediante la Ley 66 del 22 de septiembre³⁵. Por otra parte, en 1869, mediante la ley 14 la Gobernación de Cundinamarca dará vida a la Junta de Beneficencia de Cundinamarca y agrupará bajo su inspección al Hospicio y al Hospital de Caridad (en el que se llevarían a cabo la enseñanza y las prácticas de la Escuela de medicina). Esta medida tenía

³⁴ Un artículo de 1884 del médico Heliodoro Ospina, que por esta época apenas realizaba sus prácticas en el Hospital, señalaba que se había vuelto habitual entre mujeres que acudían a su consulta privada el enviar la leche de la nodriza a una botica para que se analizaran las propiedades nutritivas de ésta. Así mismo, el autor establecería diferencias entre robustez y gordura, lo cual no significaba salud (Ospina: 1884, Pág. 179).

³⁵ El proyecto sería defendido por Antonio Vargas Vega (médico del Hospital desde 1851 y Rector del Colegio San Bartolomé) y el médico Manuel Plata Azuero. Este último desempeñará un papel protagonista en la medicina colombiana desde varios ángulos: tanto como miembro de la Junta de Beneficencia, catedrático, director de la Sala de mujeres en el Hospital de Caridad y rector de la Universidad en los ochenta. Así mismo, sería cofundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales en 1873 (futura Academia Nacional de Medicina) (Ibáñez: 1883) y, como se abordará más adelante, hará una de las primeras publicaciones sobre lactancia basada en estudios propios hacia 1888.

el propósito de lograr un manejo secular y más eficiente de los pobres, enfermos y enajenados (Castro: 2007). No como una ruptura total con las instituciones religiosas,³⁶ que continuaron jugando un papel importante en la organización, sino como la subordinación de éstas al ojo de médicos y directivas.

Paralelo a estas concesiones se crea en 1869 el Servicio Científico del Hospital San Juan de Dios compuesto por los médicos Manuel Plata Azuero (director de la Sala de mujeres), Nicolás Osorio (director de la Sala de hombres) y Evaristo García. Ésto con la intención de monitorear el funcionamiento de las instituciones de caridad y la enseñanza médica³⁷ (Restrepo: 2011, Pág. 350). La herramienta principal para tal propósito serían las historias clínicas y el registro estadístico de los pabellones de enfermos donde los mismos miembros de dicho Servicio ejercían como médicos y catedráticos; sin embargo, dicha herramienta debía ser calibrada, razón por la cual para 1873 rinden sus falencias en un informe. En palabras de los miembros del Servicio Científico: “la estadística aplicada al movimiento material i científico en el Hospital, ha sido completamente desconocida entre nosotros; i sin embargo es ella la única que puede patentizar los inmensos servicios que presta el establecimiento [...] i la sola que puede suministrar las luces bastantes respecto de las causas de las enfermedades, su marcha i tratamiento, para hacer avanzar en nuestro país los conocimientos en las ciencias médicas”. (Beneficencia de Cundinamarca: 1873, Pág. 71).

Si bien desde 1869 se había logrado llevar una cuenta detallada y minuciosa del nombre de las enfermedades “las clasificaciones adoptadas en las enfermerías son tan variadas i defectuosas, que hai cuadros en que figuran más de 250 nombres de afecciones, cuando podrían todas reducirse a la cuarta o quinta parte; se halla una enfermedad figurando con distinto nombre en los dos servicios, i lo que es más, se encuentran en el mismo cuadro afecciones idénticas bautizadas con [...] diez denominaciones diferentes” (Beneficencia de Cundinamarca, 1873, Pág. 72). Ésto hacía imposible la recolección de todo dato sobre la causa y comportamiento de las enfermedades ya que “para saber si aumentan o disminuyen

³⁶ Durante la década del 70 el gobierno buscará desplazar en toda Colombia el control archivístico y estadístico manejado por la iglesia en cada distrito. Ésto, ya que mientras se sentaban las bases de estadísticas nacionales los distintos miembros eclesiásticos se habían manifestado inconformes con la intromisión en sus archivos. Así pues, se quería centrar en el Poder ejecutivo las decisiones policivas y sanitarias en lo concerniente a nacer, alcanzar la mayoría de edad (matrimonio) y morir (Pérez Pinzón: 2004, Pág. 559-603).

³⁷ Los tres, como se verá en el capítulo, serán personajes influyentes y parte del grupo de médicos que en 1873 fundaría la Sociedad de medicina y ciencias naturales (futura Academia Nacional de Medicina).

en los años siguientes; para apreciar su mortalidad [...] su duración, los resultados terapéuticos, etc., es preciso darse el inaudito trabajo de examinar el libro de entradas i salidas, [...] nombre por nombre, desde meses atrás” (Pág. 72).

Como solución los médicos del Servicio Científico proponían una serie de medidas: Primero que todo, la apertura de un libro especial para la estadística, la cual se tomaría basándose en *El tratado de nosología metódica*, traducido por el medico Antonio Vargas Vega y editado en 1855 por el Colegio Real de Londres (Restrepo: 2011, Pág. 366)³⁸. Éste, aprobado a finales del mismo año por las directivas de la Universidad Nacional y la Junta, se convertiría en el modelo para clasificar las enfermedades y registrar la mortalidad entre 1874 y 1900 aproximadamente. Así mismo, implicaba una transformación en la enseñanza, ya que Nicolás Osorio lo adaptaría a la Cátedra medicina y sería función de los médicos del Hospital el vigilar y comunicar a la Junta si los practicantes lo cumplían o no (Pág. 368).

Como medida final los médicos del Servicio Científico se habían dado a la ardua tarea de revisar todas las boletas desde 1870 (de años anteriores no se había recuperado información suficiente) y con base a estos datos extraían una serie de conclusiones. A falta de una Sala especializada para la atención de niños en el Hospital, estas conclusiones eran generales, lo que a su vez hizo evidente entre estos médicos la necesidad de crear una (Revista de Beneficencia: 1870, Pág. 35). Sin embargo, los resultados cimentaban las bases estadísticas que definirían posteriormente algunas de las políticas para intervenir y controlar a los pobres, entre esos las nodrizas del Hospicio, a finales de siglo XIX e inicios del XX (Restrepo: 2011, Pág. 411). Así, como primera conclusión, habían encontrado que las enfermedades predominantes eran, en este orden, la sífilis, las complicaciones intestinales y las afecciones respiratorias. De igual forma consideraban que todas derivaban, no de causas entendidas como inevitables, sino de la falta de higiene, disciplina, moralidad e intervención estatal (Beneficencia de Cundinamarca: 1873, Pág. 73). Así pues, proponían “la imperiosa necesidad en que se halla nuestra sociedad de tomar medidas [...] para contener los

³⁸ La medida retomaba una transformación de la medicina europea. El Congreso nacional de estadística parisina de 1855 había propuesto un sistema de clasificación que permitiera registrar de manera uniforme la enfermedad y las causas de mortalidad (Restrepo: 2011, Pág. 369). Su intención pretendía una comunicación entre médicos de distintas procedencias ya que a comienzos del siglo XIX la medicina se encontraba embarazada por la multitud de nosologías de diversa índole y calidad según tratados locales, observaciones empíricas, categorizaciones que partían de la tradición popular y que, en general, no encajaban en una imagen global de la salud y la enfermedad (ni mucho menos del cuerpo humano) (Pág. 373)

espantosos desastres que causa el alcoholismo; disminuir los estragos de la prostitución; evitarnos la vergüenza de ver sucumbir de hambre a tantos desgraciados en el seno mismo del país tal vez más abundante de la tierra” (Beneficencia de Cundinamarca: 1873, Pág. 73).

Como segunda conclusión el Servicio Científico afirmaba que algunas enfermedades intestinales habían mermado desde la creación de la Junta, lo que implicaba que “cuanto más se perfeccionen i se precisen los diagnósticos, más disminuya el número de esta clase de enfermos” (Beneficencia de Cundinamarca: 1873, Pág. 77). Era necesario, por tanto, organizar las instituciones de Beneficencia sobre bases científicas y ampliar la protección del pobre; tanto en la Casa de refugio (que se encontraba “en embrión”), como en el Hospital, cuyas salas no daban abasto. De igual forma debía incentivarse a la población para acudir al médico como primera opción ya que muchos preferían consultar a empíricos y vecinos (quienes, según el Servicio, agravaban la enfermedad) o acudían al Hospital ya cuando la situación era irremediable (Pág. 76).

Las conclusiones expuestas por el Servicio Científico se repitieron en los informes que Osorio y Plata Azuero (también miembros del Servicio) realizaron en 1872 como directores de las Salas de hombres y la Sala de mujeres del Hospital. Además de la necesidad de implementar las herramientas estadísticas, ambos médicos sostenían que debía mejorarse urgentemente las instalaciones del Hospital y crear otras dos Salas para parturientas y niños. Como primera razón, argumentaban que la mujer encinta y el recién nacido reclamaban atenciones específicas. Por otra parte, era necesario aislar a unos de las enfermedades reinantes en otros ya que “la elocuencia incontestable de las cifras [...] mostraba una enorme mortalidad en los niños causada por la aspiración del aire infecto exhalado por las parturientas” (Revista de Beneficencia: 1873, Pág. 78) a la vez que éstas se hacinaban con los demás enfermos. Así mismo, esta división permitiría al análisis estadístico arrojar una lectura de cada grupo poblacional y comprender con más precisión las enfermedades más recurrentes y sus causas (Pág. 27).

Tal era la influencia de Plata Azuero y Osorio, que a finales 1872 la Junta de Beneficencia destinaria fondos para la creación de una Sala de parturientas, la cual estaba a cargo del médico Librado Rivas (La Sala de niños, por su parte, vería la luz a finales de 1873). Los resultados de estas medidas, afirmaba Rivas en uno de sus informes, podían observarse incuestionablemente en las cifras: “En los resultados prácticos de esas reformas

han venido a confirmar espléndidamente los cálculos [...] pues la estadística de las Salas de maternidad nos revela que desde el mes de mayo, en que se alojó a las parturientas en su hermoso i cómodo local, no ha ocurrido ningún caso desgraciado, i que la mortalidad de los niños, apenas ha alcanzado el 5 por 100 desde que se les separó de los demás enfermos” (Revista de Beneficencia: 1873, Pág. 78).³⁹ En otro de sus informes, Rivas evidencia el avance de un discurso medicalizador de la maternidad: el autor felicitaba las mejoras implementadas, ya que permitirían atraer a la población e inculcar en estos la necesidad de acudir al médico como primera opción. De igual forma, contribuía a desestimar el uso de los distintos empíricos (boticarios, comadronas, curanderos) y protegía el cuerpo de la madre y el niño de su propia ignorancia (Restrepo: 2011, Pág. 353).

Así mismo, las reformas implantadas en el Hospital empezaron a tener repercusión en la forma de llevar el Hospicio. Para los médicos, así como para las directivas, los datos estadísticos arrojados por la Sala de niños (creada en 1873) representarían una forma objetiva de constatar si el Hospicio y las nodrizas estaban cumpliendo con su deber. Muestra de lo anterior es el debate que se suscitaba entre una Comisión⁴⁰ que había visitado el Hospicio y el Síndico del lugar en 1871, un año antes del informe del Servicio Científico. La Comisión señalaba que la situación era satisfactoria ya que habían encontrado, tanto en las nodrizas como en los niños, “salud y robustez”. (Revista de Beneficencia: 1872, Pág. 465). Sin embargo, consideraban prudente implementar un sistema de alimentación por leche animal ya que el método por nodriza no garantizaba la mejor educación física y moral de los niños (Pág. 465).

Como respuesta a este informe, el Síndico del Hospicio comunicó a la Junta que, tal como la Comisión había afirmado, los niños al cuidado de las nodrizas gozaban de perfecta salud y que, en cambio, podrían enfermar si se les alimentaba con leche animal. Mientras la Comisión opinaba que “*personas que deben tener experiencia afirman que no pasaría de 5*

³⁹ En uno de los informes de Rivas se hace evidente el avance de un discurso medicalizador: el autor felicitaba las mejoras ya que permitirían atraer a la población e inculcar en éstos la necesidad de acudir al médico como primera opción. De igual forma, contribuía a desestimar el uso de los distintos empíricos (boticarios, comadronas, curanderos) y protegía el cuerpo de la madre y el niño de su propia ignorancia (Restrepo: 2011, Pág. 353). Así mismo, se instauró en las instalaciones del Hospital una clase de obstetricia para mujeres que buscaba educar a madres y comadronas (Revista de Beneficencia: 1873, p. 728).

⁴⁰ Los inspectores y miembros de la junta eran elegidos entre ciudadanos destacados por sus méritos civiles y académicos. Algunos habían ocupado cargos en la Gobernación de Cundinamarca y entre sus estudios se contaba usualmente el derecho (Restrepo: 2011).

por 100 el número de niños que entre el total de los espósitos se resistiría al alimento de la leche de vaca” (Revista de Beneficencia: 1872, Pág. 265. El énfasis es propio) el Síndico, en cambio, juzgaba que la lactancia por leche animal “tiene, *en concepto de varios profesores distinguidos de medicina*, el gravísimo inconveniente de que a la mayor parte de los niños esta alimentación les es mui perjudicial a su salud, i muchos mueren por ella” (Informe del Síndico de la Casa de refugio: 1873, Pág. 14. El énfasis es propio).

Así mismo, el Síndico del Hospicio señalaba la posibilidad de que en un futuro se estableciese un Hospicio campestre en el que las nodrizas podrían vigilarse; sin embargo en el momento, y dados los fondos disponibles, tendrían que seguir encargando el cuidado de los recién nacidos a las nodrizas en el campo. Más aún, continuaba, era más prudente mejorar las condiciones de vida de estas mujeres y los niños aumentando el sueldo (que sería de dos pesos mensuales durante todo el siglo XIX) y colaborándoles con el alimento y el vestuario de ambos. La Junta, por su parte, fue consecuente con esta opinión: teniendo en cuenta la importancia de la leche de mujer en la alimentación del niño, se mantendría el uso de nodrizas hasta que estos tuvieran edad suficiente para regresar al Hospicio (Revista de Beneficencia: 1872, Pág. 268).

Esta decisión, compartida por el Síndico del Hospicio, refleja el interés de la Junta por la alimentación de los niños como uno de los factores determinantes de su salud. Sin embargo, el hecho de que hubiesen desoído la propuesta de la Comisión permite inferir que no consideraban preocupante la situación de aquellos niños que eran enviados al campo. Otro sería el parecer de algunos médicos del Hospital San Juan de Dios, los cuales consideraron que no se les estaban brindando los cuidados pertinentes. Informes del mal funcionamiento del Hospicio reaparecerían en 1875, esta vez remitidos por uno de los médicos del Hospital. En esta ocasión, a diferencia del informe presentado por la Comisión en 1871, la Junta prestaría mayor atención a las quejas sobre el funcionamiento del servicio de nodrizas. La razón, como se venía afirmando, es que los médicos rendían su opinión desde un terreno estadístico, aparentemente más objetivo que las opiniones de la Comisión. Dichas herramientas, además de legitimar sus opiniones, les había permitido una lectura diferente a la salud y robustez observada por Mayordomas o Síndicos.

El informe, dirigido por el profesor de clínica de la Sala de niños, Leoncio Barreto, denunciaba el lamentable estado en que estos eran recibidos del Hospicio “adoleciendo casi

todos de afecciones gastro-intestinales i miseria fisiologica [...] Los cuadros estadísticos de este departamento nos manifiestan una mortalidad que está en razón del 11 por 100. [...] De los 13 niños muertos [...] 5 nos han sido enviados del Hospicio i en tal estado, que 2 han expirado al momento de ser colocados en la cama: Siendo las enfermedades que traen casi todos de las que tienen por causa un defecto en la alimentación, cuyas circunstancias deben tenerse presentes, para tratar de mejorar ese establecimiento en que, probablemente la causa de la mayor parte de las enfermedades, son efecto del poco cuidado de las mujeres mercenarias⁴¹ a que han estado encargados” (Revista de beneficencia: 1875, Pág. 890).

Como resultado de las denuncias de Barreto, La Junta decidiría que el Síndico del Hospicio debía rendir un informe mensual acerca del sitio donde residían las nodrizas. Dichos informes y dichas visitas, no obstante, solo empezaron a realizarse hasta el siglo XX (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. 45). De hecho hacia 1877 todavía se señalaba la dificultad que suponía vigilar a las nodrizas ya que esto implicaba que los funcionarios designados para la tarea tendrían que desplazarse a lo largo de toda la sabana cundinamarquesa; como consecuencia el mismo Secretario general de la Junta, Juan Obregón, solicitaba a la Gobernación de Cundinamarca el ensanchamiento del Hospicio para albergar en este a niños y amas (Beneficencia de Cundinamarca: 1877, Pág. 8). Lo que sí se efectuó durante 1875 fue la vinculación de un médico como parte del plantel del Hospicio. Ésto se hace aún más llamativo si se tiene en cuenta que hasta el momento el médico sólo era solicitado en caso de evidente enfermedad. Constatar la salud del niño, su estado de normalidad, correspondía a la Mayordoma, el director o el tesorero que pagaba a las nodrizas (Revista de beneficencia: 1872).

La decisión de incorporar un médico al plante del Hospicio fue tomada en 1875. Recientemente, ese mismo año, se había presentado una epidemia de sarampión, razón por la cual la Junta encargo a Librado Rivas (que había dirigido la Sala de maternidad desde 1972) el cargo de residir en el Hospicio. Una vez controlada la epidemia, el cargo de médico del Hospicio volvió a ser externo; es decir, el médico solo acudiría en caso de enfermedad.

⁴¹ Amas mercenarias sería otra forma de referirse a las nodrizas. La razón obedece a la idea de que estas vendían su leche y sus servicios únicamente por el beneficio económico. Esto presenta una connotación negativa sutil ya que como afirma Pedraza (2008) la maternidad se pensará en el siglo XIX como un don de la naturaleza y un deber moral que se desempeñaba por la misma realización brindada (Pág. 345). En 1872, por ejemplo, la misma Comisión que había sugerido reemplazar a las amas por leche de vaca afirmaba que estas usaban al niño “como un instrumento de especulación”. (Beneficencia de Cundinamarca: 1872, Pág. 645).

Sin embargo, teniendo en cuenta las quejas presentadas por Barreto 1875, la Junta acordó que el médico prestaría tres visitas semanales al Hospicio y concurriría el día en que se efectuaba el pago de las nodrizas para examinarlas a ellas y a los niños. En años anteriores, cuando se presentaba una defunción, el ama debía presentarlo a la Mayordoma y al párroco para que hicieran el registro debido. Ésto entorpecía el registro ya que muchas veces las causas de defunción referidas por el ama no eran claras. De esta forma el examen, bien fuese en el Hospital o realizado por el médico, permitiría esclarecer las causas y contribuir a la estadística nosológica del establecimiento. Así mismo, debía presentar un reporte trimestral en el que se indicaran las reformas estimadas para mantener la salubridad y salud de los niños (Informe de Beneficencia: 1875, Pág. 23).

Lamentablemente dichos reportes no se incluyeron en la Revista de Beneficencia, los Informes presentados a la Junta ni ninguna otra publicación médica. Sin embargo, un artículo de 1884 publicado por el ya mencionado Heliodoro Ospina (1884) (que sería director de Clínica del Hospital en 1875) permite entender el procedimiento que un médico debía seguir (y enseñar) a la hora de escoger y vigilar una nodriza. El autor narraba el caso de una familia acomodada que había solicitado sus servicios tras ver que su hijo no mejoraba con los remedios caseros. Al constatar que “todo el aspecto de la fisionomía” le indicaba “una lesión de los órganos de la cavidad del vientre” proscribía “todo alimento que no fuera una nodriza sana [...] pues la mayor parte de las enfermedades de la primera infancia tienen por causa única la prematura alimentación mixta” (Pág. 178).

Así pues, era “preciso buscarla de preferencia en el campo, averiguar hasta donde posible sea sus antecedentes de vida, *fijarse en su robustez, no quiero decir en su gordura, que está nada significa*”⁴² (Pág. 178. Énfasis propio). Este llamado, que fijaba el interés en su cuerpo, implicaba “ver con cuidado si no tiene alguna enfermedad en la piel o en la cabeza, si no tiene alguna cicatriz en el cuello o si no se le tocan especie de nudosidades o tumorcillos debajo de la piel, en el cuello o la boca, si tiene buena dentadura, si no tiene ulceraciones en la boca o la garganta, mal aliento, respiración fácil, si los senos están bien llenos y dejan salir con facilidad la leche, si ésta es abundante y de un hermoso color blanco azulado, fijarse en el aseo y en su modo de ser en general” (Pág. 178).

⁴² De igual forma una tesis presentada en 1893 por Claudio Rengifo (1893) afirmaría que “las mujeres que tienen tendencia a engrasarse, son, por lo general, malas nodrizas” (Pág. 20).

Así mismo, Ospina (1884) menciona la posibilidad de enviar la leche a un boticario para que analice sus propiedades. Esto, siempre y cuando el examen sea complementado con las observaciones del médico puesto que era el único capaz de distinguir los síntomas de la enfermedad (tanto en la leche como en la nodriza) (Pág. 178). Si bien Ospina no lo especifica, la fuente que cita en algunas de sus afirmaciones, el médico francés Armand Trousseau (1861)⁴³, sostenía que una constitución fuerte y saludable no era suficiente para garantizar una secreción abundante, por tanto era esencial evaluar la forma y constitución de los senos, así como el mismo acto de lactar (Pág. 517). Esta nueva recomendación se hace aún más relevante si se recuerda, como ya se venía mencionando, que las audiciones para nodriza en el Hospicio no necesariamente constataban si podían lactar (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLIX; 1936, Pág. 79)

1.4 Conclusiones

Puede concluirse que para la segunda mitad del siglo XIX se convirtió la salud del niño, así como las condiciones de vida de una población, en un problema médico por excelencia a ojos de la Junta gracias a su visibilización y materialización mediante la autoridad de los números (Foucault: 2001). De igual manera, el interés por la triada de males sociales que proponía el informe del Servicio Científico (alcoholismo, promiscuidad, desnutrición) no fue consecuencia exclusiva de políticas y teorías importadas sino, mejor, el resultado de estudios y apropiaciones locales. Puede que la estandarización de metodologías no fuese inmediata y durante todo el resto de siglo se presentaran quejas por parte de funcionarios y médicos (Revista de Beneficencia: 1879, 1880, 1894)⁴⁴. Así mismo artículos como el de Heliodoro Ospina (1884) muestran que incluso las élites acudían al médico solo cuando los consejos de vecinas, curanderas, familiares y demás no resultaban exitosos (Pág. 78). Aun así, los cambios propiciados por el modelo estadístico implementado son notables. Causas ambiguas de las enfermedades que antes aparecían en la estadística del Hospital como la enfermedad misma (mordidas por animales, diarreas, cólicos, etc.) fueron desapareciendo

⁴³ Trousseau (1801-1867) sería uno de los médicos más reputados de su época, tanto así que le valdría el calificativo de “el modelo de los clínicos”. En 1839 le nombrarían Director de farmacología y terapéutica de la Facultad de Medicina de París. En 1856 se haría Miembro de la Academia de Medicina y en 1859 recibiría el reconocimiento de la Legión de Honor (Sorzano: 1899, Pág. 14).

⁴⁴ De hecho en 1931 el Director Nacional de Higiene, Pablo García Medina, señalaba que aún muchos municipios carecían de un registro estadístico satisfactorio (Gallo, Márquez: 2011, Pág. 67). Así mismo, en 1938 el informe del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social afirmaría que aún no habían en Colombia estadísticas fiables para sacar conclusiones precisas sobre mortalidad (Pág. 68)

hasta agruparse en enfermedades concretas descritas por los distintos sistemas de órganos (sistema digestivo, nervioso, etc.). (Restrepo: 2011, Pág. 366).

Así mismo, las estadísticas se perfilaran como una forma objetiva de vislumbrar y controlar el comportamiento de una población más allá de la vista de un solo médico (un solo político, un solo policía, etc.) desde su consultorio y su día a día (Foucault: 2001). Sin embargo, antes que consolidar un modelo objetivo, como pretendían los médicos, se empezarán a concebir algunas enfermedades no como un evento recurrente y normal dentro de la vida diaria, sino como una desviación anormal del progreso. De manera sutil, aunque clara, introducirán percepciones sobre el cuerpo del pobre (que imaginaron sucio, malnutrido) y sus prácticas. Obreros, madres solteras, nodrizas y demás serán la confirmación de discursos médicos y políticos, como la manifestación de una forma de vida incorrecta y carente de civilización (Restrepo: 2011, Pág. 424).

Esto, a su vez, permitirá llamar la atención de las autoridades sobre problemas que ya se venían enunciando en la medicina y la política pero que a partir de las cifras se harían visibles y concretos. La creación de algunas normas y comunicados a nivel de la alcaldía resalta el emergente interés político en la y la mortalidad infantil si recordamos que para la década de 1860 la regulación de nodrizas era escasa y se reducía al funcionamiento del Hospicio. Así, en 1873 se reformaría el Código Civil, el cual en un breve artículo (2048) señalaba que “La mujer que se contrata como nodriza, será forzosamente obligada a permanecer en el servicio mientras dure la lactancia, o no pueda ser reemplazada sin perjuicio de la salud del niño”⁴⁵. En 1875, por otra parte, el alcalde de Bogotá dirigiría una nota de amonestación al Síndico del Hospicio según la cual le preocupaban las cifras de defunción del establecimiento, posiblemente las mismas esgrimidas por Leoncio Barreto. Esta situación se hacía más escandalosa en tanto la mortalidad se debía a enfermedades intestinales que en su opinión eran evitables (Revista de Beneficencia: 1875, Pág. 952).

Así mismo, en 1886 el Congreso Nacional creará, mediante La ley 30, la Junta Central de Higiene, la primera institución estatal encargada de organizar la higiene pública desde un marco de acción legal a nivel nacional (Quevedo et al: 2004, Pág. 64). Ésta se compondrá

⁴⁵ Ver en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39535>. Sobre las razones que posiblemente animaban esta ley, además de la preocupación por la mortalidad infantil, se profundizarán en el próximo capítulo.

por una terna de médicos⁴⁶ (propuesta por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales) y sus disposiciones deberían acatarse obligatoriamente por toda autoridad (Pág. 65). Si bien Quevedo et al. (2004), afirman que durante sus inicios la Junta encontró numerosos obstáculos (Pág. 70), no es una exageración señalar que dicha medida le encomendó buena parte del control de la ciudad al saber y gremio médico. Desde el marco de la salud, a la Junta le correspondía supervisar y decidir todo lo relativo a construcción de calles, alcantarillado, edificios, negocios; la inspección de oficios, alimentos, mercancías, manejo de residuos, y, en general, todo lo relacionado a las prácticas más cotidianas de cada sector de la población (Pág. 64).

Aunque las instituciones de Caridad seguirían a cargo de la Beneficencia, la Junta también debía controlar las principales enfermedades epidémicas (lepra, cólera, viruela y fiebre amarilla). Así, entre sus tareas se incluía el examen sanitario de hospitales y hospicios (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 336). Este punto, a su vez, agregaba una Comisión encargada de la mortalidad, la estadística médica y las “cuestiones de higiene pública, relativas a los recién nacidos, a los expósitos y al servicio de nodrizas” (Michelsen: 1887, Pág. 9). Aun con la brevedad de este enunciado, debe tenerse en cuenta que el control de nodrizas ya no empezaría a entenderse solo como la obligación del médico, las autoridades locales o departamentales. En cambio, plantea sus primeras bases como un problema a nivel nacional. Es posible afirmar, por tanto, que el ejercicio del poder sobre las poblaciones empezará a entenderse como indisoluble del conocimiento estadístico de ésta, lo que a su vez involucrará cada vez más la participación del gobierno sobre la implementación y desarrollo de estas herramientas (Restrepo: 2011, Pág. 454).

⁴⁶ Los primeros miembros serían Carlos Michelsen, Nicolás Osorio, Aureliano Posada y Gabriel Castañeda, catedrático de Patología e Higiene de la Infancia desde 1881 (Quevedo et al: 2004, Pág. 56)

2. Bases para la construcción de un saber local en torno a la lactancia

2.1. Primeras publicaciones y estudios

En el primer capítulo se pudo observar que la estandarización de la estadística y la nosología en las instituciones de Beneficencia permitió a sus médicos y directivas concentrar su atención en la mortalidad infantil (Restrepo: 2011). También se pudo observar que una de las causas más frecuentes de mortalidad eran las enfermedades gastrointestinales, razón por la cual surgirían algunos debates sobre la forma en que debía alimentarse a un recién nacido (Revista de Beneficencia: 1872; 1875). Dado la brevedad de algunos de los informes presentados a la Junta de Beneficencia y los distintos temas que trataban (lazaretos, rentas, mendigos, enfermos, etc.), a veces se dificulta captar todo el panorama manejado por los autores. Así, por ejemplo, aún no hemos profundizado en el papel que juega la leche humana en los procesos de curación y desarrollo del niño; tampoco se han expuesto los parámetros detallados según los cuales una mujer sería apta para lactar o no. Con esto en mente el presente capítulo expondrá algunos de los primeros textos publicados a partir de la década de 1880 por médicos colombianos sobre la forma en que madres y nodrizas debían manejar sus vidas (alimentación, higiene, ejercicio, etc.).

Sin embargo, antes de mostrar sus opiniones sobre lactancia y lactantes es importante entender dos aspectos: por una parte, la forma en que estos médicos creían que se originaban y comportaban las enfermedades. Como bien señalan Gutiérrez y Quevedo (1996), a partir de 1880 la medicina colombiana empezará a explicar el origen de las enfermedades a partir de la influencia de microorganismos (y ya no solo como la lesión de un órgano) (Pág. 70). Por otra parte, también es importante explicar la forma en que estos médicos creían que funcionaba el cuerpo humano (fisiología) y cómo podrían blindarlo a dichos microorganismos o promover la eliminación de estos mediante el metabolismo (Plata: 1888). Es a partir de esta relación entre cuerpo humano y microorganismos (como se verá en la segunda parte del capítulo) que argumentarán que controlar y seleccionar a la lactante permitiría intervenir y perfeccionar el organismo del niño. O en otras palabras, que no solo podrían combatir la mortalidad infantil sino, además, suprimir lo que estos médicos consideraban la debilidad del pueblo colombiano (Pedraza: 2011; Plata: 1888).

Ahora bien, durante la década de 1880 los informes presentados a la Junta de Beneficencia por médicos y directivas de las instituciones de caridad disminuirán sus

menciones sobre nodrizas, lactancia y el Hospicio de Cundinamarca. El funcionamiento de esta institución, tan debatido una década atrás, se reducirá en la de 1880 a tablas sobre el movimiento de gastos e ingresos, el personal del año y la tasa mortalidad⁴⁷. En parte esto podría explicarse porque en 1876 una facción de la Escuela de Medicina se trasladó al edificio de Santa Inés de la Universidad Nacional (ubicado en la Candelaria). Como consecuencia, el Poder Ejecutivo había expedido un decreto con fecha del 18 de mayo por el cual se disponía que la Junta de Inspección y Gobierno de la Universidad fuese la encargada de organizar el Servicio Científico del Hospital (Revista de Beneficencia: 1876, Pág. 1138).⁴⁸ Por otra parte, la creciente epidemia de la lepra capturaba cada vez más la atención y fondos de las distintas instituciones, así como los profesionales involucrados en estas (Obregón: 2002). En los informes de la Beneficencia la mayoría de asuntos tratados giraran en torno a la administración de los lazaretos, la experimentación médica para comprender la lepra y la necesidad de contener una epidemia que amenazaba con arrasar el país (Revista de Beneficencia: 1880-1885).

Esto dificulta, en principio, seguir los acontecimientos del Hospicio. No obstante, de los estudios y debates en torno a cómo debía tratarse la lepra también surgieron opiniones sobre el papel que jugaba la leche humana en la salud del niño (como se verá más adelante). Así mismo, distintos autores se aproximarán al tema en otros medios como la *Revista Médica de Bogotá* (órgano de difusión de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales). Sus publicaciones, aunque de número y extensión reducidos, permiten evidenciar un interés cada vez mayor por parte de algunos médicos en consolidar un saber local en torno a la lactancia. Es así como en 1884 se publicará el ya mencionado artículo de Heliodoro Ospina sobre la forma de escoger a una nodriza y los beneficios de su leche para las enfermedades gastrointestinales (Ospina: 1884). De igual forma, en el mismo año aparecerá la primera publicidad dirigida a nodrizas en una revista médica (Anexo 1), la cual promocionaba un extracto de quina llamado Quina-Laroche. Allí, dicho producto se recomendaba “a las *Mujeres en cinta* y a las *Nodrizas* cuyas fuerzas sostiene y aumenta la calidad de la leche. Su uso facilita el *Destete*, la **Dentición** y el *Desarrollo* de los niños” (Anexo 1, énfasis propio

⁴⁷ Así mismo, la Revista de los establecimientos de Beneficencia se dejará de publicar en 1894 y los informes anuales presentados por la Junta de Beneficencia de Cundinamarca empezaron a interrumpirse como resultado de las guerras internas y la inestabilidad de fondos (Castro: 2007).

⁴⁸ Sin embargo la búsqueda de este tipo de informes en el Archivo de la Universidad Nacional fue infructuosa.

de la fuente). Adicional a esto, se ofrecía la imagen de una mujer de apariencia alegre y vigorosa jugando con dos niños de aspecto similar. De igual forma, en la misma revista, aparecieron breves notas para reconocer la calidad de la leche humana (Revista Médica: 1887, Pág. 765) y detectar ciertas enfermedades contagiosas presentes en ella⁴⁹ (Revista Médica: 1894, Pág. 289).

Este incipiente interés por parte del gremio médico por construir un saber sobre la lactancia se acrecentará hacia finales de la década de 1880 a partir de, principalmente, dos razones. Como primera podría acusarse la influencia de distintos Congresos internacionales que buscaban fortalecer el estudio médico de la infancia y promover campañas de intervención sobre este tema en Sur América. En 1884, por ejemplo, el médico Ignacio Gutiérrez Ponce representaría al país en el Congreso Internacional para la protección de la infancia en París (Pérez: 1884, Pág. 45). Allí, como medida fundamental para garantizar el cuidado del niño, se resaltaría la importancia de crear auxilios para madres y nodrizas, tanto para que las primeras no abandonaran a sus hijos, como para que las segundas pudieran prodigarles un mejor cuidado (Ponce: 1884, Pág. 21). Así mismo, se instaba a reforzar la vigilancia sobre estas últimas mediante las instituciones públicas y el establecimiento de un servicio educativo en lo tocante a la crianza (Pág. 23). Los resultados del congreso serían recogidos en la Memoria del secretario de Relaciones Exteriores y comunicados al Congreso Nacional en el mismo año (Pérez: 1884, Pág. 45).

Como segundo factor en la construcción de este saber local sobre la lactancia es de mencionar el papel de los datos estadísticos recogidos en el Hospital San Juan de Dios. La implementación de un modelo estadístico y nosológico estandarizado desde 1872 por el Servicio Científico del Hospital (expuesta en el Capítulo 1) empezará a rendir frutos: en 1888, Manuel Plata Azuero (Rector de la Universidad Nacional desde 1877) publicará su *Tratado de Terapéutica aplicada*, uno de los libros centrales en los próximos años de labor médica colombiana (Vargas Rubiano: 1994, Pág. 56). Éste se componía de un volumen de más de 500 páginas que recogía 15 años de años de observación en la Cátedra de Clínica y Terapéutica (dictada por Plata Azuero en la Universidad Nacional), datos estadísticos recogidos del Hospital San Juan de Dios y colaboraciones de otros miembros de la Sociedad

⁴⁹ Para mejor comprensión de los contenidos, estas publicaciones se abordarán una vez se hayan expuesto los textos principales

de Medicina y Ciencias Naturales. Sus contenidos versaban sobre todo lo relacionado a la curación, los debates más importantes de la medicina colombiana y, sobretodo, un capítulo dedicado a la lactancia y las enfermedades infantiles (Plata: 1888, Pág. VIII).

Para Plata Azuero (1888) la importancia de su trabajo radicaba en que hasta el momento la medicina, tanto nacional como europea, era insuficiente para la enseñanza. Mientras la una apenas se gestaba, la otra desconocía las particularidades del clima y las idiosincrasias; como consecuencia, solo podía aproximar parcialmente al médico a la comprensión de la enfermedad, sin tener en cuentas las particularidades locales (Pág. X)⁵⁰. En sus propias palabras, la *Terapéutica* componía un trabajo sin antecedentes, razón por la cual instaba a los médicos de todo el continente a reunir los textos necesarios para un segundo volumen (Pág. XIV). Si bien éste no se consolidó, la *Revista Médica* publicó un resumen de cada capítulo entre 1888⁵¹ y 1889 (Revista Médica: 1888, 1889). Así mismo, el médico Manuel Laza Grau, Secretario de fomento, promoverá un contrato para la compra de algunos ejemplares (destinados a la enseñanza universitaria) por parte del Congreso de los Estados Unidos de Colombia (Azuero: 1888, Pág. VI).

Por otra parte, un año antes Antonio Vargas Vega (1887) publicará el *Manual de medicina doméstica*; texto en una línea teórica similar al de Plata Azuero pero adaptada la comprensión de las gentes ajenas a la disciplina (Pág. V). En ambos se hará evidente el rechazo a las teorías de la leche como modo de contagio moral y en cambio se buscará reforzar y observar sus cualidades nutritivas. A su vez, en 1893 el médico Claudio Rengifo (1893) presentará una tesis de grado en la que recogía algunas opiniones médicas sobre lactancia en consonancia con las ideas de Vargas Vega y Plata Azuero.⁵² Allí, afirmará que “no hay que atribuir a las nodrizas el poder de transmitir las costumbres y el carácter por medio de la leche, como lo hacen algunos eruditos, refiriendo hechos que no pasan de ser puras fantasías” (Pág. 22). En cambio, “como se ve por la composición de los elementos

⁵⁰ Sobre los debates y prorrogas de los médicos colombianos para crear una medicina nacional durante el siglo XIX ver García (2007, 2015)

⁵¹ En el mismo año se publicaría un artículo que anunciaba el *Tratado* y la reputación que lo precedía: “En Colombia todos saben que el Dr. Plata Azuero, es un médico muy notable por su elevada inteligencia, sus extensos y variados conocimientos, su febril actividad y consagración al trabajo; éstas son las razones que nos permiten augurar, que su obra alcanzara un éxito completo” (Revista Médica: 1888, Pág. 85).

⁵² El trabajo estaría dirigido por uno de los miembros de la Junta Central de Higiene, Abraham Aparicio. Así mismo, entre el jurado calificador se contaría Nicolás Osorio y Leoncio Barreto (Rengifo: 1893, Pág. 55)

solidos constitutivos de la leche de mujer, [ésta] es el alimento obligado del niño durante sus primeros meses, y el que más le conviene, por ser de más fácil digestión". (Pág. 08).

Como ya se venía mencionando, es importante señalar que estos tres autores enfocarán su atención en las capacidades terapéuticas de la nutrición y la lactancia a partir de una relación compleja de bacterias, fisiología, alimentación e higiene. En sus textos argumentarán que dado la imposibilidad de suprimir todas las bacterias del medio, el mejor método de conservar la salud sería construir un organismo más resistente mediante la nutrición. Así, una de las principales funciones del médico era recetar los alimentos más apropiados según factores como la edad, el género y el trabajo desempeñado (Plata: 1888, Pág. 59). Por esta razón, antes de profundizar en estos tres textos, es indispensable hacer un breve recuento de la entrada de la bacteriología al país, sus planteamientos y cómo fue apropiada y debatida por médicos colombianos.

2.2 Algunos debates sobre bacteriología y herencia

Durante los 80 la mentalidad anatomoclínica, que como se explicó en el primer capítulo había brindado las bases para la profesionalización de la medicina colombiana, se convertirá en una explicación insuficiente de las causas de las enfermedades para algunos médicos (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 70). Quizá la causa principal de ésto sea la llegada de la teoría parasitaria, la cual había adquirido un protagonismo excepcional en Europa a partir de los estudios de Louis Pasteur; no solo como una metodología sino como un principio identitario que vinculaba a los médicos bajo el ideal de la ciencia y el servicio a la humanidad (Pág. 331). Si bien es cierto que la existencia de microorganismos se venía proponiendo desde el siglo XVII, solo a partir de Pasteur se lograría refutar la teoría de la generación espontánea; es decir, la concepción de que la fermentación y la putrefacción obedecían únicamente a procesos químicos y físicos internos (Quevedo et al.: 2004, Pág. 77) Teniendo esto como base era de suponer que la enfermedad y las infecciones tampoco se reducían a una alteración de la materia animal, sino que reclamaba la participación de agentes externos (Pág. 78).

Dichos aportes se venían consolidando desde mediados de siglo XIX; sin embargo, en Colombia solo empezarían a discutirse hasta los años ochenta. La creación del Instituto Pasteur en Francia (1887) jugaría un papel influyente, ya que además de reestructurar la educación médica se convertirá en un importante foco de propagación a nivel global. Así,

algunos médicos formados en el exterior volverán al país con la intención de difundir la doctrina por distintos medios (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 70). Gabriel Castañeda, miembro de la Junta Central de Higiene, sería uno de los principales abanderados en el proceso de la bacteriologización de la higiene pública y la medicina. Por una parte, emprenderá la publicación constante de reseñas sobre los puntos principales de la bacteriología y la teoría pasteuriana en la *Revista Médica de Bogotá* (Gutiérrez, Quevedo: 1996, Pág. 71). Por otra, quizá más importante, buscaría participar en debates internacionales sobre el tema a partir de investigaciones locales (Plata: 1888, Pág. 385).

Como ya se venía señalando, durante esta década la lepra captará la atención de médicos y autoridades (Obregón, 2002). Esto enfrascará a Castañeda en un debate junto a los médicos Juan de Dios Carrasquilla y Juan David Herrera sobre el origen de la enfermedad. Dicho debate resonaría en las sesiones de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y la *Revista Médica*. También sería comentado por Heliodoro Ospina y Plata Azuero, que a su vez conformaban una comisión encargada por la Beneficencia para estudiar la lepra (Beneficencia de Cundinamarca: 1879). Éste último mostraría una afinidad especial por el trabajo de Castañeda hasta el punto de incluir un resumen de sus trabajos sobre lepra y bacteriología en su *Terapéutica*. La importancia de Castañeda, afirmaba Plata Azuero, radicaba en que había sido el primero en dar una explicación satisfactoria del origen de la enfermedad mediante la teoría parasitaria (Plata: 1888, Pág. 390). Así mismo, sus conclusiones no se reducían al campo de la lepra sino que éste, e incluso Plata Azuero, las habían extrapolado a un terreno general sobre el funcionamiento y constitución del cuerpo.

Así, a la luz del trabajo de Castañeda las enfermedades aparecían, no como un constituyente o un cambio permanente del cuerpo humano, sino como un huésped o alteración temporal⁵³. Esto, ya que las células de uno y otro (cuerpo y microorganismos) eran de naturaleza diferente y por tanto no podían fundirse (Plata: 1888, Pág. 395). La célula humana, de orden animal, se componía “de millares de átomos infinitamente pequeños, denominados unidades fisiológicas [...] Estos átomos, mezclándose o uniéndose los unos con los otros de innumerables y variados modos, van formando lentamente infinidad de

⁵³ Caso contrario entre finales del siglo XVIII y principios del XIX. Para estos médicos el cuerpo femenino era una desviación del cuerpo masculino (Pedraza: 2008). Azuero (1888) seguiría considerándolo más propenso a la enfermedad pero con el cuidado apropiado se mantendría dentro del margen de la salud (pág. 209).

elementos figurados, que, por nuevas agrupaciones entre sí, producen los diversos tejidos, órganos y aparatos que constituyen el nuevo ser.” (Plata: 1888, Pág. 395).

Los microorganismos, por otra parte, eran células de orden vegetal⁵⁴: “Los microbios patógenos o sus gérmenes, que no son otra cosa que células orgánicas en ciertas condiciones, lejos de hacer parte integrante, natural y permanente de los tejidos, son cuerpos extraños, huéspedes ocasionales, verdaderos parásitos que accidentalmente asaltaron al organismo para vivir a sus expensas [y que] no tienen por qué hacer parte de esa asamblea de moléculas reunidas en la célula” (Plata: 1888, Pág. 395). Esto significaba que el parásito podía habitar en el ambiente, en algunos alimentos o incluso en el organismo y sus fluidos (como la leche); sin embargo, no se haría constituyente de un individuo⁵⁵ (concebido por los autores como átomos y células) ni su presencia en el organismo significaba necesariamente la presencia de una enfermedad (Pág. 395).

Bajo esta concepción, la enfermedad no era un rasgo inherente a una raza ni surgía de manera espontánea; en otras palabras, el parásito no se originaba ni almacenaba por generaciones en el interior (legado de padres a hijos indefinidamente) (Plata: 1888, Pág. 396). Dado que las células vegetales y las animales eran incompatibles, aseguraba Plata Azuero, el parásito aportado por el esperma del padre o el organismo de la madre no penetraba en el ovulo a la hora de la concepción⁵⁶, razón por la cual la enfermedad no era heredable. Lo que sí podía heredar el niño, siendo una alteración en las células de los padres, era la constitución fisiológica de éstos y la consecuente predisposición a contraer el microorganismo (Pág. 389). Así pues, la enfermedad reclamaba necesariamente la conjunción de dos factores: por una parte, la introducción del microorganismo, que podía darse por el agua, atmósferas viciadas, los alimentos o por ciertos contactos con alguien infectado. Por otra, el terreno que lo recibía, el cuerpo humano, debía presentar ciertas condiciones fisiológicas e higiénicas para la aclimatación de éste (Pág. 397).

Como resultado, la terapéutica del Plata Azuero se encaminaba a suprimir la conjunción de esta fórmula. Primero que todo era necesario purificar aguas, habitaciones,

⁵⁴ Es decir, seres vivos con una anatomía sencilla que no podían sostenerse por sí mismos y desarrollaban una relación parasitaria con otro ser. (Plata: 1888, Pág. 237).

⁵⁵ Aún cuando enfermedades como la sífilis y la lepra podían regarse por todo el organismo, éstas no se convertían en constituyentes de las moléculas orgánicas ni de las células germinativas (Plata: 1888, Pág. 396).

⁵⁶ Lo que sucedía en estas ocasiones era que la madre infectaría posteriormente al niño; bien porque estuviera enferma o bien porque el parásito del padre se adhería a la pared exterior del óvulo (Plata: 1888, Pág. 395).

atmósferas y prácticas (como la cocción de los alimentos, el aseo personal etc.) para evitar que el microorganismo atacara las constituciones débiles. Sin embargo, esto también precisaba estudiar el comportamiento de todas las enfermedades ya que los microbios no se transmitían ni se desarrollaban en todos los tejidos por igual. Cada especie necesitaba “un terreno apropiado para su cultivo y para llegar a él no penetraba en el organismo por todas las vías que les son accesibles sino por una particular” (Pág. 401). Algunas se contagiaban por los fluidos (como la tuberculosis), otras, como la sífilis, por el contacto con los chancros que producía en la piel o una herida y otras sencillamente no se contagiaban (Castañeda: 1887, Pág. 678; Plata: 1888, Pág. 402). El avance en estos campos permitiría definir el tipo de vigilancia que se debía establecer sobre cada cuerpo y cada medio.

Como segunda medida, Plata Azuero (1888) consideraba que una higiene apropiada podría revertir el influjo de lo que éste llamaba ‘la herencia fisiológica’. O dicho en otras palabras, que a pesar de la influencia negativa del medio era posible formar un pueblo fuerte y resistente a las condiciones externas.⁵⁷ La calidad del organismo heredado se podía “modificar completamente, hasta hacerlo estéril para tales microbios impidiendo así que ellos penetren y se reproduzcan en el organismo y por consiguiente que la enfermedad se desarrolle”. (Pág. 397). De hecho, dadas las condiciones de vida actuales, señalaba Plata Azuero, lo indómito de algunas atmósferas y la falta de medios para observar y vigilar todo tipo de contagio (Pág. 243) era inevitable la presencia de muchos microorganismos en el medio e incluso en el cuerpo humano (incluidos sus fluidos). Así pues, más relevante que la asepsia del medio era el fortalecimiento de la condición fisiológica,⁵⁸ pues estaba demostrado “que en un organismo vigoroso no se aclimatan los parásitos” (Pág. 240).

Es importante señalar que en su *Terapéutica* la teoría microbiana se amalgama con una perspectiva fisiológica y termodinámica del cuerpo que se empezaría a popularizar desde finales del siglo XIX en Colombia. Según dicha perspectiva cada alimento contenía un porcentaje específico de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas) por cada gramo. Así mismo, cada gramo de cada nutriente aportaba una cantidad de energía cuantificable cuya

⁵⁷ Azuero (1888) aún habla de temperamentos (bilioso, sanguíneo, etc.) y de la influencia en el clima en el intelecto y la moral. Sin embargo, pareciera que ya ha roto la relación determinante entre atmósfera y civilización ya que aunque concluye que la capacidad de los bogotanos para adaptarse al clima es inferior a la de europeos, el total de su texto se enfoca en las posibilidades de corregir esto mediante la nutrición y la higiene.

⁵⁸ El cual se permearía a los microorganismos o simplemente los desecharía (Plata: 1888, Pág. 403).

unidad de medida eran las calorías. Ahora bien, esto se complementaba con la concepción de que el organismo humano funcionaba como una máquina operada por calor, el cual extraía la energía (calorías) de los alimentos y posteriormente, mediante el metabolismo, la transformaba en distintos procesos: fuerza laboral, funcionamiento de los órganos, regeneración y formación de los tejidos, entre otros (Pohl-Valero: 2014, Pág. 1)⁵⁹.

Afin a esta perspectiva, Plata Azuero (1888) definía la higiene como “el estudio de la calidad y cantidad de los alimentos [empleados] en la conservación de la salud y la renovación molecular⁶⁰ (Pág. 473). O dicho en otras palabras, la selección de alimentos, formas de cocinarlos, horarios para tomarlos, etc., según las necesidades energéticas del organismo que los consumiera. De aquí que toda la fuerza de su terapéutica descansara en la preservación de las funciones digestivas: de éstas dependía, por una parte, el funcionamiento armónico de los distintos órganos del cuerpo y su capacidad para eliminar mediante las excreciones los microorganismos que le eran nocivos. Por otra parte, eran las encargadas de captar las calorías de los alimentos y producir el calor o energía que necesitaba el cuerpo humano para su marcha y defensa (Pág. 247). Esta perspectiva se profundizara a continuación.

2.3 Termodinámica, inmunidad y lactancia

Como resultado de esta conjunción entre termodinámica, fisiología y doctrina parasitaria el recién nacido adquiría una importancia doble. No solo porque entre más pronto fueran corregidas las particularidades de su herencia mejores resultados podrían obtenerse (Plata: 1888, Pág. 239). Además, su constitución en formación era más vulnerable al medio y los microorganismos ya que a menor edad el cuerpo humano necesitaba producir mayor calor sin contar con la constitución física para esto: “el niño está obligado a producir, relativamente a su volumen, una cantidad de calor tanto mayor [...] porque siendo la superficie de su cuerpo proporcionalmente más considerable que su volumen y su peso, ofrece más vasto campo a las acciones refrigerantes externas, y tiene que desarrollar mayor cantidad de calor para luchar contra ellas”. (Pág. 336).

⁵⁹ A partir de esto algunos médicos calcularían la cantidad de macronutrientes (grasas, proteínas, carbohidratos) que necesitaba a diario un obrero según el clima y la actividad desempeñada (Pohl-Valero: 2014, Pág. 8-11).

⁶⁰ Renovación “que en el curso de menos de dos lustros ha desaparecido hasta la última de las moléculas que ocho o diez años antes entraban en la constitución del organismo” (Plata: 1888, Pág. 473)

Para confirmar este precepto Plata Azuero (1888) aproximaba el promedio de calor producido por el niño bogotano.⁶¹ De las 85 observaciones tomadas concluía que la edad más delicada, aquella en que la mortalidad es mayor, era “la de los primeros meses después del nacimiento, y con particularidad la que comprende los quince primeros días” ya que “en Bogotá la temperatura de los niños recién nacidos es apenas de 35° a 35.8 grados centígrados” y solo después de este periodo, en el mejor de los casos, se normalizaba en 37° (Pág. 336). El clima frío de la altiplanicie, que a principios de siglo había supuesto un elemento civilizatorio para Ulloa (1808) y Merizalde (1828), tampoco contribuía a esta situación. “Siendo menos activa la respiración en las alturas, y más pobre en oxígeno el aire que la alimenta, lejos de compensarse esas pérdidas de calor, se hallan disminuidos los medios normales de calorificación y se hace más imperiosa la necesidad de emplear mayores artificios para lograr esa compensación, a que no alcanzan los solos esfuerzos del organismo” (Plata: 1888, Pág. 336).

Los artificios mencionados por Plata Azuero (1888), no obstante, no se reducían al abrigo, sino que debían enfocarse en la alimentación higiénica del niño por dos razones. Primero, porque su organismo en crecimiento extraería de los alimentos la energía necesaria para producir calor corporal. Y segundo, porque las alteraciones digestivas lo hacían más vulnerable a la recepción de microorganismos (Pág. 336). Lamentablemente tanto “la más alta clase de la sociedad como la última del pueblo”, afirmaba Azuero, mostraban absoluta ignorancia de las leyes más triviales de la higiene; no solo en lo concerniente a los alimentos que debía consumir cada niño según su edad, sino a la manera de proporcionárselos (Pág. 337). Aunque en los climas fríos la alimentación insuficiente jugaba papel importante en las enfermedades de éstos, en Colombia “lejos de ser la alimentación insuficiente la que más contribuye a la aparición de este síntoma, es, por el contrario, una alimentación excesiva y viciosa, inadecuada para la edad de los niños, la que casi siempre lo origina” (Pág. 457)

Si bien Plata Azuero (1888) comprendía que algunas madres repetían ciertas prácticas erróneas movidas por el amor, éstas comprendían un ejercicio de la maternidad incorrecta: alimentar al niño siempre que lloraba era leer erradamente su lenguaje (que podía significar que su vestido estuviese húmedo, una incomodidad, etc.). Así mismo acostarlo en la misma

⁶¹ Para esto se valía de la estadística del Hospital San Juan de Dios y de datos recogidos por Marco Aurelio Pavón en su tesis *Sobre la temperatura del cuerpo humano en la altiplanicie de Bogotá* (Plata: 1888, Pág. 273).

cama (bajo peligro de asfixiarlo), brindarle alimentos distintos a la leche y, en fin, toda práctica ajena de lo que este concebía como la simple razón suponía un peligro mortal⁶². Era, por tanto, labor del médico hacerle comprender a las madres que los “delicados deberes de la maternidad” debían “someterse en absoluto a los sabios preceptos de la Higiene” (Pág. 487). Con esta labor en mente, Plata Azuero incluía un capítulo sobre la forma de emplear la lactancia en el mantenimiento de la salud y Vargas Vega (1887) buscaba “vulgarizar” los saberes científicos entre madres y nodrizas. En palabras de este último autor, era importante que estas mujeres modificaran sus modos de vida mediante el manejo de una serie de consejos básicos hasta convertirse en una extensión del saber y vigilancia del médico⁶³ (Pág. V).

Como primer consejo los autores sostenían que el niño, especialmente el enfermo, debía alimentarse con leche materna (Vargas Vega: 1887, Pág. 240; Plata: 1888, Pág. 487). Bajo el discurso termodinámico ésta ya no representaba un medio de purificación humoral, sino que la reputaban como el único alimento que podía conservar la salud del niño. Esto, ya que su contenido calórico era denso y por tanto cumplía con los requerimientos energéticos del cuerpo del niño para crecer y mantener sus funciones digestivas (que, a su vez, eran las que eliminaban los microorganismos que podían enfermarle). Sin embargo, y a diferencia del resto de alimentos, dicho contenido calórico elevado no corría el riesgo de perturbar sus funciones digestivas puesto que contenía una proporción única y adecuada de nutrientes para las características del organismo digestivo del niño⁶⁴ (Plata: 1888, Pág. 474). Para el caso de los recién nacidos ninguno de estos autores calculaba la cantidad de calorías y nutrientes que su organismo necesitaba a diario para funcionar; en parte porque su digestión solo toleraba la leche de mujer y en parte por la imposibilidad de cuantificar la cantidad de líquido ingerida.

⁶² Una tesis publicada en 1907 por Bernardo Casas (1907) mostraba la otra perspectiva de este planteamiento: algunas madres consideraban cruel no alimentar al niño cuando lloraba. Es más, encontraban los horarios propuestos por médicos (para evitar indigestiones) como “matarlo de hambre” (Pág. 55, 59)

⁶³ En la introducción de su manual Vargas Vega (1887) afirmaba que la gente del común, igual que los practicantes de medicina, debían ser previamente educados para reconocer la enfermedad. De esta forma el primer capítulo enseñaba la forma de rastrear la lesión o sus síntomas (según edad y sexos) y por consiguiente delimitar un tratamiento efectivo (Pág. VI).

⁶⁴ Tal reputación tenía la leche, animal y humana, que Azuero (1888) le dedica un régimen dietético específico (junto al vegetal y animal). El consumo de ésta era ideal para los casos de diarreas, disenterías, anemias y en general la vigorización del cuerpo (Pág. 474) Mientras las otras dos dietas debían complementarse entre sí para evitar la enfermedad, Azuero sostenía que una persona podría gozar de salud únicamente a base de leche de no ser porque eventualmente se cansaría. Rengifo (1893), por su parte, afirmaría que “añadiendo a la alimentación de la nodriza cierta porción de leche de ganado, debido sin duda a sus condiciones de alimento completo y de fácil digestión, la de aquella gana en calidad y cantidad” (Pág. 26). Sobre el imaginario nutricional y moral que jugó la leche animal en este periodo ver: Pohl (2014) Florez-Malagón et al. (2008) y Cardona (2010).

Sin embargo, Plata Azuero y Vargas Vega aproximaban esta cuantificación a partir del establecimiento de un horario de lactancia riguroso; ésto permitiría evitar indigestiones y distribuir las calorías apropiadamente (Plata: 1888, Pág. 487).

Así pues, madres y nodrizas no debían alimentar al niño “sino desde las cuatro o cinco de la mañana hasta las diez u once de la noche, con el fin de dejarlo en completo reposo unas seis horas sucesivas. Si [...] fuere robusto y fuerte, se le dará pecho en los dos primeros meses cada dos horas; en los cinco meses siguientes, cada dos horas y media; y en adelante hasta que termine la lactancia, cada tres horas [...] cuidando de dejarlo mamar hasta que quede satisfecho.” (Plata: 1888, Pág. 487). Si, en cambio, su constitución era débil, se le daría pecho cada hora y media en los primeros dos meses; después cada dos horas y a los siete meses cada tres horas. En enfermedades graves se acortaría la duración e intervalos de las mamadas, y en casos extremos se le darían tan solo una o dos cucharadas, previamente ordeñadas, de leche humana cada hora (Pág. 487). Nunca, bajo ninguna circunstancia, la madre o nodriza interrumpirían el sueño del niño (o el de éstas) para amamantarlo ya que durante este periodo sus órganos se reponían de la actividad diaria (Vargas Vega: 1887, Pág. 242).

Así mismo, para que dicha leche fuese apta para el niño su madre debía cumplir ciertos requisitos. El más importante de todos era encontrarse libre de enfermedades contagiosas; sin embargo, solo un médico (que debía visitar mañana y tarde a la madre desde el día del parto) podría determinar si éstas se transmitirían en la leche o afectarían su calidad. (Plata: 1888, Pág. 444) Como segundo requisito, la secreción láctea debía ser abundante y los pezones lo suficientemente largos; en parte para ser succionados por el niño y en parte porque de ser cortos era más probable la aparición de grietas y por consiguiente de enfermedades (Vargas Vega: 1887, Pág. 240). Finalmente, como tercer requisito, la madre debía contar con una constitución fuerte; sin embargo, en caso de que su ‘herencia fisiológica’ fuera débil, ésta podría lactar siempre y cuando se alimentara apropiadamente y el niño hubiese heredado una complexión robusta por parte del padre (Plata: 1888, Pág. 469; Vargas Vega: 1887, 240). Si, en cambio, tanto padres como su hijo (o hijos anteriores) eran de complexión débil Plata Azuero había planteado a la nodriza como una de las estrategias más plausibles para corregir las taras de dicha genealogía. Todo aquello de lo que adolecía la madre podría personalizarse en la selección y vigilancia de la nodriza. Así mismo, el

enriquecimiento de leche nutriría el organismo del niño permitiéndole superar la constitución que había heredado de sus padres (Plata: 1888, Pág. 448).

3.4 Selección y vigilancia: la nodriza como agente terapéutico

La selección de la nodriza debía ser más rigurosa que la de la madre e incluso implicaba valerse de su cuerpo y sus costumbres para precisar su salud. Bien porque los médicos Plata y Vargas asumían que las mujeres dadas a este oficio tenían predisposición a una vida poco higiénica y moral; o bien porque a diferencia de la madre a la nodriza no le importaría mentir para conseguir el empleo (Vargas Vega: 1887, Pág. 345; Plata: 1888, Pág. 566).⁶⁵ Así pues, como primer requerimiento, el médico (o la madre en caso de que habitaran en una zona alejada de hospitales y ciudades) debía descartar la presencia de enfermedades infecciosas mediante un examen cuidadoso del cuerpo de la nodriza. Las zonas donde debía prestarse mayor atención eran el cuello, los genitales⁶⁶, la boca⁶⁷, la garganta y los senos, pues era allí donde se manifestaban lesiones como “tumores, ganglios infartados, cicatrices, ulceraciones, y demás señales de sífilis o escrófulas” (Plata: 1888, Pág. 578).

Como segundo paso el médico examinaría la calidad de la leche. La edad (entre dieciocho y treinta años) y complexión de la nodriza daban una idea aproximada. Así, por ejemplo, una mujer demasiado joven necesitaba “elementos para su crecimiento y completo desarrollo”, razón por la cual su leche podría alterarse o disminuir con la menor alteración nerviosa. Una mujer de edad, por otra parte, “contaría con un organismo desgastado por los trabajos y enfermedades anteriores” (Rengifo: 1934, Pág. 19). La vigorosidad, como ya habían señalado los médicos Heliodoro Ospina (1884) y Claudio Rengifo (1893), no debía confundirse con gordura (Rengifo: 1893, Pág. 20). Así mismo, analizaría sus senos con toda escrupulosidad para descartar enfermedades que mermaran el flujo de leche: sus mamas debían ser “medianamente voluminosas, de forma piramidal, elásticas, resistentes, nudosas

⁶⁵ El médico Claudio Rengifo (1893) incluía en su trabajo un apartado denominado “Fraudes de las nodrizas”. Allí acusaba mentiras tales como “el poder nutritivo de su leche”, la edad de su hijo (que debía ser similar a la del niño que lactaria) o incluso, como afirmaban en el Hospicio, la posibilidad de presentar uno más saludable como propio (Pág. 25-26).

⁶⁶ “Hemos tenido ocasión de examinar algunas mujeres públicas, en la sala de sífilíticas del Hospital San Juan de Dios, las cuales ni en la piel, ni en la cavidad bucal, ni en la vulva, mostraban afecciones sífilíticas y con frecuencia sorprendimos en el cuello uterino sífilides ulcerosas o erosivas”. (Rengifo: 1994, Pág. 21). Sin embargo, al mismo tiempo Rengifo es el único que consigna la resistencia que oponían algunas mujeres a este tipo de inspecciones, las cuales lo encontraban ajeno a todo decoro (Pág. 22).

⁶⁷ Era importante que las encías fuesen ser rojas y firmes (Plata: 1888, Pág. 578) y que sus dientes se encontraran en perfecto estado, “porque garantizan casi con seguridad una sana digestión” (Rengifo: 1934, Pág. 20).

y surcadas de venas azules; sus pezones deben ser bien conformados, prominentes y sin grietas ni erupción alguna” (Plata: 1888, Pág. 578). Al momento de lactar la leche debía fluir “con facilidad, con alguna abundancia, y teñir el vaso en que se vierta, de un color blanco ligeramente azulado”⁶⁸ (Pág. 578).

Lamentablemente los autores no entran en detalles ni explican la razón de estas exigencias; sin embargo, un pasaje similar de Trousseau (médico francés citado por Plata Azuero y Heliodoro Ospina)⁶⁹, arroja luz al respecto: “no siempre son los pechos más voluminosos y redondos los que dan más leche, porque frecuentemente sucede que su desarrollo es debido tan solo al predominio del tejido celular y de la grasa, en tanto que mamas menos abultadas pero que presentan la forma de peras, indican un desarrollo de la glándula mamaria en sí, y prometen una secreción lacta más abundante, sobre todo cuando su piel esta jaspeada por hermosas venas azules, testigos de la riqueza de la circulación” (Trousseau: 1861, Pág. 518). De igual forma, presenciar la lactancia o cuando menos la secreción láctea buscaba constatar que la leche saliera a presión estimable, muestra para Trousseau de un organismo capaz de producir suficiente alimento durante toda la etapa lactante (Trousseau: 1861, Pág. 518).

Aunque Plata Azuero y Vargas Vega confían las propiedades nutritivas de la leche en la apariencia de ésta y el régimen alimenticio de la mujer, otras alternativas llegarían por esta época. La *Revista Médica de Bogotá*, publicaba en 1877 una breve nota que proponía un procedimiento cuantitativo “rápido” para determinar “la buena calidad de la leche de una nodriza: bajo un mismo volumen y en un mismo cuentagotas, la leche debe suministrar treinta y cinco gotas cuando el agua destilada da, a 15 grados, treinta gotas. [Se] aconseja la jeringa de Pravaz porque ella está en todas las manos”. (Revista Médica: 1877, Pág. 765). Rengifo (1893), por su parte, refería procedimientos que cualquiera podía realizar: “una gota del mismo líquido, colocada sobre la uña en el declive, revela su excelencia si al deslizarse deja una huella blanquecina; o también, si al derramar una gota en un vaso lleno de agua, se produce en esta una nebulosidad que se disipa insensiblemente” (Pág. 11).

⁶⁸ “La leche es un líquido blanco azulado, blanco puro o blanco amarillento, según las circunstancias, puesto que estos cambios de coloración son debidos a menor o mayor grado de riqueza” (Hurtado: 1905, Pág. 12)

⁶⁹ Ibáñez (1883) señala que Plata Azuero debió recibir cátedras directamente de Trousseau durante su estancia en París a mitad de siglo (Pág. 556). Así mismo este le dedica algunos pasajes en su *Terapéutica* (Plata: 1888, Pág. 449), al igual que Ospina (1884) en su breve artículo sobre cómo elegir a una nodriza (Pág. 78).

Finalmente, para descartar toda duda sobre la salud de la nodriza, debía averiguarse sus antecedentes y quienes la rodeaban. El estado de salud de sus padres, el oficio del marido, sus costumbres, etc., daban una idea sobre sus enfermedades y su herencia fisiológica (Plata, 1888: Pág. 758). Especial atención recibía el hijo, ya que este aparecía como el resultado decisivo de salud, moralidad y aptitudes para la crianza en la mujer. Dada la creencia de que la leche variaba su composición para adaptarse a las distintas edades de éste, era preciso que ambos niños tuviesen edad aproximada. Así mismo, el registro de éste permitiría encontrar enfermedades o carencias en la leche que no se manifestaban en la nodriza. Si el niño era “rollizo, sano animado, de miembros redondeados y de mucosas rosadas, es casi seguro que la madre reúne las condiciones necesarias para servir de ama de pecho” (Pág. 578).

Es importante señalar que los autores también hacían énfasis en la necesidad de que la nodriza presentara “garantías de moralidad” (Vargas Vega: 1887, Pág. 240). Esto, más allá de reducirse al campo de la urbanidad, guardaba una relación inseparable con la salud y la constitución de un cuerpo: una vida correcta se manifestaría en una leche nutritiva (Plata: 1888, Pág. 341). Sin embargo, es posible evidenciar que al mismo tiempo reflejaban una mirada estereotipada de las nodrizas que las concebían como mujeres cargadas de vicios y falencias⁷⁰. Por esta razón se abría la posibilidad (aún más, la necesidad) de perfeccionar el cuerpo y la leche rentadas mediante una vigilancia estricta y un régimen apropiado (Pág. 378). Así pues, una vez escogida la nodriza, ésta sería llevada a vivir con los padres del niño (aún a expensas de las incomodidades que una mujer tenida como de menor educación traería a la familia).⁷¹ Allí, la madre debía aplicar, tanto para sí como para ella, los tres pilares que componían el régimen de la higiene: alimentación, baños y ejercicio (Pág. 475).

La alimentación, el pilar más importante, se realizaría “con sustancias nutritivas, sanas y de fácil digestión” (Plata: 1888, Pág. 475). Debía mezclarse “en justas proporciones los alimentos azoados y los hidrocarbonados” ya que “la fisiología y la higiene nos enseñan que el hombre, en su estado de salud y completo reposo, pierde ordinariamente 21 gramos de

⁷⁰ No en vano el manual tenía un tono correctivo: no solo había que reforzar la salud de la nodriza mediante ciertas prácticas sino que se precisaba de prohibir otras a las que, dada su procedencia, tenía inclinación (Plata: 1888, Pág. 489; Vargas Vega: 1887, Pág. 251). Los detalles se abordarán en el resto del apartado.

⁷¹ Jamás, resaltaban, debía entregarse el niño para que la nodriza lo criara en su hogar puesto que daba pie a que lo abasteciese con todo tipo de preparaciones tóxicas: desde mazamoras hasta chicha, aguardiente y jarabes de láudano (opio) para hacerlos dormir. (Plata: 1888, Pág. 578). Tampoco debían retirarse a su hogar en las noches ya que podrían entregarse “a excesos alcohólicos y sexuales” (Rengifo: 1934, Pág. 19)

azoe y 250 gramos de carbono, en veinticuatro horas; luego, para que conserve su organismo y la normalidad de sus funciones, necesita indispensablemente ingerir a la vez alimentos azoados e hidro-carbonados, en una proporción que sea a lo menos de 21 a 250; es decir, que en 261 gramos de sustancias alimenticias, entren por lo menos 21 gramos de alimentos de origen animal y 20 de origen vegetal” (Pág. 479).⁷² La conservación de la salud era, pues, “imposible si en su nutrición no figuran esas dos clases de alimentos en las proporciones indicadas, por cuanto ni el régimen animal ni el vegetal exclusivos y continuados por largo tiempo, son compatibles con la vida” (Pág. 479).

Adicional a lo anterior, los médicos también recomendaron evitar el consumo de condimentos, cerveza, chicha y demás licores. En parte, ya que entorpecía el funcionamiento de los órganos y el sistema nervioso; también alteraba la digestión en la mujer y decaían sus fuerzas (Plata: 1888, Pág. 578). Así mismo, algunas sustancias podían eliminarse por la leche, “y el niño que la toma puede ser atacado de mucho sueño, de turbaciones cerebrales, convulsiones [...] vómitos, gastritis y gastroenteritis” (Rengifo: 1893, Pág. 27). La chicha, por su parte, ocupaba el puesto más alto en la escala degenerativa, aún peor que el aguardiente o cualquier otro licor. Esto, ya que su principio esencial, la fermentación, era asociada con la degeneración física y moral permanente (es decir, más allá de la embriaguez) (Noguera, 2003). Desde el punto de vista médico la chicha obraba “mucho menos por el alcohol que contiene, que por un principio tóxico especial [...] ese enérgico veneno ocasiona profundas y graves lesiones medulares, especialmente en el inflamamiento dorso-lumbar de la médula espinal” (Plata: 1888, Pág. 254).

Ahora bien, es importante aclarar que aunque en principio estas prohibiciones eran tajantes, posteriormente los autores hacían concesiones según el estado de la mujer. Como ya se señalaba en el capítulo anterior la llegada de la anatomoclínica (y en general la llamada medicina científica del siglo XIX) fue mermando gradualmente la influencia de las pasiones (tenidas como manifestación de los humores) en la salud. No obstante, mientras en el caso del hombre este tema no fue tan recurrente, los autores siguieron proscribiendo enfáticamente las cóleras y las emociones tristes en la mujer ya que podían envenenar temporalmente la leche (Plata: 1888, Pág. 578). Cuando madre o nodriza experimentaba “alguna emoción de

⁷² Vargas Vega (1887) era consciente de que los instrumentos de medición necesarios para este tipo de preparaciones no se encontraban en los hogares (Pág. X). De esta forma, incluía tablas de comparación de las medidas usuales (la cucharadita, el vaso, la botella) al sistema métrico internacional (el gramo) (Pág. 323, 235).

esta clase, debe aguantar dos horas, por lo menos, después de restablecida la calma, para darle el seno al niño. El olvido de este precepto ha causado la muerte de muchas criaturas.” (Vargas Vega: 1887, Pág. 252). “Otros son de opinión que se debe sacar toda la leche que contienen las mamas en ese momento, y no darle el seno al niño sino cuando una nueva la haya reemplazado” (Rengifo: 1893, Pág. 22).

Como consecuencia de esta volubilidad, Vargas Vega (1887) señalaba que prohibir tajantemente ciertos alimentos a las nodrizas podría llevar a indigestiones o indisposiciones de estas y por tanto alterar la leche (Pág. 251). Plata Azuero (1888) asumía que era casi imposible prohibirles la chicha; en parte por su procedencia y falta de educación, en parte porque tenían la idea popular de que junto a la cerveza aumentaba el flujo de leche (Pág. 489).⁷³ Por tanto, resolvía que en ese caso se les restringiese a dos vasos diarios y que se cuidara de que esta fuese preparada mirando toda precaución higiénica⁷⁴ (Pág. 444). Rengifo (1893), además de compartir la recomendación sobre su preparación, daba una cantidad aún más precisa al señalar que no sobrepasara los 500 gramos diarios (Pág. 17).

Algo similar sucedía con el aseo, el cual terminaba subordinado a la excitación del sistema nervioso femenino: para ambos autores los baños diarios eran parte esencial de la higiene de todo ser humano. Tanto en la erradicación de microorganismos como en la excitación de las funciones excretoras de la piel (las cuales contribuían a eliminar los parásitos internos) (Plata: 1888, Pág. 322). Esto adquiriría mayor importancia en madres y nodrizas, quienes debían lavar todo el cuerpo haciendo énfasis en las zonas genitales, la boca y los senos. No obstante, obligar a la nodriza a tomarlos también podía redundar en resfriados e indisposiciones. De esta forma, cuando menos debía procurarse la desinfección de los senos (y la boca del niño) con agua de bórax antes de la lactancia y el aseo de vestidos, habitación (amplia y bien ventilada) y cama (Vargas Vega: 1887, Pág. 251).

El ejercicio, como tercer y último pilar, cumplía diversas funciones en complemento de los demás. Primero que todo evitaba que el cuerpo de la mujer se hiciera ineficiente; bien

⁷³ Un artículo del futuro presidente de Colombia (entre 1900 y 1904) José Manuel Marroquín (1875) muestra que algunas nodrizas utilizaron esta idea a su favor. Según el autor, la nodriza contratada por su hermano se negaba a lactar cuando los padres del niño le hacían padecer una cólera ya que afirmaba que la leche, bien lo sabían ellos, se envenenaba. De igual forma exigía a la familia el uso de la chicha puesto que temía quedarse corta de leche a falta de ésta (Pág. 216-219).

⁷⁴ Al final de su texto incluía breves recomendaciones para higienizar la bebida: dado que su toxicidad dependía de una fermentación prolongada debía acelerarse el proceso reblandeciendo el maíz con aguamiel. De esta forma predominaría la fermentación alcohólica (Plata: 1888, Pág. 506)

por causa del ocio o bien por el debilitamiento de sus funciones (Plata: 1888, Pág. 375). Así mismo, si habitaba en un clima frío contribuía a suplir las desventajas de la pobreza de oxígeno del aire: el movimiento físico aceleraba la respiración y ésta introducía mayores cantidades de oxígeno en los pulmones (Pág. 295). Por otra parte, al igual que los baños, la transpiración causada por éste garantizaba el correcto funcionamiento de los órganos encargados de eliminar diversas sustancias nocivas (lo que explicaría la posibilidad de consumir chicha de vez en cuando). Así pues, debía realizarse diariamente, de manera leve, al aire libre y con una hora de duración (Vargas Vega: 1887, Pág. 251).

Para cerrar este apartado solo basta retomar la publicidad de Quina-Laroche de 1884 a la luz de los textos de Plata y Vargas Vega. Esto, ya que en la brevedad de su anuncio se concentra y sintetiza de forma plausible la forma en que estos médicos pensaron el cuerpo de las lactantes. Allí, se pueden observar dos formas de persuadir al observador (madres y nodrizas) de comprar el producto. Por una parte, el texto apela a un discurso nutricional y exalta sus beneficios a la fisiología del cuerpo del niño y de la mujer “cuyas fuerzas sostiene y aumenta la calidad de la leche. Su uso facilita el *Destete*, la **Dentición** y el *Desarrollo* de los niños”. (Anexo 1, énfasis propio de la fuente). Por otra, se complementa con una imagen en la que aparece una mujer de facciones vigorosas y alegres jugando con dos niños. Así, los significados de ambos mensajes se superponen: el cuerpo saludable y rozagante, el cuerpo que puede verse en la superficie, es resultado de la vigilancia y control de los procesos internos de este (higiene, metabolismo, digestión)⁷⁵.

2.5 Conclusiones

El presente capítulo buscaba mostrar la relación inseparable entre política y medicina que representaba el saber local sobre la lactancia para los médicos colombianos de finales de siglo XIX. Esto, ya que supuso una nueva forma de pensar el cuerpo de mujeres y niños y, por tanto, las formas en que un Estado debía controlarlos. Así, por ejemplo, se pudo observar que la construcción de dicho saber transformó las percepciones sobre la influencia que el clima ejercía sobre la salud y el cuerpo humano. Para autores de principios de siglo XIX

⁷⁵ Es importante aclarar que si bien estos médicos no mencionaron nada explícito sobre el producto en cuestión, las imágenes y demás contenidos publicados en la *Revista Médica de Bogotá* contaban con la aprobación La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá. Así mismo, Plata (1888), uno de los fundadores de dicha Sociedad, recomendaba la quina entre sus textos como una planta de diversas propiedades para tratar la desnutrición y la falta de energía de la población en general (Pág. 342)

(Merizalde: 1828; Ulloa: 1808) los climas cálidos eran el factor principal de la enfermedad en los niños colombianos. A razón de esto, era menester contrarrestar dicha influencia mediante baños fríos, la migración a climas templados, la vestimenta ligera y el consumo de alimentos asociados a la pureza (como los vegetales). Así mismo prohibían la lactancia de las mujeres reputadas como anormales (negras, indias, pobres, nodrizas) ya que consideraban que su leche podía transmitir sus defectos físicos y morales al niño.

Para autores como Plata Azuero (1888), en cambio, el cuerpo de mujeres y niños será entendido como una máquina termodinámica. Es decir, un conjunto de órganos que precisaba la energía (calor) presente en los alimentos para operar apropiadamente y defenderse de los microorganismos presentes en el entorno. Esta concepción encontró base en las observaciones y datos recogidos por el autor y colegas suyos en el Hospital San Juan de Dios, ya que mostraban que el clima bogotano dificultaba la capacidad de los recién nacidos para producir calor corporal. De allí que la propuesta de Plata Azuero (1888) de controlar factores como el baño y la nutrición de madres y niños no apuntara al enfriamiento o la purificación humoral, sino que buscaba estimular la metabolización de los alimentos en energía. De igual forma permitía al médico, hasta cierto punto, modificar los nutrientes de la leche de aquellas mujeres que, dada su procedencia campesina o su pobreza, eran consideradas ignorantes o mal alimentadas.

Así mismo, nociones de salud como “robustez” o “complexión vigorosa” de mujeres y niños empezaron a hacerse cada vez más complejas. Para Plata Azuero (1888) examinar a la madre o la nodriza implicaba inspeccionar todo su cuerpo, constatar que sus senos tuvieran una forma particular e incluso realizar un examen físico a su hijo para corroborar su salud. No bastaba con que la mujer lactante fuera robusta o que a simple vista pareciera saludable. Como consecuencia, dichas concepciones de un cuerpo saludable se harán cada vez más susceptibles de cuantificación para la medicina colombiana. Puede que Plata Azuero o Vargas Vega no incluyan datos exactos sobre las medidas y el peso que debe tener un cuerpo sano (como si sucederá en las primeras décadas del siglo XX, como se verá en el tercer capítulo). Sin embargo, el control de ciertos factores que sí podían cuantificarse como los horarios de la lactancia, baño, ejercicio y descanso, la cuantificación de los alimentos que debía consumir la madre a partir de sus gramos y sus nutrientes, el cálculo del calor que un niño debía producir según sus respiraciones y el clima que habitaba, representaron para

médicos como Plata Azuero (1888) una forma más objetiva de controlar los cuerpos de madres y niños y definir si estos eran sanos o no. En otras palabras, es posible afirmar que para estos médicos las prácticas ejercidas por la mujer lactante constituyeron una forma de observar y controlar indirectamente los procesos fisiológicos que sucedían en su interior.

Otro aspecto a resaltar es que los intentos de objetivar y estandarizar lo que se consideraba un cuerpo sano por parte de médicos colombianos postulaba el saber de la lactancia como campo exclusivo del médico. No solo frente a empíricos como parteras y boticarios, o frente a las mismas mujeres lactantes, sino, además, frente a los médicos europeos. Plata Azuero (1888), por ejemplo, afirmaba que conocer la teoría médica no bastaba para comprender la naturaleza de las enfermedades y su tratamiento. Era necesario recolectar datos sobre madres y niños a nivel local mediante herramientas estandarizadas como la estadística y las catalogaciones nosológicas (descritas en el primer capítulo). Es con base a esta prórroga que dichos médicos adaptarían las teorías bacteriológicas y fisiológicas llegadas de Europa a finales de siglo XIX a sus intereses y relaciones de poder locales.

Por otra parte también es posible concluir que, no menos relevante que controlar los factores que enriquecían la leche de la mujer, autores como Plata Azuero (1888), Vargas Vega (1887) y Rengifo (1893) esperaban que la vigilancia de la madre y el cuidado del niño implantaran en la nodriza un modo de vida específico. Es decir, si bien la salud del niño era el objetivo principal, también se buscaba que la nodriza pudiese manejar los horarios establecidos, las proporciones de gramos y macronutrientes, la preparación apropiada de los alimentos, el cambio de prácticas de consumo y, en general, la cuantificación y organización de su vida según la supervisión de la medicina (Plata: 1888, Pág. 578). Si ésto se piensa en un marco más amplio, como el interés incipiente de médicos y autoridades por formar un pueblo productivo (Noguera: 2003; Pedraza: 2011), es posible entender la dimensión política de sus discursos. De hecho los mismos autores plantean la importancia de la salud, y más aún la salud del pobre, como vía para reformar la economía del país (Plata: 1888, Pág. 45).

Así, es posible afirmar que términos como fuerza, vigor y nutrición serán pensados en una relación indisociable con conceptos como progreso, civilización y la supresión de los problemas sociales. No casualmente hacer más higiénicas, mejor nutridas, más “razonables” y maternas a madres y nodrizas, suponía erradicar ciertas prácticas populares que los médicos reputaban como incivilizadas. De esta forma, como se comentaba al final del

capítulo anterior, la nodriza representara una imagen contradictoria: por una parte encarnaba males sociales como el alcoholismo la promiscuidad⁷⁶ y la desnutrición. Por otra, en cambio, fue propuesta por médicos Plata Azuero (1888) como un agente terapéutico para la salud del niño o incluso eugenésico. Es decir, los autores no solo proponían su leche como un recurso de emergencia cuando una madre no podía o quería lactar, sino que podía brindar propiedades benéficas a la salud del niño en caso de que sus padres tuvieran una complexión débil.

Es de señalar, sin embargo, que cuando menos hasta finales del siglo XIX los métodos de selección y vigilancia de nodrizas seguirían restringiéndose principalmente a la labor individual de médicos, más que a estrategias por parte de instituciones o autoridades a nivel estatal. A partir de artículos como el de 1884 del médico Heliodoro Ospina (mencionado al final del primer capítulo) se puede ver que era habitual que el médico difundiese sus saberes sobre la lactancia de manera particular entre familias adineradas que los contrataban y de manera indirecta en el Hospicio (como se refirió en el primer capítulo)⁷⁷. Como consecuencia, cuando menos durante el resto de siglo XIX, los discursos que vinculaban la salud con las condiciones de vida (nutrición, higiene, capacidad de consumo) de mujeres y niños se manifestaron, sobre todo, en intentos de controlar a las nodrizas y en la distribución inequitativa de roles y recursos.

Muestra de lo anterior es la normativa disponible al respecto. Aun cuando el Congreso internacional de protección a la infancia de 1884 (mencionado al principio de este capítulo) llamaría la atención sobre la necesidad de mejorar las condiciones de vida de madres y nodrizas, para el contexto colombiano de finales de siglo XIX sólo se ha podido encontrar una ley sobre las obligaciones que adquiriría una nodriza al ser contratada. Así, la ley 57 de 1873, en un breve artículo, expresa que “la mujer que se contrata como nodriza, será forzosamente obligada a permanecer en el servicio mientras dure la lactancia, o no pueda ser reemplazada sin perjuicio de la salud del niño”. A razón de ésto, las condiciones laborales de

⁷⁶ Rengifo y el médico Bernardo Casas, por ejemplo, afirmaban que en la antigüedad la lactancia materna tenía tal halo de sacralidad que aquellas que amamantaran al hijo ajeno personificaban la prostitución (Casas: 1905, Pág. 7 Rengifo: 1893, Pág. 17). Otra tesis de 1922, presentada por el futuro médico del Hospicio, Remigio Díaz (1922), afirmaba que el oficio de nodriza predisponía a la prostitución, ya que la mujer se acostumbraba al dinero fácil y a la venta ‘sin esfuerzo’ de su cuerpo (Pág. 28).

⁷⁷ Por contraste a casos como el de Uruguay (Birn et al. 2003) y México (Carrillo: 2008) donde para finales de siglo ya contaban con Inspecciones médicas de nodrizas, las cuales las examinaba antes de asignarlas a una familia particular o un Hospicio. De los informes de años posteriores es sabido que aún para la segunda década del siglo XX la Beneficencia de Cundinamarca carecía de control sobre lo que las nodrizas del campo comían, el aseo de su cuerpo, etc. (Beneficencia de Cundinamarca: 1917, Pág. 45)

las nodrizas seguirían siendo precarias, tal como algunos informes del Hospicio de Cundinamarca consideraban, ya que los salarios que obtenían por sus labores en el dicha institución se mantendrán inalterables hasta 1913, aproximadamente (Beneficencia de Cundinamarca: 1914).⁷⁸ Solo hasta principios del siglo XX, con la emergencia incipiente de la pediatría colombiana como especialidad médica, las prácticas de vigilancia y control de las lactantes empezarán a transformarse, como se verá en el tercer capítulo.

⁷⁸ Por el *Reglamento de la Casa de refugio* de 1834 se sabe que ya venían ganando, como máximo, dos pesos mensuales (Mientras una Mayordoma ganaba como mínimo 14 y un médico 17) (Pág. 31). Esta cantidad se mantendrá invariable hasta la primera década del siglo XX, como se puede ver en la contabilidad de los informes (Beneficencia de Cundinamarca: 1871-1894). En 1914 se informa que los sueldos habían subido, aunque no se especifica la cantidad (Beneficencia de Cundinamarca: 1914, Pág. 45).

3. La consolidación de la lactancia y la mortalidad infantil como problemas sociales

3.1 Lactancia y control social. Dimensión política del saber médico

El presente capítulo se ocupa de dos aspectos. Por una parte, se mostrará el proceso en el que los médicos bogotanos de principios de siglo XX buscaron un conocimiento y registro cada vez más preciso del cuerpo y sus cifras: el peso y talla del niño según su edad, el porcentaje de nutrientes presentes en la leche humana, las enfermedades más comunes en lactantes y niños bogotanos, la mortalidad por edades y barrios, etc. Esto lo hicieron con la intención de mejorar y ampliar el sistema estadístico que habían implementado en 1872 en el Hospital San Juan de Dios y que ahora buscaban extender a toda la ciudad (Restrepo: 2011). Por otra parte, se expondrán las gestiones de médicos y directivas de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca para convertir la mortalidad infantil y la lactancia en un problema estatal (Gallo, Márquez: 2010). De esta forma se pretende demostrar que la institucionalización de la lactancia y la maternidad como forma de gobierno se promoverán de forma indisociable al conocimiento estadístico de mujeres lactantes y niños. Es decir, como un intento de dirigir científicamente y cualitativamente las prácticas, la moral, los modos de consumo, el trabajo y en general la vida de una población (Foucault: 2001).

Como se mencionaba en el capítulo anterior, las nuevas generaciones médicas de principios de siglo XX mantendrían la idea propuesta por médicos como Manuel Plata Azuero (1888) de que las enfermedades tenían mayor dependencia de factores sociales que hereditarios o la influencia del clima. Así, por ejemplo, en 1899 Francisco Sorzano presentaría una tesis sobre raquitismo⁷⁹ (dirigida por Nicolás Osorio) en la que mostraba la discusión al respecto: algunos médicos europeos consideraban la enfermedad como un problema hereditario o degenerativo de enfermedades como la sífilis (Pág. 13). Otros, como Trousseau y él mismo acusaban a distintos problemas sociales de ser la causa principal del raquitismo. Esto, ya que las malas condiciones higiénicas y alimenticias de los padres impedían la formación del niño desde el útero y una vez nacido no se le procuraban los nutrientes necesarios (Pág. 10, 14).

⁷⁹ Aunque las manifestaciones del raquitismo (también llamada miseria fisiológica) eran múltiples las más comunes comprendían malformaciones en el esqueleto y desarrollo interrumpido (Sorzano: 1899, Pág. 15-22)

En una línea similar el médico José Ignacio Barberi (1905), reconocido como el fundador de la pediatría y quien crearía la clínica de servicio infantil a finales del siglo XIX,⁸⁰ negaría de tajo el determinismo del clima en la degeneración de la raza y señalaría que esta idea solo opacaba las causas reales (Pág. III). A su vez Bernardo Casas (1907), uno de sus discípulos, argumentaba que la gastroenteritis era una enfermedad en sí misma causada por mala alimentación y no, por ejemplo, un síntoma de una septicemia (infección generada al interior del organismo) ni una enfermedad contagiosa (Pág. 29). Otro de sus discípulos, Alejandro Hurtado (1905), refutaría algunos trabajos europeos según los cuales el color de la piel y el cabello afectaban la riqueza nutricional de la leche (Pág. 27).⁸¹ Se sabe que esta teoría resonó en otros médicos europeos (Bouchut: 1853), así como peruanos (Fuentes: 1859). Sin embargo, para el caso colombiano su acogida fue escasa y en 1919 los médicos de las Gotas de leche de Bogotá concluyeron, tras analizar la leche de madres bogotanas, que lo único que afectaba la calidad de ésta era su pobreza y desnutrición (Pardo Calderón: 1920, Pág. 38)

A razón de lo anterior es comprensible que para estos autores haya sido aún más evidente la relación (inseparable) entre medicina, política y moral. De ahí que en sus manuales y textos académicos enfatizen la lactancia como un deber natural y social que define a la mujer en sí misma. A manera de ejemplo, Barberi (1905) publicaría un *Manual de higiene infantil al uso de las madres* en el que afirmaba que todo en la anatomía femenina está pensada por la naturaleza para que ésta se dedique a la maternidad: la delicadeza de sus formas, su blandura y por supuesto su aparato secretor de leche (Pág. 46). Es la posibilidad de criar a un futuro ciudadano, fuerte, productivo, lo que justifica las carencias de la mujer en comparación con el hombre (Pág. 10). A razón de esto, casi que con las mismas palabras, varios médicos afirmarían que una mujer es solo media madre (y media mujer) con el acto de

⁸⁰ Barberi ha sido definido por algunos autores como el padre de la pediatría colombiana (Genta: 2006, Pág. 303; Rodríguez: 2007; Vargas Rubiano: 1994, Pág. 15). Esto, ya que tras terminar su especialización en el Colegio Real de medicina de Londres asumiría en 1892 la dirección del recientemente creado Servicio de Clínica Infantil, así como la cátedra homónima. Así mismo, en 1897 iniciaría la construcción del Hospital de la Misericordia para niños desamparados (a donde se trasladará el Servicio y la cátedra) y en la segunda década del siglo XX fundará la Sociedad de Pediatría (Pág. 15). Estas obras, así como algunos cargos políticos, le valdrán una gran influencia sobre el gremio médico y la élite bogotana, como se ahondará más adelante.

⁸¹ Autores como Vernois y Becquerel, por ejemplo, concluían que las morenas tenían una secreción láctea más nutritiva y vigorizante que las rubias (Bouchut: 1853, Pág. 28).

parir. La otra mitad ha de ganarla con la lactancia y la consagración de su tiempo y sus actos a la crianza (Barberi: 1905, Pág. VIII; Hurtado: 1905, Pág. 18; Casas: 1907, Pág. 13).

De igual forma mencionarán recurrentemente que la decisión de lactar no es exclusiva de la mujer, sino que al hacerse madre entrega la autonomía sobre su cuerpo a su hijo y la sociedad. Así por ejemplo Barberi y Casas señalan que la leche es propiedad del niño porque este la ha producido (Barberi: 1905, Pág. III; Casas: 1907, Pág. 13). Jorge Bejarano (1919), cofundador de la Sociedad de pediatría, afirma que una mujer no debe preocuparse por los estragos que la maternidad causa su cuerpo ya que al hacerse madre este deja de pertenecerle (Pág. 25). Con la nodriza, a su vez, la relación será más compleja: por una parte algunos médicos (Pérez: 1919, Bejarano: 1919; Rengifo: 1893) sostendrán que el oficio en sí mismo la hace moralmente reprobable ya que vende la leche de su hijo y “renuncia al sagrado título de madre” (Pág. 18). Sin embargo, al mismo tiempo estos autores la promoverán en el tratamiento por excelencia de enfermedades infantiles genealogías débiles, etc.

Como resultado, la nodriza queda atada, primero, por una deuda moral: debe cuidar a su hijo (otro ciudadano) aunque se presume que no lo hace⁸². Y segundo, por una deuda laboral: debe hacer de su cuerpo un bien de consumo en función de la salud de su empleador⁸³. Así, retomando a Pedraza (2011), podría hablarse del estado de embarazo y lactancia como un contrato (supuestamente) recíproco: criar al niño justifica el papel de la mujer en la sociedad (que según los médicos opaca en intelecto y fuerza). La mujer, a su vez, producirá los futuros miembros de la sociedad en su dimensión física (fuerte, sana) y moral: es decir, obedientes y capaces de manejar los mismos preceptos de nutrición, distribución de horarios y demás prácticas higiénicas (Pág. 168, 200). No casualmente los médicos afirmarán que quien falta a la lactancia no solo falla a la naturaleza sino que causa una herida social (Casas: 1907, Pág. 13).

⁸² Es llamativo que hasta la década de 1920 estos médicos, preocupados por la mortalidad infantil, no propusieron soluciones (además del escarnio) frente el abandono que podía sufrir el niño de la nodriza. Al respecto, Carrillo (2008) y Badinter (1890) han señalado un conflicto de clase: el hijo de la nodriza es sacrificado por el bien, no solo del niño de una familia adinerada, sino de la moral y el modelo de sociedad proyectado.

⁸³ Los médicos promoverán la idea de la nodriza debe servir a sus empleadores con gratitud y profesionalismo. Así, por ejemplo, Bejarano (1919) bogará por instituciones en donde se les enseñe, además de los preceptos de higiene, a no cuestionar la autoridad de los amos de la casa “a donde fueron llevadas por la suprema necesidad” (Pág. 38). Barberi (1905), por su parte, insistirá en que se le cambie por otra (o se disponga de varias) si ésta no satisface las necesidades del niño y los padres (Pág. 44).

Con este concepto de propiedad sobre el niño, y por extensión sobre la mujer y su cuerpo, los textos irán trasladándose del campo de la higiene privada a la higiene pública. Mientras Plata Azuero (1888) y Vargas Vega (1887) buscaban medicalizar la práctica de la lactancia principalmente mediante consejos a las madres (que aplicarían a su vida diaria y la de la nodriza), este nuevo grupo de autores solicitará políticas e instituciones concretas que garanticen el conjunto de prácticas que componen la higiene. Sorzano (1899), por ejemplo, propone la construcción de barrios y viviendas dedicadas específicamente al obrero. Estos guardarían relación con los preceptos de la higiene como el espacio, la ventilación, la luz, etc. Así mismo, proponía fomentar una alimentación adecuada mediante mejores sueldos, la prohibición de los abusos de la chicha y la implementación de prácticas y hábitos de consumo saludables (Pág. 88-96).

Algunas de estas peticiones se manifestarán con la llegada de Leo Kopp y su industria cervecera, Bavaria, a finales del siglo XIX. Como bien afirma Noguera (2003) Kopp consolidaría algunos de los discursos higienistas que esgrimían los médicos de la época en una serie de obras paternalistas que buscaban ‘civilizar’ a las clases pobres. Por una parte, construirá el barrio obrero *La perseverancia* en la segunda década del siglo XX bajo las condiciones higiénicas ya mencionadas. Por otra, promoverá el consumo de cerveza bajo el discurso de que contrarrestaba la degeneración causada por la chicha (Pág. 169). Con esto en mente, Bavaria lanzará al mercado una línea de cerveza dedicada a madres y nodrizas: la Maltina. Esta, como se puede ver en el anuncio (Anexo 3), se promocionaba como una “cerveza de salud” “especial para las nodrizas” y “grata al paladar del bello sexo y los niños”. Además, aseguraba tener cualidades nutritivas, dar fuerza a los enfermos, restablecer el organismo y conservar la salud en los sanos⁸⁴. Para finalizar, resaltaba su bajo precio y la capacidad para sustituir en gran parte el alimento de las clases obreras. Tal sería el alcance de esta publicidad, que Barberi (1905) la recomendara en su Manual como el remedio perfecto a la falta de leche (Pág. 12).

⁸⁴ El anuncio de 1924 agregaba: “Fortificante ideal para las madres, nodrizas, convalecientes, etc.”. Así mismo, incluía a una mujer de complexión saludable y sonriente sosteniendo a un niño de similar condición (Anexo 3.2). También empezaban a publicarse certificados expedidos por la Dirección Nacional de Higiene (futuro organismo en el que se convertiría la Junta Central de Higiene) en los que se ofrecían los porcentajes de los componentes químicos de las cervezas de Bavaria, se garantizaba que estaban pasteurizadas y concluía afirmando que “El resultado del análisis anterior comprueba que la fabricación de cervezas Bavaria ha llegado a la perfección. Nótese la gran proporción de Extracto alimenticio” (Anexo 3.3).

Finalmente, otros autores demandaran instituciones especializadas en el cuidado y vigilancia de la lactante. Rengifo (1893) propondría una sociedad protectora de madres sostenida por mujeres de la élite bogotana (Pág. 53). Los discípulos de Barberi, por su parte, serán más explícitos al solicitar la creación de Consultorios de maternidad, subsidios y Dispensarios que garantizarán el régimen higiénico de madres y nodrizas (Casas: 1907, Pág. 66; Hurtado: 1905, Pág. 45). Así mismo propondrán la transformación de la Junta de Beneficencia en una institución de Asistencia pública estatal para “fundar un verdadero y científico servicio de nodrizas en el que se den a ellas facilidades para su vida y una verdadera educación moral que las haga adquirir una sana conciencia, desprenderse de la idea de lucro” y garantizar el cuidado de sus hijos (Bejarano: 1919, Pág. 38). Sin embargo, antes de profundizar en la consolidación de estos proyectos es importante entender la llegada de nuevas herramientas cuantitativas y estadísticas empleadas para vigilar el desarrollo de los niños y los modos de vida de las lactantes. Esto, ya que su implementación contribuirá en la argumentación por parte de algunos médicos (Troconis: 1912; Bejarano: 1919) de que el control de la lactancia (mediante instituciones, leyes, programas de asistencia social) debía ser una función del Estado.

3.2 La balanza: nuevas formas de vigilancia y cuantificación

El registro y seguimiento del peso corporal del niño como una forma de monitorear su salud ha sido un tema poco abordado por las ciencias sociales en Colombia⁸⁵. Quizá una de las explicaciones de esta falta de atención es que su llegada, a diferencia del microscopio o la teoría bacteriana, fue más sutil. Los médicos colombianos no le dedicaron apologías ni capítulos específicos; sin embargo, como se verá, es posible afirmar que a partir del siglo XX se hizo un instrumento indispensable para la pediatría. Algunos, ya desde la década de 1890, empezarían a solicitar la generalización del uso de la balanza entre madres y médicos (Rengifo: 1893, Pág. 14). Otros como el médico Juan B. Londoño (catedrático de la

⁸⁵ En la bibliografía consultada solo se han podido hallar dos textos. Pedraza (2011) menciona que hacia la década de 1940 médicos y políticos difundieron un imaginario de maternidad entre cuyos cuidados debía vigilarse la talla y el peso del niño (Pág. 169). Sin embargo no detalla el método o su relación con los cuerpos. Pohl-Valero (2014), por otra parte, analiza la relación entre la visión termodinámica del cuerpo (explicada en el capítulo uno) y los discursos políticos que pretendían formar un tipo de ciudadano concreto. Hacia 1919, señala, la Sociedad de Pediatría fundará el programa de las Gotas de leche, el cual tenía la intención de brindar alimento a los hijos de las familias pobres de la ciudad. Allí, el seguimiento del peso permitirá, por una parte, calcular la cantidad de leche que debe consumir el niño; y por otra, abría la posibilidad de construir una tipología racial del bogotano según su desarrollo (talla y peso) en cada edad. (Pág. 16). En la primera parte de este capítulo se reconstruirá el camino desde la llegada de la balanza hasta este periodo.

Universidad Nacional de Medellín) traduciría en 1896 y complementaría el *Manual de la comadrona y de la enfermera* del doctor Léon Toudenaint, el cual, además de proporcionar explicación y bondades del método, incluía una ilustración de la balanza que recomendaba (Anexo 2). De igual forma su paso por la teoría no sería indiferente: implementar el uso de la balanza y el seguimiento del peso corporal del niño acarrearía nuevas concepciones de lo que se consideraba un cuerpo saludable, el cual como se mostró en el capítulo 1 había complejizado el significado de vigor y robustez a partir de los procesos de medicalización implementados en las instituciones de Beneficencia (capítulo 1, Pág. 24-30). Así mismo, brindará nuevas formas de vigilar, regular y escoger a aquellas encargadas de alimentar con su leche al niño (otra de las preocupaciones centrales del Hospicio).

Sobre su apropiación por la medicina internacional, Trousseau (1861) refiere que fue ideada a mediados de siglo XIX por uno de sus colegas, el doctor Natalis Guillot. Aunque no ha sido posible acceder a publicaciones suyas y la información al respecto es escasa, Trousseau recoge su método en su *Clínica médica*. Allí explica que a pesar de los distintos procedimientos para escoger a una buena lactante (forma de los senos, alimentación, complexión, análisis de la leche) siempre se puede caer en el error. Algunas mujeres producían abundante leche sin que esta fuera capaz de robustecer al niño, por tanto, solo existía un método para asegurarse de que “una mujer es buena criadora: [...] Antes de poner al niño al pecho se le pesa en una balanza [...] y cuando ya ha mamado se le vuelve a pesar [...] El excedente de peso da la medida exacta de la cantidad de leche que acaba de tragar” (Pág. 519-521).

Como ya se señalaba en el capítulo anterior, Trousseau influyó directamente sobre Plata Azuero. En parte porque su teoría resuena en su *Tratado de terapéutica*; en parte también porque como señala Pedro Ibáñez (1883) Plata Azuero se educaría en Francia durante la época en que Trousseau y Guillot eran catedráticos (Pág. 556). Sin embargo, Plata Azuero solo le dedicaría una muy breve mención en su texto a la balanza, donde señalaba en términos generales que podía ayudar a “observar el aumento o disminución de peso en el tratamiento de varias enfermedades” (Plata: 1888, Pág. 206). Otra sería la situación en los noventa, ya que algunos artículos de Pierre Budin⁸⁶ sobre el tema se difundirían en la *Revista*

⁸⁶ Como jefe de obstetricia del Hospital de Caridad desde 1882 organizaría en éste “una consulta hebdomadaria para los niños. Las mujeres que han dado a luz en nuestro servicio nos traen su hijo cada viernes. El niño es examinado y pesado. En nuestro registro especial se anotan todas las indicaciones que le conciernen y su peso

médica de Bogotá (1893) y la *Revista de Higiene* (1893) (órgano de la Junta Central de Higiene). Así mismo, los médicos empezarían a incluir el método en la realización de sus tesis de grado, aunque sin aplicarlos aún a la investigación.

Francisco Sorzano (1899), por ejemplo, afirmaba que aunque se garantizara la lactancia por horarios y la higiene de la lactante, aun podía surgir la enfermedad; “en este caso es necesario atribuir la causa a la insuficiencia o la mala calidad de la leche” (Pág. 18). Por consiguiente era necesario acudir a la balanza desde el nacimiento del niño aún a pesar de que aparentara normalidad (Pág. 18). Rengifo (1893), por su parte, sostenía que ningún método para conocer la calidad de la leche resultaba tan preciso como las pesadas, “las cuales son útiles para averiguar la calidad y cantidad de la leche de la madre o nodriza, el curso favorable o malo de la lactancia y si existe algún impedimento para el ejercicio de la función [...] si las pesadas [semanales] acusan aumento progresivo de peso, es porque la nodriza llena las condiciones necesarias a su oficio” (Pág. 25).

Aun así, el monitoreo del crecimiento normal de un niño y el uso de la báscula no implicaba evitar únicamente su pérdida de peso. Como bien señalaba Sorzano (1899), tan pernicioso como la falta de alimento era el exceso de éste, ya que si los gramos de leche superaban la capacidad del estómago este terminaría por distenderse; aparecería “la dispepsia y con ella la diarrea; la nutrición general se altera, y el raquitismo, encontrando terreno favorable, se presenta con una frecuencia sorprendente” (Pág. 15). Eran frecuentes los casos en que “la curva del aumento de peso es superior a la normal, y cuanto mayor es el contenido que produce la situación del niño, cambia la escena, presentándose fenómenos de gastroenteritis” (Revista Médica: 1904, Pág. 52). Incluso podía desembocar en enfermedades más graves que las producidas por desnutrición, ya que a diferencia del evidente enflaquecimiento muchas madres asociaban la gordura con un estado de salud y solo acudían al médico en momento crítico (Sorzano: 1899, Pág. 15)⁸⁷.

Con esto en mente los autores estandarizaban un máximo y mínimo de peso (calculado por médicos europeos como Budin) que debería acompañar el desarrollo normal

es inscrito; podemos establecer así su curva y examinarla cada semana” (Revista de Higiene: 1893, Pág. 161) Con base a estos datos el médico y a la familia podrían determinar si la leche de la madre era suficiente o si se precisaría de la ayuda de una nodriza (Pág.161).

⁸⁷ Otra tesis de 1919, escrita por Zalatiel Pérez, afirmaba que un niño sobrealimentado podía experimentar una ganancia de peso sin que su organismo estuviese preparado para producir el calor suficiente y por tanto tendería a las enfermedades propias del enfriamiento corporal. (Pérez: 1919, Pág. 36).

del niño en sus edades. Según este estándar, un recién nacido pesaba de 2500 a 3500 gramos. Durante los próximos tres días perdería entre 150 a 300 (según la calidad de la leche), los cuales debía recuperar al término de diez días. En los cuatro primeros meses ganaría 30 a 20 gramos por día. En los cuatro meses siguientes, 20 a 10 gramos y en los cuatro últimos meses, 10 a 5 gramos (Sorzano: 1899, Pág. 43)⁸⁸. La desviación considerable de estos valores reclamaba atención del médico, el cual recomendaría un reajuste en el régimen higiénico o un cambio de lactante. Así mismo, les permitiría cuantificar con mayor precisión el método de alimentación, que hasta entonces se había llevado por horarios (Capítulo 2, Pág. 42). Mientras Rengifo incluía los porcentajes de macronutrientes de la leche humana⁸⁹, Sorzano señalaba que el niño debía de tomar 60 u 80 gramos en los primeros días; después, a los cinco meses, 250 gramos y absorbería diariamente hasta 1500 (Sorzano: 1899 Pág. 52).

3.3 El uso de la balanza aplicado a algunos debates sobre nutrición infantil

Como se mencionaba al principio de este capítulo, la primera década del siglo XX verá un avance considerable en materia pediátrica de la mano de José Barberi. Así, por ejemplo, en 1897 iniciará la construcción del Hospital Infantil de la Misericordia con la intención de mejorar la situación de madres y niños bogotanos. Terminado en 1905, serán trasladados allí el servicio de Clínica infantil y la cátedra homónima dictada por Barberi. Esto le valdrá a Barberi un lugar privilegiado en la formación y moldeamiento de las próximas generaciones de médicos interesados en el tema de la niñez y la maternidad (Rodríguez: 2007, Pág. 364-367). De igual forma contribuirá a difundir un modelo específico de pediatría, la cual trazaba algunos debates con autores europeos tanto en lo tocante a la alimentación infantil como al uso que debía dársele a la balanza⁹⁰.

Para Barberi el problema de la mortalidad ya no se reducía a la ignorancia de las madres sino que en los últimos años algunos investigadores y empresas venían difundiendo

⁸⁸ La balanza también permitía una mayor comprensión de su comportamiento. El mismo artículo de la *Revista Médica* (1904) señalaba que no siempre un niño calmado y silencioso era sinónimo de salud. Su sueño prolongado, su falta de llanto a veces podía significar alguna enfermedad o problema nutricional. Otros lloraban incesantemente y no por eso la madre debía asumir que tuviese hambre (Pág. 52).

⁸⁹ “Según el análisis de Vernois y Becuquerel, su composición en mil partes es: azúcar...43,64. Caseína y materia extractiva...39,24. Mantequilla...26,66. Como se ve por la composición de los elementos sólidos constitutivos de la leche de mujer, es poco considerable el esfuerzo que necesitan hacer los órganos digestivos del niño para asimilarlos” (Rengifo: 1893, Pág. 9).

⁹⁰ A esto es de agregar su influencia política: durante su estadía en Londres también desempeñaría el cargo de cónsul colombiano y desde 1897 sería presidente del Concejo Municipal de Bogotá. También desempeñaría el cargo de secretario de la Gobernación de Cundinamarca, miembro de la Junta General de Beneficencia en 1928 y Senador de la Republica (Quimbay et al., 2011, Pág. 45)

todo tipo de productos como iguales o superiores a la leche humana (Barberi: 1905, Pág. 8; Hurtado, 1905, Pág. 34). En Francia, por ejemplo, Budin se valdría de la curva de desarrollo para demostrar la efectividad de sus programas de asistencia social. Si bien para Budin la lactancia seguía siendo la mejor forma de alimentación, consideraba en cambio que la leche pasteurizada podría brindar mejores resultados que acudir a la nodriza. Tanto así, que en un artículo reproducido en la *Revista Médica* en 1904 afirmaba que “Seis niños han sido exclusivamente alimentados con leche de vaca esterilizada. Según lo expresa la curva, se ve que en uno de ellos, cuyo peso en Junio era de 3000 gramos, en noviembre del mismo año ascendió a 8250 gramos. Los demás casos fueron igualmente felices, y en algunos de ellos la curva sobrepasó en mucho a la normal, tomada en el campo” (Pág. 162).

Partiendo de algunos pediatras europeos⁹¹ y estudios propios, Barberi (1905) afirmaba que la esterilización de la leche no era capaz de eliminar los agentes microbianos patógenos. En cambio, sí podía suprimir sus propiedades biológicas; es decir, el contenido de microorganismos que inmunizaban al niño contra distintas enfermedades y parásitos. Como consecuencia la leche humana seguía siendo el método principal para garantizar su salud, aunque en este punto hacía una salvedad: puesto que la leche de la madre era producida especialmente para el organismo de su hijo, emplear la de otra mujer podía ocasionar algunas molestias. Por tanto, la vigilancia, la alimentación y la balanza seguían siendo factores importantes para ajustar dicha correspondencia entre nodriza y niño (Pág. 16).

La influencia de Barberi sobre el cuerpo médico bogotano no se haría esperar: en 1905 aparecería una tesis de grado sobre alimentación infantil, la cual además de ser dirigida por Barberi citaba directamente estos estudios. El autor, Alejandro Hurtado (1905), entablaba su discusión con algunos principios de la teoría pasteuriana aplicada a la alimentación infantil. Para éste, los promotores de la leche esterilizada creían “que la microbiología vendría a resolver el gran problema de criar a un niño sin la madre. Se inventaron procedimientos, se idearon aparatos sin número, se fue a caza hasta del último espora con el fin de quitar a la leche de vaca sus efectos nocivos”. (Pág. 29). Otras empresas de alimentos, continuaba Hurtado, habían apelado al discurso termodinámico para afirmar que sus productos contenían la misma proporción de macronutrientes que la leche

⁹¹ Entre sus lecturas se cuentan textos de Antoine Marfan y J. Comby (Barberi: 1905; Hurtado; 1905). Ambos médicos del Hospital des Enfants Malades y catedráticos de la Universidad de París, serían considerados como pioneros en la pediatría (Archivos argentinos de pediatría: 1998, Pág. 209).

materna. Así nacerían “los diferentes preparados de leche de vaca, como las leches de Faertner, Backhaus, leches esterilizadas, preparadas y conservadas en diversas formas y que con el pomposo nombre de leches maternizadas, se dieron al consumo como el mejor sistema de alimentación infantil.” (Pág. 29)⁹².

El problema, afirmaba Hurtado (1905), es que la riqueza de la leche materna no se reducía a sus macronutrientes ni al porcentaje de éstos. Aún más importante era su valor biológico, ya que “las investigaciones modernas han demostrado que el suero de la sangre tiene propiedades bactericidas, bacteriológicas, y que estas propiedades son destruidas cuando es llevado a la temperatura de 58°” (Pág. 33). Para constatar esto exponía cinco casos tratados en la Clínica Infantil, en los cuales las enfermedades intestinales habían comenzado al reemplazar la lactancia (en algunos casos de madre, en otros de nodriza) por leche esterilizada. Aunque Hurtado no registra los gramos iniciales de peso, en todos los casos hace énfasis sobre la detención en el desarrollo del niño. Como tratamiento prescribiría retomar la lactancia y para los casos en que no era posible acudir a la madre o una nodriza se emplearía leche de vaca cruda y diluida en agua⁹³. Transcurridas algunas semanas o meses, el autor mostraba el peso ganado para demostrar la efectividad de su tratamiento (Pág. 36).

Ahora bien, aunque Hurtado (1905) reafirmaba la necesidad de emplear la balanza para vigilar la alimentación. Su uso variaba según la lactante fuese la misma madre o una nodriza. Si se trataba de la madre, el uso de la balanza bastaba como elemento de control en caso de que ésta padeciera enfermedades pasajeras o alimentación insuficiente. Mientras el niño no enfermara gravemente lo mejor sería amamantarlo dado que ninguna otra mujer podría proporcionarle mejor leche (Pág. 18, 22). Con la nodriza, en cambio, la balanza permitiría ver más allá de lo que su cuerpo aparentaba o incluso de las mentiras que ésta pudiese decir para conseguir el empleo. Según Hurtado, el consumo abundante de ciertas bebidas incrementaba el flujo lácteo sin que éste en realidad se hiciese más nutritivo (Pág.

⁹² Así mismo compañías como Nestlé se sumarían a la disputa por el control de la maternidad y la nutrición. Para esto habían diseñado una publicidad en la que se comparaban las etapas de crecimiento de distintos niños según el alimento que tomara. Como era de esperar, ninguno tenía mejor desarrollo que aquel nutrido con sus harinas lácteas. La historiadora Melanie Dupuis (2004) ha señalado el auge y expansión de este mercado en Europa y Norteamérica desde mediados de siglo XIX (Pág. 34). En Colombia, en parte por la oposición que ejercieron algunos médicos, solo establecerían su empresa hasta 1944 (Vargas Rubiano: 1944, Pág. 3). Se ha incluido una imagen de las publicidades que Nestlé empezó a difundir a partir de esa fecha en el anexo 4.

⁹³ Esto le permitía mantener su valor biológico e inmunizante. Así mismo, la alimentación se haría siguiendo los horarios ya mencionados y apegándose a las cantidades según el peso del niño (Hurtado: 1905, Pág. 34).

15). Así mismo, ayudaría a corroborar si el hijo de la nodriza tenía una edad similar a la del niño según la curva de crecimiento⁹⁴ y si la leche de su madre había obrado apropiadamente en su organismo (Pág. 26).

Otra tesis de 1907, realizada por Bernardo Casas en el servicio de Clínica Infantil, bogaba igualmente por la alimentación materna o, en el peor de los casos, mediante leche de vaca cruda. En este trabajo el peso corporal es empleado como prueba de mejoría ante las madres y demás detractores de la alimentación distribuida en horarios, quienes afirmaban que “se le estaba matando de hambre” al niño (Casas: 1907, Pág. 55). Así, por ejemplo, en uno de los casos clínicos señalaba que “las pesadas hebdomadarias y el estado floreciente de la niña desdecían tan estúpidas aserciones” (Pág. 55). Otro caso en que los padres se habían mostrado reacios en un principio “pesaba el niño ocho libras seis onzas, y sus benéficos resultados no se hicieron esperar, como lo indican las pesadas sucesivas hebdomadarias, de las cuales la primera en 2 de septiembre fue de ocho libras once y media onzas, y la última el 9 de enero siguiente, que fue de quince libras ocho onzas”⁹⁵ (Pág. 58).

Es posible afirmar que la influencia de estos autores tendría una acogida estimable. En 1912, por ejemplo, un artículo publicado por el médico G. Ferreira citaba directamente a Barberi para opinar sobre los programas de asistencia social. Según el autor, de establecerse, tendrían que bogar por la lactancia materna o cuando menos humana sobre la artificial (Ferreira: 2012, Pág. 150). Al año siguiente, el Registro Municipal de Higiene publicaría y difundiría entre la población un resumen del texto *Consejos a las madres y nodrizas redactados por la Comisión de Higiene de la Infancia de la Academia de Medicina de París*. Si bien no se cita a ninguno de estos autores, a la hora de mencionar la lactancia se enfatizaría en la superioridad de la humana y, en caso de que ésta no se pudiera brindar (por madre o nodriza), se acudiría a la leche de vaca cortada con agua (Lobo, Zea: 1913, Pág. 1-10).

⁹⁴ Es de recordar que para estos autores la leche alteraba su composición para ajustarse a la edad del hijo. Por esta razón una leche producida para un niño mayor podría causar indigestiones o carecer de los nutrientes necesarios para la etapa (Hurtado: 1905).

⁹⁵ Así mismo se valía de la efectividad del tratamiento para demostrar que la gastroenteritis era una enfermedad en sí misma y no, por ejemplo, un síntoma de una septicemia (infección generada por un foco infeccioso al interior del organismo) ni una enfermedad contagiosa. (Casas: 1907, Pág. 29). Igual que en el caso de Sorzano (1899) se observa que aún entrado el siglo XX los médicos continuaron debatiendo si la enfermedad se originaba en el interior, bien fuera heredada o producida en el organismo, o si precisaba del concurso del medio y la higiene para producirse (opinión defendida por el Servicio Científico y Azuero en el siglo anterior).

Así mismo, el programa de las Gotas de leche de Bogotá, que iniciaría en 1919, se valdría de este mismo método para preparar sus teteros. Allí, los médicos a cargo ensayarían distintos métodos de alimentación mediante análisis bacteriológicos de las deposiciones y la comparación de las curvas de crecimiento. Entre sus resultados concluirían que aunque ninguna leche garantizaba salud y desarrollo como la leche humana, en caso de que ni la madre o una nodriza pudieran lactar al niño, lo mejor era acudir a la leche de vaca cruda (Pág. 57, 66). Jorge Bejarano (1919), el director del programa, afirmaría que era necesario “desvirtuar una propaganda industrial que, en su afán de hacer dinero [...] pretende imponer sus productos en la alimentación artificial del niño, y lo que es más grave [...] rezan que dichas harinas pueden reemplazar hasta con ventajas la alimentación materna, divulgando de esta manera nociones falsas y peligrosas que suelen tener buena acogida por muchas madres” (Pág. 43).

Finalmente, los debates sobre los distintos tipos de lactancia, el peso corporal y el manejo de las nodrizas serán retomados hacia principios de los veinte en el Hospicio. De hecho una comisión delegada por la Sociedad de Pediatría en 1921 para analizar el mejor método de lactancia que debía adoptar la institución afirmaría que el objetivo principal de las Gotas de leche “es ejercer una supervigilancia sobre los niños de la clase pobre por medio de institutos de puericultura y dispensarios de [mujeres] lactantes en donde se pesan y examinan los párvulos” (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLVI). Sin embargo, antes de abordar estos acontecimientos es necesario repasar el proceso mediante el cual la Beneficencia (junto a la lactancia) se transformó en un problema del Estado.

3.4 De la beneficencia a la asistencia pública

Los médicos bogotanos de principios de siglo XX heredarían el interés por la estadística del Hospital San Juan de Dios como un termómetro de las condiciones sociales de la ciudad. Así, por ejemplo, Casas y Hurtado estimarían un panorama devastador tomando como registros de la Clínica infantil y comparándolos con datos de algunas ciudades europeas (Hurtado: 1905, Pág. 4; Casas: 1907, Pág. 55). Sin embargo, al tiempo resaltaban la insuficiencia de estos cálculos para captar e intervenir las causas de mortalidad. Con base en esto la *Revista Médica* empezaría a publicar datos sobre mortalidad y natalidad según barrio o institución de Beneficencia (Sánchez Castañeda: 2014, Pág. 45). Así mismo, se llevarían a

cabo tesis e investigaciones durante toda la segunda década, las cuales buscaban datos cada vez más precisos sobre las características y formas de vida de las madres bogotanas.

Uno de los primeros trabajos sobre el tema sería presentado en 1912 por Fernando Troconis (1912), interno del Hospital de la Misericordia. El autor partía resaltando la importancia de la estadística nacional a partir de tres aspectos: primero, le permitía conocer tanto al médico como al político las particularidades locales y el tipo de políticas que debían implementar. Segundo, el conocimiento estadístico de las gentes de un país suministraba la cantidad de mano de obra disponible para un gobierno y el tiempo aproximado que haría falta para incrementarla. Y tercero, la estadística nacional permitiría estimar el grado de desarrollo de un país y contrastarse con los demás a nivel global. Este último punto adquiriría connotación especial, ya que en palabras de Troconis, comparar a un país con otro según valores estadísticos permitía determinar su nivel de progreso de manera objetiva (Pág. 8).

Para constatar la mayoría de estos datos el autor creía contar con cifras suficientes o cuando menos estimables. Sin embargo, reconocía que carecía de datos para un análisis completo de la mortalidad infantil: más allá de los registros sobre mortalidad, natalidad y enfermedad, hacían falta especificidad en las cifras según edades, el total de niños en la ciudad, el porcentaje de madres que acudían al tetero, la lactancia por nodrizas y la lactancia por sí mismas, datos sobre ilegitimidad, modos de vida, etc. (Troconis: 1912, Pág. 18, 19). De igual forma denunciaba que el registro de enfermedades en los hospitales seguía siendo vago e incompleto, razón por la cual no solo nublaba las causas de muerte sino que en muchas ocasiones ni siquiera se consignaba la historia clínica del paciente (pág. 20).

Así pues, buscaría incursionar en estos campos basándose en observaciones propias, datos suministrados por la Dirección de Salubridad e Higiene, el Registro Municipal de Higiene, la Oficina de Estadística y algunos trabajos europeos y latinoamericanos. De allí el autor señalaría que de 2960 defunciones acontecidas en el año 1910, 1320 corresponden a niños menores de 10 años, “o sea que la mortalidad infantil alcanza al 44,5 por ciento de la mortalidad general”. En 1911, por su parte, además de un incremento en la mortalidad (a 1355) se presentaría un descenso en la natalidad. Esto suponía un panorama preocupante en tanto que colocaba a Bogotá a la cabeza de la tabla global de mortalidad, solo superada por Bruselas. Así mismo, afectaba la economía interna ya que si se mantenía este promedio de

defunciones y nacimientos, el país tardaría, ya no un siglo como en 1910, sino tres en doblar su población (Pág. 11, 20).

Ahora bien, al analizar las cifras respectivas a las causas de defunción el problema se volvía manejable, ya que en su mayoría correspondían a causas reputadas como evitables. A la inspección de los cuadros se notaba “la ausencia en el grupo de enfermedades generales de uno de los principales factores de mortalidad infantil en otras ciudades: las fiebres eruptivas [...] que, aunque en épocas anteriores han visitado la ciudad bajo la forma de epidemias mortíferas, ya hace más de un decenio no han vuelto a presentarse” (Troconis: 1912, Pág. 22). En cambio, la gran parte se repartía en afecciones gastrointestinales, problemas respiratorios y sífilis. Así mismo, la gastroenteritis se imponía como la más recurrente, ya que ni siquiera la suma de todas las enfermedades generales, dejando de lado la sífilis y la tuberculosis, era comparable a la cifra que esta arrojaba por si sola (Pág. 22). En 1910 causaría un total de 232 muertes y en 1911 ascendería a 451; es decir, 28,9 por 100 de la mortalidad infantil total (Pág. 12, 30).

De lo anterior Troconis (1912) extraía sus primeras conclusiones: 1. La mortalidad infantil tenía como causa principal la ignorancia y miseria de las madres, ya que ambas las conducían a alimentar a sus hijos con leches de animal contaminadas, fermentos y alimentos no aptos para su edad (Pág. 37). 2. De este grupo de mujeres, a su vez, resaltaban las lactantes, ya que de los 1355 fallecidos 1099 correspondía a niños menores de dos años, lo cual manifestaba o bien la falta de leche o bien la ausencia total de lactancia (Pág. 14,15). Así mismo, otras se veían obligadas a vender la leche de sus hijos (e incluso abandonarlos) como único medio de subsistencia (Pág. 25). Sin embargo, si bien se hacía evidente la necesidad de que médicos y autoridades interviniesen, el tipo de programas a diseñar suponían otro punto de discusión.

En Europa, por ejemplo, las distintas campañas que se venían popularizando desde finales del siglo XIX (conocidas en su mayoría como Gotas de leche) se dividían en dos grupos: por una parte, se encontraban aquellas que se limitaban a complementar con leche de vaca gratuita o a un precio muy bajo la alimentación de los niños pobres de la ciudad. Otras, en cambio, habían instaurado como servicio principal el estímulo de la lactancia materna entre las asistentes. Bien fuera mediante propaganda, campañas y conferencias; o bien mediante subsidios y bonificaciones entregadas a las madres que concurrieran mensualmente

y cuyo niño siguiera una curva de desarrollo normal (Troconis: 1912, Pág. 51). Respecto a este punto Troconis retomaría, a falta de datos locales, algunas estadísticas europeas sobre lactancia y mortalidad para argumentar el tipo de modelo que se debía adoptar (Pág. 18).

Así, por ejemplo, “Bertillon, en la estadística municipal de Paris, refiere a la alimentación por el tetero una mortalidad por gastroenteritis cuatro veces superior a la mortalidad de niños alimentados por el seno” (Troconis: 1912, Pág.18) Así mismo, el doctor León Petit consignaba en su tesis de 1896 que los niños criados lejos de su madre reportaban una mortalidad de 59 por 100, mientras que en los criados por éstas era de 15 por 100 (Pág. 19). De igual forma en los casos de niños criados por nodrizas no vigiladas por instituciones u hogares la mortalidad era de 63 por 100. Esto se repetía en cifras de otros consultorios como el de Budin, razón por la cual Troconis concluía que era indispensable establecer una Gota de leche la cual fomentara, primero que todo, la lactancia materna; y en segundo lugar, la lactancia por medio de una nodriza vigilada en el seno de la familia que la contratara o de preferencia en una institución (Pág. 51)⁹⁶.

Aunque era cierto, continuaba Troconis (1912), que ya existían instituciones preocupadas por este problema como el Hospital de la Misericordia o el Hospicio, las rentas de ambas eran insuficientes. Así mismo, el primero carecía de nodrizas, lo cual ocasionaba que no pudiesen hospitalizar al recién nacido o se le sometiera a la lactancia artificial. El Hospicio, por su parte, aún no había establecido la vigilancia ‘científica’ sobre nodrizas y niños mediante el monitoreo de las curvas de desarrollo normal (Pág. 38). Por tanto, era imperiosa la necesidad de convertir la Beneficencia de Cundinamarca en una dependencia estatal; es decir, no un producto de la caridad privada sino uno de los puntos centrales de gobierno. Esto implicaría dotarla de leyes, rentas fijas y, sobretudo, el funcionamiento bajo los principios de la pediatría y la puericultura (Pág. 39).

De igual forma es importante mencionar que entre las estrategias de intervención se aprecia una transformación en la imagen y rol de la mujer: mientras autores como Plata (1888) o Barberi (1905) hablaban de sus obligaciones como ama de casa, Troconis (1912) afirmaría la necesidad de garantizarles acceso al trabajo y protección laboral. En vista de que

⁹⁶ Aunque Troconis no hace gran énfasis en este punto, la tesis de Zalatiel Pérez (1919) y el manual de Bejarano (1919) explicarían que la importancia de vigilar a la nodriza mediante instituciones, además de proteger al niño entregado, buscaba proteger al hijo de ésta. Ya fuese mediante compromisos, leyes, cuidado de la familia que la contratara o un pago que garantizara su subsistencia (Pérez: 1919, Pág. 59)

muchas sostenían el hogar por sí solas, no bastaba exigirle los cuidados de éste, sino que se hacía una obligación de médicos y autoridades el brindarle los medios necesarios para que cumplieran con ambas tareas (Pág. 16). Dichos medios comprendían desde licencias remuneradas durante los últimos meses de parto hasta la construcción de cunas públicas anexas a las fábricas (Pág. 34). Eso contribuiría a reducir la malnutrición y el abandono, tema que como ya se mencionó involucraba tanto a madres como a nodrizas (Pág. 25, 56)⁹⁷.

Se puede estimar la acogida de este trabajo por parte de algunos médicos. Así, por ejemplo, al final de su tesis Troconis (1912) adjuntaba un resumen del texto *Consejos a las madres y nodrizas redactados por la Comisión de Higiene de la Infancia de la Academia de Medicina de París* (Pág. 51). Su propósito era que se difundiese en la ciudad, lo cual sería llevado a cabo unos meses después por el Registro municipal de Higiene y en 1917 la Junta Central de Higiene solicitaría una reimpresión de estos para distribuir en otros departamentos (Revista de Higiene: 1917, Pág. 403). Ese mismo año otra tesis médica, publicada por Raúl Castilla, respaldaría el trabajo de Troconis a partir del análisis de las estadísticas de los últimos tres años: la entidad patológica predominante en la población, y con preferencia en los menores de dos años, era la gastroenteritis (Castilla: 1912, Pág. 44, 21).

Así mismo, un artículo publicado en 1912 por el médico G. Ferreira elogiaría y se haría eco del trabajo de Troconis. Según éste, la tesis representaba un aporte fundamental para el gremio médico ya que arrojaba luz sobre las particularidades que adquiría la mortalidad infantil en la ciudad y los medios concretos que se debían asumir para combatirlas. Afín a lo planteado, Ferreira abogaría por la necesidad de convertir la Beneficencia en asistencia pública (Ferreira: 1912, Pág. 149). Además, resaltaba la importancia de crear instituciones como la Gota de leche y las cunas públicas. Allí la madre lactaría a su hijo antes de entrar a trabajar y al final de la jornada, al ir a recogerlo, se vigilaría que lo alimentara de nuevo (Pág. 150).

Sin embargo, es importante resaltar que estas peticiones no fueron exclusivas del gremio médico. Un año antes el senador Méndez de la Roche y algunos funcionarios de la Beneficencia librarían un debate en el Congreso Nacional con el Ministro de guerra, el

⁹⁷ Entre las leyes europeas de protección a la infancia Troconis menciona, aunque sin explicarla, la Ley Roussel. Ésta establecía vigilancia sobre las nodrizas en todo lo referente a salud y cuidado del niño. Así mismo, bogaba porque la mujer empleada como ama tuviese que demostrar que su hijo seguiría recibiendo el cuidado y alimentación apropiada (Pérez: 1919, Pág. 58).

general Ospina, por la adjudicación de unos terrenos ubicados en el Molino de la Hortua (actual Hospital San Juan de Dios). Mientras éste último lo solicitaba para construir un polígono de tiro, el senador resaltaba la necesidad de un nuevo Asilo para indigentes y locos. Como base de sus argumentos, proponía la obra ya no como una caridad privada sino como una obligación del Estado. Al final, persuadidos por Méndez, el Congreso promulgaría la ley 67 de 1911, la cual cedía dicho terreno a la Beneficencia (Gutiérrez Méndez: 2014).

Paralelo a esto, las directivas de la Junta de Beneficencia rendiría en el informe de 1912 los distintos inconvenientes de las instituciones de caridad: las instalaciones apenas costeaban el creciente número de enfermos, mendigos y expósitos. Las rentas eran insuficientes y la legislación no garantizaba el funcionamiento “científico” de ésta. En todas partes del mundo, continuaba, “este organismo que aquí llamamos Beneficencia se llama Asistencia Pública, y funciona organizado como un ramo muy importante de gobierno. Aquí se debe empezar por hacer lo propio: darle a la Junta el nombre y las funciones de dirección de la Asistencia pública y dejar al cuidado de la iniciativa privada todo lo que sea beneficencia y caridad” (Beneficencia de Cundinamarca: 1913, Pág. 13). Solo mediante rentas fijas, una oficina de archivo y estadística propia, la ampliación de establecimientos y la capacitación de personal se podría combatir el creciente índice de mortalidad y mendicidad (Pág. 14).

Dada la inestabilidad de fondos referida, la transición de la Beneficencia de Cundinamarca hacia la Asistencia pública se lograría solo hasta 1924 con su vinculación a la Dirección Nacional de Higiene (antes Junta Central de Higiene) (Hernández: 2004, Pág. 137). Sin embargo, hay algunos cambios en el camino no menos llamativos. En 1912, por ejemplo, tres fanegadas del terreno donado para el Asilo serían legados al Hospicio por medio de su Acuerdo número 9 de 1912. Ese mismo año iniciarían la construcción en dicho terreno del segundo Hospicio que tanto se venía proponiendo desde finales del siglo XIX; no solo como medida para recibir el creciente número de niños que se hacinaban en el actual sino, además, para instaurar el servicio y control de amas internas (Beneficencia de Cundinamarca; 1913, Pág. 8; 1922: XXIX).⁹⁸

⁹⁸ Que había ascendido a 592 amas, con un número similar de niños a su cuidado (Beneficencia de Cundinamarca: 1913, Pág. 45).

De igual forma en 1914 el Hospicio daría a sus nodrizas “nueva y provechosa organización, haciendo que se matriculen o inscriban como tales en los Municipios de su vecindad [...] En el talón y la patente consta su nombre, vecindad, estatura, señas particulares y demás datos que hacen casi imposibles los fraudes y confusiones” (Beneficencia de Cundinamarca: 1914, Pág. 44). Es de resaltar que a diferencia de la libreta de registro entregada en el siglo pasado (Capítulo 1, Pág. 31), ésta nueva contenía indicaciones sobre la alimentación que debía recibir el niño. Así mismo, en caso de que el médico lo encontrara débil, con un desarrollo estancado o simplemente con señas de maltrato, se consignaría en el registro del ama y ésta quedaría inhabilitada. Si, en cambio, el niño presentaba un aspecto en todo sentido favorable, ésta recibiría una compensación (Beneficencia de Cundinamarca: 1914, Pág. 45).

Ya para 1917 se crearía el oficio de Inspector de amas de campo. Este debía visitarlas “mensualmente y conocer por sí mismo, las condiciones en que son criados los expósitos, rindiendo a esta Sindicatura informe detallado cada tres meses [...] El caballero que desempeña el empleo ha cumplido con energía y prudencia su deber, y ya se han corregido varios abusos de las nodrizas, y se espera llegar a una buena organización con la necesaria cooperación de los señores Alcaldes de Chipaque, Caqueza y Ubaque, lugares donde residen las amas” (Beneficencia de Cundinamarca: 1917, Pág. 46). Ese mismo año el médico del Hospicio señalaría que aunque dichos informes confirmaban que la crianza era empírica e imperfecta, ésta nueva modalidad permitía aconsejarlas “y tratar de inculcarles siquiera hábitos de aseo, y algunos conocimientos para la crianza del niño” (Pág. 49)⁹⁹. Así mismo, instaba a la Junta y al gobierno a continuar con la protección de niños y madres mediante la transición hacia la asistencia estatal y la creación de programas de asistencia social (Pág. 50).

3.5 La Gota de leche: vigilancia y saber local en torno a la lactancia

Durante el tercer congreso Médico Nacional, celebrado en 1918 en Cartagena, el médico Tiberio Rojas presentaría un trabajo titulado “Fomento de las Municipalidades en la lactancia artificial. Gota de leche”. Allí, el autor partía de la estadística sobre mortalidad bogotana por gastroenteritis, más completa que las de principios de década, para resaltar el

⁹⁹ Ese mismo año la Junta Central de Higiene (que tenía autoridad a nivel nacional) promulgaría el Acuerdo 33 sobre profilaxis de la tuberculosis. Allí, uno de sus artículos rezaría que “toda mujer que haya de servir de nodriza [...] debe ser escrupulosamente señalada por un médico y no ser aceptada si no se haya indemne de tuberculosis” (Revista de Higiene: 1917, Pág. 425).

problema de la alimentación y condiciones de vida de la población. De igual forma, argumentaba a favor de las instituciones de asistencia social denominadas Gotas de Leche a partir de su popularidad y efectividad en países europeos (Pardo Calderón: 1920, Pág. 16; Gallo, Márquez: 2011, Pág. 66)¹⁰⁰. Es de resaltar la atención que recibiría, tanto dentro como fuera del gremio médico del país. Por una parte, entre las personas que apoyarían las Gota de Leche se contaban algunas esposas de médicos y representantes de la élite intelectual, política y económica de la ciudad (Sierra, Simancas: 2001, Pág. 168). Desde el campo médico, por otra, recibiría voto unánime de los ponentes del Congreso a favor de la urgente necesidad de formular una ley de protección a la infancia y gestionar el patrocinio de Municipalidades y Asambleas departamentales en el establecimiento de las Gotas de leche (Pardo Calderón: 1920, Pág. 15). Así mismo, lograría la atención y el favor de médicos influyentes (entre ellos el cofundador de la Sociedad de Pediatría Calixto Torres) los cuales empezarían a reunir fondos para llevar el proyecto a cabo de forma privada (Muñoz: 1999).

Finalmente el programa de la Gota de Leche de Bogotá iniciaría el 15 de julio de 1919 como obra privada de médicos y miembros de la élite; sin embargo tampoco tardaría mucho para recibir el apoyo de distintas autoridades. Paralela a su ponencia Rojas había presentado un proyecto al Concejo Municipal de Bogotá y a los pocos meses, mediante el acuerdo 32, éste sería aprobado. De igual forma determinaría que de los fondos municipales se destinara la suma de \$150 pesos mensuales para su sostenimiento y que ésta sería administrada por la Sociedad de Pediatría (Muñoz: 1999). Ese mismo año el Congreso Nacional anunciaría una ley para auxiliar a los municipios que iniciaran esta institución y la Asamblea de Cundinamarca promulgaría una ordenanza para auxiliar con 100 pesos más mensuales (Pardo Calderón: 1920, Pág. 15).

Hay varios puntos a resaltar sobre los objetivos y el alcance del programa. Habría que empezar señalando, en un marco más amplio, que durante finales de la década de 1910 el debate sobre las causas y soluciones a los problemas sociales del país tomaría mayor relevancia. En 1920, por ejemplo, algunos médicos e intelectuales notables organizaron una serie de debates y charlas en el Teatro Municipal sobre lo que ellos mismos llamaban la

¹⁰⁰ En Medellín se daría una ponencia similar en 1919 a manos del médico Miguel Arango. Sobre su contenido, así como el desarrollo de las Gotas de leche en esta ciudad ver el artículo de Gallo y Márquez (2011).

degeneración de la raza colombiana¹⁰¹. Allí, a partir de trabajos e investigaciones que venían desarrollándose en congresos médicos, se discutiría si el problema derivaba de rasgos físicos e intelectuales inherentes al colombiano o si, en cambio, estos podrían modificarse mediante el régimen higiénico y la intervención estatal. Uno de los defensores de la primera postura, el médico Miguel Jiménez López, afirmaba que la única solución era fomentar la migración de poblaciones europeas y regular los matrimonios entre quienes se consideraran de una tara hereditaria inferior (Muñoz Rojas: 2011).

En la otra posición, autores como Bejarano (1920) señalaron que el problema de la raza, aunque heredable, podía modelarse mediante las condiciones de vida de la población y, especialmente, la crianza. En sus palabras “todo problema social, comprende además una faz psicológica, institucional, económica, ética” (Pág. 293). El debilitamiento de la mano de obra del país era resultado de la falta de iniciativa de las madres a lactar, así como del Estado que no se esforzaba en educarlas ni vigilarlas. Así mismo, en posición similar a la de Troconis (1912), consideraba que las instituciones existentes como el Hospicio carecían de la dirección apropiada para controlar a las nodrizas. Según este, allí “la infeliz criatura que no ha llegado al año, es entregada en manos de una mercenaria, que lo lleva a su hogar, un hogar inmundo, ajeno a la higiene, y donde nadie que se interese más por ella vuelve a comparecer. *¿Quién puede dar fe de que esa mujer da el seno a ese niño?* [...] *¿Dónde siguen después investigando si esa mujer cuida de su niño?*; *¿dónde se buscan las condiciones de salud y de moralidad de esas habilitadas madres?*; *¿dónde está la balanza frecuente que diga si el niño gana o pierde?* (Pág. 222). Afín a la posición de Bejarano, publicaciones de años anteriores autores como Tiberio Rojas, o el pasante de la Gota de leche Enrique Pardo Calderón (1920), sostenían que la mejor solución a los problemas del país era garantizarle al niño, no solo su desarrollo, sino el mejor desarrollo posible. Esto se lograría mediante la vigilancia y protección de la mujer desde antes de la concepción, de forma tal que pudiese legar lo mejor de su fisiología (Pág. 18).

Expuesto lo anterior es más fácil comprender el cariz de las Gotas de leche en Colombia, ya que a diferencia de otros países este programa promovería la lactancia artificial solo como una alternativa en caso de que ni la madre ni una nodriza pudieran lactar. Así, por

¹⁰¹ Este evento ha recibido gran atención por parte de las ciencias sociales colombianas. Entre los trabajos que profundizan el tema puede consultarse: Muñoz Rojas (2011); Castro-Gómez (2009); Pohl-Valero (2014).

ejemplo, Pardo Calderón (1920) enfatizaría sobre el hecho de que el producto más importante del programa en sus dos años de funcionamiento no había sido la leche de vaca sino la pedagogía y la puericultura (Pág. 18). Muestra de esto eran las distintas conferencias organizadas en la ciudad para estimular la lactancia materna. Las mujeres que acudían al establecimiento recibían consejo médico sobre las precauciones que debían observar en las etapas de la crianza; desde antes de la concepción, pasando por los cuidados del embarazo (alimentación, ejercicio, aseo) hasta las distintas edades del niño (Pág. 19, 24).

Así mismo, el programa instruía a las madres en las recomendaciones ya expuestas sobre cómo lactar y, en caso de que no fuese posible, cómo escoger y regular a la nodriza (recomendaciones que no guardaban diferencia a lo expuesto en el capítulo 2) (Pardo Calderón: 1920, Pág. 48). El manejo de la balanza no sería menos relevante: bien como monitor de la salud y la calidad de la leche, o bien como método para calcular el requerimiento calórico (aunque posteriormente el programa de las Gotas de Leche se decidiría por cálculos menos complicados según una media de peso estandarizada) (Pág. 26). De esta forma, retomando a Pohl-Valero (2014), una de las finalidades de estos programas sería “inculcar en madres y niños los principios de una alimentación científica y que aprendieran a concebir sus cuerpos como máquinas térmicas que debían estar en óptimas condiciones para transformar la energía de los alimentos en trabajo productivo” (Pág. 17).

Ahora bien, como continúa Pardo Calderón (1920), la labor de la institución no se limitaba a dar consejos, ya que éstos no podrían ser puestos en práctica sin los medios necesarios para cubrir los gastos de su ejecución. “Empapadas en la miseria que viven, obligar a la mujer obrera a que dedique toda la atención que requiere el niño, sería condenar dos vidas a la muerte” (Pág. 44). Si, en cambio, las “ponemos [...] en mejores condiciones higiénicas, dándoles una alimentación correcta y suficiente para que se establezcan con normalidad sus funciones orgánicas, tendremos en ellas una abundante secreción láctea capaz de nutrir dos niños a la vez”. (Pág. 46). Por consiguiente, el Programa las auxiliaba “con una módica pensión, y gracias a la generosidad de las [...] farmacias de Bogotá, les proporciona medicinas” (Pág. 44). Así mismo, sería creado un taller de telares para tejer fique en el que se emplearían algunas de las madres e inscribieran a sus hijos en el programa (Pág. 70).

Otro punto central a resaltar es que los médicos del programa de la Gota de Leche se valdrían de su estadística para retroalimentar su funcionamiento. Como bien señala Pardo

Calderón (1920), la Gota de leche constituía un nuevo campo de observación para el pediatra que quisiera estudiar los problemas relativos a la alimentación y el desarrollo. Allí podía “hacer un gran acopio de hechos entre todos los niños cuya lactancia inicial ha sido mal dirigida y que sufren taras hereditarias; puede determinar las modalidades normales o anormales del crecimiento, y esto durante meses, aún años, porque allí puede tener bajo su vigilancia al niño” (Pág. 23) y por supuesto a la madre. Con esto en mente emprenderían todo tipo de observaciones y cuantificaciones sobre el cuerpo de ambos buscando establecer una tipología para el bogotano medio. Así mismo, se basarían en los datos obtenidos para participar en debates como el de la raza y la alimentación, y definir el derrotero que debía seguir la institución.

Por una parte, los médicos de La gota de Leche realizarían seguimiento de las enfermedades presentadas en las madres durante las distintas etapas del parto. Por otra, someterían a análisis químico y bacteriológico algunas muestras de leche; ésto con la finalidad de promediar los macronutrientes y anticuerpos y contrastarlos con solas medias dadas por autores europeos (Pardo Calderón: 1920, Pág. 38). Si bien no encontrarían gran diferencia entre países, sí les permitiría constatar que la pobreza de la leche era consecuencia de una alimentación insuficiente y no de enfermedades hereditarias o insuficiencias congénitas. No se podía, en palabras de Pardo Calderón (1920), exigirles a esas mujeres que produjesen leche si ellas mismas no se habían provisto en el día con el alimento de su organismo (Pág. 46). Más aún si se trataba de una nodriza, ya que al lactar varios niños sufrían un desgaste superior en el organismo y por tanto necesitaban una ración suplementaria (Pág. 48).

Otros estudios llevados a cabo en el Hospital San Juan de Dios harían eco de estas afirmaciones. Vesga (1920), por ejemplo, registraba el peso de 130 neonatos bogotanos, su temperatura, las respiraciones por minuto y la estatura durante los primeros días de vida (Anexo 4.1). Así mismo, como uno de los puntos más llamativos de su estudio, también peso y promedio las placentas, ya que siendo el conducto por el que el feto obtenía alimento y oxígeno era prudente estimar si se desarrollaban con la amplitud suficiente (Pág. 23) Una vez extraída la media, que representaba una aproximación a la tipología racial del bogotano, el autor la contrastaba con cifras de otros países. A partir de esto, concluía que no era apreciable una diferencia que pudiera atribuirse a la raza. En cambio, consideraban que si se observaban

diferencias notables al comparar la clase social de los niños registrados, lo cual demostraba la influencia de los modos de vida en la conformación racial de una persona (Vesga: 1920, Pág. 90)¹⁰². Con base en esto se puede observar que la perspectiva eugenésica que buscaba mejorar las condiciones de vida de las madres tuvo aceptación por gran parte de los médicos de la ciudad. Sin embargo, es importante señalar que tanto estas cifras, como las herramientas de observación, no tuvieron un solo significado ni se aplicaron de forma homogénea para todas las madres. En cambio, la forma de entender los distintos datos sobre desarrollo normal del niño estuvo mediada por el contexto y las intenciones políticas de quienes las llevaban a cabo, como se verá a continuación en el contexto del Hospicio de Cundinamarca durante la década de 1920.

3.6 ¿Remplazar las nodrizas? Sala-cunas y lactancia artificial

Como se vio en el apartado anterior los médicos de principios de siglo XX mantuvieron una opinión relativamente unánime sobre la excepcionalidad de la leche humana en la salud y desarrollo del recién nacido. Sin embargo, durante la misma época otros autores emprenderían estudios sobre la lactancia artificial como una alternativa a las nodrizas externas. Una tesis presentada en 1917, por ejemplo, sopesaba que acudir a un ama que no se albergara en la casa de los padres podía ser más riesgoso que los desajustes causados por la leche de vaca. Esto, ya que las gentes pobres mantenían un régimen dietético compuesto de alimentos feculentos y fermentados, incluida la chicha, que a veces brindaban al niño. Otras los descuidaban por dedicarse al trabajo o simplemente carecían de la formación racional para criarlos según los principios de la ciencia. Así mismo, se corría el riesgo de contraer todo tipo de enfermedades como la sífilis o la tuberculosis (Pardo Rey: 1917, Pág. 19-21).

Estudios de este tipo serían compartidos por las directivas de la Beneficencia, las cuales en 1920 “en posesión de importantes datos sobre los adelantos de la puericultura” y los informes del Inspector de amas, solicitarían establecer en el Hospicio “el servicio de la Gota de leche, a fin de que el asilo quede completo y de poder eficazmente atender a la

¹⁰² Ya para la década de 1930 algunos valores estandarizados sobre la curva de desarrollo que debía seguir un niño saludable empezaron a publicarse en diarios de talla nacional como *El tiempo* (Anexo 4.2). Allí, durante varias entregas semanales, el médico Antonio Peña Chavarría explicaba paso a paso las precauciones que una mujer debía llevar desde antes de la concepción y la forma en que debía manipular la balanza para controlar tanto el cuerpo de su hijo como el propio (Peña: 1930)

crianza de los recién nacidos, la cual está hoy a cargo de nodrizas, cosa que, a pesar de la esmerada inspección que tiene, es de fatales consecuencias” (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. XII). El proyecto, que finalmente se llamaría Sala-cunas, entraría en funcionamiento en agosto de 1920 bajo la dirección de Calixto Torres y la asistencia del médico del Hospicio Marco Iriarte (Pág. 16). Como primera parte, se escogerían los 16 niños con el menor peso corporal de entre aquellos criados por las amas. Posteriormente, serían instalados en una sala del Hospicio, donde bajo la vigilancia de enfermeras se les alimentaría con leche de vaca esterilizada (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. 17).

El plan inicial era trasladar al Hospicio todos los niños que estaban en poder de las amas de campo. Sin embargo, no pasaría mucho antes de que las consecuencias negativas se manifestaran. Apenas unas semanas, en septiembre, fallecerían nueve niños. Ese mismo mes recibirían otros 15 y 5 más en octubre, de los cuales 8 morirían. Finalmente, “en noviembre se recibieron 10 y tuvimos ocho defunciones. En el mes de diciembre ordenó la Junta de Beneficencia que se suspendiera el servicio de la Cuna y que se entregaran los niños nuevamente las amas” (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. 17). Así mismo, por solicitud de la Beneficencia, la Sociedad de Pediatría encargaría a dos de sus miembros, Pablo A Llinas y Manuel V. Ortiz, para analizar lo sucedido y determinar si el proyecto se retomaría o no (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. XLIV).

No deja de ser llamativo que un proyecto diseñado para erradicar el uso de amas haya desembocado en una reafirmación de la necesidad de éstas. Así, por ejemplo, en el informe de 1921 el Síndico del Hospicio aseveraba que “a nadie escapa que las delicadas funciones de madre no se improvisan [...] con lo que se hace preciso recurrir a las amas, ya que por desgracia los expósitos se ven privados del calor, las caricias y el alimento materno. El servicio de amas que se ha tenido en el Hospicio no se halla en las pésimas condiciones en que lo han hecho aparecer últimamente [...]; y de ello podemos dar fe, porque en enero pasado tuvimos ocasión de visitar los lugares en donde habitaban dichas amas y pudimos apreciar el cariño que casi todas profesan al expósito puesto en su cuidado” (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. XV).

Al año siguiente el mismo Síndico entraría a considerar que quizá la mortalidad en el campo no se debía al mal cuidado de las amas sino a causas externas: “dichas amas tenían la obligación de presentar los niños cada trimestre al tiempo del pago a fin de que fueran

examinados por el médico [...] Era de lamentar el tener que exigir que esos pobres niños tuvieran que atravesar, generalmente en tiempo de lluvias, los páramos de Cruzverde y de Chipaque; permanecer luego dos y tres días en esta ciudad, muchas veces a la intemperie y sin abrigo, para luego regresar a sus viviendas por los intransitables caminos que todos conocemos. La estadística demostró que al mes siguiente [...] el número de defunciones de niños en el campo era verdaderamente aterrador. A fines del mes de marzo se trasladó el suscrito a las poblaciones mencionadas en asocio de un médico [...] y del Inspector de niños del campo y en una semana se pagaron todos los salarios de las Amas y se examinaron todos los niños. Esta innovación permite también ejercer sobre éstas una vigilancia menos imperfecta" (Beneficencia de Cundinamarca: 1921, Pág. LII).

Así mismo, en otro apartado señalaría que "la mortalidad de los niños del campo que en lo general se ha atribuido al descuido de las amas, tiene por causa principal la miseria fisiológica de los niños traídos o abandonados: hijos más bien del vicio y herederos forzosos de enfermedades que han destruido el organismo de sus padres, a más de la miseria, la desnudez y el desaseo que los acompaña en su nacimiento [...] El dar a estas mujeres ciertos calificativos que no quiero hacer mención, encierra una injusticia, pues las nodrizas han sido, en medio de su humildad y de su pobreza, cooperadoras de la obra de caridad del Hospicio. ¿Qué hubiera hecho este establecimiento sin el servicio de las amas del campo en tiempo de ciertas epidemias que [...] era espantoso el número de huérfanos y abandonados que traían al Hospicio en busca de asilo y protección?" (Pág. 15).

La opinión de algunos médicos encargados del proyecto de la sala-cuna es igual de llamativa a la opinión del Síndico. Marco Iriarte, por ejemplo, reconsideraba la posibilidad de mantener el servicio de nodrizas y mejorar sus condiciones de vida. En palabras suyas, afirmaba: "con el tiempo y la meditación, no creo ahora que pueda llegarse a un resultado favorable por ese sistema [...] no basta tener locales apropiados, un mobiliario conveniente, buena leche juiciosamente preparada; no basta aún ponerles abrigo del contagio, es necesario que una persona reemplace a la madre y no se ocupe sino del [niño] solo [...] Hay que suplir esa especie de comunicación que se establece con la madre y el niño por la mirada, la sonrisa, las llamadas y los cantos sin significación precisa, y que realizan con una estimulación psíquica del pequeño" (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLIV).

Pero como era menester reformar el servicio de amas de campo, Iriarte mencionaba que “con el cual los resultados obtenidos no son completamente satisfactorios, me permito proponer algunas modificaciones con las que se lograría quizá mejorar la condición de los niños que se entregan a las nodrizas del campo” (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLVI). Uno de los problemas que encontraba el médico era la distancia y falta de comunicación con la vivienda de las amas. Así pues, “teniendo como tenemos regiones pobladas en la vecindad de la ciudad, con vías férreas que fácilmente nos comunican con ellas, se podía establecer allí el servicio de amas, vigiladas estrechamente por el médico de la localidad y visitadas con frecuencia por el médico del Hospicio, de suerte que se podrían corregir en tiempo oportuno los defectos que se anotaran y que sin duda no podrán pasar desapercibidos” (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLIV).

En una opinión similar, la comisión encargada por la Sociedad de pediatría para evaluar las Sala-cunas manifestó que éstas solo deberían reabrirse si la alimentación se realizaba por nodriza. Para esto, proponían un proyecto de acuerdo en el cual se reunía la asistencia a madres pobres y la vigilancia a las amas en el futuro edificio campestre. "En este Orfelinato [...] quedarían reunidos todos los niños hospicianos y las madres y nodrizas de los lactantes, las cuales, además del pago por lactar, podrían dedicarse a oficios lucrativos en talleres anexos, o a labores de agricultura o granjería en el propio terreno de la institución. Además, algunos de los lactantes huérfanos podrían entregarse, si fuere necesario, con las precauciones debidas, a nodrizas de los campos vecinos cercanos [...] de manera de ejercer sobre ellas una supervigilancia y [...] evitar sorpresas desagradables" (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. L).

Como segundo punto del proyecto, la comisión de la Sociedad de Pediatría afirmaba que parte de la baja asistencia de mujeres parturientas a los servicios hospitalarios obedecía a una cuestión de pudor. Según dicha comisión, el San Juan de Dios era un centro de enseñanza, por tanto “solo van allí las mujeres foráneas, las despreocupadas, las indigentes y las desamparadas. El noventa por ciento de las que necesitan el apoyo social -esposas de obreros, humildes pero pudorosas y recatadas- dan a luz en manos de mujeres ignorantes, en casas infectas, sin socorro racional ninguno y con grande peligro de su vida y de la del recién nacido, antes que ofrecerse en exhibición en el acto fisiológico más solemne, más grave y más digno de discreción y de respeto. Por eso somos de parecer que debe establecerse en el

Hospicio una ‘Cámara de maternidad privada’ con sus servicios anexos, talleres, habitación de lactancia, dispensario, cocinas, enfermería, etc.” (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. XLIX). Así pues, “tendríamos en el Hospicio una obra completa de crianza infantil: Maternidad privada, Asilo para nodrizas pobres, Sala-cuna con lactancia natural, Dispensario y Enfermería para los niños ”(Pág. L).

Por el informe del Síndico del mismo año se sabe que tanto la propuesta de Iriarte como la de Llinas y Ortiz fueron bien acogidas y que la Junta proyectaba en breve el establecimiento de la Cámara de Maternidad y el Asilo de Nodrizas (Beneficencia de Cundinamarca: 1922, Pág. 67, 75). Sin embargo, algunos factores retrasarían la construcción del Hospicio Campestre. Mediante la Ordenanza 87 de 1920 se decretaría que el terreno anteriormente cedido para el Asilo de locos y el Hospicio fuese destinado al nuevo Hospital San Juan de Dios. Así mismo, en 1925 se decretaría la Ordenanza 65, mediante la cual las demás instituciones de Beneficencia otorgarían parte de sus fondos para agilizar su culminación (Beneficencia de Cundinamarca: 1928, Pág. XVI)¹⁰³. En consecuencia la construcción del Hospicio solo iniciaría hasta este año en la zona de “Aguas Claras”, en Sibaté, y terminaría hasta 1933 (Beneficencia de Cundinamarca: 1934, Pág. XXVIII).

Lo acontecido en este lapso de tiempo, tanto con el debate de los métodos de crianza como con las amas, es difícil de precisar; en parte porque solo se cuentan con los informes de la Beneficencia de Cundinamarca de 1922 y 1928. Sin embargo, se puede observar un avance, aunque lento en comparación a las pretensiones de los médicos, en torno al tema de la Asistencia pública. Por una parte, en 1924, el director Nacional de Higiene, Pablo García Medina, lograría que “un grupo de senadores liberales de corte reformista presentaran un proyecto de ley de casi cien artículos para unificar la higiene y la asistencia pública, con mecanismos de integración de las instituciones de atención médica a cargo de las beneficencias y la definición de nuevos recursos” (Hernández: 2004, Pág. 127). El proyecto se convertiría en la Ley 15 de 1925, con la cual se crearía la Dirección Nacional de Higiene y asistencia Pública, adscrita al Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública.

Así mismo, esta ley incluiría un artículo que reglamentaba, aunque someramente, los requisitos que debía cumplir una nodriza a nivel nacional. Según esta, “toda nodriza debe

¹⁰³ Otros autores refieren que la lucha contra la anquilostomiasis entre 1920 y 1940 equipararía la mayoría de las rentas de las distintas instituciones de asistencia pública (similar al caso de la lepra a finales de siglo XIX) (Gallo, Márquez: 2011, Pág. 81; Quevedo et al.: 2004, Pág. 217, 218)

estar provista de un certificado que la acredite como apta para la lactancia. Este certificado será expedido gratuitamente por cualquier médico oficial de quien se solicite, previo examen de la nodriza, o en subsidio, por un médico particular que tenga grado profesional. Dicho certificado se renovará cada treinta días. Toda mujer que solicite autorización para prestar el servicio de nodriza debe, además de presentar los certificados que se exigen por esta ley, comprometerse ante una autoridad de policía o de higiene a continuar alimentando a su hijo si lo tuviere” (Ley 15 de 1925).¹⁰⁴

Por otra parte en el Hospicio también se efectuarían cambios. Aunque el edificio campestre se terminaría en 1933, este finalmente sería destinado a Colonia agrícola para niños en edad de trabajar el campo (de donde se obtenían fondos para el sostenimiento de la institución) (Beneficencia de Cundinamarca: 1939). En cambio, hacia principios de los 30 se crearía el cargo de Médico de la sección de campo del Hospicio (también llamada sección de Amas), el cual sería ocupado por Remigio Díaz. Este, junto a algunas directivas, propondría intervenir las viviendas de las nodrizas, de manera similar a algunos proyectos de construcción de barrios obreros como los que llevaría a cabo Leo Kopp durante la década de 1910 (Capítulo II, Pág. 52) (Beneficencia de Cundinamarca: 1932, Pág. 201).

El informe de 1932 señalaba que “hace el espacio de dos a tres años que la Sindicatura dispuso que las amas hicieran a sus casas algunas reformas, de acuerdo con ciertas reglas de higiene, y al efecto [...] hoy se encuentran 103 habitaciones con estas reformas; se les hizo abrir ventanas para que tengan aire puro, construir cielos rasos para evitarles el polvo, etc. y un blanqueamiento de cal; con otras, se ha conseguido que cambien la cubierta de paja por la de teja metálica. Desgraciadamente, la situación no les ha permitido a muchas realizar esta obra, no obstante, [...] a la medida de sus fuerzas y sin ninguna resistencia, todas han atendido a este llamamiento, de tal suerte que muy pronto habrá un mayor número de habitaciones que prestaran un servicio bastante regular” (Beneficencia de Cundinamarca: 1932, Pág. 201).

¹⁰⁴ La resolución número 74 de 1938 incluiría que “no podrán contratarse como nodrizas las mujeres cuyos hijos menores de cuatro meses no dispongan de la suficiente cantidad de leche para su lactancia exclusiva al pecho. Tampoco podrán hacerlo aquellas cuyos hijos no sigan una evolución normal [...] no podrán contratarse como nodrizas las mujeres que no estén en perfecto estado de salud y nutrición, ni las que padezcan enfermedades contagiosas”.

Así mismo, para 1944, con motivo de los 75 años de la Beneficencia, se inauguraría un Centro Hospitalario en Chipaque destinado especialmente para las amas y los niños a su cuidado (Beneficencia de Cundinamarca: 1945, Pág. 38). Desde éste, similar a la propuesta que años atrás había hecho Iriarte, se lograría establecer mayor vigilancia por parte de médicos, Inspectores (que ahora eran dos) e incluso Hermanas de la Presentación. Sobre este último aspecto, Remigio Díaz, el médico de campo del Hospicio, anotaría una influencia favorable, ya que “el ascendiente que ejercen [las religiosas] con las amas ha sido factor importante para que éstas acepten las indicaciones referentes a la atención del niño, y de esta manera el centro Hospitalario está contribuyendo eficazmente al mejoramiento de toda la Sección” (Beneficencia de Cundinamarca: 1945, Pág. 42).

Otro cambio a resaltar es el incremento en el pago a las nodrizas del Hospicio¹⁰⁵. Por medio del acuerdo número 36 de septiembre de 1944 la Junta General aumentaría en un 20% los salarios de las nodrizas y en fechas conmemorativas se les entregarían obsequios como prendas de vestir y artículos alimenticios (Beneficencia de Cundinamarca: 1945, pág. 40). La medida, que al parecer inició como un proyecto de prueba, buscaba reducir la mortalidad infantil. Al año siguiente, Remigio Díaz señalaría en su informe que las cifras confirmaban la premisa de que un mejor sueldo para las nodrizas favorecía la protección del niño “y no para estimular el consumo de la chicha y fomentar escándalos” (Pág. 42). En sus palabras: “La mortalidad del año pasado es la más baja que se ha registrado en los últimos 25 años; el estado general de los niños no es tan alarmante [...] pues ya esos casos de extrema miseria fisiológica son raros y las enfermedades de la nutrición no son tan frecuentes [...] No es atrevido decir que todos están por debajo del peso normal, pero también puede opinarse que es halagüeño anotar la disminución de las atrepsias y de los edemas por desnutrición” (Beneficencia de Cundinamarca: 1945, Pág. 23, 41). Tomando estos datos como base Díaz solicitaría a la Junta de Beneficencia que en proyectos futuros se siguiera reformando la vivienda de las amas, ya que ninguna contaba con agua potable, letrinas o alumbrado (Beneficencia de Cundinamarca: 1945, Pág. 42)¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Mientras en 1912 el mantenimiento de un niño del Hospicio costaba entre 5 y 7 pesos mensuales, a las amas solo se les pagaba, como máximo, dos pesos. Este sueldo se mantendría desde principios de siglo XIX hasta la segunda década del siglo XX (Beneficencia de Cundinamarca: 1912, Pág. 21).

¹⁰⁶ Durante los 30 solo el 14% de los centros urbanos del país contaban servicios como luz y alcantarillado y el 70% de la población rural continuaría “por largo tiempo sometida a ‘pésimas’ condiciones de habitación [...] reducidos salarios, alimentación inadecuada, y las carencias de vestido y calzado” (Gallo, Márquez: 2011, Pág.

Para finalizar, solo queda anotar que en décadas posteriores estas medidas paternalistas y de inclusión irán intensificándose. Con la creación en 1968 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se empezará a buscar, ya no solo una madre lactante, sino una familia para el desarrollo de los niños. Así mismo, se consolidarán disciplinas como la Psicología y el Trabajo Social, las cuales establecerán nuevos estándares para escoger a las madres (medios de subsistencia, vínculos morales en el hogar, etc.) (Marín: 1963; Alba, Ortiz: 1990). Muestra de lo anterior es un folleto conmemorativo de los 100 años de la Beneficencia, el cual también se refiere al Servicio de Amas como el servicio de Hogares Sustitutos (Beneficencia de Cundinamarca: 1969, sin paginación)¹⁰⁷. De igual forma, surgirán tesis universitarias sobre el abandono infantil y la reincorporación de estos al núcleo familiar de las Amas tales como *El problema del abandono del niño* (1963) y *Evaluación diagnóstica de los hogares sustitutos de Chipaque* (1990).

Se sabe, además, que con la llegada de Nestlé entre principios de los treinta y 1945, algunos médicos realizarían, por fin, su anhelo de prescindir de las amas en algunos casos. Así, por ejemplo, para la construcción del nuevo Hospital San Juan de Dios algunos de los proyectos en consideración proponían salas de nodrizas anexas a la Casa de maternidad. Sin embargo, el modelo finalmente elegido optaría por emplear productos como el Lactogeno de Nestlé (Anexo 5), para atender los casos de niños que no podían ser lactados por sus madres (Beneficencia de Cundinamarca: 1934, Pág. 26). De esta forma, se puede inferir que en décadas posteriores el uso de nodrizas no sería completamente institucionalizado ni desestimado. Sin embargo, los criterios para elegir las, los contextos en que se usarían, la imagen que se tenía de estas y las relaciones de poder con las distintas autoridades, se transformarían considerablemente.

3.7 Conclusiones

El presente capítulo expuso el proceso mediante el cual médicos y directivas de la Beneficencia de Cundinamarca convirtieron el control de la lactancia en una función constitutiva del Estado. Para esto, tanto la estadística como la cuantificación del cuerpo de

65). Teniendo esto en cuenta, es posible entender con más claridad la importancia de las reformas adoptadas por el Hospicio como el aumento salarial a las amas de campo o el saneamiento de sus habitaciones.

¹⁰⁷ Parece que algunas niñas adoptadas serían futuras amas: “Muchos de los pequeños se integran con el tiempo a los hogares, ya que consideran a las Amas como su verdadera madre. Algunos de ellos se han quedado en la región, han contraído matrimonio y las que fueron hijas de la Beneficencia ostentan orgullosamente el título de Amas de la institución (Beneficencia de Cundinamarca: 1869, Sin paginación).

mujeres y niños, jugaron un papel fundamental. Con la implementación de la balanza y la curva de desarrollo del niño empezarían a cambiar las concepciones de lo que se consideraba un cuerpo saludable y los medios de lograrlo. A los chequeos médicos de madres y niños, la división del tiempo en horarios, las representaciones del cuerpo limpio y nutrido, entre otros, se agregaron distintos registros numéricos, gráficos y cálculos (Ver Anexo 4.1 y 4.2). Ahora no sólo bastaba que la madre y el niño lucieran saludables a simple vista o en el examen físico. Tampoco era suficiente verlo engordar o aumentar su estatura, sino que esto debía desarrollarse conforme a una serie de valores estandarizados.

Para la estandarización de esta curva los médicos acudirían en un principio a tablas propuestas por la medicina europea; sin embargo, a partir de la década de 1910 emprenderían observaciones propias con la finalidad de promediar estos valores en el niño bogotano. Estas cifras corporales y poblacionales, así como la forma de interpretarlas, serían pieza fundamental en los debates acerca de si era posible corregir lo que algunos médicos y políticos llamaban la degeneración de la raza colombiana y cuáles eran los métodos más plausibles. Para el caso colombiano se pudo observar que en su mayoría los médicos concluyeron que, si bien existía una inferioridad en factores como la talla o el peso de los niños recién nacidos en comparación a cifras europeas, esto podía corregirse mejorando las condiciones de vida (nutrición, higiene, habitación) de sus madres. De allí que plantearan que vigilar la lactancia era el medio por excelencia de producir una mano de obra más fuerte y obediente, y que por tanto era una función primordial del Estado.

Otro punto a resaltar es que algunos médicos bogotanos (Casas: 1907; Hurtado: 1905) se valdrían del uso de la balanza y el seguimiento del peso corporal en niños para constatar y debatir algunas teorías médicas llegadas de Europa sobre lactancia. Este tipo de estudios y apropiaciones de las teorías médicas, a su vez, definirían el derrotero de programas de asistencia social, leyes e instituciones como el Hospicio durante las próximas décadas. Cabe recordar que en Europa la pasteurización de la leche animal y las harinas lácteas habían tenido gran acogida desde finales del siglo XIX, lo que a su vez permitió reemplazar el uso de nodrizas en hospicios y hospitales (Dupuis: 2004). Para el caso colombiano, en cambio, algunos médicos retomaron estudios y observaciones locales para concluir que ninguno de estos productos y procedimientos podía garantizar el desarrollo y salud del niño como la leche humana (fuera de madre o nodriza). De allí que programas como Las Gotas de Leche

afirmaran que su producto central no era la donación de leche animal a madres pobres sino la educación en los preceptos de la crianza y el auxilio económico de estas. De igual forma otros médicos (Troconis: 1912; Bejarano: 1920) bogarían a favor de aplicar la balanza y el seguimiento del peso corporal del niño en el control de las mujeres del Hospicio. Si bien no se pudo precisar el año exacto en que dicha institución implementaría el procedimiento, ya hacia 1920 los médicos de la institución contarían con estos datos y se valdrían de ellos para constatar si las nodrizas contratadas estaban prestando apropiadamente sus servicios (Beneficencia de Cundinamarca: 1922).

A partir de lo anterior también fue posible complementar algunos estudios sobre proyectos eugenésicos, la medicalización de la maternidad y la creación de instituciones de asistencia social a principio de siglo XX en Colombia. Recordemos que algunos autores (Pedraza: 2011; Noguera: 2003; Castro: 2007) afirman que el ejercicio del poder en esta época se entendió de manera indisociable del manejo poblacional (es decir, la biopolítica). Castro (2007) y Sánchez salcedo (2014), a su vez, exploran el manejo de la pobreza por parte de las instituciones de asistencia social (como Hospicios y Hospitales) a partir de discursos sobre el cuidado de la salud, el fomento del trabajo, la moral y en general la transformación en los modos de vida del pobre. Aunque los textos mencionados son plausibles y rigurosos, dichos trabajos no han mostrado la implementación de la balanza, el control del peso del niño y la estandarización estadística en el Hospicio y Las Gotas de Leche de Bogotá como un intento de administrar con precisión las prácticas y los procesos fisiológicos que sucedían dentro del cuerpo de las mujeres lactantes.

Es importante señalar, sin embargo, que estas cifras corporales, así como los discursos de medicalización y asistencia social, no tuvieron un solo significado ni se aplicaron de forma homogénea para todas las mujeres lactantes. En cambio, la forma de entender los distintos datos sobre desarrollo normal del niño estuvo mediada por el contexto y las intenciones políticas de quienes las llevaban a cabo. Muestra de lo anterior es que durante la década de 1920 los médicos y las directivas acudieron a las curvas de crecimiento de los niños encargados a las nodrizas, las cuales consideraban por debajo de lo normal, para concluir que era un servicio que debía suprimirse (Beneficencia de Cundinamarca: 1921). En cambio, en el informe de Remigio Díaz de 1945, este médico daba mayor importancia a la reducción de algunas enfermedades como la atrepsia que a las curvas de crecimiento, razón por la cual

bogaba por mejorar las condiciones de vida de las nodrizas a cargo (Beneficencia de Cundinamarca: 1945).

Así mismo, se pudo observar que el proceso de transición hacia la medicalización de la lactancia como una forma de control estatal no se dio de forma simultánea en la ciudad y su periferia rural. Mientras Las gotas de Leche (que atendían a madres pobres de la ciudad) empezarían a funcionar en Bogotá desde 1919, las reformas realizadas a las nodrizas del Hospicio mediante salarios y el saneamiento de sus casas empezarían una década después. Esto, en parte, puede explicarse por la dificultad que tenían los médicos e inspectores del Hospicio de acudir con regularidad a las zonas alejadas del campo. Sin embargo, como afirman Gallo y Márquez (2011) y Noguera (2003), la medicalización y la asistencia social también pueden entenderse como uno de los mecanismos mediante el cual los proyectos de Estado-Nación de principios de siglo XX (y sus saberes) se apropiaran de los cuerpos de sus poblaciones.

Recordemos ya para principios de siglo XX el gremio médico bogotano consideraba que la mortalidad infantil podía reducirse mejorando las condiciones de vida de las lactantes (Troconis: 1912; Bejarano: 1919); de hecho esta sería una de las razones que animaría la creación de Las gotas de leche de Bogotá en 1919 (Pardo Calderón: 1920). Sin embargo, hacia 1945 todavía se debatía en el Hospicio si aumentar los salarios de las nodrizas podría acarrear escándalos y chichismo. Así, la construcción de un subordinado por parte del estado como un problema social le niega el acceso a ciertos espacios, recursos y prácticas; pero al tiempo naturaliza su explotación, catalogación, etc. (Noguera: 2003, Pág. 34). O dicho en otras palabras, que asociar a las nodrizas con el alcoholismo, la promiscuidad y el desaseo le permitió a los médicos apropiarse de la leche (y el cuerpo que la producía) que tanto necesitaban en sus programas eugenésicos. También permitirá el funcionamiento del Hospicio (institución de corrección social por excelencia) durante más de medio siglo con sueldos (considerados por ellos mismos) bajos (Beneficencia de Cundinamarca: 1917).

4. Conclusiones generales

El presente trabajo buscaba analizar los procesos de medicalización de la lactancia para madres y nodrizas en Bogotá entre 1869 y 1945. Se escogió dicho enfoque debido a que el tema de la medicalización de la lactancia sólo ha sido abordado tangencialmente dentro de los estudios de la medicalización de la maternidad y los proyectos eugenésicos de principio de siglo XX (Pedraza: 2011; León: 2012; Viveros: 1995; Cardona: 2010). Sin embargo, la revisión de las fuentes primarias (Plata: 1888; Beneficencia de Cundinamarca: 1922) permitió constatar que médicos y directivos colombianos no medicalizaron la lactancia únicamente a partir de la relación madre e hijo. En cambio, plantearon otros discursos y en algunos casos otras prácticas para controlar a aquellas mujeres que prestaban sus servicios de lactancia y crianza a cambio de una remuneración económica. De esta forma, se consideró importante observar la particularidad de dichos discursos y prácticas médicas, así como la relación o diferencia que pudieran tener con los discursos que medicalizaban la maternidad. Así mismo, se buscaba mostrar aspectos inexplorados de los proyectos eugenésicos a partir de las prácticas para controlar a las nodrizas implementadas en instituciones como el Hospicio de Cundinamarca a principios del siglo XX. Con esto en mente se han extraído algunas conclusiones.

En el primer capítulo se mostraba que los médicos de finales de siglo XIX mudaron sus percepciones sobre la leche humana y las lactantes. Para médicos e intelectuales de décadas anteriores a este periodo la lactancia podría transmitir las características morales y físicas de la mujer al niño amamantado. De allí que prohibieran la lactancia de mujeres consideradas como anormales (negras, judías, indias, nodrizas, pobres) (Hering: 2008). En contraste a esto, las generaciones médicas de finales de siglo XIX, influenciados por teorías bacteriológicas y fisiológicas, consideraron que la leche humana podía modificarse mediante el control del cuerpo de la mujer. De esta forma, iniciarían el proceso de medicalización de la lactancia. Es decir, su estimulación como una práctica que debía controlar el médico para garantizar el mejor desarrollo del niño y la salud de la lactante (bien fuese su madre o una nodriza). Desde esta perspectiva, el médico dirigiría la forma en que la lactante manejaría su cuerpo, su tiempo, su alimentación, sus prácticas de consumo, su vivienda y, en general, su vida (Cardona: 2010).

Ahora bien, como primera conclusión se pudo observar que para la aceptación e implementación de estas teorías entre el gremio médico y algunos políticos de finales de siglo XIX fue necesaria la realización de estudios locales y la recolección de datos estadísticos. Muestra de lo anterior es que solo tras la implementación y estandarización de herramientas estadísticas en 1872 en el Hospital San Juan de Dios, los médicos de esta institución empezarían a visibilizar los métodos de lactancia y el modo de vida de la lactante, como una de las principales causas de la mortalidad infantil (Capítulo 1, Pág. 43). Así mismo, nociones de salud como “robustez” o “complexión vigorosa” de mujeres y niños empezaron a hacerse cada vez más complejas. Para estos médicos examinar a la madre o la nodriza implicaba inspeccionar todo su cuerpo, constatar que sus senos tuvieran una forma particular e incluso realizar un examen físico a su hijo para corroborar su salud. No bastaba con que la mujer lactante fuera robusta o que a simple vista pareciera saludable. Con base a estos estudios y cifras llamarían la atención de algunas autoridades locales sobre la necesidad de construir Salas de maternidad en el Hospital, ampliar el conocimiento estadístico de la ciudad y extender su control médico hacia las nodrizas del Hospicio de Cundinamarca.

Otro caso a resaltar es el del médico Plata (1888), quien a partir de sus observaciones y datos recogidos entre niños bogotanos redactaría uno de los primeros manuales colombianos para escoger y vigilar a mujeres lactantes (Capítulo 2). Allí adaptaría y debatiría algunos preceptos de la bacteriología europea, ya que aunque reconocía la existencia de microorganismos también considera que el gran problema de la mortalidad en recién nacidos se debía a que su cuerpo no producía calor suficiente para regular sus funciones fisiológicas (crecimiento, metabolismo, eliminación de dichos microorganismos, etc.). Con base en esto definía un método terapéutico basado principalmente en la higiene y la nutrición: por una parte, la madre o nodriza regularía los procesos fisiológicos de su cuerpo a partir del control de su dieta, ejercicio y aseo. Por otra, estas mujeres cuantificarían la lactancia en horarios y periodos concretos, pues el autor consideraba que ningún otro alimento reunía las características para garantizar el funcionamiento y crecimiento del organismo del niño, pero su administración debía realizarse de manera ‘racional’. Además, Plata instaba a la comunidad médica de todo el país a recolectar datos más precisos sobre madres y niños de cada ciudad con la finalidad de construir un saber local sobre la lactancia. Esto ya que, en sus

palabras, la terapéutica necesitaba diseñar métodos de curación adecuados a las particularidades de cada clima y las costumbres de la gente.

Ya en las primeras décadas del siglo XX, la implementación de la balanza y la curva de crecimiento del niño (descrita en el capítulo 3) permitiría recolectar datos cada vez más precisos de madres y niños bogotanos. Así mismo, seguiría complejizando las concepciones de lo que se consideraba un cuerpo saludable y civilizado. Ahora no solo bastaba que la madre y el niño lucieran saludables a simple vista o en el examen físico. Tampoco era suficiente verlo engordar o aumentar su estatura, sino que esto debía desarrollarse conforme a una serie de valores estandarizados. Adicionalmente permitía una nueva forma de vigilar el modo de vida de la mujer lactante y la calidad de su leche, ya que un desvío de la curva normal del desarrollo del niño podía significar que esta no se estaba apegando a los preceptos de la nutrición y la higiene. Para la estandarización de esta curva los médicos acudirían en un principio a tablas propuestas por la medicina europea; sin embargo, a partir de la década de 1910 emprenderían observaciones propias con la finalidad de promediar estos valores en el niño bogotano. Estas cifras corporales y poblacionales, así como la forma de interpretarlas, serían pieza fundamental en los debates acerca de si era posible corregir lo que algunos médicos y políticos llamaban la degeneración de la raza colombiana y cuáles eran los métodos más plausibles. De igual forma, definirían el derrotero de programas de asistencia social, leyes e instituciones como el Hospicio durante las próximas décadas.

Para el caso colombiano se pudo observar que en su mayoría los médicos concluyeron que, si bien existía una inferioridad en factores como la talla o el peso de los niños recién nacidos en comparación a cifras europeas, esto podía corregirse mejorando las condiciones de vida (nutrición, higiene, habitación) de sus madres. De allí que plantearan que vigilar la lactancia era el medio por excelencia de producir una mano de obra más fuerte y obediente, y que por tanto era una función primordial del Estado. Otros médicos partieron de observaciones y curvas de desarrollo tomadas en el Hospital San Juan de Dios para argumentar que la leche humana (fuera de madre o nodriza) era mejor para la salud y el desarrollo del niño que las leches esterilizadas. Como resultado de lo anterior, Las Gotas de Leche creadas en 1919 promovieran la lactancia artificial sólo como una alternativa en caso de que ni la madre ni una nodriza pudieran lactar. Tal como afirmaban los médicos miembros de la institución, el producto más importante que ofrecían era la educación de mujeres

lactantes, madres y nodrizas, en los saberes de la puericultura y el auxilio económico a estas. De igual manera el Hospicio adoptaría la curva de desarrollo normal como una forma de monitorear la salud del niño y el modo de vida de las nodrizas hacia finales de la década de 1910 (capítulo 3, Pág. 92, 97).

Es a partir de estos debates, de estas apropiaciones locales de la teoría y herramientas médicas, que lo acontecido con las nodrizas en países como América Latina a partir de la llegada de la pasteurización difiere considerablemente de lo sucedido en Europa y Norteamérica. Como ya se ha señalado en la introducción y el tercer capítulo, lo que se pudo observar es que la implementación de nuevas teorías y sobretodo de nuevos productos como la leche pasteurizada no desestimó el uso de nodrizas. Mucho menos, como afirman Becerra et al. (2009), Bocanegra (2007) o Rodríguez (2007), supone la imposición del saber o la civilización a prácticas rústicas o irracionales. De hecho, se pudo observar que las nodrizas fueron pieza central en el funcionamiento de proyectos eugenésicos, la reducción de la mortalidad infantil, instituciones como el Hospicio de Cundinamarca y, en general, el desarrollo y consolidación de la teoría médica como máxima autoridad sobre la lactancia. Aun cuando estas mujeres siguieron representando una forma incorrecta de ejercer la maternidad, o incluso una disolución del núcleo familiar, los médicos bogaron desde sus saberes por conservar y tecnificar la práctica (Capítulo 3, Pág. 89).

Lo anterior enunciado también enriquece los trabajos (Pedraza: 2011; Noguera: 2009; León: 2012) que han analizado la medicalización de la maternidad, los proyectos eugenésicos de principios de siglo XX. Esto, ya que aquellos autores han explorado los discursos de control de mujeres lactantes en general. Es decir, aquellos discursos que consideraban que educar a las madres en los preceptos de la nutrición y la higiene formaría niños más saludables y por tanto más productivos. Sin embargo, al explorar las prácticas implementadas en contextos locales como Las gotas de leche de Bogotá y el Hospicio de Cundinamarca se pudo apreciar que las nodrizas no jugaban el mismo papel que la madre en dichos proyectos. Autores como Plata (1888), por ejemplo, proponían la leche de nodriza como un agente terapéutico para auxiliar a aquellos niños cuyos padres tenían tendencia a alguna enfermedad o una complexión corporal débil. De esta forma, estos médicos consideraban la posibilidad, no solo de crear madres más saludables, sino de intervenir en su lactancia mediante la leche de otra mujer cuando esto no era posible. O, dicho en otras palabras, consideraron a las

nodrizas, al tiempo, como un cuerpo a intervenir y una herramienta médica para intervenir otros cuerpos.

Es cierto que estos discursos no se materializaron en escuelas para nodrizas u agencias de nodrizas capacitadas por el Estado como en el caso de Argentina en 1914 (Nari: 2004). Tampoco se crearon Inspecciones medicas de nodrizas, las cuales las examinaba antes de asignarlas a una familia particular o un Hospicio en países como Uruguay (Birn et al. 2003) y México (Carrillo: 2008) desde finales del siglo XIX. Sin embargo, pediatras influyentes como Jorge Bejarano propusieron proyectos de este tipo en muchas ocasiones (Bejarano: 1919; Pág. 38; Bejarano: 1920) y el Hospicio implemento algunas estrategias de control como el cargo de Inspector, las recomendaciones sobre como lactar en la libreta de cada nodriza y, especialmente, la vigilancia mediante la curva de desarrollo normal. Así mismo, es de recordar el incidente ocurrido en las Sala-cunas implementadas por el Hospicio en 1920 (Capítulo 3, Pág. 97). Aunque dicho servicio se había propuesto como una forma de eliminar el servicio de nodrizas a futuro, la mortalidad de niños alimentados con leche esterilizada llevo a las directivas y los médicos del Hospicio a convenir en que la institución no podía funcionar sin nodrizas. De esta forma, no solo empezarían a mudar las percepciones sobre estas mujeres, sino que abriría la posibilidad a discusiones y proyectos de asistencia social como el incremento de sueldos o la mejora de las viviendas de las nodrizas del campo (Capítulo 3, Pág. 102-104).

Por otra parte, también es plausible recordar que en su historia de la pediatría colombiana, Rodríguez (2007) oponía las estrategias y discursos médicos de principio de siglo XX a los proyectos eugenésicos que se venían desarrollando en toda Suramérica. Como se mostró a lo largo de esta tesis, términos como fuerza, vigor y nutrición serán pensados por los médicos de principios de este periodo en una relación indisociable con conceptos como progreso, civilización y la regeneración de la raza colombiana. No casualmente hacer a madres y nodrizas más “razonables” e higiénicas, suponía erradicar ciertas prácticas populares que la élite reputaba como incivilizadas. Así, las diferentes medidas del cuerpo se convertirán para los médicos y políticos de la época en datos capaces de medir objetivamente el estado de salud y civilización en que se encontraban niños y madres. De igual forma entendieron que el conocimiento estadístico de las poblaciones era un método de controlarlos

y civilizarlos, ya que mediante la manipulación de los modos de vida de madres, nodrizas y niños podrían alterar la composición de sus cuerpos.

Es importante señalar, no obstante, que la transición hacia una comprensión cuantitativa del cuerpo de la mujer lactante no significó abandonar algunas concepciones neo-hipocráticas sobre la salud y la lactancia (descritas en el capítulo 1, Pág. 31). Recordemos que médicos como Plata (1888) o Barberi (1905) partían desde discursos bacteriológicos y fisiológicos para cuestionar el determinismo de las pasiones, el clima y los humores en la salud del cuerpo humano. De hecho, Barberi afirmaba que las verdaderas causas de la degeneración de la raza podían encontrarse en factores como la alimentación y la higiene (Capítulo 3, Pág. 76). Sin embargo, también siguieron considerando que la mujer era propensa a la excitación de sus pasiones y que estas podían influir en la calidad de su leche. Muestra de esto es que aunque opinaban que la chicha afectaba sus funciones fisiológicas y que su aporte nutricional era escaso, también consideraron que prohibirla tajantemente podía provocarle disgustos y envenenar la leche. Más aún si se trataba de nodrizas, ya que al ser mujeres pobres y campesinas se dificultaba instruir las en los preceptos de la higiene y la nutrición (Capítulo 2, Pág. 69; Capítulo 3, Pág. 78).

Con base a lo anterior es posible apreciar en los discursos y estrategias de medicalización la idea de que el cuerpo de la mujer opone mayor resistencia a la cuantificación y el control de los procesos fisiológicos. Así mismo, se evidencia que a la hora de dar significado a las distintas herramientas y teorías, los médicos y políticos colombianos no entendieron el cuerpo de las mujeres lactantes como algo homogéneo. Aunque estos médicos partían de la idea de que la estadística les brindaba una perspectiva objetiva y universal del cuerpo femenino, la percepción de este siguió influenciada por nociones de raza y clase. De allí que propusieran un uso de la balanza diferente según el tipo de mujer lactante. Tal como estipulaban en algunos manuales (Barberi: 1905; Hurtado: 1905; Bejarano: 1919) la frecuencia con que debía usarse, así como la forma de interpretar los datos (peso del niño, curva de desarrollo), variaban según si lactaba la madre o una nodriza. Para el último caso, la balanza no sólo vigilaba el funcionamiento correcto de los procesos fisiológicos de su cuerpo. Además, descartaba la posibilidad de que esta mintiera, fingiera su buena salud, la calidad y cantidad de su leche, o acudiera a todo tipo de vicios (como la mala nutrición).

Esta percepción de la nodriza como un cuerpo que podía imponer mayor resistencia a las prácticas de control médico también permite entender por qué la transición hacia la vigilancia de la lactancia como una forma de control estatal no se dio de forma simultánea en la ciudad y su periferia rural. Mientras Las Gotas de Leche (que atendían a madres pobres de la ciudad) empezarían a funcionar en Bogotá desde 1919, las reformas realizadas a las nodrizas del Hospicio mediante salarios y el saneamiento de sus casas empezarían una década después. Es cierto que esto, en parte, se debe a la dificultad que tenían los médicos e inspectores del Hospicio de acudir con regularidad a las zonas alejadas del campo. Sin embargo, como afirman Gallo y Márquez (2011) y Noguera (2003), también permite entender a los procesos de medicalización como uno de los mecanismos mediante el cual los proyectos de Estado-Nación de principios de siglo XX (y sus saberes) se apropiaran de los cuerpos de sus poblaciones. Recordemos que ya para principios de siglo XX el gremio médico bogotano consideraba que la mortalidad infantil podía reducirse mejorando las condiciones de vida de las lactantes (Troconis: 1912; Bejarano: 1919); de hecho, esta sería una de las razones que animaría la creación de Las gotas de leche de Bogotá en 1919 (Pardo Calderón: 1920). Sin embargo, hacia 1945 todavía se debatía en el Hospicio si aumentar los salarios de las nodrizas podría acarrear escándalos y chichismo.

Así, la construcción de un subordinado por parte del Estado como un problema social le niega el acceso a ciertos espacios, recursos y prácticas; pero al tiempo naturaliza su explotación, catalogación, etc. (Noguera: 2003, Pág. 34). O dicho en otras palabras, que asociar a las nodrizas con el alcoholismo, la promiscuidad y el desaseo le permitió a los médicos apropiarse de la leche (y el cuerpo que la producía) que tanto necesitaban en sus programas eugenésicos. También permitirá el funcionamiento del Hospicio (institución de corrección social por excelencia) durante más de medio siglo con sueldos (considerados por ellos mismos) bajos (Beneficencia de Cundinamarca: 1917). De esta forma, aunque la nodriza era pieza fundamental de los proyectos eugenésicos, esto no le concedía autoridad sobre la crianza o el manejo de su cuerpo. En cambio correspondía al médico, la familia o el Hospicio que la contrataba, controlar su alimentación, prácticas de higiene, consumo y, en general, su vida. Como resultado, estas mujeres se veían atadas en una relación de poder desventajosa: se les necesitaba, pero estas no estaban en posición de exigir mejores sueldos o condiciones laborales.

Con base a lo anterior se observa la importancia de entender la relación entre fisiología, lactancia, salud y maternidad de manera indisociable de los contextos históricos y prácticas en que fueron producidos. Es de esta forma que salen a la luz sus alcances políticos, a la vez que dejan de entenderse como naturales o universales. En la tesis se pudo observar, por ejemplo, que los médicos colombianos de principio de siglo XX medicalizaron tanto la maternidad como la lactancia en el marco de unos discursos políticos que proponían el cuidado riguroso de los cuerpos de mujeres y niños con la finalidad de hacerlos más productivos y obedientes. Fue a partir de este imperativo que dichos médicos propusieron la alimentación, la lactancia, higiene y demás cuidados dirigidos por el saber médico como única forma en que las mujeres podían experimentar su cuerpo y, a su vez, realizarse como miembro de una sociedad (capítulo 3, Pág. 77). Así, definir lo que era un cuerpo (órganos, funciones fisiológicas, células) y materializarlo en leyes e instituciones como Hospicios y Hospitales implicó deslegitimar otros significados, saberes y prácticas políticas sobre la lactancia. Las razones que tenían las madres y nodrizas bogotanas para suministrar algunos alimentos al niño, lactar mediante otros métodos o simplemente no lactar se convirtieron en la manifestación de la negligencia, lo insalubre, la irracionalidad y, en general, lo anormal.

Como conclusión final, se pudo observar que aunque los médicos de la época propusieron su visión del cuerpo y la lactancia como objetiva y real, esta no se manifestaba a simple vista. Para que estas nociones de salud y cuerpos saludables fueran visibles era necesario instruir previamente a médicos, políticos, directivas del Hospicio, madres y nodrizas en el manejo de la estadística y las teorías médicas. Así, la medicalización y construcción del cuerpo saludable de mujeres y niños no se redujo a un entramado de actores políticos, sino que además involucró distintas herramientas cuantitativas y formas de representación: gráficas, tablas de medición y valores estandarizados (Anexo 4.1 y 4.2), catalogaciones nosológicas, análisis de laboratorio (descritas en el capítulo 3).

Esto, retomando a Mol y Law (2004) nos permite entender al cuerpo más allá de una entidad contenida por límites biológicos (órganos, piel, células) o un objeto inmutable que se permea de distintos significados (como lo saludable o lo cultural) y formas de representación (como la estadística). En cambio, a partir de estudios como el presente, el cuerpo se muestra como un entramado en constante transformación de distintos significados y relaciones de poder manifestadas en espacios (Hospicios, Hospitales, laboratorios), leyes, cifras, prácticas

de control y resistencia, textos médicos, etc. Sus distintas formas de cuantificación no fueron pensadas por los médicos de la época como simples representaciones inertes, sino que para estos significaron una manifestación de lo real y verdadero. Así mismo, fue mediante la alteración de estas cifras que se intentó asir y controlar el cuerpo lactante. No importa que no siempre fueran coherentes con las imágenes que captaban los sentidos (y viceversa), o que dichas representaciones se obtuvieran en momentos distintos (mediante el registro sistemático de datos a través de los días, en laboratorios, en comparaciones con otras cifras, etc.); los médicos de la época las incorporaron al vasto entramado de significados de lo que implicaba para ellos ser mujer, ser viviente, ser humano.

Con base en esto, la presente tesis buscaba aportar bases para futuras investigaciones que continúen ampliando y complejizando los distintos imaginarios y disputas tejidos en torno a la lactancia, la maternidad y sus cuerpos en Colombia. Aunque se mostraron algunos procesos de control y vigilancia por parte de médicos, es probable que no todos decantaran en relaciones de poder adversas a madres y nodrizas ni que estas hayan aceptado dichos discursos de manera pasiva. A manera de ejemplo cabe recordar el artículo de 1875 en el que Manuel Marroquín (1975) narraba el caso de una nodriza, contratada por su hermano, que se negaba a amamantar si los padres del niño se negaban a sus exigencias. Partiendo de la apropiación de un discurso médico sobre la influencia de las pasiones en el cuerpo, la mujer afirmaba que las cóleras envenenaban su leche y que la falta de chicha podría empobrecerla (Pág. 216-219). Así mismo, los informes de la Junta de Beneficencia mencionan en varias ocasiones que las nodrizas se esmeraban en arreglar al niño para el día de la inspección con la posibilidad de recibir una bonificación extra (Beneficencia de Cundinamarca: 1914). De esta forma, quedan por explorar las distintas estrategias que habrán diseñado para sobrevivir y las formas de disputar el control de sus cuerpos en un contexto que, desde sus raíces, las situaba en una posición desfavorable, aun en relación a otras madres pobres¹⁰⁸.

Así mismo, queda preguntarse por la forma en que otros actores políticos entendieron el cuerpo de nodrizas y demás mujeres lactantes, y como estos significados se relacionaron

¹⁰⁸ Lamentablemente no fue posible encontrar más información sobre la ley expedida por la Dirección Nacional de Higiene en 1925 para regular la práctica de las nodrizas. Tampoco halle información sobre el certificado de salud que debía expedirse un médico ni el método mediante el cual este inspeccionaría a la nodriza (examen físico, análisis de laboratorios). De igual forma los debates políticos en torno a la formulación de dicha ley, la forma en que fue recibida por médicos, instituciones, madres y nodrizas, son campos que permanecen completamente inexplorados.

con los discursos médicos. Como se pudo observar a lo largo de la tesis la creación de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca no implicó suprimir del todo la colaboración de la iglesia en el control del Hospicio y demás instituciones. De hecho, como afirmaba Remigio Díaz en 1945, la participación de Hermanas de la Caridad en el Hospital de Chipaque había permitido un mejor manejo e instrucción de las nodrizas. De esta forma, es interesante ahondar en la influencia, así como las percepciones, que hayan podido formularse sobre las nodrizas y la lactancia a partir de este tipo de asociaciones entre médicos y religiosas. Más aun, teniendo en cuenta que cuando menos a principios del siglo XIX algunas instituciones de caridad privada veían con malos ojos a las nodrizas ya que la soltería de estas les recordaba el libertinaje y la ruptura del núcleo familiar.

Otros aspectos, como las relaciones que pudieron desarrollarse entre madres y las nodrizas que contrataban de forma privada; la forma en que las madres entendieron los manuales de lactancia escritos para ellas; la apropiación o rechazo de los discursos de medicalización de la lactancia en algunos medios como la prensa y la publicidad; el mantenimiento por parte de otros sectores de la población de discursos sobre la influencia del clima, los humores y la posibilidad de contagio moral mediante la leche humana, son algunas posibles líneas de investigación que pueden enriquecer los estudios sociales del cuerpo, la antropología histórica y la historia de la medicina a principios de siglo XX.

De igual forma, la presente tesis propone explorar el manejo y cobertura que se les dio a las nodrizas en otras zonas del país en el marco de las instituciones de asistencia social, programas como las Gotas de Leche y los proyectos eugenésicos. No puede dejar de señalarse que aunque la mayoría de autores (Castro: 2007; Pedraza: 2011; Noguera: 2009) comprenden que la estadística jugó un papel central en los proyectos de gobierno de principios del siglo XX en Colombia, aun no se ha prestado suficiente atención al uso y significado de dichas disciplinas y sus diversas teorías en el control y transformación corporal durante este período. Como ya se señalaba en las conclusiones del tercer capítulo, el prestar atención a la implementación de herramientas cuantitativas como la estadística de mortalidad, la curva de desarrollo normal, los análisis de laboratorio, entre otros, permiten profundizar en el funcionamiento de estas instituciones y programas de asistencia social. Así mismo, saca a la luz sus intenciones políticas y desnaturaliza algunas de las concepciones sobre la salud y la enfermedad, la maternidad y el cuerpo, que aún hoy en día permanecen arraigadas.

5. Anexos

1. Anuncio de Quina-Laroche. Publicados en la *Revista Médica de Bogotá* desde 1884



QUINA LAROCHE
Ferruginoso

Recomendada para facilitar el *Crecimiento* y la *Formacion* difíciles; da fuerza á la sangre y le procura los **Globulos rojos** que constituyen su belleza : fortifica el *Estomago*, excita el *Apetito*, combate la *Anemia*, la *Clorosis*, el *Linfatismo*, abrevia las *Convalecencias*, etc.

PARIS, 22, rue Drouot, y en las Farmacias



QUINA-LAROCHE
Fosfotada

Se recomienda á las *Mujeres en cinta* y á las *Nodrizas* cuyas fuerzas sostiene y aumenta la *calidad* de la leche. Su uso facilita el *Destete*, la **Denticion** y el *Desarrollo* de los niños : combate el **Raquitismo** y el reblandecimiento de los *Huesos*, etc.

PARIS, 22, rue Drouot, y en las Farmacias.

2. Balanza para niños. *Manual para la comadrona y la enfermera*. Juan Londoño. 1896.



Juan B. Londoño (catedrático de la Universidad Nacional de Medellín) traduciría en 1896 y complementaría el *Manual de la comadrona y de la enfermera* del doctor Léon Touvenaint. En éste, además de proporcionar explicación y bondades del método, incluía una ilustración de la balanza que recomendaba.

3. Cerveza Maltina

3.1 Maltina. *El tiempo*, 1913. Disponible en <https://news.google.com/newspapers?id=dg8eAAAAIBAJ&sjid=vIEEAAAAIBAJ&hl=es&pg=6266%2C3080588>

MALTINA

Cerveza de Salud

Con este nombre damos hoy a la venta una nueva Cerveza negra fabricada con gran cantidad de malta de cebada, según los últimos procedimientos que ha traído de Alemania nuestro Jefe Cervecerero, señor Otto Turek.

Esta cerveza, por sus cualidades nutritivas y su bajo precio está indicada para sustituir en gran parte el alimento de las clases obreras. Restablece el organismo, da fuerza a los enfermos y convalecientes, conserva la salud en los sanos.

Es especial para las nodrizas, y, por su sabor dulce, es grata al paladar del bello sexo y de los niños.

Se conserva inalterable en cualquier clima.

Se vende a los siguientes precios:

1 o más docenas....	\$	65 p apel moneda
10 o " "		63 " "
50 o " "		60 " "

"BAVARIA"

Bogotá enero 25 de 1913.

3.2 Maltina. *El grafico*, 1924. Citado por Arango, Juan José, *Cada cosa en su lugar: Políticas del espacio en anuncios publicitarios ilustrados (1918 -1924)*, 2011. Pág. 170.



3.3 Certificado de higiene y contenido nutricional expedido por la Dirección Nacional de Higiene. *El tiempo*, 1924. Disponible en <https://news.google.com/newspapers?id=pw4eAAAAIBAJ&sjid=vVEEAAAAIBAJ&pg=3046%2C153141>

BAVARIA

Y LA

DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE

LABORATORIO DE HIGIENE.—SAMPER
Y MARTINEZ

Número 13509 — Bol. 12528 — Q. Número 3216
Bogotá, agosto 1.º de 1924

Señor DIRECTOR NACIONAL DE HIGIENE.

E. S. D.

El examen practicado en la muestra de cerveza "Pilsener", número 2102, recibida en este Laboratorio el 19 de julio próximo pasado para su examen químico ha dado el siguiente resultado:

(CERVEZA FABRICADA EN BAVARIA)

Densidad a 15°	1.0147
Acidez total en ácido Láctico	0.1656%
Acidez volátil en ácido Acético	0.0480 ..
Acidez fija en ácido Láctico	0.1172 ..
Alcohol en volumen	3.5
Alcohol en peso	2.79 ..
Maltosa	2.2
Dextrina	1.45 ..
Cenizas	0.188
Extracto seco a 100°	5.72 ..

De usted atentos y seguros servidores,

LABORATORIO DE HIGIENE
B. SAMPER

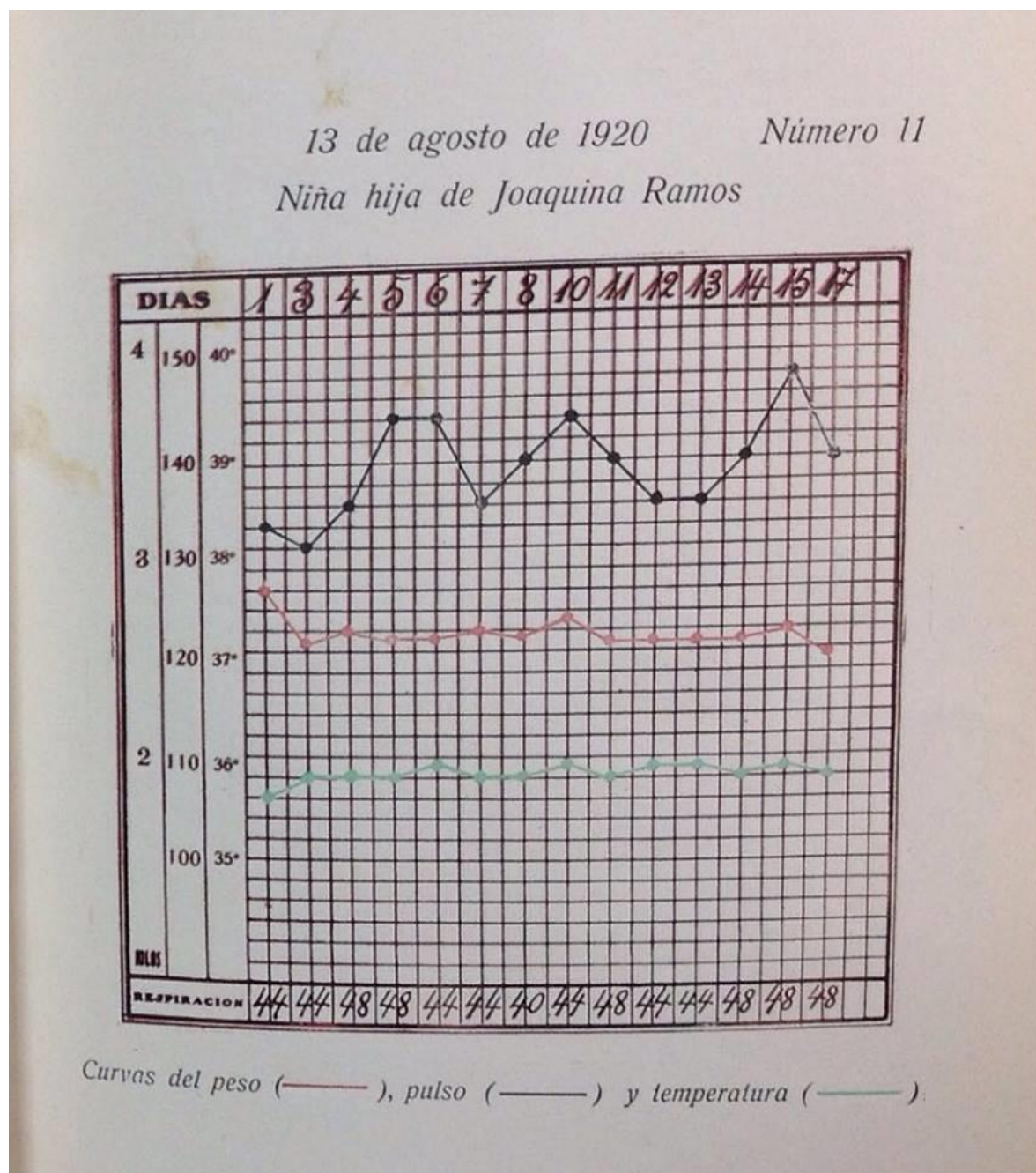
DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE.—Certifico
que esta cerveza está pasterizada.

PABLO GARCIA MEDINA

(Hay un sello)

El resultado del análisis anterior comprueba que la fabricación de cervezas de BAVARIA ha llegado a la perfección. Nótese la gran proporción de Extracto alimenticio.

4.1 Curva de desarrollo de uno de los niños observados en el Hospital San Juan de Dios. *El recién nacido en San Juan de Dios*. Rafael Vesga, 1920.



4.2 Tabla de crecimiento normal del niño. *El tiempo*, 1930. Disponible en <https://news.google.com/newspapers?id=hYcbAAAAIIBAJ&sjid=Y1AEAAAAIIBAJ&pg=7150%2C808941>

TABLAS DE PESO Y ESTATURA PARA NIÑOS HASTA DOS AÑOS							
Estat. pulg.	1 mes.	2 mes.	6 mes.	9 mes.	12 mes.	18 mes.	24 mes.
20	8						
21	9	10					
22	10	11					
23	11	12	13				
24	12	13	14	14			
25	13	14	15	15			
26		15	16	17	17		
27		16	17	18	18		
28			18	19	19	19	
29			19	20	20	20	
30			21	21	21	21	21
31				22	22	23	23
32					23	24	24
33						25	25
34						26	26
35						29	29
36							30
37							31

A. Peña Chavarria

5. Lactogeno de Nestlé. *El tiempo*, 1940. Disponible en https://news.google.com/newspapers?id=PFgcAAAAIIBAJ&sjid=_FoEAAAAIIBAJ&hl=es&pg=7033%2C1929329

LACTOGENO



que es la leche maternizada más semejante a la leche materna, según el siguiente cuadro comparativo:

	Leche de Mujer	Lactógeno
Grasa. . .	3.50%	3.12%
Proteínas	1.50%	2.03%
Lactosa .	6.50%	6.66%
Sales	0.20%	0.44%
Agua ...	88.30%	87.75%
	100. %	100. %

6. Bibliografía

6.1 Fuentes primarias

Barberi, José Ignacio, *Manual de higiene y medicina infantil al uso de las madres de familia, ó, sea tratado práctico sobre el modo de criar a sus hijos y de atenderlos en sus enfermedades leves*. Bogotá: Imprenta eléctrica, 1905.

Bejarano, Jorge, *La madre y su primer bebe*. Bogotá: Editor J. Casis, 1919.

Bejarano, Jorge. “Sexta conferencia”. En *Los problemas de la raza en Colombia*. Bogotá, 1920.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe del Secretario Jeneral de Estado al Gobernador de Cundinamarca presentado en 1872. Bogotá: Imprenta Gaitán, 1872

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el Presidente de la Junta Jeneral de Beneficencia dirige a la Gobernación del Estado S. de Cundinamarca en 1873. Bogotá: Imprenta de Echeverría hermanos, 1874.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el Presidente de la Junta Jeneral de Beneficencia dirige a la Gobernación del Estado S. de Cundinamarca en 1873. Bogotá: Imprenta de Echeverría hermanos, 1875.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe del Presidente de la junta jeneral de Beneficencia al gobernador del Estado. Imprenta de Echeverría hermanos, 1879.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia dirige al Gobernador del Departamento Bogotá: Imprenta de Antonio María Silvestre, 1894

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el vicepresidente de la Junta General de Beneficencia, señor Lino de Pombo, presenta a la Asamblea Departamental de Cundinamarca. Bogotá: Imprenta moderna, 1912. Beneficencia de Cundinamarca.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el vicepresidente de la Junta General de Beneficencia, señor Lino de Pombo, presenta a la Asamblea Departamental de Cundinamarca. Bogotá: Imprenta moderna, 1913. Beneficencia de Cundinamarca.

Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el vicepresidente de la Junta General de Beneficencia, presenta a la Asamblea Departamental de Cundinamarca. Bogotá: Imprenta moderna, 1914. Beneficencia de Cundinamarca.

- Beneficencia de Cundinamarca. Informe que el vicepresidente de la Junta General de Beneficencia presenta a la Asamblea Departamental de Cundinamarca. Bogotá: Imprenta moderna, 1917. Beneficencia de Cundinamarca.
- 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. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1920.
- 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 1922. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1922.
- 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 1928. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1928.
- 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 1934. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1934.
- 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 1936. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1936.
- 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 1945. Bogotá: Casa editorial de la cruzada, 1945.
- Beneficencia de Cundinamarca, *Beneficencia de Cundinamarca 1869-1969*. Bogotá: Beneficencia de Cundinamarca, 1969.
- Broussais, François-Joseph-Víctor, *Tratado de fisiología aplicada a la patología*. Madrid: Imprenta de Don Fermín Villalpando, 1827.
- Bouchut, Eugene, *Tratado teórico practico de las enfermedades de los niños*. Madrid: Bailly-Bailliere, 1853.
- Broussais, François, *Tratado de fisiología, aplicado a la Patología*. Madrid: Imprenta de Don Fermín Villalpando, 1827.

- Casas, Bernardo, *Contribución al estudio sobre las causas de mortalidad infantil en Bogotá en los dos primeros años de vida: profilaxis y tratamiento*. Bogotá: Imprenta Eléctrica, 1907.
- Caseaux, Paulin, *Tratado teórico y práctico del arte obstetricia*. Madrid: Museo Científico, 1852.
- Castilla, Raúl, *Anotaciones sobre la mortalidad en Bogotá*. Bogotá: Arboleda y valencia, 1912.
- Código Civil de 1873. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39535>
- Cordovez, More José María, *De la vida de Antaño*. Bogotá: Biblioteca aldeana de Colombia, 1936.
- Díaz, Remigio, *Apuntes sobre la alimentación de los niños normales durante los primeros meses de vida*. Bogotá: Tipografía de El Voto Nacional, 1922.
- El Tiempo. “Maltina”. En periódico *El tiempo*, 1913. Disponible en <https://news.google.com/newspapers?id=dg8eAAAAIIBAJ&sjid=vlEEAAAAIIBAJ&hl=es&pg=6266%2C3080588>
- Ferreira, G. “El doctor Fernando Troconis”. En *Gaceta Médica*. Bogotá. 1912.
- Fuentes, Manuel, *Higiene de la infancia*. Callao: Tipografía de Agustín Mena, 1859.
- Gaceta de Colombia. “El Colombiano en Caracas”. En *Gaceta de Colombia*. Bogotá, 27 de agosto de 1826. Trimestre 21.
- Gaceta médica de Colombia: medicina, cirugía, ciencias físicas y naturales, etc.* Bogotá: Imprenta constitucional, 1864-1867.
- Hurtado R., Alejandro, *Alimentación de los niños en la primera edad*. Bogotá: Imprenta de M. Rivas, 1905.
- Ibáñez, Pedro María. “Memorias de la historia de la medicina en Santa Fe de Bogotá”. En *Revista Médica de Bogotá*. 1883.
- Lobo, Manuel y Luis Zea Uribe, *Higiene Infantil, consejos a las madres y las nodrizas, redactados por la Comisión de Higiene de la infancia de la Academia de Medicina de París*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1913.
- Londoño, Juan, *Manual de la comadrona y de la enfermera*. Medellín: Imprenta del departamento, 1896.

- Marroquín, José Manuel, *Obras escogidas, en prosa y en verso, publicadas e inéditas*. Bogotá: El tradicionalista, 1875.
- Merizalde, José Félix. *Epítome de los elementos de higiene o de la influencia de las cosas físicas i morales sobre el hombre, i de los medios de conservar la salud. Extractados de Estevan Tourtelle (1796), traducidos al castellano y añadidos con otras observaciones nuevas*. Bogotá: Imprenta de Pedro Cubides, 1828.
- Michelsen, Carlos. “Reglamento de la Junta Central de Higiene”. En *Revista de Higiene*. Bogotá, 28 de marzo de 1887. Pág. 7-10.
- Municipalidad de Bogotá, *Acuerdo 9 de 1866 (Agosto 2) orgánico de la Casa de Refugio*. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8851>
- Ospina, Heliodoro. “Higiene. Primera visita del doctor”. En *Papel periódico ilustrado*. Número 59 – Año III. 15 de Febrero de 1884. 177-179.
- Pardo Calderón, Luis, *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: Editorial de la Republica, 1917.
- Pérez, Luis, *Memoria del secretario de relaciones exteriores presentada al Congreso Nacional de 1884*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1884.
- Pérez, Zalatiel, *Causas de la mortalidad infantil y medios de combatirla*. Bogotá: Tipografía Minerva, 1919.
- Pinel, Philippe, *Compendio de la nosografía filosófica*. Madrid: Imprenta de Don Miguel Burgos, 1829.
- Plata, Azuero Manuel, *Tratado de terapéutica aplicada general y especial*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1888.
- Ponce Gutiérrez, Ignacio. “Congreso Internacional de Paris, sobre protección a la infancia- Informe del Delegado Colombiano”. En Pérez, Luis, *Memoria del secretario de relaciones exteriores presentada al Congreso Nacional de 1884*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1884.
- Reglamento de la Casa de Refugio*. Bogotá: Imprenta de Nicomedas Lora, 1834.
- Rengifo, Claudio. *Lactancia*. Bogotá: Imprenta de Medardo Rivas, 1893.

- Revista de los establecimientos de Beneficencia. Bogotá: Imprenta Echeverría hermanos, 1869-1897
- Revista Médica de Bogotá*. 1877-1905.
- Revista de Higiene*, 1893-1917.
- Samper, José María, *Historia de un alma*. Bogotá: Imprenta de Zalamea hermanos, 1881.
- Sorzano, Francisco, *Raquitismo*. Bogotá: Imprenta de Medardo Rivas, 1899.
- Trousseau, Arman, *Clínica médica del Hotel-Dieu de Paris*. Madrid: Imprenta de M. Álvarez, 1861.
- Troconis, Fernando, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil en Bogotá*. Bogotá: Imprenta de J. Casis, 1912.
- Ulloa, Francisco. “Ensayo sobre el influxo del clima en la educación física y moral del hombre del nuevo Reyno de Granada”. En *Semanario del Nuevo Reyno de Granada*. No 31, Julio de 1808. Pág. 274-297.
- Uricoechea, José María. “Necrología”. En *Gaceta de la Nueva Granada*. Bogotá, 2 de febrero de 1834, trimestre 9. Imprenta de la nación.
- Varón Rico, J. A. “Realimentación en los casos de afecciones gastrointestinales en los niños”. En *Revista de la facultad de medicina*. Universidad nacional. Vol. 1. N.º 7. Bogotá, diciembre de 1932.
- Vargas Vega, Antonio, *Manual de medicina doméstica*. Bogotá: Librería colombiana, 1887.
- Vargas, Jorge (1845): *Programa para la enseñanza de la higiene en las universidades de la República, formado por el Dr. Jorge Vargas, i aprobado por la Dirección General de Instrucción Pública*. Bogotá: Imprenta de Nicolás Gómez.
- Vesga Blanco, Rafael, *El recién nacido en San Juan de Dios*. Bogotá: Casa Editorial de Arboleda y Valencia, 1920.

6.2 Fuentes secundarias

- Alba Reyes, María de Jesús y María Ortiz, *Evaluación diagnóstica de Hogares sustitutos de Chipaque (Beneficencia de Cundinamarca)*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1990.
- Álvarez, Miguel. “Una visión de la historia infantil: el maltrato”. En *Revista de antropología y arqueología*. Universidad de los Andes. Vol. VII No. 1-2. 1991.

- Álzate, María Victoria, “El “descubrimiento” de la infancia (I): historia de un sentimiento”. En *Revista de Ciencias Humanas UTP*. Pereira. Revista No. 30. 2002.
- Andrade, Jorge, *Contribución al estudio del recién nacido*. Bogotá: Editorial Minerva, 1922.
- Apple, Rima D. y Janet Golden, *Mothers and motherhood, Readings in American History*. Columbus, Ohio University Press, 1997.
- Arias Vanegas, Julio. “Seres, cuerpos y espíritus del clima, ¿Pensamiento racial en la obra de Francisco José de Caldas?”. En *Revista de estudios sociales*. Universidad de los Andes. No. 27, 2007. Pág. 16-30.
- Arango de Restrepo, Gloria, *Sociabilidades católicas, entre la tradición y la modernidad. Antioquia, 1870-1930*, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín – La Carreta Editores, Medellín, 2004.
- Arango, Juan José, *Cada cosa en su lugar: Políticas del espacio en anuncios publicitarios ilustrados (1918 -1924)*, (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011.
- Badinter, Elisabeth, *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paris: Flammarion, 1890.
- Becerra, Fabiola et al. “Lactancia materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia”. En *Revista de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 57 No. 3, 2009.
- Bernasconi, Oriana. “Hacia una sociología post-antropocéntrica, relacional y pragmática para el estudio del individuo”. En *XXIX Congreso de la asociación latinoamericana de sociología*, 2013.
- Birn, Anne-Emanuelle; Raquel Pollero y Wanda Cabella, “No se debe llorar sobre la leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940”, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14, Tel Aviv, Universidad de Tel Aviv, 2003, pp. 35-68.
- Bocanegra, María. “Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles”. En *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. Vol. 5, No 1: 2007.

- Botero, Fernando, *Medellín 1890-1950. Historia urbana y juego de intereses*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 1996.
- Calvo Isaza, Oscar Iván y Saade Granados, Marta. *La ciudad en cuarentena: Chicha, patología social y profilaxis*. Ministerio Cultura. Bogotá: 2002.
- Cardona, Laura, *Alimentando el progreso: de los regímenes alimenticios a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en Bogotá*. (Tesis de Pregrado). Pontifica universidad Javeriana, 2010.
- Carrillo, Ana María. “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad ‘científica’, control de las nodrizas y lactancia artificial”. En Tuñón, Julia (compiladora) *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*. México D.F: El Colegio de México, A.C., 2008.
- Castro, Beatriz, *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia, 1870 – 1930*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007
- Castro, Beatriz, *La relación entre la Iglesia católica y el Estado colombiano en la asistencia social, c. 1870- 1960*, Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, abril 2014
- Castro-Gómez, Santiago, *Tejidos oníricos: movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2009
- Cera, Raúl. “Mujeres frente a la incidencia de la pobreza e insalubridad pública en Cartagena (Colombia), 1915-1928”. En *Revista de historia regional y local*. vol.8 no.15 Medellín Enero-Junio 2015.
- Darré, Silvana, *Maternidad y tecnologías de género*. Buenos Aires: Katz editores, 2013.
- Dupuis, Melanie, *Nature’s perfect food*. New York: New York University press: 2002.
- Flórez-Malagón, Alberto G (editor). *El poder de la carne: historias de ganaderías en la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Editorial CEJA: Bogotá: 2008
- Foucault, Michel. “Clase del 17 de Marzo de 1976”. En *Defender la sociedad. Curso en el Collage de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Foucault, Michel. “Historia de la medicalización”. En *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira, 2008.
- Gallo, Oscar y Jorge Márquez. “La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquia, 1910-1950 En *Historia y sociedad*. No. 20, Medellín, Enero-Junio, 2011. P 57-89.

- García, Mónica. "Las Fiebres del Magdalena": Medicina y sociedad en la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886". En *Historia, Ciencias, Saúde-Manghinos* (Rio de Janeiro), Vol. 14, No. 1, January-March, 2007: 63-89.
- García, Mónica. "Clima, enfermedad y raza en la medicina colombiana del siglo XIX". En Gilberto Hochman, Steven Palmer y Silvia di Lisia Lima (eds.), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y Nación en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2012, pp. 59-74.
- García, Mónica. "Debating Diseases in Nineteenth-Century Colombia: Causes, Interests, and Pasteurian Therapeutics". En *Bulletin of the History of Medicine*, 89, no. 2 (2015): 293-321.
- Gutiérrez, María Teresa. "'Pobres los pobres': debates políticos alrededor de la beneficencia en Cundinamarca en 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano". En *Historia y sociedad*. No. 26, Medellín, Enero-Junio de 2014, P. 121-148
- Gutiérrez, Francisco y Emilio Quevedo (1996) "La Medicina Científica y la Salud Pública en América Latina durante el Siglo XIX", en: Saldaña, J.J. (Coord.) *Historia Social de las Ciencias en América Latina*, México: Universidad Nacional Autónoma de México/Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 299-347.
- Hensel, Franz. (2006). Vicios, virtudes y educación moral en la construcción de la República, 1821-1852. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Hernández, Mario, *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950*. Bogotá: Unibiblos, 2004.
- Knibiehler, Yvonne. "Madres y nodrizas". En Tubert, Silvia (ed.), *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Catedra, 1995.
- Latour, Bruno, *The pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- León, Ana. "Cartografía de los saberes y prácticas de la educación infantil femenina en Colombia: finales del siglo XIX, comienzos del siglo XX". En *Pedagogía y saberes*. No. 37. 2012. Universidad Pedagógica nacional. Pág. 9-23.
- McKee, Francis. "The popularization of Milk as a beverage during the 1930's". En *Nutrition in Britain*, ed. David. Smith, 1997
- Márquez, José, *La Cara Sucia de la Modernidad. Medicalización y Pobreza en Cartagena: 1900-1930*. Cartagena: Universidad de Cartagena, 2010.

- Mancera, Alexandra. "Niños expósitos y menores en Bogotá: 1791-1920". En *Nómadas* (Col), núm. 36, abril, 2012, pp. 225-237 Universidad Central Bogotá, Colombia
- Mantilla, Vanessa. *Insalubridad pública y mortalidad infantil en Cartagena. 1925-1930*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena. Bogotá, 2012.
- Marín, Ana Lucia, *El problema del abandono del niño: posibles soluciones, breve historia de la Beneficencia d Cundinamarca y la contribución de algunas de sus instituciones a la solución de este problema*. Bogotá: Universidad Javeriana, 1963.
- Miranda Canal, Néstor. El doctor Antonio Vargas Reyes (1816-1873) y la "ruptura" hacia la Medicina Propiamente Moderna.". En: *Colombia Ciencia Y Tecnología*. Vol. 19 fasc. No. 1 p.12 - 25, Editorial Colciencias, .2001
- Mol Anne Marie & John Law. "Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia". En *Body & Society*. Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62
- Morón Duarte, Lina, *La institucionalización de las medidas higiénicas para el control de la sífilis en Colombia, 1886-1953*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2014.
- <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8851>
- Muñoz, Cecilia. "Gotas de leche". En *Revista credencial Historia*. (Bogotá - Colombia). Octubre 1999. No. 118
- Muñoz, Cecilia y Ximena Pachón, *La niñez en el siglo XX. Salud, educación, familia, recreación, maltrato, asistencia y protección*, Santafé de Bogotá, Planeta, 1991.
- Muñoz Rojas, Catalina, *Los problemas de la raza en Colombia: más allá del problema racial, el determinismo geográfico y las "dolencias sociales"*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2011.
- Nari, Marcela, *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- Nieto Olarte, Mauricio, *Orden natural y orden social. Ciencia y política en el semanario del Nuevo Reyno de Granada*. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas, 2007.
- Noguera, Carlos, *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Fondo editorial Universidad EAFIT, 2003.

- Obregón, Diana, *Sociedades científicas en Colombia: la invención de una tradición 1859-1936*. Bogotá: Banco de la Republica, 1992.
- Obregón, Diana. "El sentimiento de nación en la literatura médica y naturalista de finales del siglo XIX en Colombia". En *Acta Hispánica ad Medicina Scientiarumque Historiam Illustradam*, Vol. 12. Universidad Nacional de Colombia, 1994. Pág. 47-72.
- Obregón, Diana, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la Republica, 2002.
- Obregón, Diana. "Corregir el cuerpo social: vacunación antivariólica e higiene en Colombia 1840-1922". En: Hering Torres, Max. (Ed.): *Cuerpos Anómalos*. Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional, 2008
- Pedraza, Zandra. "Al borde de la razón: sobre la anormalidad corporal de niños y mujeres". En: Hering Torres, Max. (Ed.): *Cuerpos Anómalos*. Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional, 2008
- Pedraza, Zandra. "En clave corporal: conocimiento, experiencia y condición humana". *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 45, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 147-168 Instituto Colombiano de Antropología e Historia Bogotá, Colombia
- Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2011.
- Pedraza, Zandra. "La "educación de las mujeres": el avance de las formas modernas de feminidad en Colombia". En *Revista de estudios sociales*. Facultad de ciencias sociales universidad de los andes. Diciembre del 2011b. Pág. 73-83
- Pérez Pinzón, Luis, *Regenerar la muerte: la política sanitaria en el estado soberano de Santander. 1857-1886*. Tesis de grado. Universidad Industrial de Santander, 2004.
- Pérez Pérez, Jessica. "Las relaciones ilícitas en la nueva granada entre la norma y los derechos". En *Credencial*, Bogotá. No. 270, 2012.
- Pohl-Valero, Stefan. "La raza entra por la boca: energía, alimentación y eugenesia en Colombia, 1890-1940". En *Hispanic American Historical Review* 94, no 3 (2014): 455-486.
- Quevedo, Emilio et al. (2004) *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito 19 desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873- 1953*.

- Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina.
- Quevedo, Emilio y Duque, Camilo (2002) *Historia de la Cátedra de Medicina, 1653-1865*. Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Quimbay, Patricia et al, *Historia institucional de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo II*. Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2011.
- Ramírez, María Imelda, las mujeres y la sociedad colonial de Santa fe de Bogotá 1750- 1810. Bogotá: ICAHN, 2000
- Ramírez, María Imelda. “La infancia abandonada en Santa fe colonial: entre la caridad privada y la tutela estatal (1641-1810).” En *Revista de Trabajo Social* N.º 2. 2000b
- Restrepo Zea, Estela, *El Hospital San Juan de Dios 1635-1895: una historia de la enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011.
- Robledo, Emilio. “La medicina en los departamentos antioqueños”. En *Repertorio histórico*. Medellín, enero de 1924. Año 6.
- Rojas Flores, Jorge, “Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía”, *Pensamiento crítico*, Revista electrónica de Historia, 1, 2001, pp. 2-39.
- Rodríguez Jiménez, Pablo, “La pediatría en Colombia 1880-1960. Crónica de una alegría”, Rodríguez Jiménez, Pablo y María Emma Manarelli (eds.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 359-389.
- Saldarriaga, O; Sáenz, J; Ospina, A (1997) *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia. 1903-1946*. Medellín: Colciencias, Ediciones Foro nacional por Colombia, Ediciones Uniandes. Editorial U. de Antioquia. 2 vol.
- Sánchez, Castañeda Elías, *La higiene durante el periodo de la Regeneración (1886-1905): El posicionamiento de los médicos profesionales frente a los empíricos y la población bogotana*. (Tesis de Maestría en historia) Pontificia Universidad Javeriana (2014).
- Sánchez, Salcedo José. “Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas”. En *Sociedad y Economía* No. 26, 2014 • pp. 65-92

- Sierra, Rita y Estella Simancas. "Tercer Congreso Médico Nacional en Cartagena (1918): representación en la prensa comercial local". En *Revista ciencias biomédicas*. Marzo 22 del 2011.
- Sociedad Argentina de Pediatría, "Pediatría del pasado". En *Archivos argentinos de pediatría*. Vol. 86/1998. Pág. 209. Buenos Aires.
- Torres Hering, Max. "Saberes médicos - Saberes teológicos: de mujeres y hombres anómalos". En: Hering Torres, Max. (Ed.): *Cuerpos Anómalos*. Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional, 2008
- Uribe, Mónica. "Entre la beneficencia y la asistencia pública". En *Trabajo Social* No. 8, (2006) páginas 37-44. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia
- Vargas Rubiano, Alfonso, *Universidad nacional y pediatría colombiana: aportes históricos*. Bogotá: Nestlé de Colombia, 1994.
- Viveros, Mara. "Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad". En Viveros, Mara et al. (Compiladora) *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1995.
- Zamora, Clara Aurora. "El inicio de la medicina perinatal", En *Anales médicos*. Vol. 47 Núm. 4. Oct-dic 2012. Pág. 274-275. México