

La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938

Enma Chilig Caiza



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

Serie Magíster

La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938

Enma Chilig Caiza

Serie Magíster
Vol. 332

La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938

Enma Chilig Caiza

Primera edición

Producción editorial: Jefatura de Publicaciones,
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Annamari de Piérola, jefa de Publicaciones
Shirma Guzmán, asistente editorial
Patricia Mirabá, secretaria

Corrección de estilo: Valeria Molina
Diseño de la serie: Andrea Gómez y Rafael Castro
Impresión: Fausto Reinoso Ediciones
Tiraje: 70 ejemplares

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar,
Sede Ecuador: 978-9942-604-44-6
© Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Toledo N22-80
Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
• www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

La versión original del texto que aparece en este libro fue sometida a un proceso de revisión por pares, conforme a las normas de publicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Impreso en Ecuador, mayo de 2022

Título original:
Biopoder, discurso médico y manuales de puericultura en el Ecuador, 1920-1938

Tesis para la obtención del título de magíster en Historia
Autora: Enma Pilar Chilig Caiza
Tutora: Galaxis Borja González
Código bibliográfico del Centro de Información: T-2882

A mi padre, José Chilig (+).
Si existe otra vida, espero que nuestros caminos
se encuentren una vez más.
A Martín y Cristhian, por su amor y paciencia.
A mi madre, mujer incansable.

CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	9

Capítulo primero

PROTEGER A LA MADRE PARA PROTEGER AL NIÑO: INSTITUCIONES Y NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA SOCIAL DE LA MADRE Y SU HIJO.....	19
ENTRE LA CARIDAD Y EL ESTADO: GOTAS DE LECHE Y CASAS CUNA.....	22
«EL TRABAJO ES INCOMPATIBLE CON LA MATERNIDAD»: CONSIDERACIONES SOBRE LA LEGISLACIÓN PARA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD E INFANCIA 1928-1938.....	32
PARA UNA MATERNIDAD Y PARTO GUIADOS POR LA CIENCIA: CREACIÓN DE LA SECCIÓN PRENATAL, NATAL Y DE PROTECCIÓN INFANTIL (1935).....	37

Capítulo segundo

INTELECTUALES, INSTITUCIONES Y DISPOSITIVOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA PUERICULTURA	43
CONSTRUYENDO EL CAMPO DE LA PUERICULTURA: MÉDICOS E INSTITUCIONES	44
DISPOSITIVOS DE DIVULGACIÓN DE LA PUERICULTURA.....	55

Capítulo tercero

«EL NIÑO DE HOY SERÁ EL HOMBRE DE MAÑANA»: TÉCNICAS DE SUBJETIVACIÓN DEL NIÑO Y REPRESENTACIONES DE LA DUPLA MADRE-HIJO	63
LO QUE TODA MADRE DEBE SABER: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN METÓDICA	67
«Sea usted la nodriza solo de su hijo», algunas consideraciones sobre la lactancia natural	67
La ciencia detrás de la alimentación.....	71
LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL JUEGO EN EL DISCIPLINAMIENTO DE LA POBLACIÓN INFANTIL	77

CONCLUSIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	85

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: Martha, José (+), Javier, Diana, Alex, Daniela y Leonardo, por impulsarme a ser mejor cada día.

A Cristhian y Martín, mis compañeros de vida.

A mis amigos incondicionales: Lilia Escudero, Robin Grajales, Antonio Negrete.

A la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por financiar mi proyecto de investigación, así como al Área de Historia, en especial a la doctora Galaxis Borja, mil gracias por sus enseñanzas y predisposición.

A Rocío Bedón y Manuel Cedeño, encargados del Archivo Histórico del Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza el binomio madre-hijo construido en el discurso médico y estatal presente en los manuales de puericultura en Ecuador entre 1920 y 1938. El trabajo se centra en el análisis de tres publicaciones médicas sobre crianza y protección de la infancia: *Conferencia sobre puericultura*,¹ del doctor Emiliano Crespo, decano de la Facultad de Medicina de Cuenca; *Breves nociones de puericultura: Para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*,² del médico Carlos Sánchez, profesor de la cátedra de Pediatría de la Universidad Central del Ecuador y médico del dispensario de niños de Quito; y *Por, para y del niño*,³ de Enrique Garcés, catedrático de la Universidad Central.

Este acercamiento evidencia que la puericultura, como plantamiento médico especializado, construyó una dupla discursiva «madre-hijo» funcional a los proyectos de modernización social. En este sentido, los manuales configuraron una relación entre las prácticas de crianza y la construcción de un tipo de sujeto niño y sujeto madre a partir de un discurso biologizante. Esto significó un doble proceso. Por una parte, se visualizó al niño como un individuo, separado del colectivo social,

-
- 1 Emiliano Crespo, *Conferencia sobre puericultura* (Cuenca: Tipografía de la Universidad Central, 1926).
 - 2 Carlos Sánchez, *Breves nociones de puericultura: Para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1928).
 - 3 Enrique Garcés, *Por, para y del niño* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1937).

y por otro, efecto de esta subjetivación, se intensificó el control de su cuerpo y el de la madre. Estos dispositivos intentaron cambiar la forma de entender la niñez y la maternidad, modernizar los hábitos y modos de vida de todos los estratos sociales, elementos funcionales a los propósitos de administración estatal y control de la población.

En este camino, la perspectiva foucaultiana de biopoder constituye una herramienta que permitirá dilucidar las maneras en las que el discurso médico funciona socialmente y constituye un dispositivo gubernamental para el control de los sujetos desde las dimensiones biológicas y corporales.⁴ Otra acercamiento conceptual que utilizaremos es la noción de subjetivación como el proceso mediante el cual el ser humano se convierte en sujeto y, en el cual, Michel Foucault distingue dos tipos: uno «sometido otro a través del control y la dependencia» y otro atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo.⁵ Estas distinciones dan luces a nuestra investigación, ya que, por una parte, el discurso médico y estatal configura el cuerpo-niño y el cuerpo-madre en objetos de investigación e intervención social. Por otra parte, los manuales de puericultura transmitirán conocimientos que pretenden transformar a los niños en sujetos autogobernados.⁶

Los procesos en los que el sujeto se convierte en objeto de intervención social están acompañados de prácticas divisorias encargadas de establecer categorizaciones entre individuos.⁷ Para Foucault, los discursos son procedimientos atravesados por el poder y el saber, mismos que construyen sistemas de exclusión y voluntades de verdad con un soporte y distribución institucional.⁸ Los manuales de puericultura se construyen a partir de consideraciones de cientificidad que desestiman las

4 Michel Foucault, *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber* (Ciudad de México: Siglo Veintiuno, 1977), 1: 53-5.

5 Michel Foucault, «El sujeto y el poder», *Revista Mexicana de Sociología* 50, n.º 3 (1988): 3-20, <https://doi.org/10.2307/3540551>.

6 José Carlos Loredó y Belén Jiménez Alonso, «Small Citizens: The Construction of the Child in the First Subjectivity Spanish and Latin American Childcare», *Universitas Psychologica* 13, n.º SPE5 (diciembre de 2014): 1955-65; José Carlos Loredó, «Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: Un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna», *Revista de Historia de la Psicología*, n.º 37 (2016): 47-54.

7 Foucault, «El sujeto y el poder», 7.

8 Michael Foucault, *El orden del discurso* (Buenos Aires: Tusquets, 1992).

prácticas empíricas y tradicionales relacionadas con la reproducción y la crianza infantil, y establecen la autoridad médica como la única portadora de verdad, en tanto es funcional para los intereses del poder estatal. De esta forma, los saberes se constituyen en mecanismos de sujeción y control del cuerpo del niño y la madre, que se instrumentan en el lenguaje e introducen categorías binarias como normal/anormal, bueno/malo, científico/empírico, salud/enfermedad las mismas que estarán presentes en los discursos médicos de la época, y generan la necesidad de enfermar para curar característica de las sociedades disciplinadas.⁹

El concepto infancia es otro elemento crucial. Según Ana María Cadena¹⁰ y Rosemarie Terán,¹¹ en Ecuador, entre 1920 y 1938, este se transforma basándose en: 1. el elevado índice de mortalidad infantil y el decrecimiento demográfico que acentúa la idea indefensión y debilidad como características inherentes de los niños; 2. las leyes de instrucción pública definen al niño con relación a su edad escolar. De esta forma dejó de verse como una mera transición hacia la edad adulta y pasó a considerarse como un momento de la vida, con entidad y función propias, en el que debían inculcarse las aptitudes adecuadas que, más adelante, debía poseer cualquier «buen ciudadano».¹² Los sujetos históricos que se pronuncian mediante el discurso médico recrean una visión biopsicosocial,¹³ que percibe al niño como un ser incompleto que debe ser protegido y es dependiente de un adulto.¹⁴

9 Héctor Ceballos Garibay, *Foucault y el poder* (Ciudad de México: Ediciones Co-voacán, 1986), 38-9.

10 Ana María Cadena, «Los niños en el sistema laico de educación: Relación entre el acceso a la educación primaria y el trabajo infantil en Quito durante 1890 y 1940» (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2002).

11 Rosemarie Terán Najas, «La escolarización de la vida: El esfuerzo de construcción de la modernidad educativa en el Ecuador (1821-1921)» (tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2015, <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Rteran>).

12 Rafael Huertas, *Los laboratorios de la norma: Medicina y regulación social en el estado liberal* (Barcelona: Octaedro, 2008), 85.

13 La visión biopsicosocial adoptada por autores como Durkheim considera la infancia como el período en el que la persona se prepara para la vida social. Iskra Pavez Soto, «Sociología de la infancia: Las niñas y los niños como actores sociales», *Revista de Sociología*, n.º 27 (2012): 84, <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2012.27479>.

14 Pavez Soto, «Sociología de la infancia», 97.

De esta discusión teórica surge la preocupación por estudiar los manuales de puericultura y publicaciones médicas sobre crianza y protección infantil en Ecuador entre 1920 y 1938, en cuanto responden a una problemática social en la que se evidencia un interés estatal por controlar los aspectos biológicos y corporales de las poblaciones. Ante esto, Luc Boltanski, en 1974, planteó que los catecismos de puericultura, posteriormente conocidos como manuales,¹⁵ escritos principalmente por especialistas en medicina, estaban dirigidos a las mujeres de clases populares con el fin de civilizarlas, hacerlas más productivas y ordenadas.¹⁶ No obstante, estos programas y textos no tuvieron el resultado esperado, ya que estas madres no compartían el mismo capital cultural que los autores, y generalmente reinterpretaban los consejos médicos en función de sus condiciones de vida.¹⁷ En el país, este tipo de documentación ha sido usado como un recurso de información¹⁸ y no se registran estudios históricos que profundicen en la puericultura como objeto de interés. Empero, destacamos los aportes de Ana Briolotti,¹⁹ para el caso argentino; Cecilia Alfaro Gómez para México;²⁰ en

- 15 Los manuales o catecismos de puericultura fueron escritos de tipo pedagógico que buscaban enseñar a las mujeres la forma «legítima» de cuidar a los hijos, en ellos se indicaba cómo alimentar, vestir, guiar el juego y la actividad física, etc. Estos aparecieron entre 1885 y 1990, como parte de un programa de divulgación de la puericultura que tenía como fin regular la vida privada de las personas, mediante la instrucción escolar en temas relacionados con el hogar. A partir de 1900, la puericultura y los manuales adquieren características modernas, gracias a la introducción de innovaciones del conocimiento científico. De esta forma se constituyeron en tratados de reproducción humana fundamentados en principios eugenésicos, ya que abarcaban todas las etapas de la vida, desde la selección de la pareja, la concepción y la crianza en sí hasta la pubertad. Luc Boltanski, *Puericultura y moral de clase* (Barcelona: Laia, 1974), 14-5.
- 16 Boltanski, *Puericultura y moral de clase*, 15.
- 17 Loredó y Jiménez Alonso, «Small Citizens», 1958.
- 18 Kim Clark, «Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)», en *Antología de estudios de género*, comp. Gioconda Herrera (Quito: FLACSO Ecuador, 2001), 183-210.
- 19 Ana Briolotti, «Educando a los padres argentinos: Un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan», *Avances del Cesor* 13, n.º 15 (diciembre de 2016): 39-60.
- 20 Cecilia Alfaro Gómez, «Puericultura, higiene y control natal: La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922», *Historia Autónoma*, n.º 1 (septiembre de 2012): 108-19.

Brasil, Cláudia dos Santos Lamprecht,²¹ y Alexandra Mina Stern en Estados Unidos.²² Estos aportes contribuyen a entender los límites de la aplicación y difusión de la puericultura y cuestionarnos sobre otros mecanismos o instituciones de control que den cuenta de los procesos de penetración estatal en la cotidianidad, las diferentes estrategias adoptadas de acuerdo con las demandas sociales, la forma como los individuos construyen significados a partir de este tipo de saber. Por último, estos acercamientos mencionan la relación madre-niño-Estado, más no profundizan en esta problemática.

La investigación considera los aportes que la antropóloga canadiense Kim Clark ha realizado sobre la protección de la niñez en Ecuador.²³ Estos estudios constituyen interlocutores importantes para el análisis de la construcción de la infancia y la maternidad, dado que la autora identifica un escenario, entre 1895 y 1950, en el que confluyeron diversos proyectos enfocados en la modernización del Estado, por medio de la intervención en las actividades cotidianas de la sociedad. Además, plantea cómo, a partir del postulado liberal sobre el cuidado del niño pobre y vulnerable, la mujer adquiere un importante rol en las actividades de protección de la infancia, y la madre se convierte en un actor clave en la vida de los niños.²⁴ En ese camino, marca algunas pautas sobre las prácticas y programas de protección a este grupo etario durante la primera mitad del siglo XX, que serán retomadas en el presente análisis.²⁵

21 Cláudia Amaral dos Santos Lamprecht, «Conselhos às mães: manuais de puericultura como estratégia biopolítica na constituição de infâncias saudáveis e normais», *Textura* (ULBRA) 16, n.º 32 (13 de noviembre de 2014), <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1252>.

22 Alexandra Minna Stern, «Making Better Babies: Public Health and Race Betterment in Indiana, 1920-1935», *American Journal of Public Health* 92, n.º 5 (mayo de 2002): 742-52.

23 Kim Clark, «Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador, 1910-1940», en *Palabras del silencio: Las mujeres latinoamericanas y su historia*, ed. Martha Moscoso (Quito: Abya-Yala, 1995), 220-56; Kim Clark, «Gender, Class and State in Child Protection Programs in Quito», en *Gender, State and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2012), 272.

24 Clark, «Gender, Class and State», 33.

25 Complementan este panorama los aportes de Ana María Goetschel, quien, desde los estudios de género, indaga en el establecimiento de los nuevos roles de la mujer introducidos por el liberalismo y la revolución juliana. Además, señala que, a

Mi investigación se establece sobre el mismo escenario. No obstante, se centra en profundizar en las representaciones de la maternidad y la infancia que construyen los manuales de puericultura. Esto nos permite establecer un espacio de introspección sobre la dimensión biopolítica de los programas de protección de la infancia y los servicios de salud, enfatizando en los procesos de subjetivación y disciplinamiento del cuerpo del niño y de la madre.

Las aproximaciones históricas sobre el binomio discursivo madre-hijo en el país han sido trabajadas por Enma Chilig,²⁶ quien, desde una perspectiva de la historia de la infancia, esboza un primer acercamiento a la forma en que el discurso médico construye esta dupla, que somete al niño a la dependencia de un adulto, generalmente su progenitora. Este trabajo no avanza más allá de esta reflexión, y constituye una mirada introductoria sobre la problemática que deseamos estudiar. Otros aportes provenientes de los estudios de género dibujan el proceso de configuración de una serie de imaginarios de maternidad, que entrarán en disputa a partir de la medicalización del parto, el establecimiento del *deber ser* de la madre como responsabilidad con el Estado,²⁷ la educación²⁸ y la definición de roles de género.²⁹ Por otra parte, los trabajos de María Elena Bedoya³⁰ y Rosemarie Terán,³¹ quienes, si bien no profun-

partir del movimiento juliano, se enfatiza en la maternidad como la base para la protección de la infancia. Ana María Goetschel, *Educación de la mujeres, maestras y esferas públicas* (Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala, 2007), 116

- 26 Chilig, Enma. «“Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones”: Control y protección de la infancia en el marco de la institucionalización de la higiene en Quito entre 1914-1937» (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2017), <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13344>.
- 27 Sophia Checa Ron, «Prostitución femenina en Quito: Actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)», *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 43 (2016): 121-46.
- 28 Katerinne Orquera Polanco, «La agenda de los gobiernos liberales-radicales respecto a la instrucción pública, especialmente de las mujeres (1895-1912)» (tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2013), <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3788>.
- 29 Goetschel, *Educación de la mujeres*; Ana María Goetschel, *Mujeres e imaginarios: Quito en los inicios de la modernidad* (Quito: FLACSO Ecuador, 1999).
- 30 María Elena Bedoya, *Triciclos: Espacios lúdicos y objetos culturales de la infancia en el Ecuador entre 1890-1940* (Quito: Banco Central del Ecuador, 2008).
- 31 Terán Najas, «La escolarización de la vida».

dizan en el tema del biopoder o el binomio madre-hijo, nos introducen en el campo de los espacios lúdicos, los objetos culturales y las representaciones de la niñez³² como referentes de producción de sentido que no son definitorios, pero permiten recorrer los procesos de «invención de la infancia ligados a las vivencias familiares, los escenarios escolares y el mundo social».³³ Estos acercamientos dan pie a cuestionarnos sobre la forma en que la puericultura incide en estas construcciones, o si establece otro tipo de ideales asociados a la maternidad y la infancia.

A escala regional, las discusiones sobre la relación madre-hijo-Estado son variadas. Entre estas encontramos dos tendencias de análisis: 1. aquella enfocada en el estudio del discurso médico,³⁴ y 2. aquellas que tratan las normativas e instituciones de protección materno-infantil.³⁵ Las aproximaciones desde el discurso médico aportan elementos importantes para la problematización de nuestra investigación, en cuanto iluminan el papel de las madres en los procesos de divulgación. Por ejemplo, en México, llegaron a constituirse en «aliadas domésticas» del saber médico. Asimismo, las exploraciones sobre la normativa e instituciones dan cuenta de un contexto compartido en la temporalidad de interés. Estos aportes realizados para Perú,³⁶ Colombia³⁷ y Ecuador³⁸

32 Bedoya define como objetos culturales a los artefactos como juguetes, libros de lectura y juegos que acompañan al niño en su crecimiento.

33 Bedoya, *Triciclos: Espacios lúdicos*, 7.

34 Claudia Agostoni, «Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la Ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)», *Mexican Studies/Estudios Mexicanos* 18, n.º 1 (2002): 1-22, <https://doi.org/10.1525/msem.2002.18.1.1>; Enrique Nóbrega, *La mujer y los cercos de la modernización: Los discursos de la medicina y el aparato jurídico* (Caracas: Fundación CELARG, 1997).

35 Decsi Arévalo Hernández, «Muchas acciones y una solución distante: Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945». *Historia Crítica*, n.º 39E (2009): 166-86, <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/histcrit39E.2009.09>.

36 María Emma Mannarelli y Betty Alicia Caro, «Una aproximación histórica a la salud infantil en el Perú: Las mujeres en el cuidado de la infancia (1900-1930)», *Investigaciones Sociales* 15, n.º 27 (2011): 445-55.

37 Jorge Márquez Valderrama, «Presentación del dossier “Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia”», *Historia Crítica*, n.º 46 (2012): 11-6.

38 Germán Rodas, *Revolución juliana y salud colectiva* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador —UASB—E— / Corporación Editora Nacional —CEN—, 2012); Eduardo Estrella, *Medicina y estructura socioeconómica* (Quito: Belén, 1980).

señalan que, a inicios del siglo XX, los Estados latinoamericanos se convirtieron en los principales agentes de los sistemas de salud, por medio del establecimiento de legislaciones sanitarias y el apoyo estatal en la formación médica.³⁹

Además de los manuales señalados, la investigación se nutre de un abanico de fuentes de carácter institucional, normativo y pedagógico. En primer lugar, se incluyen registros que dan cuenta de la administración de la Asistencia Pública y la Dirección de Sanidad correspondientes a Actas de sesión del Directorio de la Junta de Beneficencia; así como también correspondencia oficial (informes, comunicados, solicitudes) establecida con instituciones de atención y enseñanza médica como la Maternidad de Quito, La Gota de Leche (GdL), la Facultad de Medicina de la Universidad Central en Quito, entre otras dependencias sanitarias. Esta documentación se encuentra en el archivo adscrito al Museo Nacional de la Medicina Eduardo Estrella. Además, se hace uso de publicaciones y folletería del Instituto Nacional de Previsión Social, de índole médico-científico, escritos de autoras feministas y de carácter religioso, informes ministeriales y legislativos, y notas de prensa que relatan las actividades realizadas por varias instituciones en defensa del niño, y para evaluar el desempeño de la madre. La pesquisa de archivo evidencia la existencia de un escenario y un cuerpo social donde se despliegan los discursos sobre el cuidado infantil y la maternidad. Además, revela las tensiones y disputas que genera la penetración e intervención del Estado, mediante los saberes especializados, en poblaciones cuyas lógicas de cuidado infantil se regían por la tradición y los conocimientos empíricos.

Esta investigación está compuesta por tres capítulos. En el primero, se identifican las formas en que el Estado buscó regular y controlar las

39 Ana María Carrillo, «La “Civilización” del Amor», en *Amor e historia: La expresión de los afectos en el mundo de ayer*, coord. Pilar Gonzalbo Aizpuru (Ciudad México: Colegio de México, 2013), 409-40, <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14jxp05.20>; Óscar Saldarriaga, Javier Sáenz Obregón y Armando Ospina, *Mirar la infancia: Pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946: Raza, examen, método y sociedad* (Medellín: Foro Nacional por Colombia, 1997), 2: 1-40; Natalia María Gutiérrez Urquijo, «El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936», *HiSToReLo: Revista de Historia Regional y Local* 9, n.º 17 (2017): 221-49, <https://doi.org/10.15446/historelo.v9n17.55511>.

prácticas de protección materno-infantil. En el segundo capítulo, se describe el proceso de consolidación de la puericultura en Ecuador, los espacios de enseñanza y los dispositivos usados para la difusión de este saber especializado. El tercer capítulo analiza las técnicas de subjetivación infantil recomendadas en los manuales de puericultura, que construyen imaginarios de la infancia y la maternidad históricamente situados. Este último capítulo enfatiza en dos discursos que consideramos constitutivos del proceso de subjetivación del niño: la lactancia y la alimentación y, el juego y la actividad física.

CAPÍTULO PRIMERO

PROTEGER A LA MADRE PARA PROTEGER AL NIÑO: INSTITUCIONES Y NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA SOCIAL DE LA MADRE Y SU HIJO

Este capítulo examina el trayecto de la institucionalización de la atención materno-infantil en Ecuador por medio de las obras de protección social de sociedades de beneficencia y las acciones de ideólogos políticos, especialmente médicos, que contribuyeron a la visibilización del niño y su madre como objetos de interés estatal, en una coyuntura de corte socialista, iniciada en 1925 con la llamada Revolución Juliana.

Para esto, se han identificado tres momentos que delinearon el proceso que se inició a finales del siglo XIX, con la irrupción de las transformaciones liberales, mismas que fueron ampliadas en el ciclo de gobierno que provino de la Revolución Juliana. En primer lugar, se caracterizan dos obras de atención para madres trabajadoras y sus hijos, inauguradas en la década de 1920, en las que se busca fomentar el ejercicio e instrucción de la puericultura e higiene. Estas instituciones fueron concebidas y administradas bajo una lógica de caridad y beneficencia. Más adelante, se analiza la normativa emitida para la protección de la infancia y la maternidad en 1928, en un contexto en el que la protección de la maternidad se consideró como parte fundamental dentro de los programas

de atención a la niñez, y en el que el trabajo femenino se asumió como un «peligro» para dicha función biológica y social. Por último, se estudia la creación de la Sección prenatal, natal y de protección a la infancia en 1935, como parte de los esfuerzos estatales por estructurar un sistema de salud que atendiera todas las necesidades de la sociedad.

En la década de 1920, en Quito, se inauguraron dos obras cuyo objetivo era contribuir a salvaguardar la vida de los niños en su primera infancia. La GdL y la Casa Cuna del Asilo Antonio Gil fueron instituciones de atención médica y social, organizadas y administradas por sociedades de caridad de carácter privado, que gozaron de una limitada subvención estatal. Por su parte, la ciencia médica utilizó estos espacios para vigilar el desarrollo biológico del niño.

La creación de este tipo de instituciones en el país estuvo asociada, por una parte, a un movimiento internacional que visibilizó a los niños como seres indefensos que requerían de protección para salvaguardar su vida;⁴⁰ y, por otra parte, a una agenda política durante los gobiernos liberales y julianos, en la que el campo de la salud ocupó un lugar privilegiado.

A raíz de la irrupción de los Gobiernos liberales en 1895, se organizaron una serie de instituciones y un corpus legislativo que contribuyeron a fortalecer la capacidad de administración estatal, la centralización del poder y a materializar la presencia del Estado en la sociedad. Estas acciones buscaban romper con la hegemonía que la Iglesia católica había mantenido en la sociedad, especialmente en el campo de la salud y la administración de casas de beneficencia. Así, la Junta de Beneficencia de Quito (JBQ), creada en 1896, y el Servicio de Sanidad, en 1908,⁴¹ constituyeron dos de las principales entidades gubernamentales, con características diferentes, que intervinieron directamente en áreas específicas de la protección de la infancia. Además, se encargaron de la observación, coordinación y participación parcial en el establecimiento de iniciativas subordinadas de carácter público, privado o mixto.

40 En 1919, se fundó la organización Save the Children para la protección de niños afectados por la guerra. La misma organización ayudó a la creación de proyectos como el Comité de Socorros de la Infancia en 1920 y elaboró la primera Declaración de los Derechos del Niño, 1923, en el país.

41 Servicio que fue organizado primero en Guayaquil a raíz de la infección de peste bubónica.

A pesar de ser una institución estatal, la JBQ estuvo administrada por un grupo de hombres notables con fuerte influencia en la sociedad,⁴² que desempeñaron sus funciones *ad honorem* y no fueron funcionarios públicos. Esta lógica se reprodujo en los servicios subordinados a su cargo, los mismos que funcionaban con una visión de beneficencia enfocada a la atención de los pobres, y en los que las Hermanas de la Caridad participaron como dispensadoras de cuidados y servicios de asistencia social, hasta aproximadamente la década de 1910, cuando se inició un proceso de desplazamiento de las religiosas dentro de la estructura y manejo de las casas de asistencia.⁴³

El Servicio de Sanidad, a diferencia de la JBQ, fue concebido con una visión de saneamiento de la infraestructura productiva y comercial, y control de enfermedades infectocontagiosas. De tal forma, su enfoque fue eminentemente preventivo, contrario a la acción curativa ejercida por los servicios dependientes de la JBQ. Esta visión cambió a mediados de la década de 1920, con el establecimiento de gobiernos de corte socialista, que transformaron la forma de entender la salud y el papel del Estado como proveedor de servicios. En este contexto, se emitió una nueva Ley de Sanidad y Asistencia Pública en 1926, con la que se pretendía superar la lógica «pragmático-comercial y la visión de beneficencia» que había caracterizado a las instituciones de atención médica y asistencia. La nueva legislación sanitaria designó a la Junta de Asistencia Pública como el ente a cargo de los hospitales públicos; además, organizó el Sistema Nacional de Sanidad que estaría a cargo de la medicina preventiva, de la lucha contra enfermedades sociales como la tuberculosis, el alcoholismo, y de la protección de la infancia. Además,

42 Entre los que se encontraban médicos, abogados, comerciantes, grandes propietarios locales, en sí hombres destacados de la sociedad.

43 Mariana Landázuri, en su aproximación a la historia del Hospicio San Lázaro de Quito, profundiza en las tensiones entre las Hermanas de la Caridad y los nuevos administradores, especialmente directores, que intentan reorganizar las diferentes casas de asistencia que se mantuvieron a cargo de las religiosas, a pesar de las reformas legislativas que traspasaron las atribuciones de las comunidades religiosas a la Junta de Beneficencia. En este contexto, también ilumina en las estrategias aplicadas por las religiosas para evitar ser desalojadas de estos establecimientos. Véase Mariana Landázuri Camacho, *Salir del encierro: Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro* (Quito: Banco Central del Ecuador, 2008).

podía intervenir a escala local o nacional en asuntos de higiene infantil, escolar, industrial y obrera, urbana, de alimentos, entre otras.⁴⁴

ENTRE LA CARIDAD Y EL ESTADO: GOTAS DE LECHE Y CASAS CUNA

Las instituciones creadas para el cuidado de los niños fueron parte del proceso en el que la familia moderna se constituyó en un objeto de la política durante las primeras décadas del siglo XX; fenómeno denominado por Jaques Donzelot como «movimiento de reforma de la familia».⁴⁵ La atención médica y social fue el mecanismo por el cual el Estado logró insertarse en la cotidianidad de las personas, al pretender regular sus actividades a partir del establecimiento de normas básicas para el cuidado del cuerpo, y el comportamiento, que debían ser imitadas en el seno familiar.⁴⁶ Sin embargo, en el caso ecuatoriano, antes de la Revolución Juliana, el Estado no logró asumir completamente su rol de intervención y provisión de servicios de salud infantil. Ellos estuvieron a cargo de instituciones privadas, cuya gestión contribuyó a reducir la mortalidad infantil mediante la vigilancia de la alimentación y el control de las prácticas maternas de cuidado. Ese no fue el caso de las instituciones subvencionadas exclusivamente por el Estado, ya que, a decir de la comunidad médica, el déficit fiscal⁴⁷ limitaba los resultados con los que fueron concebidas.

44 Jéssica Albán, *Historia del Hospital de Portoviejo Dr. Verdi Cevallos Balda* (Quito: Spi, 2006).

45 Jacques Donzelot, *La policía de las familias: Familia, sociedad y poder*, trad. Alejandrina Falcón (Buenos Aires: Nueva Visión, 2008), 10.

46 Así, la normativa respecto a la conducta no se limita al plano social, sino que el Estado logra adentrarse en prácticas de la vida privada como la regulación del comportamiento conyugal y sexual. La profilaxis venérea, el control sanitario de la prostitución y la reproducción humana se inscriben en una serie de políticas e idearios que buscan el mejoramiento racial bajo el poder legitimador de la autoridad científica invocada por la genética y el evolucionismo. Laura Suárez y López-Guazo, «La Sociedad Mexicana de Eugenesia: Selección y mejoramiento racial», en *El darwinismo en España e Iberoamérica*, eds. Thomas Glick, Rosaura Ruiz y Miguel Ángel Puig-Samper (Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México —UNAM— / Consejo Superior de Investigaciones Científicas / Doce Calles, 1999), 187-97.

47 La economía experimentó un declive causado por el descenso en las exportaciones entre 1914 y 1918, y se intensificó con la quiebra del sector cacaotero a finales de 1920.

La implementación del primer dispensario de GdL fue iniciativa del doctor Enrique Gallegos Anda, profesor de Clínica Médica en la Universidad Central, quien, durante sus años como becario en Europa, había podido observar los resultados logrados por las Gotas de Leche.⁴⁸ El financiamiento y administración estuvo a cargo de la sociedad del mismo nombre fundada en 1919. Así, el 15 de agosto de 1920, se fundó el primer dispensario de este tipo con el fin de distribuir leche esterilizada entre los niños menores de dos años para su alimentación, el fomento de la lactancia materna y la divulgación higiénica.

El sistema GdL fue creado en Francia en 1892, como resultado de la atención que el Estado dio a los programas de protección médica infantil. Se establecieron visitas domiciliarias e inspecciones de los niños bajo el cuidado de nodrizas, que posteriormente fueron reemplazadas por los consultorios de bebés o lactantes (*Consultations de Nourrissons*) y las Gotas de Leche (*Goouttes de Lait*). El objetivo principal de dichas instituciones era mejorar «los métodos deficientes de la alimentación infantil», considerados como el principal factor de mortalidad en niños en la primera infancia. Para esto se introdujo una variedad de servicios como supervisión médica, educación para las madres y asistencia social.⁴⁹

Otro modelo de protección de la temprana infancia fue el de inspiración anglosajona que llevaba el nombre de Depósitos de Leche, que aparecieron en 1899. En Inglaterra, los centros de distribución de leche esterilizada rara vez se asociaron con las ideas de educación y consejería médica. A diferencia del sistema francés, que tenía la política de suspender el suministro de leche «si el niño no e[ra] llevado regularmente para ser pesado y examinado por un médico», en los depósitos ingleses y estadounidenses, la supervisión no fue tan estricta y era ejercida por enfermeras o inspectores subordinados al director médico de dichas instituciones.⁵⁰ Por otra parte, la variante anglosajona privilegiaba la

48 Luis Dávila, «La Gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil», *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, n.º 246 (junio de 1923): 199-254.

49 Catherine Rollet, «The Fight Against Infant Mortality in The Past», en *Infant and Child Mortality in The Past*, eds. Alain Bideau, Bertrand Desjardins y Héctor Pérez Brignoli (Nueva York: Clarendon Press Oxford, 1997), 47.

50 George Frederick McCleary, «The Infants' Milk Depot: Its History and Function», *The Journal of Hygiene* 4, n.º 3 (julio de 1904): 339.

recopilación de datos estadísticos, recurso que, a decir del historiador español Esteban Rodríguez Ocaña, constituyó su principal aporte.⁵¹ La introducción de métodos estadísticos facilitó la organización de información para la elaboración de tablas de crecimiento. En general, las GdL constituyeron un laboratorio que permitió a los médicos conocer de cerca los procesos normales y anormales del desarrollo del niño, producidos por el tipo de alimentación administrada.

En Ecuador, como en gran parte de los países del subcontinente sudamericano, se estableció el modelo francés con variantes que se adaptaron a la realidad de cada nación. Desde un inicio, estos establecimientos procuraron llevar un registro detallado de los niños beneficiarios que, dependiendo de su estado de salud, debían ser trasladados por las madres a la consulta por lo menos una vez por semana, a fin de ser «observados, pesados, bañados y medidos».⁵² Esta información debía ser utilizada para la elaboración de curvas de crecimiento y estadísticas sobre la calidad de la alimentación de las familias de sectores populares. Dichos resultados no han sido incluidos en informes oficiales de la institución; más bien formaron parte de estudios especializados de los estudiantes de la Facultad de Medicina, quienes trabajaron como médicos internos. Se revelaron datos que colocaron a la gastroenteritis como la principal causa de muerte registrada en los tres primeros años de funcionamiento, seguida por las diversas formas de diarrea, la bronquitis, las fiebres eruptivas y la gripe.⁵³ Desde la perspectiva de los médicos, estas enfermedades estaban asociadas a la falta de cuidados y el desconocimiento de las madres sobre el cuidado científico de sus hijos, por lo cual la labor de divulgación higiénica y de puericultura a fin de contribuir al desarrollo de la afectividad hacia los hijos y vigilancia de la alimentación, especialmente en casos de aplicar métodos de lactancia alternativos como la artificial o la mixta, fueron ejes centrales del servicio de GdL.

51 Esteban Rodríguez Ocaña, Teresa Ortiz Gómez y Olga García-Duarte Ros, «Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España», *Jano* 29 (1985): 1066-77.

52 Sociedad de La Gota de Leche, *Reglamento interno de La Gota de Leche* (Quito: Imprenta del Clero, 1923).

53 Antonio Bastidas, *Contribución al estudio de la protección de la infancia en el Ecuador y demografía nacional* (Quito: Imprenta Municipal, 1924), 24.

Adicionalmente a la distribución de leche esterilizada, las GdL se encargaron del cuidado de los recién nacidos mediante el consejo médico sobre alimentación e higiene y el fomento de la lactancia materna en los «sectores populares».⁵⁴ Sin embargo, varios médicos denunciaban que la institución, lejos de promover la lactancia materna, contribuía a reemplazarla con métodos alternativos de alimentación. Por esto, Luis Dávila señalaba que este tipo de servicios debía enfatizar en la capacidad de las madres para la lactancia, y proponía que, para aquellas que no pudieran amamantar a sus hijos, tenían que optar por otra obra de protección de la infancia, como la Casa Cuna, cuyo objetivo se centraba en ayudar a las madres con la crianza de sus niños. En efecto, para alcanzar los objetivos, el modelo de GdL planteaba la necesidad de trabajar en conjunto con consultorios médicos y las casas cuna. La instauración de estos servicios buscaba establecer un estricto control sobre los diferentes aspectos de la vida del niño como la alimentación, el cuidado del cuerpo y la educación.⁵⁵

En Ecuador, en la temporalidad de estudio, se crearon dos sociedades de GdL en Quito con tres dispensarios distribuidos por la ciudad, y una en Cuenca bajo el nombre de Asilo Tadeo Torres, en 1925. En Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia (SPI), en 1914, y la Sociedad de Puericultura, en 1918, se encargaron de la creación de este tipo de servicios para niños. Las GdL se fundaron bajo el auspicio del sector privado, en forma de sociedades. Por su parte, el Estado tuvo un papel significativo al garantizar su permanencia,⁵⁶ sin estar asociado en la prestación de servicios o su dirección. De hecho, el cuerpo médico encargado de las consultas diarias trabajaba *ad honorem* y, si bien estaban relacionados con entidades estatales como la Facultad de Medicina o la Junta de Beneficencia, esto no intervenía con la organización y

54 Sociedad de La Gota de Leche, *Reglamento interno*; Rodríguez Ocaña, Ortiz Gómez y García-Duarte Ros, «Los Consultorios de Lactantes».

55 Estos servicios estaban dirigidos especialmente a madres trabajadoras, mujeres que por causas económicas o físicas no pudieran garantizar la alimentación y cuidado de sus hijos.

56 En 1920, el Congreso Nacional asignó a la Sociedad Gota de Leche una subvención correspondiente al sesenta por ciento del producto del impuesto a las herencias. Con esto se logró aumentar del número de niños inscritos en el primer dispensario, y la fundación de un nuevo local (1921) anexo a una segunda Consulta de niños. Dávila, «La Gota de Leche», 224.

procesos internos establecidos por las socias a cargo. Por ello, su labor era limitada, ya que la consulta estaba a cargo de siete galenos diferentes, distribuidos uno por día. Ante esto, Dávila enfatiza que, para el mejoramiento de los servicios del dispensario, era necesario que la dirección y administración técnica estuviera a cargo de un solo profesional bien remunerado para que asumiera las responsabilidades que habían sido dejadas de lado por los médicos *ad honorem*.

Por su parte, el médico Antonio Bastidas abogaba por «la unificación técnico-administrativa» de todas las instituciones de asistencia a niños para, de esta forma, dirigir las obras de protección infantil hacia un mismo fin y en concordancia con las necesidades del medio nacional,⁵⁷ visión que se materializó en 1937 con la emisión de la Ley de Hogares de Protección.

A pesar del éxito de la Sociedad y sus dispensarios de GdL, los informes y estudios médicos sobre protección a la infancia aseguraban que, en Quito, las obras de este tipo no cumplieron los objetivos con los que fueron concebidas, especialmente por la inestabilidad y carencias económicas.⁵⁸ Mientras, en Guayaquil, en cambio, entidades como la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la SPI se habían consolidado en este campo y consiguieron resultados exitosos. Luis Dávila, en 1923, señalaba que dicho éxito se debía a la contribución económica de las élites guayaquileñas, quienes encontraban, en este tipo de acciones, un medio de legitimación social.⁵⁹ Según Patricia de la Torre, el caso guayaquileño fue, no obstante, excepcional en el país debido a la forma en que fueron concebidas y organizadas dichas instituciones, las mismas que mantuvieron su independencia en calidad de entidades locales y privadas, a pesar de los intentos estatales por integrarlas en el sistema nacional de salud en 1906 y 1927.⁶⁰

57 Bastidas, *Contribución al estudio de la protección*, 20.

58 A pesar de que el Dispensario Gratuito de niños inaugurado en 1915 contribuyó en la atención médica especializada para niños, Luis Dávila aseguraba que su creación, inspirada únicamente por los resultados conseguidos por instituciones similares en otros países, no mostraba logros significativos en Ecuador, debido a la falta de una visión técnica que delimitara las condiciones necesarias para cumplir con el fin que fue creada. Dávila, «La Gota de Leche», 212.

59 *Ibíd.*, 106.

60 La Junta de Beneficencia de Guayaquil mantuvo su independencia local y privada, lo que le permitió conservar el manejo autónomo de sus ingresos y la

Fotografía 1. Madres y sus hijos usuarios de la GdL en Cuenca, 1926.



Fuente: *Boletín de Informaciones* n.º 1 de la GdL del Azuay, 1926.

Las sociedades de GdL estaban formadas por socias activas y socios cooperadores, y para su funcionamiento contaban de un Directorio, Comité Ejecutivo y una Junta General de Socias Activas. El Comité Ejecutivo se constituyó en el principal ente encargado de la administración de personal. Debía además expedir reglamentos y establecer la dirección de los servicios.⁶¹ En efecto, el Directorio y la Junta General estaban conformados únicamente por las socias activas, quienes además

dinámica económica empresarial-financiera bajo la dirección de un grupo de la burguesía agroexportadora y comercial. Patricia de la Torre, «El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil», *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 8 (1996): 121-2; véase también Patricia de la Torre, *La Junta de Beneficencia de Guayaquil: Lo privado y local en el Estado ecuatoriano* (Quito: Abya-Yala, 1999).

- 61 Por otra parte, la participación de mujeres de élite en sociedades de beneficencia constituyó una opción para acceder a espacios semipúblicos, en donde podían relacionarse con otras mujeres y decidir de manera independiente o semiindependiente de los hombres. Goetschel, *Educación de la mujeres*, 59-60; ver también Lucía Bracamonte, «Mujeres benefactoras en el sudoeste bonaerense argentino: El caso del Patronato de la Infancia de Bahía Blanca, 1906-1931», *HiSTOReLo: Revista de Historia Regional y Local* 4, n.º 7 (2012): 48-84, <https://doi.org/10.15446/historelo.v4n7.25148>.

de desempeñar los roles asignados dentro de la organización institucional como miembros de comisiones, ayudaban a sostener materialmente la obra y contribuyeron con cuotas mensuales y donaciones.⁶²

Las mujeres benefactoras de estas instituciones debían cumplir un papel moralizador sobre las madres de las clases populares, pues representaban la abnegación, la honradez y el amor hacia el prójimo de los que, a decir de los médicos, carecían las mujeres del pueblo. El objetivo de las Sociedades de la GdL iba, por tanto, más allá de dispensar leche o promover la lactancia. Se buscaba además intervenir en el campo de las costumbres, mediante el riguroso control del desarrollo del niño y la vigilancia de su progenitora. Como parte de este esfuerzo racionalizador, se impuso la extensión de un certificado de buena conducta, con el cual se buscaba garantizar la docilidad de la mujer-madre ante la autoridad científica de los galenos.

El personal que trabajaba en los dispensarios estaba conformado por una hermana de la Caridad, encargada de supervisar al personal subalterno, de la distribución diaria de la leche, y del control de ingresos y egresos de los accesorios confiados a las madres de los niños beneficiarios; una empleada delegada a la preparación y esterilización de la leche; y dos sirvientas encargadas de otros menesteres. Además, un alumno interno de la Facultad de Medicina con la autorización para la hospitalización de los niños, tomar a su cargo curaciones o dar aviso al jefe de Clínica, y la obligación de elaborar curvas de peso y talla. Pocos años después de la inauguración de los dispensarios, se incorporó una enfermera como parte de un plan para facilitar la colocación de estas sanitarias tituladas, quienes aún no tenían acogida como auxiliares de los médicos,⁶³ y para prodigar cuidados higiénicos a los niños.⁶⁴ Antes de su incorporación,

62 Sociedad de La Gota de Leche, *Estatutos de la Sociedad de La Gota de Leche* (Quito: Imprenta y Encuadernación Nacionales, 1920).

63 A pesar de que, en 1917, el director de la Maternidad, Isidro Ayora, creó la primera Escuela de Enfermeras dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, estas no eran avaladas como graduadas de la Universidad, y los médicos consideraban que su formación era deficiente. Dávila, «La Gota de Leche», 230. Ver Kim Clark, *Gender, State and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2012).

64 El trabajo de Milagros Villarreal sobre la profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970) coloca a la luz las concepciones sobre el sujeto femenino y profundiza en

las socias eran las encargadas de prodigar a los pequeños beneficiarios las atenciones previas a la consulta, entre las que se destacaban el baño y el pesaje. Además, realizaban visitas domiciliarias a fin de verificar la forma en que las madres aplicaban los consejos e indicaciones de los médicos.

En este punto, la GdL puede concebirse como algo más que una obra de protección a la infancia. Por una parte, fue la primera en intentar regular las prácticas de crianza por medio del adiestramiento en materia higiénica y de puericultura. En este sentido, Luis Dávila, autor del artículo «La Gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil», publicado en 1923, destacaba que la consulta médica era beneficiosa no solo para el niño, sino que, por esta, las mujeres habían adquirido conocimientos de higiene que empezaban a poner en práctica. Este hecho se hizo evidente en la manera relativamente aseada de las mujeres-madre a la hora de presentarse a los controles semanales.⁶⁵ Por otra parte, si bien las GdL no participaron en acciones de defensa de la maternidad ni buscaban mejorar las condiciones de las madres *per se*, sí visibilizaron la necesidad de crear espacios en beneficio de la trabajadora.

Otra institución de protección de la primera infancia fue la de las casas cuna, concebidas como instituciones necesarias para complementar el trabajo de las Gotas de Leche. Estas entidades buscaban garantizar el desarrollo de los niños en los primeros años de vida en un ambiente higiénico y controlado. Además, promovieron la lactancia natural y la educación de los niños en edad preescolar. La fundación de la primera Casa Cuna en Quito se realizó en 1921, como parte del Asilo Antonio Gil, y estuvo a cargo de la SPI. El propósito era acoger a los hijos de mujeres trabajadoras mayores de dos años, dispensar los cuidados

el campo de la enfermería como un espacio de incorporación de las mujeres profesionales. La autora señala que las profesiones femeninas en salud se configuraron en torno a los imaginarios sobre la mujer que naturalizaron su predisposición hacia la dulzura, el amor y la comprensión. Por esto, el rol de las enfermeras y obstetrices estuvo ligado a la maternidad, al hogar y el cuidado de los niños y enfermos. Milagros Villareal, «Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970)» (tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2016), <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5496>.

65 Dávila, «La Gota de Leche», 229.

higiénicos necesarios, iniciar el proceso educativo y evitar el aumento de la criminalidad y la vagancia entre los niños.⁶⁶ Por tal razón, el servicio del asilo anexó un *Kindergarden*, con el fin de preparar a los infantes física e intelectualmente para el ingreso a las escuelas primarias. La Casa Cuna recibía a los niños desde las seis de la mañana hasta las siete de la noche, proporcionaba alimentos que contribuyeran a una perfecta nutrición, organizaba visitas médicas frecuentes y, en caso de enfermedad, los niños recibían medicamentos para su pronta recuperación.⁶⁷ No obstante, los esfuerzos realizados por la SPI fueron limitados por la falta de financiamiento y las precarias condiciones en las que funcionaba, lo que determinó su desaparición en 1938.

Por otra parte, en Quito, un grupo de médicos e intelectuales plantearon la necesidad de organizar una segunda Casa Cuna que complementara la labor realizada por el Asilo Antonio Gil y reemplazara al Asilo de niños expósitos San Carlos a cargo de la Hermanas de la Caridad. En febrero de 1923, Nicolás Espinoza, tesorero de la JBQ, señalaba que dicha obra era indispensable para salvaguardar a los niños de la enfermedad, el raquitismo y la muerte.⁶⁸ Desde la perspectiva médica, el Asilo no cumplía con las condiciones higiénicas y técnicas que garantizaran la supervivencia de los niños menores de un año. Por tal razón, en 1924, se organizó la primera Casa Cuna dependiente de la JBQ. Estuvo integrada por un médico, una enfermera, visitadoras sociales, niñeras, una economista y personal de servicio.⁶⁹

Este servicio fue creado exclusivamente para los hijos de cero a tres años de obreras. Empero, podían ser también admitidos los niños de mujeres cuyas condiciones económicas y sociales no les permitieran dedicarse a su crianza y cuidado. En este caso, las madres debían pagar

66 La trayectoria de esta institución fue bastante accidentada debido al escaso apoyo financiero que recibía y la falta de un local adecuado para sus fines. No obstante, en 1922, el Congreso adjudicó a la SPI un edificio que hasta el momento se encontraba en arrendamiento, el cual fue adaptado para cumplir los objetivos de la entidad.

67 Carlos Sánchez, «Protección a la infancia», *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 32, n.º 246 (1923): 57-64.

68 Junta Central de Beneficencia de Quito, «Sesión del 23 de febrero de 1923», 1923, Fondo Asistencia Pública, Museo Nacional de la Medicina Eduardo Estrella.

69 Dirección General de Hogares de Protección Social, *Reglamento de Casas Cuna* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1938), 6.

una cuota diaria a fin de coadyuvar con el mantenimiento de la institución. Para que los infantes fueran acogidos en esta entidad, las trabajadoras debían presentar dos certificados que comprobaran la edad del menor y su condición laboral, el primero, emitido por el Registro Civil y el segundo, por el jefe de la fábrica o el patrón de la casa donde trabajara. Por otra parte, quienes no cumplieran con la condición de obreras debían someterse al examen de una visitadora social.⁷⁰ Las mujeres-madres-trabajadoras dejaban a sus hijos durante la jornada laboral y acudían en intervalos regulares para dar de lactar a los niños pequeños. En el caso de que se determinara la incapacidad para la lactancia, se optaba por la alimentación artificial establecida por el médico de la casa de acuerdo con las necesidades de los lactantes. Asimismo, la institución buscaba desarrollar el «amor maternal» mediante la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de las madres y así evitar el abandono.⁷¹

En 1937, con la publicación de la Ley Orgánica de Hogares de Protección Social, las instituciones de protección y educación de niños y adolescentes fueron agrupadas bajo el nombre genérico de hogares de protección. Esta normativa planteó la posibilidad de repensar las casas cuna como espacios que brindaran albergue y alimentación a las madres desamparadas y a sus hijos, siempre y cuando los recursos se lo permitieran.⁷² Asimismo, se introdujo la necesidad de organizar los hogares de protección social de forma que se facilitara el proceso educativo con un plan homogeneizado y gradual, que iniciara en «la cuna y culminara en el taller».⁷³

A diferencia de la GdL, las casas cuna se manejaron bajo una lógica de caridad, con una intervención gradual del Estado. De hecho, la mayor parte del personal estaba compuesto por empleados públicos debido a los cambios introducidos por los gobiernos julianos. En esta línea, con la Ley de Asistencia Pública, las casas de beneficencia transformaron sus dinámicas internas y administrativas, y permitieron la intervención

70 Dirección General de Hogares de Protección Social, *Reglamento de Casas Cuna*, 5.

71 A diferencia de la Casa Cuna del Asilo Antonio Gil, esta institución contempló la idea de establecer internados completos destinados para los expósitos, los huérfanos y los niños que lo necesitaran.

72 Dirección General de Hogares de Protección Social, *Reglamento de Casas Cuna*, 5.

73 Ecuador, *Ley Orgánica de Hogares de Protección Social*, Registro Oficial, noviembre de 1937, 2240.

estatal en dichos espacios. Por otra parte, fueron concebidas como una respuesta al abandono al que eran sometidos los hijos de madres trabajadoras. Así, cubrieron parte de las demandas para la protección a la maternidad y la infancia expresadas por las organizaciones obreras y de trabajadores.

«EL TRABAJO ES INCOMPATIBLE CON LA MATERNIDAD»: CONSIDERACIONES SOBRE LA LEGISLACIÓN PARA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD E INFANCIA 1928-1938

En Ecuador, las instituciones de cuidado a la maternidad y la infancia se apoyaron en una estructura normativa producto de la Revolución Juliana, movimiento que buscaba responder a las exigencias de los sectores obreros y de trabajadores que empezaban a organizarse. Con ese fin, la protección de la niñez y la maternidad se concibieron como parte fundamental de los programas sociales promovidos por el Estado. Dicho interés se encontraba asociado con una idea que colocaba como prioridad estatal el cuidado de la vida de la madre y el niño como fuente de riqueza.⁷⁴

Fue precisamente a partir de la irrupción de este movimiento político y la visibilización del niño y su madre como objetos de intervención estatal que se emitió un corpus legislativo en materia laboral y civil para la regulación de horas laborales, contratos y la reglamentación del trabajo femenino e infantil. En el ámbito civil, se buscó extender derechos a los hijos ilegítimos, para garantizar su bienestar y educación.⁷⁵

Si bien es cierto que, en el país, se habían establecido importantes espacios para la protección de la infancia, para 1928, el médico Carlos R. Sánchez aseguraba que se había descuidado la atención a las madres, especialmente en la etapa de gestación. Durante las décadas de

74 Kim Clark, en su estudio sobre la protección de la infancia en Quito, menciona que, a finales de la década de 1910, surgió la idea de que el país atravesaba un proceso de despoblamiento acentuado por los altos índices de mortalidad infantil y la baja natalidad. Por lo cual, el crecimiento poblacional se consideró como una prioridad nacional y la misma población empezó a ser percibida como fuente de riqueza. Clark, «Género, raza y nación», 223.

75 En 1935, se reformaron el Código Civil y la Ley de Registro Civil a fin de otorgar garantías y derechos a los hijos ilegítimos. Sin embargo, el tema fue puesto en discusión como parte de las políticas de protección infantil.

1920 y 1930, las condiciones económicas de las mujeres y el abandono de los cónyuges fueron las principales causas que las obligaban a salir del espacio doméstico en busca de trabajos que, según denunciaban los médicos, eran físicamente exigentes y mal remunerados, y contribuían al abandono físico y moral de los hijos.⁷⁶ Por esto, se propuso la elaboración de leyes para la protección de las mujeres, que garantizaran la vigilancia médica estricta a fin de evitar «malas presentaciones» y otros accidentes propios del embarazo,⁷⁷ a la par que contemplaran medidas para el cuidado de los hijos, mediante el establecimiento de la Sociedad de Caridad Maternal, casas cuna, cantinas maternas, etc.

En octubre de 1928, Isidro Ayora, en su calidad de presidente provisional de Ecuador, aprobó varias leyes en materia laboral, entre ellas la Ley sobre el Trabajo de Mujeres y Menores y de Protección a la Maternidad (en adelante, Ley de Trabajo y Maternidad).⁷⁸ Esta normativa constituyó un importante hito dentro de las demandas laborales, al establecer una base legal para garantizar derechos como, por ejemplo, el descanso antes del parto, el establecimiento de una jornada laboral de cuarenta y ocho horas semanales para menores de dieciocho años, entre otros. Asimismo, estuvo relacionada con una serie de discursos higienistas, nacionalistas y de tendencia socialista de protección a la infancia, que aspiraban a «conservar y vigorizar la nacionalidad» mediante el control y racionalización del cuerpo del niño.⁷⁹ De tal forma que las disposiciones relacionadas con la protección de la maternidad, responderían en primer lugar a la necesidad de preservar la vida del niño, a través del establecimiento de medidas favorables para que las madres pudieran llevar a término su embarazo y ejercer la lactancia de sus hijos.

76 Carlos Andrade Marín, *La protección de la infancia en el Ecuador* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929); Sánchez, *Breves nociones de puericultura*; Garcés, *Por, para y del niño*.

77 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 17.

78 Al igual que las mujeres, los niños y adolescentes empiezan a ser integrados a la fuerza laboral. No obstante, el ideal liberal del niño convierte a la escuela como su lugar por excelencia

79 Actas de la Asamblea Nacional de 1928, «Propuesta de creación del Servicio Nacional de Protección a la Infancia realizada por los doctores Pablo Arturo Suárez, T. Maldonado, A. Pachano, M. A. Maldonado, a la Asamblea de 1928». Disponible en el Archivo de la Biblioteca de la Asamblea Nacional del Ecuador.

En general, la Ley de Trabajo y Maternidad recogía tres aspectos importantes con respecto al descanso obligatorio, la lactancia y el control de la población femenina e infantil. El art. 12 instituía la prohibición de «ocupar en los establecimientos industriales y comerciales, y más lugares de trabajo, sean urbanos o rurales, públicos o particulares, a mujeres durante un período de tres semanas anteriores y tres posteriores al parto».⁸⁰ Esta medida estuvo fundamentada en la idea de la incompatibilidad de la maternidad con el trabajo. No obstante, la pobreza y abandono en que se encontraban las mujeres-madres-trabajadoras las colocaba en una situación compleja, que las llevaba a laborar incluso hasta el día mismo del parto. Esto se evidenció especialmente en los sectores rurales y en la población indígena a la que se le exigía «un esfuerzo de trabajo superior a las mujeres madres» no solo en términos productivos, sino también reproductivos, lo cual conducía a un rápido deterioro de su condición física.⁸¹

Precisamente, la normativa sobre el descanso obligatorio debía garantizar la manutención de la madre y la atención higiénica del niño. El art. 13 añadía que la mujer-madre-trabajadora tenía el «derecho a percibir el cincuenta por ciento de su salario». Adicionalmente, se dispuso la inamovilidad de las trabajadoras durante el período de descanso, y se prohibió los despidos laborales, incluso en situaciones de ausencia del puesto de trabajo por un lapso mayor al permitido por la ley a causa de enfermedad asociada o derivada del embarazo, o cuando el parto causara la incapacidad para trabajar.⁸² Por último, se estableció que, durante los nueve meses subsiguientes al parto, las trabajadoras tuvieran un espacio de quince minutos cada tres horas para lactar a sus hijos.⁸³

La Ley de Trabajo y Maternidad fue el principal recurso legal con el que contaron las mujeres madres trabajadoras para la defensa de sus derechos laborales y de maternidad hasta la emisión del Código de

80 Ecuador, *Ley sobre Trabajo de Mujeres y Menores y de Protección a la Maternidad*, Registro Oficial, de octubre de 1928, art. 12.

81 A pesar de las precarias condiciones de vida en las que se encontraban las mujeres trabajadoras rurales e indígenas descritas por los médicos, las políticas sociales e iniciativas de protección limitaron su campo de acción a las poblaciones urbanas. Garcés, *Por, para y del niño*, 50-1.

82 Ecuador, *Ley sobre el Trabajo de Mujeres*, art. 13.

83 *Ibíd.*

Trabajo en 1938, con el que se centralizaron las normativas laborales emitidas, sin que esto significara la introducción de nuevas atribuciones. A fin de fomentar la lactancia natural y la crianza científica, las madres trabajadoras contaron con espacios como las casas cuna, donde sus hijos recibían las atenciones alimentarias, higiénicas y educativas necesarias para un buen desarrollo. Por lo cual, los mismos dueños de las fábricas solicitaban cupos para los hijos de sus empleadas.⁸⁴

A pesar de que Ley de Trabajo y Maternidad recogía elementos propuestos por representantes del campo médico, Enrique Garcés (1906-1976), en su libro *Por, para y del niño*, de 1937, criticó las legislaciones que favorecieran el trabajo femenino y, sobre todo, el trabajo de la mujer embarazada. Según Garcés, la constitución biológica de la mujer determinaba su lugar social dentro del hogar. El trabajo, por tanto, significaba «una emancipación de la mujer, no de ninguna esclavitud, sino de la función que le esta[ba] encomendada, [...] ser madre».⁸⁵ Para el médico, las normativas debían constituir recursos que ampararan el ejercicio de la maternidad, la lactancia y el cuidado de los hijos. De tal forma, la protección de la mujer-madre debía centrarse en el establecimiento de un Seguro de Maternidad⁸⁶ y un salario suficiente para el padre de familia, a fin de conseguir materializar la idea difundida por Lagneau sobre la madre pobre como «la nodriza pagada de su propio hijo».⁸⁷

El debate sobre las implicaciones del trabajo para la maternidad no era exclusivo de Ecuador, sino que estaba presente también en otros países del continente americano desde inicios del siglo XX. Las reglamentaciones sobre el trabajo femenino en América Latina atendieron a los argumentos sostenidos por representantes políticos, católicos y

84 Clark, «Género, raza y nación», 223.

85 Garcés, *Por, para y del niño*, 49-50.

86 Enrique Garcés señalaba que el Seguro de Maternidad contemplaba un sistema complejo para la protección de la mujer-madre-trabajadora financiado por el patrono, el Estado y los obreros. Esto con el fin de que se garantizara a la mujer la vuelta al trabajo después del reposo legal, la atención médica durante el parto, en el parto y en el puerperio, el abastecimiento de leche por parte de la Cantina Maternal y las cantinas infantiles, el derecho a obtener vacantes en las casas cuna para su hijo, y la adquisición de matrícula para su niño en los planteles educacionales del Estado. En Ecuador, varios aspectos expuestos por el médico no fueron incluidos en la ley emitida por la Asamblea Constituyente de 1928; *ibíd.*, 75.

87 *Ibíd.*, 243.

profesionales de la salud. Ellos argumentaban que esta labor representaba una amenaza para la capacidad reproductiva de las mujeres y para sus responsabilidades domésticas. Por tanto, las disposiciones giraban en torno al tipo de actividades que podían desempeñar las empleadas y las acciones para garantizar la maternidad y lactancia. En esta línea, se prohibió el trabajo en tareas consideradas peligrosas, insalubres o que atentaran contra el desarrollo físico y moral como la destilación de alcohol, la fabricación de materias colorantes tóxicas, elaboración de explosivos, actividades subterráneas o en canteras, pulimento de vidrio.⁸⁸ A diferencia de las normativas establecidas en la región, en Ecuador, las disposiciones relacionadas con la protección a la maternidad fueron expresadas en cuatro artículos y no profundizaron en aspectos como la creación de espacios destinados para la lactancia dentro de los lugares de trabajo, el derecho a un cupo en las casas cuna, entre otros. La mayor parte de los edictos planteados en la Ley sobre el Trabajo de Mujeres y Menores y de Protección a la Maternidad estuvo dirigida a regular el trabajo infantil.⁸⁹

El análisis de la Ley de Trabajo y Maternidad ilumina una contradicción entre una normativa que promovía el trabajo de las madres y un discurso médico que naturalizó el rol maternal las mujeres. La puesta en práctica de la puericultura en Ecuador ocurre precisamente en medio de esta contradicción. Por un lado, se denota la creación de instituciones y leyes que, a través del control del cuerpo materno, enfatizan en la necesidad de garantizar la sobrevivencia y correcto desarrollo del niño; y por otro, se visibilizan imaginarios «autorizados» desde el conocimiento médico sobre el papel biológico de los cuerpos de las madres y los niños.

88 La disposición que prohibía el trabajo en lugares considerados peligrosos rigió, además, para los adolescentes entre dieciséis y dieciocho años, debido a que sus organismos se encontraban aún en desarrollo.

89 La intencionalidad de la Ley de Trabajo y Maternidad no era prohibir el trabajo en menores de edad, sino establecer los parámetros legales para aprovechar su mano de obra, siempre y cuando se garantizara el ejercicio de la instrucción primaria mínima, y se demostrara la necesidad de los menores de trabajar para contribuir al sostenimiento de su hogar y su propia vida.

PARA UNA MATERNIDAD Y PARTO GUIADOS POR LA CIENCIA: CREACIÓN DE LA SECCIÓN PRENATAL, NATAL Y DE PROTECCIÓN INFANTIL (1935)

Con la irrupción de los gobiernos julianos, el país inició un proceso de modernización mediante el que se buscaba fortalecer la capacidad estatal de intervención en la población. Con este fin, se creó, en 1925, el Ministerio de Previsión Social, hecho que dio paso a la institucionalización de la cuestión social y que se amplió hasta la década de 1930, cuando se estructuró un sistema nacional de sanidad y asistencia social con la reorganización del Sistema de Sanidad Nacional (SSN), el establecimiento del Instituto de Previsión Social y la apertura de Cajas de Seguro, en 1936. Todo esto mediado por un discurso biopolítico, con el cual el Estado dio prioridad al cuidado de la vida, a través de la aplicación de mecanismos de control de la dimensión biológica y corporal de la población.

En este contexto, en 1935, se creó un departamento subordinado a la Dirección General de Sanidad (DGS), llamado Sección Prenatal, Natal y de Protección Infantil. El establecimiento de esta dependencia respondía a varios de los puntos expuestos por Consuelo Rueda, partera certificada de la Universidad Central, en 1929, en un informe enviado al director de Sanidad, donde enfatizaba sobre la necesidad de fundar servicios de atención médica maternal e infantil en los barrios pobres de Quito, y de reglamentar la emisión de certificados de nacimiento a fin de contrarrestar los efectos de las prácticas empíricas, especialmente las asociadas con el aborto «criminal» y la mortalidad materno-infantil.⁹⁰

El servicio fue establecido en las capitales de provincia bajo el nombre de Departamento de Protección a la Infancia y a la Maternidad (DPI) y estuvo a cargo de las delegaciones provinciales. Estas instituciones estaban compuestas por las unidades de Puericultura, Lucha Antituberculosa, Vacunación, Higiene Escolar y Protección a las madres

90 Consuelo Rueda, «Consuelo Rueda al director general de Sanidad» (Comunicación, Quito, 1929), Archivo del Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella (AMNME). La necesidad de documentar los procesos de atención al embarazo y parto se intensificó en el segundo lustro de la década 1920 y especialmente, en 1930 en el marco de la reestructuración del SSN.

encintas.⁹¹ Sin embargo, en Quito y Guayaquil, estos departamentos trabajan en conjunto con la institución encargada de la lucha antituberculosa que, a diferencia de las unidades creadas en las otras ciudades, no estaba adscrita al DPI.⁹²

A diferencia de las instituciones analizadas en el acápite anterior, la Sección y el DPI fueron organismos sanitarios estatales encargados de promover medidas preventivas de salud pública, con un mejor acercamiento médico y técnico para atender los problemas higiénicos relacionados con la población infantil y femenina. De hecho, estuvieron conformados por un grupo de profesionales sanitarios, cuya labor contribuyó a la elaboración de políticas sociales y la conformación de una burocracia especializada en salud y atención social.⁹³ El objetivo de la Sección fue atender gratuitamente a las madres durante el embarazo, parto y puerperio, y cuidar de la salud del niño hasta que este cumpliera un año.⁹⁴ Para ello se preveía la realización de un registro de las mujeres durante la fase del gestación, la atención del alumbramiento y la enseñanza de puericultura.

La labor de la sección contribuyó a reforzar la concepción de los procesos asociados a la reproducción humana como objetos de estudio e intervención médica. El ejercicio de la maternidad dejó de ser un proceso doméstico y empezó a considerarse un problema social, sanitario y estadístico.⁹⁵ En este contexto, el control sobre el cuerpo materno e

91 Ecuador, *Ley de Servicio Sanitario Nacional* (Quito: Imprenta Nacional, 1935).

92 En Quito, el servicio fue organizado en tres zonas. A cada una se le asignó una obstetrix y dos enfermeras, quienes eran las encargadas de atender a las mujeres y niños después del parto y documentar en las historias clínicas la evolución de cada uno. Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección prenatal, natal y de protección infantil* (Quito: Imprenta Nacional, 1935), 3.

93 Entre 1925 y 1935, se estableció en Ecuador lo que Foucault denomina medicina de Estado. Debido a que se manifiesta la conjunción de «la organización de un saber estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general, y la integración de varios médicos a una organización médica estatal». Michel Foucault, «Historia de la medicalización», *Educación Médica y Salud* 11, n.º 1 (1977): 10.

94 Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección*, 6-7.

95 Graciela Saprizza, «Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del novecientos», en *Historias de la vida privada en el Uruguay: El nacimiento de la intimidad, 1870-1920*, dirs. José Pedro Barrán, Gerardo Caetano y Teresa Porzecanski. (Montevideo: Santillana, 1996), 2: 117.

infantil que proponía esta institución era minucioso y no se limitaba a la estancia en los hospitales y servicios de atención médica, sino que incluía la atención de un equipo de expertos (un médico especializado en obstetricia o ginecología, obstetrices y enfermeras tituladas) para los hogares de las pacientes que no podían acudir a las instalaciones de atención médica.

El Reglamento interno de la Sección disponía que el médico especialista fuera designado como jefe de esta dependencia, y entre sus obligaciones, se encontraba el control de las historias clínicas, cuadros de temperatura y la consulta obstétrica en las instalaciones de la Sección, el registro de estadísticas de los trabajos realizados a domicilio y en la oficina y la elaboración de informes dirigidos al director general de Sanidad. Las obstetrices se encargaron de la atención a domicilio, para lo cual fueron asignadas a zonas a las que debían acudir cuando sus servicios eran solicitados. A estas profesionales sanitarias les correspondía cuidar a la madre y al niño durante cinco días; el tiempo podría extenderse en caso de presentarse complicaciones que requirieran vigilancia. Por su parte, las enfermeras atendían a la madre y al niño desde el quinto día hasta el décimo día después del parto, realizaban visitas domiciliarias e impartían instrucciones para la crianza, limpieza y salubridad del niño y su madre.⁹⁶

En 1936, el médico Luis Martínez, delegado de Sanidad de la provincia de Tungurahua, presentó su informe de actividades correspondientes a 1935 a la DGS. En el documento, se destacaba el inicio de la atención al parto a cargo de una obstetriz certificada y la vigilancia del niño en los primeros meses por una enfermera. Según el informe, en los primeros meses de funcionamiento del servicio, se habían asistido «cuarenta y dos partos, sin haber tenido ni un caso de fiebre puerperal».⁹⁷ La labor de las profesionales sanitarias en Ambato, como en otras ciudades, contribuyó a disminuir la asistencia de parteras empíricas y el número de nacidos muertos. El médico Martínez destacaba que, del 90 % de asistencia empírica registrada antes de la apertura del servicio a su cargo y la simultánea fundación de una maternidad, en 1935, se evidenciaba

96 Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección*, 5-7.

97 Luis Martínez, *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua* (Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936), 17-8.

solo un 30 %. No obstante, el control sanitario del parto se limitó a los espacios urbanos, debido a que, en las zonas rurales, la falta de atención quirúrgica y la confianza de los campesinos en la medicina popular por sobre la científica impidieron la intervención médico-estatal.

Estos datos iluminan sobre la persistencia de un problema denunciado en 1929 por Carlos Andrade Marín, que evidencia el poder simbólico que mantenían las parteras empíricas, a pesar de los esfuerzos estatales por reglamentar su práctica.⁹⁸ Afirmaba Andrade Marín:

En los pueblos y ciudades, cualquier mujer llega a los cincuenta años, sin profesión, con un bagaje de aisladas experiencias mal interpretadas por la ignorancia, está ya en la capacidad, reconocida por el fallo de los demás pobladores, de llamarse partera y de intervenir con una propia y especialísima técnica, en todos los casos, fáciles o difíciles de la obstetricia. Es ella la que indica preceptos de puericultura antenatal, la que conoce los secretos de todas las hierbas y provoca abortos, hemorragias y muertes.⁹⁹

La Sección Prenatal, Natal y de Protección a la Infancia y los DPI no intervinieron directamente en los procesos de control de la obstetricia empírica, pero constituyeron lugares de legitimación y vigilancia para el ejercicio profesional de las parteras certificadas y otras empleadas sanitarias estatales. Estos esfuerzos modernizadores estuvieron asociados a proyectos estatales de regulación moral de las mujeres de los sectores populares, a través de visitas domiciliarias, propaganda higiénica sobre alimentación y los cuidados que requería el niño. Actividades que habían sido asumidas en décadas anteriores por mujeres de la élite, a través de programas de asistencia social. Adicionalmente, contribuyeron

98 Los médicos ecuatorianos acusaban a las parteras empíricas de ser las causantes de gran parte de la mortalidad materno-infantil. Ante este problema, el director de la Maternidad de Quito, Isidro Ayora, planteó la necesidad de reunirlos y organizar cursos para que se instruyeran en nociones de asepsia y antisepsia, uso de instrumentos como guantes de goma y otros conocimientos que aportaran a fortalecer la práctica obstétrica como científica. Pero estas se resistieron a adoptar los principios científicos y la instrucción formal, por lo cual el médico Ayora tuvo que recurrir al intendente de Policía de Pichincha, Antonio Gil, para obligarlas a recibir lecciones de esta materia. Antonio Jijón, «Apuntes históricos sobre la Obstetricia», *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* 8, n.º 21-24 (septiembre de 1966), 97-8.

99 Andrade Marín, *La protección a la infancia*, 84.

a reforzar los imaginarios contruidos alrededor de la figura de las profesionales sanitarias, a quienes se les asignó la tarea de llevar «al hogar del que sufre, no solo el acopio de conocimientos, sino el amor y la abnegación».¹⁰⁰

La creación de instituciones como la Sección Natal, Prenatal y de Protección Infantil o los DPI visibilizó una serie de proyectos que se incorporaron en la lucha contra la mortalidad infantil, el nacimiento sin cuidados al niño y la medicina empírica en Ecuador. La incorporación de servicios para la atención y el control del proceso de gestación y alumbramiento reflejaban los esfuerzos del Estado por extenderse a todas las dimensiones de la vida, a través del despliegue de dispositivos modernizadores de las costumbres. En este contexto, la maternidad fue redefinida como un «deber patriótico», que debía ser aprendido por las madres, a la par que se proponían medidas que alentaran a las mujeres a parir¹⁰¹ y a cumplir con sus responsabilidades maternas. Estas consideraciones contribuyeron a formar el campo de la puericultura que, alimentada por nociones eugenésicas e higienistas, se convirtió en un elemento pedagógico de transmisión e interiorización de prácticas como el aseo y la buena alimentación que, aprendidas desde la infancia, contribuirían a la regeneración de la sociedad.¹⁰²

100 Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección*, 8.

101 Cristina Palomar Varea, «Maternidad: Historia y cultura», *Revista de Estudios de Género La ventana*, n.º 22 (2005): 41.

102 Sonia Fernández, en su estudio sobre la construcción moderna de los maestros y la infancia en el país, profundiza en los discursos y políticas higienistas aplicadas para el control de la población infantil a fin de garantizar el desarrollo y fortalecimiento físico e intelectual de los niños. Sonia Fernández Rueda, «La construcción moderna de los maestros y de la infancia en el Ecuador (1925-1948): “La cuestión social”, la “escuela activa” y las nuevas ciencias humanas» (tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2013), <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3436>.

CAPÍTULO SEGUNDO

INTELECTUALES, INSTITUCIONES Y DISPOSITIVOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA PUERICULTURA

En el capítulo anterior, analizamos las instituciones y normativas para la atención médica y social de la maternidad y la infancia como parte de un proyecto estatal que buscaba reducir los altos índices de mortalidad de los niños en los primeros años de vida. Estas iniciativas y políticas sociales plantearon la necesidad de complementar la acción de protección con una tarea pedagógica dirigida a instruir a las mujeres en su tarea de ser madres. Según indica la antropóloga canadiense Kim Clark, a finales de la década de 1910, los altos índices de mortalidad infantil construyeron un discurso sobre que Ecuador atravesaba por un proceso de despoblamiento. En este contexto, el crecimiento demográfico fue considerado como una prioridad nacional y fuente de riqueza,¹⁰³ y la puericultura se concibió como una herramienta para crear generaciones de ciudadanos fuertes, sanos y útiles [productivos],¹⁰⁴ características que respondían a los paradigmas de modernización y progreso vigentes en el siglo XX.

103 Clark, «Género, raza y nación», 223.

104 Carlos Sánchez, «La importancia del estudio de Puericultura en la enseñanza escolar», *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 41, n.º 265 (septiembre de 1928): 17.

A lo largo de este capítulo, se estudia la puericultura como un campo científico. El análisis se enfoca en los actores que contribuyeron en su consolidación como un saber médico especializado. Asimismo, se propone entender a dichos actores como sujetos orgánicos con activa participación en diferentes espacios sociales, que les permitió legitimarse como autoridades científicas bajo el auspicio de un discurso institucional y estatal. Estas reflexiones se sostienen sobre la base conceptual propuesta por Pierre Bourdieu acerca del campo. Como segundo punto, se describen los dispositivos desplegados como parte de las campañas de divulgación sanitaria, mismos que contribuyeron a delinear un imaginario de la mujer-madre, con especial énfasis en la madre popular.

CONSTRUYENDO EL CAMPO DE LA PUERICULTURA: MÉDICOS E INSTITUCIONES

En este apartado, se reflexiona sobre la formación de lo que llamaremos el campo de la puericultura. Para esto retomaremos la propuesta bourdiana de campo intelectual, como un «sistema de relaciones entre posiciones, obras, instituciones y un conjunto de agentes intelectuales».¹⁰⁵ En el capítulo anterior, nos acercamos a varias instancias que evidenciaron la necesidad de la divulgación de la puericultura. Dichos organismos se convirtieron en espacios para la recolección de datos, clasificación, jerarquización y elaboración de leyes para el tratamiento y prevención de la morbilidad infantil. Asimismo, posibilitaron la construcción de una retórica institucional con la que se pretendía legitimar los llamados «consejos a las madres» como conocimientos fundamentados en una ciencia positiva.¹⁰⁶

Dentro de estos espacios, se formó un contingente de intelectuales (médicos, pedagogos) que gestionó iniciativas para impulsar la

105 Carlos Altamirano, «Campo intelectual», en *Términos críticos de sociología de la cultura*, dir. Carlos Altamirano (Buenos Aires: Paidós, 2008), 9-10.

106 A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, el positivismo se consolidó como la ideología hegemónica al servicio de los aparatos estatales latinoamericanos en proceso de centralización que, mediante la producción de saberes, establecieron mecanismos clasificadores del mundo social con el fin de ordenarlo, controlarlo y disciplinarlo. Paula Bruno, «Positivismo y cultura científica: Escenarios, hombres e ideas», *Prismas: Revista de Historia Intelectual* 19, n.º 2 (2015), 194, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387052691007>.

puericultura como un saber médico especializado en el cuidado del niño, fundamentado, entre otras cosas, en planteamientos eugenésicos. Dicho interés estuvo asociado con un proceso de transición hacia una modernidad política y económica,¹⁰⁷ la institucionalización de la cuestión social en 1925 y la penetración del higienismo en la década de 1930, elementos que visibilizaron la salud pública como foco de preocupación gubernamental. En esta línea, galenos como Carlos R. Sánchez, Emiliano Crespo, Carlos Andrade Marín, Enrique Garcés, Isidro Ayora fueron algunos de los actores comprometidos para consolidar la enseñanza de la puericultura como parte inherente de la instrucción y modernización del sujeto femenino.¹⁰⁸

Lejos de la idea liberal, que permitió a la mujer introducirse en las esferas públicas, a partir de 1925, se priorizó en la identidad de esta como madre. La comunidad médica y representantes de otras instituciones denunciaban los perjuicios del trabajo femenino en la crianza y cuidado de los hijos, y prácticas como la utilización de nodrizas, por lo cual defendían la enseñanza de la puericultura como un recurso para «dignificar [y ennoblecer] la maternidad»,¹⁰⁹ en todos los sectores de la sociedad. Si bien es cierto que los programas de divulgación higiénica

107 Proceso iniciado a finales del siglo XIX con la consolidación de la producción cacaotera como principal motor dinamizador de la economía nacional, actividad que, además, sostuvo la inserción del país en la economía mundial, el crecimiento de las importaciones y exportaciones, la acumulación del capital y la formación de un nuevo sector económico dominante; y beneficiado por los regímenes liberales que enfatizaron en el fortalecimiento de la capacidad administrativa del Estado, la expansión de la institucionalidad pública y la ejecución de proyectos de infraestructura de transporte y comunicaciones. Tras el declive de la economía cacaotera a finales de 1920, la economía nacional quedó sostenida por los procesos de diversificación productiva iniciados en la década de 1920 y se complementó con la modesta industrialización de la Sierra norte en la década de 1930. Juan Maiguashca y Liisa North, «Orígenes y significado del Velasquismo: Lucha de clases y partición política en el Ecuador, 1920-1970». En *La cuestión regional y el poder*, ed. Rafael Quintero (Quito: Corporación Financiera Nacional / FLACSO Ecuador / CERLAC, 1991), 95-7.

108 Ana María Goetschel analiza los discursos y políticas que impulsaron los gobiernos liberales, a fin de transformar al sujeto femenino en un agente activo y productivo de la sociedad. Para ello, se centra en el caso de las maestras ecuatorianas para ilustrar el traspaso de la mujer desde el ámbito doméstico hacia las esferas públicas. Goetschel, *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas*.

109 Sánchez, «La importancia del estudio de Puericultura», 19.

promovidos desde diferentes instancias, tanto públicas como privadas, colocaron como principal objeto de intervención a los sectores populares, médicos como Carlos Andrade Marín enfatizaban que, independientemente de la procedencia social, las madres desconocían el método científico de crianza infantil. Por esto se debía «instruir a la mujer desde la escuela, [sobre los] cuidados y atenciones tan necesarios para conservar lozana y vigorosa la vida de la planta humana [el niño]». ¹¹⁰

La introducción de la puericultura como parte de los programas educativos estuvo impulsada principalmente por un grupo de médicos vinculados con iniciativas de protección a la infancia e instituciones estatales de atención y enseñanza médica. Estos profesionales, guiados por la idea de que la sociedad enfrentaba un estado de degeneración ¹¹¹ como resultado de los procesos de migración interna, urbanización desorganizada y modernización de las ciudades a inicios de la década de 1920, encontraron, en los presupuestos positivistas, ¹¹² un aparato ideológico funcional a las necesidades del Estado.

El positivismo se caracterizó por favorecer el establecimiento de una burocracia formada por especialistas que contribuyeron a la modernización política del Estado. En este sentido, los intelectuales [médicos, juristas, entre otros] se consolidaron como una élite secular.

110 *Ibíd.*, 18.

111 A finales del siglo XIX e inicios del XX, se extendieron los presupuestos teóricos de Bénédict Morel expuestos en su *Tratado de la degeneración humana* de 1857. Dichas reflexiones aseguraban que la población presentaba un estado con tendencias a ciertas patologías que se transmitían por la herencia o por la acción negativa del ambiente o factores físicos como el alcohol.

112 La implantación y desarrollo de las ideas positivistas en Ecuador fue posible bajo el amparo del liberalismo económico y político, e influyó en distintos ámbitos del saber cómo las bellas artes, la educación, el derecho y la medicina. Según Samuel Guerra, este influjo estuvo asociado con un afán científicista. Por su parte, Leslie Bethell enfatiza en que la corriente positivista en América Latina adoptó la propuesta evolucionista de Herber Spencer, quien entendía a la sociedad como un organismo social, sujeto a cambios a medida que pasaba el tiempo. Esta perspectiva enfatizó en la particularidad de las sociedades dentro del esquema universal. No todas podían atravesar los mismos estadios en su evolución, ya que existían perturbaciones motivadas por las particularidades de la raza, las costumbres, la mezcla de razas, entre otros aspectos. Leslie Bethell, ed., *América Latina: cultura y sociedad, 1830-1930* (Barcelona: Crítica, 1999), 16-23; Carlos Paladines, *Pensamiento positivista ecuatoriano* (Quito: Banco Central del Ecuador / CEN, 1979), 66.

En este sentido, la participación de los intelectuales dentro de las iniciativas estatales y privadas con miras a mejorar las condiciones de vida de la población y el perfeccionamiento de la raza para alcanzar el progreso de la nación influyó directamente para que la imagen del médico cambiara. Pasó de un rol técnico que se dedicaba a curar, a una autoridad científica legítima con la capacidad de intervenir en el espacio doméstico. Este cambio lo convirtió en un «factor esencial de civilización y progreso, sobredimensionando su injerencia en la política»¹¹³ en el ámbito personal, permitiéndole, además, ocupar cargos importantes en el Estado en calidad de funcionario.¹¹⁴

Es importante destacar que antes de las políticas establecidas con la Revolución Juliana de 1925, los médicos, como otros intelectuales, estuvieron asociados a instituciones estatales como miembros *ad honorem*, transitaban en distintos espacios disciplinarios, participaron en la organización y creación de entidades de asistencia privada, la enseñanza superior, entre otras actividades.¹¹⁵

No es excepcional la trayectoria del médico Carlos R. Sánchez, autor de una de las publicaciones analizadas en este estudio, quien fue parte del Directorio de la Junta de Beneficencia en 1922 y colaboró en la atención médica especializada en niños. El interés del doctor Sánchez por temas de protección a la infancia se vio reflejada en su contribución en la formación de entidades como la Casa Cuna en 1922, el Comité

113 Héctor A. Palma, «Eugenesia y educación en la Argentina», en *Historias de salud y la enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, eds. Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri (Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, UNC / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 2008), 231-52.

114 Héctor Palma describe como «medicalización del Estado» al proceso en el cual el médico incursiona ideológica y personalmente en el espacio gubernamental. Este proceso extendió el análisis de lo normal y lo patológico al ámbito social, y permitió establecer la injerencia del Estado en acciones preventivas, de control y represión, a través de instituciones y políticas públicas.

115 Según Patricia Funes, para el caso mexicano, en la «república de las letras», no existían espacios delimitados por fronteras disciplinarias, por lo cual era común que los pensadores e ilustrados transitaran entre la poesía, la gramática, la escritura histórica e incluso la política. Asimismo, les permitió actuar en el diseño de políticas educativas, redacción de códigos y leyes, la justicia o la Presidencia de la república. Patricia Funes, «De la revolución a la evolución, orden y progreso», en *Historia mínima de las ideas políticas en América Latina* (Ciudad de México: Colegio de México, 2014), 63-79.

Ecuadoriano de los Socorros a los Niños en 1926; así como en su trabajo como médico *ad honorem* y director en el Dispensario de Niños y la SPI en Quito, actividades que le permitieron posicionarse como uno de los principales referentes de la puericultura. De hecho, en 1928, con la incorporación de esta materia en el currículo del Instituto Normal Manuela Cañizares, fue el primer encargado de dictarla. Posteriormente se haría cargo la médica Matilde Hidalgo de Procel.¹¹⁶ En el mismo año, se publicó el libro *Breves nociones de puericultura para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*, que constituyó un recurso pedagógico importante, en el que se sistematizaron y racionalizaron los principales aspectos sobre la reproducción y la crianza de los hijos desde la concepción hasta la pubertad, observados durante la práctica profesional del galeno. En el ámbito universitario, se desempeñó como profesor de la cátedra de Clínica Infantil y Puericultura y, en 1936, fue designado decano de la Facultad de Ciencias Médicas.

Otra figura destacada en el campo de la puericultura fue Carlos Andrade Marín, quien trabajó como alumno interno del Dispensario de Niños en 1923, hecho que le permitió desarrollar un especial interés sobre todo lo relacionado con la protección de la infancia, al considerarla como «labor patriótica y humanitaria»,¹¹⁷ y encontró en la enseñanza de la puericultura y la higiene elementos indispensables para «civilizar» a las clases populares. Para este fin, Andrade Marín creyó necesario un recurso pedagógico de fácil entendimiento, que constituyera una guía para las madres sobre el cuidado de los hijos. Así, en 1944, se publicó la primera edición del libro *Lo que toda madre debe saber*, en el que, a partir de su práctica médica, enseñaba a las mujeres sobre el cuidado metódico y científico del niño.¹¹⁸ Más que un manual de puericultura, constituía un libro de instrucciones para el disciplinamiento del cuerpo del niño, a través del establecimiento de estrictos regímenes de aseo y alimentación. Fue parte de una serie de estudios y folletos publicados

116 Jenny Estrada, *Una mujer total: Matilde Hidalgo de Procel* (Guayaquil: Santillana, 2004).

117 Andrade Marín, *La protección de la infancia*.

118 Carlos Andrade Marín, *Lo que toda madre debe saber* (Quito: Instituto de Previsión Social, 1944).

por el Instituto Nacional de Previsión Social, creado en 1936, con el fin de supervisar la aplicación de programas y normativa sobre maternidad.

En efecto, los libros pretendían ser recursos ilustrativos de fácil aplicación, ya que el público al que estaban dirigidos no compartía el mismo grado de instrucción y cultura que los médicos, lo que hasta el momento había constituido una de las principales limitaciones en la labor de divulgación de la puericultura.¹¹⁹ No obstante, la enseñanza de estas nociones no era suficiente, ya que Andrade Marín creía que de nada servían los estudios para determinar las causas de la enfermedad y posibles soluciones si los Estados no mostraban un compromiso para el fortalecimiento de un sistema de salud pública y seguridad social. Esto lo expresó en su informe como delegado ecuatoriano al VIII Congreso Panamericano del Niño de 1942, donde expuso la necesidad de repensar la protección de la infancia en momentos de conflicto bélico, refiriéndose al acontecimiento de la Segunda Guerra Mundial y la invasión peruana a Ecuador.¹²⁰

Por su parte, Enrique Garcés fue un intelectual muy versátil que se movió en distintos ámbitos como la literatura, el periodismo, la política y la educación. Incluso antes de su incorporación como médico en 1938, su estudio *Por, para y del niño* fue una obra de divulgación importante, en la que se recogía las principales problemáticas que enfrentaba el niño y la sociedad. El mismo año fue designado a la Inspectoría de

119 En el mismo año de publicación, Andrade Marín organizaría un concurso de puericultura en la Casa Materno Infantil de Chimbacalle, con el fin de verificar la forma en que las madres ponían en práctica los consejos y órdenes de los médicos, e incentivar a otras a aplicarlos.

120 Ante estos hechos, señaló que era responsabilidad de los Estados precautelar la vida de los cientos de niños y jóvenes que habían sido afectados por estos eventos. En este sentido, el médico apelaba a la Declaración de Ginebra de 1934, en la cual los Estados miembros de la Asamblea de Naciones se comprometían a reconocer cinco derechos específicos para los niños, en el cual la defensa de su vida era primordial. Por otra parte, se evidenció un proceso de establecimiento de conexiones internacionales, del cual Ecuador no estuvo alejado. En efecto, Andrade Marín fue delegado del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y Presidente del VII Congreso Panamericano y Sudamericano, y del Primer Congreso Ecuatoriano de Pediatría (1963). Además, contribuyó a la institucionalización de la pediatría en Quito con la creación de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría filial Quito y la revista *Pediatría Ecuatoriana* (1962). Fabián Guarderas, *Talentos médicos ecuatorianos* (Quito: Facultad de Ciencias Médicas, 1998), 46-9.

Sanidad de Quito. Además, se desempeñó por cerca de treinta y un años en la docencia universitaria en las materias de Higiene, Salud Pública e Historia de la Medicina, en las que se reflejó su preocupación por la preparación de los futuros galenos. Realizó cursos de especialización en Medicina Sanitaria y Social en España, que le dieron los elementos para propugnar por una maternidad científica. Garcés estuvo a cargo de instituciones estatales como funcionario en el Departamento Médico del Seguro Social; Director de Higiene Municipal; agregado Cultural en México; Secretario de la Casa de la Cultura Ecuatoriana. También se desarrolló en el ámbito periodístico en el diario *El Día* bajo el seudónimo «Túpac Amaru», y como presidente de la Unión Nacional de Periodistas. Como buen discípulo de Pablo Arturo Suárez,¹²¹ enfatizó en la necesidad de elaborar trabajos inscritos en una lógica higienista, que contribuyeron a legitimar un saber hegemónico encargado del control social del cuerpo y la población.

No podemos dejar de lado la agencia de médicos que participaron en diferentes espacios políticos y contribuyeron con escritos e investigaciones enfocados a mejorar las condiciones de vida y de salud de la población, desde una mirada científica que respondía a paradigmas universales y que a su vez debían ser readecuados y reinventados en función de las particularidades locales. En este sentido, destacamos la labor de Luis G. Dávila,¹²² Emiliano Crespo,¹²³ Enrique Gallegos Anda.¹²⁴ Los tres fueron médicos en calidad *ad honorem* o de interno de

121 Catedrático que impulsó la investigación como parte de la colectiva de salud, que respondiera a «corregir el cuerpo enfermo a fin de generar poblaciones con hombres sanos y productivos». En el ámbito gubernamental, estuvo asociado en 1926 con la DGS, también fue decano de la Facultad de Ciencias.

122 Encargado de la Dirección de Sanidad de Quito en 1925; médico *ad honorem* de los dispensarios de la GdL, médico del Dispensario de Niños de Quito.

123 El médico cuencano Emiliano Crespo se desempeñó como decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca entre 1923 y 1931; y participó activamente con la Sociedad de Gota de Leche del Azuay en la difusión de la puericultura.

124 Médico beneficiario de las becas impulsadas por los gobiernos liberales, cuya experiencia en Europa le permitió observar las diferentes iniciativas para la protección de la infancia. A su regreso, promovió la creación de los dispensarios de GdL en Quito. Además de fungir como catedrático universitario, fue designado decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central en los períodos de 1923 a 1924 y 1929 a 1931.

los dispensarios de GdL y el Dispensario de Niños Pobres de Quito. Cada uno contribuyó con propuestas y estudios dedicados a evidenciar la situación social del niño en Ecuador y la mortalidad infantil, a la par que se sumaban a las demandas de sus colegas de crear cátedras de Puericultura e Higiene como una obra de protección de la infancia, de defensa de la raza, de engrandecimiento del país e incluso un elemento necesario para la «alegría y salud del hogar».¹²⁵

Estos intelectuales médicos asistieron a un escenario marcado por el cambio del paradigma de formación de los profesionales de su rama como resultado de las innovaciones introducidas con el regreso de los becarios especializados en Alemania y Estados Unidos. Este hecho dio pasó a la reestructuración de la práctica médica con énfasis en la investigación y estudio práctico para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de enfermedades como paludismo, anquilostoma y tuberculosis. Además, permitió la diversificación y especialización de la disciplina médica en ramas como pediatría, ginecología y obstetricia, y odontología. Por otra parte, se evidenció una fuerte preocupación por construir un modelo de ciencia nacional, que respondiera a las problemáticas locales.

La puericultura, como un elemento central del movimiento eugenésico en Ecuador, tomó impulso a partir de la década de 1920, con un énfasis en la higiene y la moral; y se fortaleció con la penetración del pensamiento higienista en la sociedad, en 1930. Con una fuerte filiación al positivismo científicista, este saber pretendía tratar con esquemas científicos las prácticas maternas y aspectos relacionados con la crianza y reproducción. De tal forma que, desde la comunidad médica, se enfatizó en la necesidad de promover la enseñanza y vigilancia de las prácticas de cuidado de los niños debidamente racionalizadas.

Sobre esta base, las primeras instituciones para la instrucción de profesionales sanitarias encargadas de la enseñanza práctica de puericultura e higiene fueron la Escuela de Enfermeras¹²⁶ y la Sociedad Nacional de

125 Dávila, «La Gota de Leche»; Sánchez, «Protección a la infancia», 64; Cabanilla Cevallos, *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*, 41.

126 La Escuela de Enfermeras fue fundada por el médico lojano Isidro Ayora en 1917, en las instalaciones de la Maternidad de Quito, con el fin de formar enfermeras profesionales. Ellas participaron en la asistencia de enfermos hospitalizados. Clark, *Gender, State and Medicine*, 145.

la Cruz Roja,¹²⁷ cuyas graduadas participaron en el adiestramiento de las madres que acudían a los diversos servicios médicos. En 1926, en el marco de la II Conferencia Panamericana de Cruz Roja, se estableció impulsar que

los médicos, visitadoras y parteras de la Cruz Roja sean los cooperadores de las autoridades sanitarias de cada país en la obra de protección del recién nacido y del niño; [...] estén obligados a cursar estudios complementarios de perfeccionamiento en puericultura y pediatría que los capaciten para ejercer debidamente las funciones anteriores; que los médicos de la C.R. y en algunos casos sus *nurses* hagan extensivos esos conocimientos al resto de la población, divulgándolos por medio de conferencias, clases de puericultura, etc., dictadas especialmente en liceos y escuelas; [...] participar en la creación de leyes que establezcan la alimentación natural obligatoria en el primer semestre de la vida; la reglamentación de la lactancia mercenaria y la enseñanza de la puericultura en las escuelas primarias.¹²⁸

El mismo año se introdujo en el sistema de educación la obligatoriedad de la enseñanza de la puericultura en escuelas e institutos normalistas, y en los planes de estudio de la Facultad de Medicina y la Escuela de Obstetricia.¹²⁹ A pesar de que estas iniciativas promovieron su divulgación y la profesionalización del cuidado de los niños, varios

127 La Cruz Roja Ecuatoriana organizó anualmente el Curso de Enfermeras Visitadoras de Higiene, cuyas graduadas recorrían la ciudad, en especial los barrios populosos, para «observar y corregir las condiciones higiénicas en las que viv[ía] la gente pobre». Cruz Roja Ecuatoriana, *Boletín de Información* (Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928), 8.

128 Cruz Roja Panamericana, «Segunda Conferencia Panamericana de La Cruz Roja», *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 5, n.º 8 (1926): 347.

129 Hasta 1926, la enseñanza de la obstetricia estuvo limitada al estudio de los órganos reproductivos femeninos, enfermedades, atención del embarazo y parto. El cuidado del recién nacido se contemplaba como una tarea encomendada a las enfermeras. Por esta razón, se consideró la formación de obstetrices como deficiente y que su práctica profesional debía ser suprimida y reemplazada por enfermeras, quienes estaban mejor capacitadas como auxiliares del médico y la atención de los pacientes. En 1916, una comisión conformada por los galenos Isidro Ayora, Carlos García Drouet y Alejandro Villamar plantearon que la práctica obstétrica fuera considerada como una especialización de Medicina, la cual se podía cursar después de obtener el título de doctor. Isidro Ayora, Alejandro Villamar y Carlos García Drouet, «Proyecto de Plan General de estudios de Medicina», *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, (julio de 1916): 436.

médicos consideraban que, en Ecuador, existía un déficit de especialistas en medicina infantil, hecho que limitaba la difusión de este saber. En 1929, Carlos Andrade Marín denunciaba que la situación de la educación en puericultura en el país era desastrosa. No se trataba solamente de un problema de «falta de cultura y conocimientos en la gente pobre, de baja escala social o en la población indígena, sino de la ignorancia casi absoluta aún de parte de las personas cultas y educadas en variados órdenes de conocimiento».¹³⁰ El galeno insistía en la idea de que la enseñanza de este saber no debía ser exclusiva para las mujeres-madre, sino que era indispensable la capacitación de los médicos y sociedad en general en esta materia. Asimismo, señalaba que la falta de especialistas en niños contribuía de forma negativa en la lucha contra la mortalidad infantil, debido a que, en muchos casos, era el mismo doctor quien recomendaba regímenes alimenticios incorrectos debido al desconocimiento de la fisiología del cuerpo infantil.¹³¹

En este contexto, las enfermeras y parteras certificadas asumieron el papel de educar y vigilar la puesta en práctica por parte de las madres de los preceptos científicos para el cuidado de los hijos, y fueron las primeras profesionales especializadas en la atención científica de los niños y en la divulgación de la puericultura.¹³² Ellas se desempeñaron en las instituciones mencionadas en el primer capítulo, como las maternidades, GdL, casas cuna, dispensarios de niños y, a partir de 1926, se integraron al Servicio Sanitario Nacional en calidad de empleadas estatales.

130 Andrade Marín, *La protección de la infancia*.

131 *Ibíd.* 86.

132 Algunos ejemplos que ilustran el proceso de consolidación de la puericultura como un saber médico especializado son el español, donde se estableció una Escuela Nacional de Puericultura (1926), cuyo objetivo era la enseñanza y preparación de profesionales que trabajaran en torno a la infancia como enfermeras, niñeras, obstetrices; la investigación y divulgación; en Argentina, la creación de la Sociedad de Puericultura; y, en Colombia, la Escuela Superior de Higiene. Ver Carmen Colmenar, «La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el Franquismo», *Historia de la educación: Revista Interuniversitaria*, n.º 28 (2009): 161-83; Mónica Álvarez, «“Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”: Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX» (tesis de licenciatura, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015).

La escuela constituyó un espacio privilegiado para la divulgación debido a que cumplía con la función de socializar los valores y fines de las clases medias entre las clases populares. En este sentido, la puericultura y las enseñanzas del hogar (economía doméstica, oficios, etc.) buscaban regular la vida privada e intervenir en las prácticas maternas a través de la introducción de nociones de orden, ahorro y trabajo. El médico Carlos Andrade Marín añadía que, si bien la formación de las niñas y adolescentes en los preceptos sobre la puericultura se iniciaban en la primaria, este proceso debía continuar durante toda su vida, con especial atención a las mujeres del campo y sectores populares.¹³³ Los galenos ecuatorianos concordaban, además, en la necesidad de la participación de las maestras normalistas en el proceso de divulgación de la puericultura en las escuelas. Ellas debían encontrar la mejor forma de plantear a la población infantil femenina «todo lo relativo a la altísima misión de la madre».¹³⁴ Empero, las educadoras requerían ser capacitadas por el médico escolar, a quien se le designaría la labor de dictar conferencias semanales. De esta forma, las maestras estarían en la capacidad de transmitir a sus alumnas los conocimientos necesarios sobre los cuidados que debían prodigarse al niño desde el momento de su nacimiento.¹³⁵

La institución médica, junto con la institución escolar, se asignó una misión «civilizadora» enfocada en colocar las funciones maternas bajo el control de la autoridad y sustituir la formación tradicional de las madres por una enseñanza racional basada en un saber científico.¹³⁶ Si bien es cierto que la puericultura surgió como un dispositivo pedagógico, a partir del siglo XX, se transformó en un saber médico, gracias a las innovaciones pasteurianas, el desarrollo de especialidades como la pediatría y las propuestas eugenésicas. De esta forma, los médicos y los pedagogos, en especial las maestras, se disputaron la legitimidad para la enseñanza de este saber.

133 Carlos Andrade Marín, *Siete clases de higiene social* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1941).

134 Isidro Ayora, «A las maestras», en Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, X.

135 Carlos Sánchez, «La enseñanza de Higiene y Puericultura», *Educación: Revista mensual para el Magisterio* 1, n.º 3 (1926): 10.

136 Boltanski, *Puericultura y moral de clase*, 22.

DISPOSITIVOS DE DIVULGACIÓN DE LA PUERICULTURA

La instrucción de la puericultura en Ecuador de 1920 y 1930 se apoyó en una importante campaña de producción y difusión de estudios que analizaban temáticas como higiene y salud de la madre y el niño, el problema de la mortalidad infantil y la labor de las obras de protección de la infancia.¹³⁷ Estos textos circularon en distintos formatos y estaban dirigidos a públicos diferentes. Se destacan, por una parte, los escritos médicos, resultado de la investigación científica y de las necesidades de profesionalización en el ámbito de la salud, que buscaban paliar los efectos negativos de las enfermedades en el país.¹³⁸ Y, por otra parte, impresos divulgativos y pedagógicos, enmarcados en el género de consejos a las madres o manuales de puericultura.

Los primeros textos de consejos a los padres o manuales fueron escritos por médicos exclusivamente, y fueron anexados como capítulos dentro de estudios monográficos dedicados a la lucha contra la mortalidad infantil y la protección de la infancia desde la perspectiva de la

137 Se registraron al menos veinte publicaciones entre artículos de revistas especializadas, libros, tesis y monografías. Como ejemplo, entre los textos más destacados, se encuentran: *Estado actual de la protección de la infancia en el Ecuador* (1922), escrito por el doctor José María Estrada Coello, presidente de la SPI en Guayaquil; *Lo que se ha hecho y puede hacerse por la infancia en nuestro país* (1923), del doctor Carlos Enrique Hurtado, profesor de Clínica Infantil; *La Gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil* (1923), escrito por el doctor Luis G. Dávila; *Contribución al estudio de la protección infantil en el Ecuador y demografía nacional* (1924), del doctor Antonio Bastidas.

138 Plutarco Naranjo, *Pensamiento médico ecuatoriano II: Estudio introductorio y selección Plutarco Naranjo*, vol. II (Quito: CEN / Ministerio de Cultura, 2011). Además, significó un esfuerzo para dar paso al surgimiento de una medicina nacional, que atendiera a la realidad ecuatoriana y no se limitaría a trasladar modelos internacionales. En este escenario, se realizaron importantes investigaciones sobre patología, demografía y protección de la infancia. La emergencia de literatura de divulgación sobre consejos médicos en Ecuador estuvo asociada a fenómenos demográficos y procesos de urbanización, en los que se denotaba principalmente una alta tasa de mortalidad en la primera y segunda infancia. Los primeros escritos, a finales del siglo XIX, con fines de divulgación médica, fueron compendios de higiene pública y privada, de higiene y profilaxis militar, tratados sobre conocimientos para la conservación de la salud física y moral. Esta literatura médica se caracterizó por ser de índole experta y al mismo tiempo divulgativa, pues presentaba consejos dirigidos a un gran público con un aval de cientificidad.

puericultura.¹³⁹ Estas publicaciones tenían por objetivo inculcar en la población, especialmente femenina, nociones básicas sobre el cuidado del recién nacido, alimentación metódica y la prevención de enfermedades en la primera infancia. El libro de Carlos Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, junto con otros textos educativos, tesis y monografías de medicina iluminan sobre la forma en que los profesionales de la salud entendieron la puericultura y la adaptaron para atender los problemas sanitarios y sociales que enfrentaba la población ecuatoriana.

Otro tipo de publicación de divulgación fueron los folletos ilustrativos. A diferencia de los escritos señalados anteriormente, estas publicaciones estuvieron destinadas para el reparto a gran escala entre los sectores populares. En 1936, el Instituto Nacional de Previsión publicó un folleto dedicado a las mujeres-madre trabajadoras, *A las madres ecuatorianas*. El objetivo de este cuadernillo era «guiar a las madres en la correcta crianza de sus hijos».¹⁴⁰ Los contenidos fueron dispuestos en forma gráfica y sencilla para una fácil comprensión, incluso para aquellas mujeres que no sabían leer. Se estructuró en dos partes compuestas por una serie de litografías impresas. Las secciones fueron tituladas «El día del lactante» y «El día del niño de edad de uno a tres años», y explicaban los cuidados que se debían dispensar al niño a cada hora del día, con el tiempo que debía durar cada actividad. Al final de la sección, se recogía una serie de consejos que complementaban las instrucciones impartidas por las ilustraciones. De esta forma, se buscaba establecer horarios para regular el sueño, la lactancia, el juego y el cuidado del cuerpo del niño.

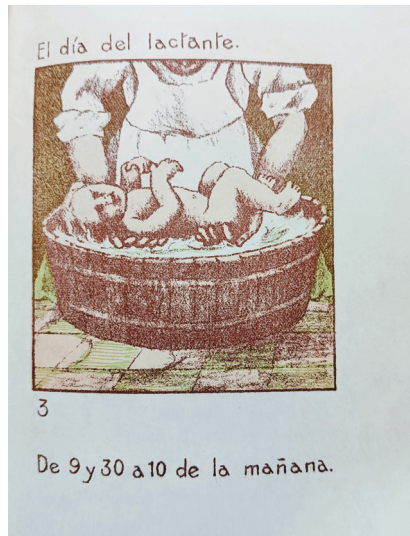
139 Se han identificado cuatro publicaciones enmarcadas en el género de consejo a los padres y manual de puericultura: *Conferencia sobre puericultura* (1926), de Emiliano Crespo, decano de la Facultad de Medicina de Cuenca; *Breves nociones de puericultura* (1928), de Carlos Sánchez, catedrático de la Facultad de Medicina, profesor de Puericultura del Normal Manuela Cañizares y médico del Dispensario de Niños; *Lo que deben saber las madres: Cartilla de consejos y conocimientos de higiene infantil* (1929), de Francisco Cabanilla, médico de Asistencia Pública y experto sanitario; y *Por, para y del niño* (1937), de Enrique Garcés. A partir de la década de 1940, se evidencia el incremento de literatura de este género. Entre los más destacados se encuentran *Opúsculo de puericultura: Principios generales para el cuidado, crianza, higiene y pedagogía infantil* (1942), del doctor cuencano Emiliano López Ortega; *Nociones elementales de Puericultura y Maternología* (1942), escrito por la maestra normalista María Esther Castelo de Rodríguez; *Lo que toda madre debe saber* (1943), publicado por el médico Carlos Andrade Marín.

140 Instituto Nacional de Previsión, *A las madres ecuatorianas* (Quito: Departamento de Propaganda, 1936), 3.

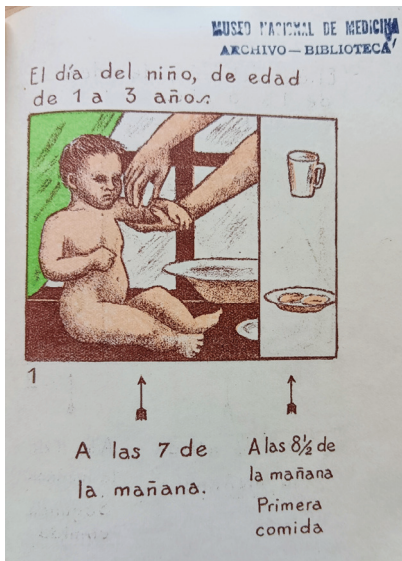
Fotografía 2. Portada. *A las madres ecuatorianas*



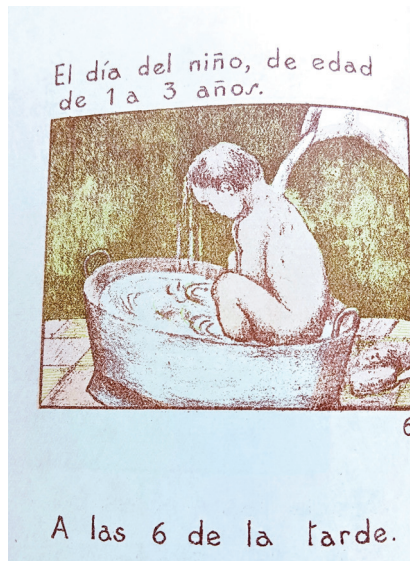
Fotografía 3. El día del lactante



Fotografía 4. El día del niño, de edad de 1 a 3 años



Fotografía 5. El día del niño



Fotografías 2-5. Litografías utilizadas para la difusión de la puericultura.

Fuente: Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella. Instituto Nacional de Previsión, *A las madres ecuatorianas*.

A la difusión de textos impresos, se suman conferencias y congresos realizados como parte de las actividades de extensión universitaria, dirigidos especialmente a las socias de la GdL en Quito y Cuenca.¹⁴¹ Así, por ejemplo, en marzo de 1921, la Comisión de Extensión Universitaria de la Universidad Central informaba del ciclo de conferencias sobre puericultura realizadas y previstas entre los meses de febrero y mayo del mismo año. Las charlas contaron con la participación de profesores de la Facultad de Medicina entre los que se destacaban Isidro Ayora, Enrique Gallegos Anda, Carlos García Drouet, Pablo Arturo Suárez, Carlos Arteta, Antonio Bastidas, Aurelio Mosquera y Luis F. Dávila.¹⁴² A pesar de que la entrada era libre, el auditorio estuvo compuesto especialmente por mujeres de la élite quiteña, quienes, a decir del médico Carlos Sánchez «ya por su educación, ya también por la clase social a [la] que pertenecen, saben lo bastante para que la crianza del niño se efectúe con las mejores condiciones».¹⁴³ Según el galeno, las conferencias debían estar dirigidas preferentemente a las clases populares y adaptadas a su comprensión, porque estas requerían de consejos y de reglas científicas para la crianza de sus hijos. Sin embargo, Carlos Andrade Marín enfatizó en que la ignorancia en temas de cuidado infantil no tenía nada que ver con la procedencia social de las madres. A rasgos generales, el discurso médico evidenció la desconfianza que tenían los expertos en la capacidad de la mujer para criar a sus hijos, aun a pesar de que se insistía que la maternidad correspondía a su naturaleza.

Por otra parte, tanto las publicaciones como las conferencias denotan una separación de los saberes en función del género. Bajo esta lógica, las profesionales sanitarias mujeres se encargaban de la aplicación práctica de los preceptos teóricos planteados por los médicos. Este hecho los mantuvo a ellos por varios años como la única voz autorizada para la investigación y sistematización de los conocimientos relacionados con los sistemas de crianza en Ecuador.

141 El referido texto de Emiliano Crespo es un ejemplo de este tipo de eventos organizados con el fin de difundir las nociones de la crianza científica.

142 Universidad Central del Ecuador, «Conferencia de Puericultura», *Anales de la Universidad Central del Ecuador* (marzo de 1921).

143 Sánchez, «Protección a la infancia», 63.

Fotografía 6. Enseñanza práctica de puericultura



Fuente: Sánchez, «La enseñanza de Higiene y Puericultura».

Carlos Andrade Marín, al igual que otros colegas, se cuestionaba sobre la forma correcta de divulgar estos conocimientos sin perder la condición científica de su práctica. Una de las opciones fue a través de la «vulgarización» de los contenidos, mediante el uso de metáforas fáciles de comprender. Por su parte, optó por la transmisión de siete clases sobre higiene social a través de la radio HCJB, en el marco del proyecto *Colegio al aire*, una extensión del Instituto Mejía, en 1936.¹⁴⁴ En este espacio, el médico buscó tratar temas relacionados con el cuidado del cuerpo y el ambiente físico de habitación; además dedicó una de las clases a reflexionar sobre las causas de la mortalidad infantil y las posibles obras sociales para evitarla. Las transmisiones radiofónicas del doctor Andrade Marín pueden considerarse únicas en su tipo, ya que no se evidencian registros de otros programas similares. Empero, si la difusión radial tenía un gran alcance ¿por qué no se realizaron otros proyectos similares? ¿No era el fin llegar a un mayor número de personas? La respuesta puede ser que la eficiencia de la divulgación radicaba en la vigilancia y supervisión de la correcta aplicación de los consejos de higiene.

144 Andrade Marín, *Siete clases de higiene social*.

Otra iniciativa de difusión constituyeron los concursos de puericultura con los que se buscaba fomentar el ejercicio de la crianza higiénica y científica, y que, además, sirvieron para calificar la capacidad de las madres para aplicar los preceptos médicos. Las Sociedades Protectora de la Infancia (SPI) y de la Gota de Leche concibieron como parte de sus funciones la organización de concursos que incentivaran en las madres el cuidado científico de sus hijos, a la par de promover en la población la «idea de proteger al niño vigilando su higiene y su alimentación».¹⁴⁵

En Guayaquil, la SPI organizaba anualmente el concurso con donativos de los socios y del Club Rotario, los mismos que servían de incentivo para las madres que se presentaban con sus hijos. Según el presidente de la Sociedad, el médico José María Estrada Coello, este evento tenía buena acogida. Así lo anunciaba en su informe anual:

El éxito de este concurso ha superado a todos los anteriores, a tal punto que los Jurados se vieron en el caso de solicitar aumentos de premios, ante la imposibilidad de efectuar una justa selección... Además, no pudiendo premiar a todos los niños presentados, y como un estímulo para las madres, la Sociedad obsequió a todos los niños que no fueron premiados, [...] con un corte de tela para vestido.¹⁴⁶

Otra estrategia para promover la salud y el cuidado de los niños fue la organización de los Concursos por la Salud destinados a los pacientes enfermos que concurrían al servicio de Consulta Externa brindado por la SPI. En este evento se calificaba el cumplimiento de las prescripciones médicas, el aseo del menor y la diligencia de la madre cuando este enfermaba.¹⁴⁷ Adicionalmente, en 1932, se llevó a cabo un concurso con el fin de premiar a quien presentara el mayor número de hijos sanos, menores de tres años. Dicho año el premio, de 110,00 sucres

145 Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado por el Dr. J. M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de Enero de 1931, correspondiente al año 1930* (Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1931), 7.

146 Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado por el Dr. J. M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de Enero de 1932, correspondiente al año 1931* (Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1932), 8.

147 Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado a la Junta de Enero de 1932*, 8.

donados por el Rotary Club, tuvo que ser dividido entre tres mujeres cuyos pequeños presentaban las mismas condiciones de desarrollo.¹⁴⁸ Estos eventos buscaban incentivar la mejor forma de aplicar los preceptos científicos, bajo la promesa de una recompensa económica. En general, lo que perseguían los concursos no era premiar al bebe más gordo, sino a aquel que evidenciara un correcto desarrollo.

Fotografía 7. Grupo de niños presentado al Concurso de Puericultura, 1931



Fuente: Biblioteca Nacional Eugenio Espejo. Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado a la Junta de enero de 1932*.

Los esfuerzos desplegados desde el Estado y por las instituciones especializadas del cuidado materno-infantil contó además con el apoyo de la prensa escrita, misma que incorporó secciones con lecturas y reportajes sobre el hogar, en los que se vinculaba el cuidado y desarrollo de los niños en la primera infancia con el discurso de mejoramiento de la raza.¹⁴⁹ Durante el mes de mayo de 1921, el diario *El Comercio* de Quito publicó una sección llamada «Feminismo» en la cual se recogían artículos que, si bien no estaban del todo relacionados con el cuidado infantil, destacaron en cambio la importancia de profesiones femeninas como la enfermería, además de introducir el debate sobre el feminismo en la opinión pública. En los meses de enero a mayo del año de 1923, se organizó una sección de lecturas dirigidas a mujeres titulada «Para Damas». Esta, a diferencia de la anterior, carecía de contenido político y se centraba más bien en temas relacionados con el desenvolvimiento del hogar, moda, literatura y, por primera vez, se integraban artículos relacionados con el ejercicio de la maternidad y el cuidado infantil. En

148 *Ibíd.*

149 Alfaro Gómez, «Puericultura, higiene y control natal», 109.

el año de 1928, apareció la sección «Lectura para el hogar», la misma que integró todos los elementos descritos anteriormente.

De esta forma, la difusión de la puericultura no se encontraba en manos únicamente de la comunidad científica, como la voz autorizada de organizar y legitimar los preceptos que debían socializarse, sino que, en este proceso, se integraron también las maestras, los editores de periódicos, incluso representantes de comunidades religiosas. Las obras de divulgación de puericultura se convirtieron en dispositivos mediante los cuales se racionalizaron y regularon las actividades inherentes a la labor materna, además de su dimensión pedagógica,¹⁵⁰ fundamentados en un discurso científico y nacionalista en algunos casos.¹⁵¹

Foto 8. Lectura para el hogar

Lectura para el Hogar

LA SALUD DE LOS BEBES

(Continuando)

El niño de la madre es el niño que se quiere más. De ahí que, en general, el niño sea el más querido de la familia. Pero como el niño es un ser vivo, necesita cuidados especiales. Si el niño es sano, la madre se sentirá tranquila. Si el niño es enfermo, la madre se sentirá angustiada. Por eso, es importante que la madre conozca los cuidados que su niño necesita.

LOS SOMBREROS DE MODA

La moda, al igual que la vida, cambia constantemente. Los sombreros no son una excepción. En esta época, los sombreros de moda son los que tienen un toque de elegancia y sofisticación. Los sombreros de moda son los que se hacen con materiales de calidad y con diseños innovadores.

SE QUE ERES POBRE

Si quieres saber si eres pobre, mira a tu alrededor. Si ves a muchas personas que viven en la pobreza, entonces eres pobre. Si ves a muchas personas que viven en la riqueza, entonces no eres pobre. Pero, ¿cómo sabes si eres pobre o rico? La respuesta es simple: mira a tu alrededor.

Interesa a las Damas

Las damas siempre han estado interesadas en la moda y en la belleza. En esta época, las damas están más interesadas que nunca en mantenerse jóvenes y hermosas. Por eso, es importante que las damas conozcan los productos y servicios que les ofrecen.

Cuerpo con exceso

El cuerpo con exceso es un problema común. Se debe a una mala alimentación y a una falta de ejercicio. Si quieres tener un cuerpo saludable, debes comer bien y hacer ejercicio regularmente.

Acarean constipación

La constipación es un problema común que afecta a muchas personas. Se debe a una mala alimentación y a una falta de ejercicio. Si quieres evitar la constipación, debes comer bien y hacer ejercicio regularmente.

Quiere Jd. construir su Casa

Si quieres construir una casa, necesitas un plan. El plan debe ser claro y detallado. Debes tener en cuenta todos los aspectos de la construcción, desde el diseño hasta los materiales.

Arte Culinario

El arte culinario es una ciencia y un arte. Se trata de preparar alimentos deliciosos y saludables. Si quieres ser un buen cocinero, debes practicar mucho y aprender de los mejores chefs.

Vino de ajo

El vino de ajo es un remedio popular para muchas enfermedades. Se cree que el ajo tiene propiedades antibióticas y antifúngicas. Por eso, el vino de ajo es muy útil para tratar infecciones.

Tela lo mejor

La tela es un material importante para la ropa. Si quieres comprar tela de buena calidad, debes ir a un buen proveedor. La tela de buena calidad es más duradera y más cómoda.

FENASPIRA

FENASPIRA es un medicamento para la gripe y el resaca. Ayuda a aliviar los síntomas y a recuperar la salud rápidamente.

TELEFONOS PARA HACIENDAS

Los teléfonos son necesarios para las haciendas. Si quieres instalar un teléfono en tu hacienda, debes contactar a un proveedor de teléfonos.

Papel de seda

El papel de seda es un material importante para la decoración. Si quieres decorar tu casa, necesitas papel de seda de buena calidad.

Fuente: Biblioteca Nacional Eugenio Espejo. *El Comercio*, 17 de mayo de 1928

150 Boltanski, *Puericultura y moral de clase*, 18.

151 Irene Palacio, *Mujeres ignorantes: madres culpables; Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. (Valencia: Universitat de València, 2003), 11.

CAPÍTULO TERCERO

«EL NIÑO DE HOY SERÁ EL HOMBRE DE MAÑANA»: TÉCNICAS DE SUBJETIVACIÓN DEL NIÑO Y REPRESENTACIONES DE LA DUPLA MADRE-HIJO

Desde finales del siglo XIX e inicios del XX, se produjo en América Latina una serie de debates inspirados en los saberes modernos, que construyeron imaginarios sobre el niño como un «ser diferente», contrario a representaciones previas, en las que se lo retrataba como un ser que convivía y se confundía con otros sujetos, sin distinción alguna.¹⁵² Estos debates buscaban fijar las diferencias biológicas del niño y establecer las formas específicas para su educación y trato cotidiano. En este contexto, la divulgación de reglas y pautas para la crianza «científica», desde la perspectiva de la puericultura, adquirió importancia dentro de los proyectos modernizadores de las naciones latinoamericanas, cuya principal pretensión era la constitución de un determinado tipo de sujeto infantil, así como de prácticas, discursos e identidades en torno a la maternidad y a la paternidad.¹⁵³

152 Diana Marcela Aristizábal García, «Niños deseantes y mercados emergentes: Reflexión histórica sobre la infancia y el consumo en Colombia, primera mitad del siglo XX», *Trashumante: Revista Americana de Historia Social*, n.º 8 (2016): 206.

153 Dos Santos Lamprecht, «Conselhos às mães».

Este capítulo plantea el análisis de los tres estudios médicos mencionados en la «Introducción» de este trabajo, mismos que reflexionan sobre crianza y la protección durante la primera y la segunda infancia, que constituyeron un texto de lectura importante para el adoctrinamiento de las madres, la subjetivación del niño y la construcción de representaciones del cuerpo del niño y la maternidad.

Las publicaciones seleccionadas fueron escritas por hombres pertenecientes a una clase social con un alto nivel educativo y presentan información desde una perspectiva institucional, que pretendía legitimar un tipo de discurso especializado. En esta línea, los autores de los textos analizados utilizaron planteamientos eugenésicos para promover «la necesidad de asegurar la salud física y moral de la nación».¹⁵⁴ La crianza científica de los niños contribuiría a este fin. La protección de la infancia se asumió como parte de un conjunto de prácticas destinadas al mejoramiento biológico de la sociedad y el progreso material de la nación, propuestas desde la postura médica higienista.¹⁵⁵

Para los fines de nuestro estudio, identificamos dos generaciones de salubristas ligados a la difusión de la puericultura. La primera está representada por Carlos R. Sánchez y Emiliano Crespo. Se caracterizó por el predominio de la higiene y la moral como palabras clave para referirse a la salud física y psíquica. Esta perspectiva estaba asociada con una práctica privada e individual, en la que la responsabilidad de mantener la salud recaía en las mujeres con un incipiente grado de intervención médica. En la segunda generación, la higiene discurrió hacia el campo de la salud pública, pasó a estar bajo el dominio masculino, y

154 Loredó y Jiménez Alonso, «Small Citizens».

155 La preocupación higienista se extendió en Ecuador a finales del siglo XIX y se consolidó como un discurso especializado y cientificista en las primeras décadas del siglo XX. En un primer momento, el higienismo se centró en la acción de saneamiento de los puertos y principales áreas urbanas. En sí, el principal interés era de tipo físico. Kingman señala que este momento estuvo relacionado con la circulación de aire y fluidos, distribución de las casas de asistencia y cementerios. En cambio, el segundo momento refleja un problema de salud pública. El interés deja de centrarse en el cuerpo individual y se asume la necesidad de regular los elementos nocivos para la población mediante de la aplicación de dispositivos de control social. Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía*, 2.^a ed. (Quito: FLACSO Ecuador / Fondo de Salvamento del Patrimonio Cultural, 2008).

se extendió a la población mediante campañas de divulgación, vacunación, entre otros. Algunos de los referentes de esta generación fueron Carlos Andrade Marín y Enrique Garcés, quienes buscaron entender la forma en que las condiciones sociales y económicas influyen en la salud y enfermedad.

La primera obra seleccionada se publicó en 1926, en forma de un estudio de treinta y tres páginas que recogía la conferencia dictada por el médico cuencano Emiliano Crespo, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca (1923-1931).¹⁵⁶ El texto fue divulgado bajo el nombre *Conferencia sobre puericultura*, como parte de un ciclo de diálogos presentados en el local de la GdL del Azuay ante las damas de la Sociedad del mismo nombre y miembros de la facultad. La obra está estructurada en tres partes: el planteamiento de un estado de la cuestión respecto a la mortalidad infantil e instituciones de salud en Cuenca; los cuidados prenatales; y el cuidado del niño después del parto hasta la edad de dos años. La atención médica y moral de los pequeños durante la primera infancia recibe especial interés por parte del autor. Al tratarse de una conferencia, el lenguaje usado es de fácil comprensión y trata de resumir los principales aspectos relacionados con el cuidado del cuerpo infantil. Se evidencia un constante uso de metáforas con las que se critican las costumbres de crianza de la sociedad ecuatoriana.

El segundo título es *Breves nociones de puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*. Se trata de una publicación que apareció en 1928, de autoría del médico Carlos R. Sánchez, profesor de la cátedra de Puericultura y Clínica Infantil de la Universidad Central, y de Puericultura en el Normal Manuela Cañizares; director del Dispensario de Niños; médico de la SPI; y secretario del Comité ecuatoriano de socorros a los niños.¹⁵⁷ El libro fue pensado como un recurso pedagógico para la instrucción femenina, con el cual se buscaba

156 Este médico ha sido considerado, por la historiografía médica ecuatoriana, como uno de los más valiosos especialistas en la investigación, clasificación y estadística de la parasitosis. Además, la experiencia adquirida en Europa le permitió reformar la práctica médica en su ciudad natal, y formar parte de iniciativas enfocadas a la atención especializada en niños. Celín Astudillo Espinosa, *Páginas históricas de la medicina ecuatoriana: Instituciones, ideas y personajes* (Quito: Instituto Panamericano de Geografía Histórica, 1981).

157 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*.

dar a conocer sobre «los altísimos deberes anexos a la maternidad». Este texto recogió los principales aspectos sobre el proceso reproductivo y la crianza desde el nacimiento hasta la pubertad, y respondía a la necesidad, expresada por los médicos, de enseñar a las mujeres a ser madres como parte de su deber patriótico y para complementar los proyectos de protección a la infancia.¹⁵⁸ En este sentido, el autor señalaba que «el día que la madre sepa cómo ha de conservar la vida de su hijo, Ecuador aumentará su población y será una nación rica y próspera»,¹⁵⁹ con lo cual justificaba la necesidad de reformar el Plan de Estudios de instrucción primaria y secundaria a fin de introducir la puericultura en las escuelas y colegios del país. Al respecto, es importante anotar que, si bien este constituyó el primer escrito médico científico incorporado como un texto escolar y moldeó unos ideales respecto a la maternidad y la infancia, no fue el primero en el género de consejos a los padres y el cuidado del recién nacido.¹⁶⁰ La obra maneja un lenguaje científico vulgarizado,¹⁶¹ es decir, a través del uso de metáforas, pretende llegar a un público no especializado y mantener su carácter científico.

La tercera publicación es de Enrique Garcés, *Por, para y del niño* (1937), resultado de una investigación que, como el mismo autor señalaba, podía ser utilizada para establecer análisis sociológicos de la realidad de Ecuador en la década de 1930.¹⁶² El estilo narrativo es de tipo científico a diferencia de los trabajos mencionados anteriormente, que adaptan los conocimientos para la comprensión de un público no especializado. La obra se inscribe en un contexto en el que el higienismo se consolidó como una corriente médico-social predominante bajo la guía del doctor Pablo Arturo Suárez.¹⁶³ En este sentido, Enrique Garcés, inspirado por su maestro, pretendió recoger y analizar los principales problemas sanitarios y sociales como la alimentación, la habitación

158 Sánchez, «La importancia del estudio de puericultura».

159 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*.

160 En 1914, en homenaje a la SPI, apareció uno: Alfredo Espinoza Tamayo, *Consejos a las madres: Cartilla higiénica de puericultura* (Guayaquil: Imprenta La Reforma, 1914).

161 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*.

162 Garcés, *Por, para y del niño*. Enrique Garcés fue dramaturgo, ensayista, historiador, periodista y catedrático universitario.

163 Kingman, *La ciudad y los otros*.

y la educación de las clases obreras, instituciones de protección social y aspectos de la psicología colectiva e individual del ecuatoriano. A diferencia de las publicaciones antes mencionadas, el escrito de Garcés no profundiza en las pautas para la crianza y el cuidado científico del niño; más bien problematiza sobre las políticas sociales y evidencia la necesidad de control social y de modernización de las costumbres. Asimismo, introduce a la discusión aspectos como la idea de «maternidad consciente» y la profesionalización de la maternidad que habían sido planteados incipientemente en los textos de los médicos Crespo y Sánchez.

A partir de la pregunta problema de esta investigación, se han identificado dos grandes campos discursivos que permiten analizar la construcción del binomio madre-hijo desde la retórica de la puericultura en su inscripción institucional y científica: a) los discursos en torno a la lactancia y la alimentación metódica; y b) las prácticas de socialización como el juego enmarcadas en nociones de disciplina.

LO QUE TODA MADRE DEBE SABER: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN METÓDICA

El análisis de la lactancia y la alimentación en los textos seleccionados ilumina sobre los procesos de racionalización de las actividades maternas planteadas por la puericultura y los primeros esfuerzos por la normalización y disciplinamiento de la población infantil, aspectos que se harán evidentes en las prácticas de formación de hábitos. Estas actividades se fundamentan sobre la noción de vigilancia que favorecía la mirada materna y médica de una forma discreta y omnipresente a la vez.¹⁶⁴

«SEA USTED LA NODRIZA SOLO DE SU HIJO»,¹⁶⁵ ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA LACTANCIA NATURAL

Las publicaciones médicas analizadas en esta investigación establecen una clasificación de la alimentación del lactante basada en la procedencia de la leche. En esta investigación, adoptaremos la propuesta del médico otavaleño Enrique Garcés, cuya clasificación ilumina de mejor manera las representaciones sociales de la madre con relación a su rol

164 Donzelot, *La policía de las familias*, 28.

165 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 62.

como dispensadora de cuidados, en especial de la alimentación. Según Garcés, existían dos formas de alimentación posibles para los lactantes: la lactancia natural, es decir aquella que provenía de la misma madre, y la innatural, que remitió a todas las otras formas de alimentar al niño. Dentro de esta división, se destacaba la lactancia por nodriza como seminatural,¹⁶⁶ con lo que buscaba enfatizar en el rol de dispensadora de la madre como algo naturalizado y considerado «normal».

El discurso médico respecto a la lactancia natural se fundamentó en la premisa de que la madre era la única con la capacidad biológica para amamantar, y la leche materna era el alimento básico en la dieta de los recién nacidos. Sánchez, por ejemplo, elogió las propiedades y beneficios de esta en la alimentación de los hijos debido a que contenía «sustancias específicas [que] no se enc[ontraban] ni en la leche de una nodriza ni en la leche de vaca».¹⁶⁷ Bajo dicho argumento, se buscaba que las mujeres asumieran la tarea de amamantar a sus hijos como parte de sus responsabilidades maternas. Asimismo, se constituyó como un recurso para la valoración social y moral de su rol como madres. El incumplimiento del «deber de amamantar» se consideraba como un atentado a la naturaleza y un acto criminal. Así lo manifestaba el médico cuencano Emiliano Crespo, en 1926: «La madre que no alimenta a su progenie con la leche de sus senos comete un hurto tanto más criminal que se opone a una ley de la naturaleza, quien sabia y previsiblemente ha puesto estas fuentes de vida en el organismo de la madre».¹⁶⁸

La premisa detrás de esta exigencia consistía en la idea de que la lactancia era parte de la naturaleza del ser madre. La mujer-madre debía cumplir con funciones biológicas específicas, como la reproducción y la alimentación, que no podían ser eludidas salvo en los casos señalados por Enrique Garcés como «incompatibilidades médicas». No obstante, los galenos denunciaban que muchas mujeres rehuían la lactancia por el temor de modificar sus atributos corporales:

Madres hay que rehúyen el cumplimiento del más noble de los deberes, cual es el de la lactancia, por el pueril temor de ver marchitarse su belleza; es decir, condenan, a una muerte segura a sus hijos o forman generaciones

166 Garcés, *Por, para y del niño*, 1: 243.

167 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 54.

168 Crespo, *Conferencia sobre puericultura*, 10.

de niños raquíticos, *incapaces de llegar a ser ciudadanos útiles*, únicamente por conservar un accidente del que debe prescindir la mujer que entra en el sagrado templo de la maternidad.¹⁶⁹

Si bien es cierto que, para los médicos y expertos, evitar amamantar constituía un atentado a las leyes naturales, era aún más condenable que, con esta acción, las mujeres no cumplieran con su deber patriótico de contribuir con la generación de ciudadanos fuertes, sanos y capaces de contribuir al progreso de la nación ecuatoriana. Así se evidenciaba una doble negación femenina: a su rol natural y a sus deberes patrióticos. No obstante, Enrique Garcés consideraba que era importante que las madres no solo optaron por la lactancia natural sino que «supieran a conciencia los deberes maternales frente al concepto de la puericultura». ¹⁷⁰ Según Garcés, en Ecuador, la lactancia era insuficiente debido a que las madres no sabían la manera higiénica de alimentar a sus hijos, otras no podían cumplir con su deber de lactar por motivos laborales (clases obreras), o lo evitaban por «obedecer los ciegos impulsos de la vida de la sociedad (clases acomodadas)». ¹⁷¹ Las iniciativas de protección social analizadas en el primer capítulo de esta investigación perseguían precisamente el fomento, intervención y vigilancia de la lactancia.

Si lactar era una obligación de la madre por corresponder a su naturaleza, para el bebé, en cambio, constituía el requisito de un desarrollo exitoso. La lactancia era parte de los cuidados que requerían los recién nacidos durante los primeros meses de vida, y su ejercicio contribuía a satisfacer sus necesidades, establecer vínculos afectivos y aportaba la «felicidad del hogar». ¹⁷² Según los expertos, el cuidado y la crianza de los hijos no debían suponer sacrificio alguno, a pesar de que los autores reconocían que estas tareas demandaban gran dedicación en términos de tiempo. Por el contrario, la maternidad intensiva permitía desarrollar el amor maternal o «ternura materna», características propias de la construcción del ideario de la mujer moderna o *nueva mujer*. ¹⁷³ Un artículo

169 Dávila, «La Gota de Leche», 202. Énfasis añadido.

170 Garcés, *Por, para y del niño*, 243.

171 *Ibíd.*

172 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 54.

173 La historiadora española Mary Nash, en su estudio sobre maternidad y reforma eugénica en las tres primeras décadas del siglo XX en España, señala que, a inicios

en la sección de «Lecturas para el hogar» en el diario *El Comercio* en 1928 señalaba que la madre, al dispensar los cuidados necesarios para el desarrollo del bebé «tendrá mayor interés por su hijo, no siéndole molesto alimentarlo, ni vivir pendiente de cuando el pequeño lo necesite».¹⁷⁴

Estos argumentos favorecieron la construcción discursiva del binomio madre-hijo, ampliamente defendida en las publicaciones médicas y de divulgación en el segundo lustro de 1920, basada en la noción del determinismo biológico. La naturalización de la lactancia y la maternidad planteaba la relación en la madre y su hijo como complementaria, simétrica e ineludible,¹⁷⁵ en la que los dos involucrados recibían un beneficio. En 1926, el médico cuencano Emiliano Crespo persuadía a las mujeres-madre a amamantar bajo la promesa de asegurar su salud: «La mujer que lacta mejora ordinariamente en su salud y se embellece».¹⁷⁶ Por su parte, el niño recibía los nutrientes necesarios para asegurar su sobrevivencia. De esta forma, se intentaba contrarrestar el creciente mercado de productos que fomentaban la lactancia artificial.¹⁷⁷

Por otra parte, la lactancia natural, desde una perspectiva psicológica, contribuiría en la formación de la personalidad del niño. En 1937, el médico Enrique Garcés cuestionó la manera de entender la relación entre madre-hijo propuesta por la puericultura en la década pasada. Esta crítica marcó el inicio del tránsito de un discurso puericultor dominado por el determinismo biológico, fuertemente presente en las dos primeras décadas del siglo XX, hacia una mirada marcada por, a decir de la historiadora Marcela Borinski, el dominio de un lenguaje

del siglo XX, se evidencia un cambio en las representaciones culturales de la mujer, de la figura decimonónica del «ángel del hogar» hacia el de la *mujer moderna* o *nueva mujer*, instruida y profesional. Mary Nash, «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939», en *Historia de las mujeres*, ed. Georges Duby y Michelle Perrot (Madrid: Taurus, 2000), 5: 687-708.

174 Dr. Bolt, «La salud de los bebés: Alimentación», *El Comercio*, sec. «Lectura para el Hogar», 29 de marzo de 1928.

175 Marcela Borinsky, «“Todo reside en saber qué es un niño”: Aportes para una historia de la divulgación de las prácticas de crianza en la Argentina». *Anuario de Investigaciones UBA* 23 (2005), 118.

176 Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

177 A partir de 1921, en el diario *El Comercio*, la publicidad ofrecía productos para la alimentación de los niños como biberones y fórmulas lácteas asegurando tener un respaldo médico y científico.

psicológico, que apareció a mediados de la década de 1930 y se consolidó en la década de 1960.¹⁷⁸

El médico manifestaba que, entre el lactante y su madre, además de una dependencia física, existía una dependencia psicológica. La lactancia natural contribuía a establecer vínculos de identificación con la progenitora, y a su vez influía en el desarrollo de la personalidad del niño. En palabras de Garcés: «Si por cualquier motivo falta esa parte del comienzo de la vida [dependencia], va a crecer el pequeño rodeado de desamparo».¹⁷⁹ Desde esta perspectiva, no bastaba con alegar la función natural de la madre, la conciencia eugenésica, sino que se consideraba imprescindible que también asumiera la responsabilidad que le correspondía y no se la delegara a otras mujeres con las que no existía un vínculo natural, porque aquellos bebés, en el futuro, se convertirían en hombres y mujeres con necesidad de depender de otros, inseguros de sí mismos y con otras alteraciones psicológicas que devendrían en problemas sociales como el alcoholismo o la delincuencia. Un adulto con tales características resultaba contraproducente a los objetivos perseguidos por los proyectos nacionales, ya que sería incapaz de aportar física o intelectualmente al progreso del país.

LA CIENCIA DETRÁS DE LA ALIMENTACIÓN

A pesar de las múltiples exposiciones sobre la necesidad de enseñar a las mujeres sobre nociones de puericultura e higiene como parte del proyecto nacional contra la mortalidad infantil y modernización social, Enrique Garcés y Carlos Sánchez denunciaban que la nutrición de los niños se encontraba en un estado de descontrol y «abandonada al empirismo y a la ignorancia de una maternidad consistente tan solo en el fenómeno del parto».¹⁸⁰ Este hecho contribuía a aumentar las muertes en la primera infancia, situación que se agravaba por causa de la mala alimentación de las madres, especialmente en las «clases obreras» y la población indígena.

178 En las décadas anteriores, el discurso de la puericultura no incluía términos del lenguaje psicológico, y el concepto de higiene fue utilizado para hablar sobre el desarrollo físico e intelectual del niño. Borinsky, «“Todo reside en saber qué es un niño”», 1.

179 Garcés, *Por, para y del niño*, 139.

180 *Ibíd.*, 252.

Los autores de las publicaciones analizadas señalaban que la alimentación «innatural» constituía un factor importante en la mortalidad infantil. Emiliano Crespo refería este tipo de lactancia como la más peligrosa y, a la vez, la más utilizada. Según el médico, en 1926 en Cuenca, las muertes ocasionadas por esta eran «casi cuatro veces mayor[es] que [con] la materna».¹⁸¹ Para 1937, Enrique Garcés señalaba que las defunciones de niños lactados artificialmente frente a los lactados al pecho eran siete veces mayores en el primer mes de vida. Entre los cuatro y ocho meses, eran diez veces mayores en aquellos alimentados innaturalmente. Con estas cifras, intentaba demostrar la importancia del amamantamiento natural como una práctica capaz de «salvar a los niños y capacita[rlos] para el futuro con una mejor resistencia orgánica a las enfermedades».¹⁸² Empero, se requería del estricto cuidado y reglamentación en el ejercicio de la lactancia, ya fuera natural o «innatural».

La puericultura prestó especial atención al cuidado e higiene de la alimentación en la primera infancia, por lo cual era común que los textos de difusión atendieran a aspectos como la cantidad, la variedad, las combinaciones, la hora de la toma e incluso la influencia en la formación del carácter.¹⁸³ En esta línea, la lactancia científica, desde una visión positivista, apeló al uso de un método que estableciera los horarios, número de tetadas y la higiene del cuerpo.¹⁸⁴ Según los expertos,

181 Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

182 Garcés, *Por, para y del niño*, 253.

183 Zandra Pedraza, *En cuerpo y alma: Visiones del progreso y de la felicidad* (Bogotá: Universidad de los Andes-Departamento de Antropología, 1999), 154.

184 Las principales diferencias que se encuentran en las publicaciones analizadas están relacionadas con el número de tetadas. Asimismo, los autores presentan tiempos diferentes respecto al inicio del destete y la duración de la lactancia exclusivamente materna. Carlos Sánchez y Emiliano Crespo manifiestan que, hasta los ocho meses, la alimentación del niño debe ser exclusivamente con leche materna. A partir de esa edad el organismo del infante requería de otros alimentos, especialmente, zumos de frutas para su correcto desarrollo. Contrario a esta sugerencia, el doctor Crespo pregonaba que desde los ocho meses debía introducirse de forma progresiva la leche de origen animal. Por su parte, Enrique Garcés señalaba que el proceso de destete debía iniciar a los seis meses y consistía en sustituir una tetada con una papilla hecha con agua o leche y harina lacteada, harina de trigo o tapioca. Estos datos revelan que no existe un consenso sobre el mejor sistema para vigilar y garantizar una buena lactancia, pero era necesario que las mujeres-madre tuvieran conocimiento de estos procedimientos y, sobre todo, que logaran

resultaba, sin embargo, difícil controlar «los espacios de tiempo entre tetada y tetada, [o] medir la duración de cada una de ellas», debido a que las madres no estaban acostumbradas a llevar registro de estos procedimientos y se manejaban por la intuición o los consejos de otras mujeres. Esto contribuía al apareamiento de trastornos digestivos e indigestiones infantiles.¹⁸⁵ El problema se agravaba, según la opinión médica, con la práctica de amamantar al bebé cada vez que lloraba, mantenerlo cerca del pecho constantemente o compartir el lecho con la madre o nodriza. Estos «malos» hábitos impedían que el niño interiorizara las primeras reglas para la convivencia social.¹⁸⁶ Por otra parte, el establecimiento de un horario debía contribuir a que el menor mantuviera una correcta digestión y aprovechamiento nutricional.¹⁸⁷ Sin estas condiciones, era imposible mantener la vigilancia de su peso y estado gástrico, fundamentales para determinar las modificaciones de las raciones.

La alimentación desordenada y sin método era la principal causa de enfermedades del aparato digestivo como la gastroenteritis, y predisponía al pequeño a sufrir padecimientos como la obesidad o la desnutrición.¹⁸⁸ Carlos Sánchez cuestionaba la creencia popular de que «el niño

ejecutarlos según establecían las prescripciones médicas. La posible explicación a las diferentes propuestas estaría asociada con los modelos adaptados por los médicos a la realidad ecuatoriana. Mientras los doctores Crespo y Sánchez planteaban un acercamiento al problema de la alimentación desde la experiencia y el análisis de literatura especializada, la propuesta de Enrique Garcés estaba fundamentada, además, en las observaciones e investigaciones sociales realizadas en el marco de la cátedra de Higiene, impulsada por la Facultad de Medicina de Quito, y los nuevos preceptos establecidos por la puericultura en la década de 1930.

185 Crespo, *Conferencia sobre puericultura*; Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 55; Garcés, *Por, para y del niño*, 245.

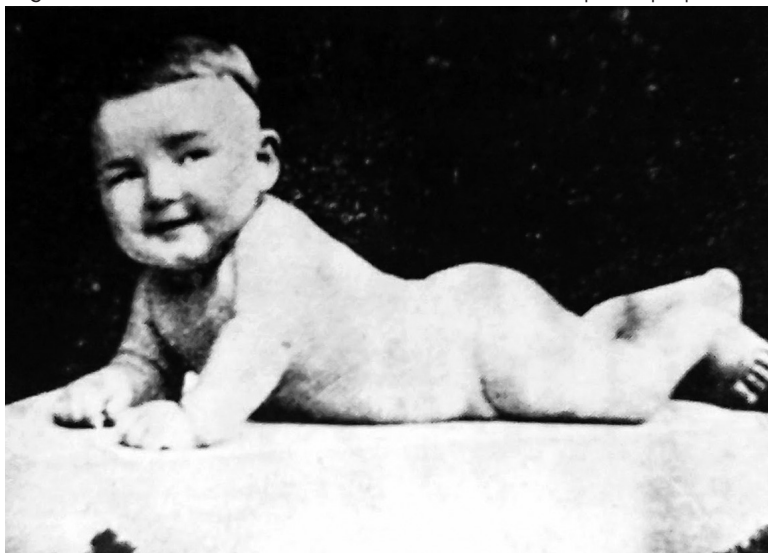
186 Respecto a la relación entre la alimentación y la formación de buenos hábitos, Zandra Pedraza señala que, en el caso colombiano, los intelectuales médicos consideraban que los niños bien educados en el ámbito de la alimentación estarían preparados para desempeñarse en las esferas públicas de manera satisfactoria. Pedraza, *En cuerpo y alma*, 155.

187 Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

188 El médico guayaquileño Alfredo Valenzuela, en su estudio «De qué morimos», en el que analiza la estadística nacional de mortalidad en el Ecuador de 1921, destacó que la alimentación mal direccionada y las tradiciones populares constituían los principales factores para el apareamiento de trastornos y enfermedades digestivas. Estas causas no afectaban únicamente al desarrollo del niño; constituían también un problema sanitario predominante en los sectores obreros e indígenas.

más gordo y de más peso [era] el de mejor salud» y proponía que las madres y los encargados del cuidado del menor buscaran una perfecta nutrición mediante el estudio y aplicación de estrictos sistemas de vigilancia alimentaria.¹⁸⁹ A lo que Garcés añadía que se debía «alimentar perfectamente al niño con el mínimo de leche»,¹⁹⁰ lo que permitiría que el cuerpo del pequeño, en su primera infancia, fuera robusto y presentara un buen desarrollo biológico.

Fotografía 9. «Hermoso niño de ocho meses de edad lactado por su propia madre»



Fuente: Sánchez, *Breves nociones de puericultura*.

Asimismo, Pablo Arturo Suárez, al reflexionar sobre la situación alimentaria de las clases trabajadoras en el país, manifestaba que la alimentación era «insuficiente, incompleta y desarmónica». Por lo cual la puericultura debía contemplar una serie de estrategias encaminadas a la modernizar las costumbres de la población y en especial, enfocarse en la adecuada preparación de las futuras mujeres-madre en lo concerniente a la administración del hogar, ya que ellas eran las únicas llamadas a conocer la manera «racional de alimentarse y de invertir el presupuesto familiar». Alfredo J. Valenzuela, «De qué morimos», *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 4, n.º 1 (1925): 16; Pablo Arturo Suárez, *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1934); Garcés, *Por, para y del niño*, 240.

189 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 59-60.

190 Garcés, *Por, para y del niño*, 244-5.

Adicionalmente, los autores criticaban las prácticas tradicionales de alimentación aplicadas por las madres ecuatorianas, especialmente aquellas asociadas con la concepción del bebé como «un adulto pequeño» o guiadas por el empirismo de las comadronas y la experiencia de otras mujeres-madre. En el primer caso, el desconocimiento de la diferencia fisiológica del cuerpo infantil llevaba a proporcionarle una alimentación, a decir del médico Garcés, «irracional», que no correspondía a las necesidades nutricionales del infante. Según el médico, en los hogares ecuatorianos, se acostumbraba servir al niño pequeño la misma comida que al resto de la familia, sin tener en cuenta aspectos requeridos por la puericultura como su capacidad estomacal. Por otra parte, no se tomaba en cuenta que, durante la primera y la segunda infancia, se requería establecer regímenes alimentarios progresivos, es decir, que fueran introduciendo una variedad de alimentos de acuerdo con el desarrollo biológico.

La propuesta científica no solo buscaba establecer las bases para una alimentación ordenada e higiénica, sino que el principal objetivo planteado era garantizar el normal desarrollo de las funciones corporales e intelectuales de la población infantil. En efecto, estuvo asociada con la noción de nutrición. No era suficiente saciar el hambre, sino que, a través de la aplicación de normas de higiene y un racionamiento adecuado, se debía dotar al organismo de los nutrientes necesarios para su funcionamiento y desarrollo.

Según señalaba Garcés, las clases trabajadoras se veían obligadas a saciar el hambre «como se pueda, con lo que quiera»,¹⁹¹ es decir, sin tomar en cuenta las pautas de los médicos respecto a los procesos de cocción y manipulación de los alimentos, especialmente aquellos asociados con el tratamiento de la leche como base de la alimentación del niño.¹⁹² Adicionalmente, el factor económico limitaba la capacidad de adquisición de los obreros, por lo cual la alimentación de las clases trabajadoras muchas veces se reducía a una o dos comidas al día con un deficiente

191 Garcés, *Por, para y del niño*.

192 En la década de 1920, la Sociedad Cruz Roja inauguró una planta pasteurizadora para higienizar las leches de consumo como parte de su proyecto de protección a la infancia y lucha contra las enfermedades infectocontagiosas. Cruz Roja Ecuatoriana, *Boletín de Información*, 17-8.

consumo de nutrientes.¹⁹³ No obstante, este no era un problema exclusivo de un sector social, ya que, en las familias acomodadas, también se evidenciaban los peligros asociados a una inadecuada nutrición, donde primaban los casos de sobrealimentación.¹⁹⁴

La idea de que las mujeres-madres eran las responsables principales de la alimentación y salud de los hijos fue ampliamente extendida en la comunidad médica. Ante esto, Carlos Andrade Marín señalaba que la ignorancia y la pobreza de las madres eran las principales causas sociales de la mortalidad infantil. Bajo esta noción, se destacaba la necesidad de organizar procesos educativos dirigidos a las mujeres de sectores populares para inculcar en ellas «el sentimiento de su responsabilidad social», darles a conocer detenidamente la forma de cuidar a sus hijos con la finalidad de evitar errores que pudieran causar enfermedad o muerte.¹⁹⁵ De tal forma que la intervención sobre las costumbres se vio como una gestión necesaria, y se condenaron prácticas tradicionales consideradas por los médicos como peligrosas. Al respecto, Alfredo Valenzuela señalaba que «harto común es, por desgracia, la costumbre de darles carne a los lactantes, carnesita para que chupe y les favorezca la aparición dental y el niño acaba por tragarse enteros sendos pedazos que fermentan en su intestino y les producen fuertes infecciones. Una enfermedad causada por esta costumbre es el cólera infantil».¹⁹⁶

Según Andrade Marín, el problema de la alimentación estaba en las «mentes llenas de prejuicios» de las mujeres, lo que dificultaba la tarea de inculcarles y que pusieran en práctica la crianza infantil bajo preceptos científicos.¹⁹⁷ No obstante, la dificultad en la aplicación de las

193 Los estudios sobre las condiciones de vida de los obreros en Quito, realizados por los estudiantes de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina, señalaban que las condiciones económicas de las clases trabajadoras les impedían seguir los preceptos médicos sobre una buena alimentación, en la que se integraran de forma equilibrada los diferentes grupos alimenticios. Según el estudio, las cantidades de nutrientes consumidos por los obreros en Quito eran deficientes. Pomerio Cabrera, Humberto Ordoñez y Carlos Alberto Guarderas, «Contribución al estudio de la alimentación del obrero de Quito», *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 47, n.º 277 (1931): 102-5.

194 Garcés, *Por, para y del niño*.

195 Andrade Marín, *La protección de la infancia en el Ecuador*.

196 Valenzuela, «De qué morimos», 17.

197 Andrade Marín, *Siete clases de higiene social*, 25.

reglas de puericultura estuvo asociada con la diferencia en los valores culturales expuestos por los médicos y los de las madres populares, quienes reinterpretaban los consejos de los expertos en función de las condiciones sociales en la que vivían, de sus concepciones de infancia, dietética, salud y enfermedad. Para las mujeres de clases acomodadas o que compartieran los valores culturales de los especialistas, fue más fácil la asimilación de dichas pautas; sin embargo, no garantizaba que las pusieran en práctica o asumieran la crianza de los hijos.

LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL JUEGO EN EL DISCIPLINAMIENTO DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Desde el discurso médico usado por los autores de los manuales seleccionados, el juego fue concebido como una «necesidad fisiológica» del menor, debido a que «los organismos en vía de crecimiento tienen que buscar la actividad y el movimiento».¹⁹⁸ Según Carlos Sánchez, la actividad física permitía establecer valoraciones sobre el desarrollo en la segunda infancia: «El niño que juega, que se mueve y que está en constante actividad es un niño que tiene salud y que se desarrolla normalmente. Los inactivos, los indiferentes a las distintas formas de emoción son, ordinariamente, niños enfermos y que se desarrollan anormalmente».¹⁹⁹

Estas caracterizaciones develan una fuerte necesidad por establecer parámetros para la normalización del cuerpo y la construcción de la figura del niño robusto y activo como un ideal de la infancia en edad preescolar. La relación entre movimiento y salud no solo contemplaba el aspecto físico del desarrollo infantil, sino que estarían asociada con los aspectos psicológicos del pequeño, como las emociones. Sobre este aspecto en concreto, el libro *Breves nociones de puericultura*, del doctor Carlos Sánchez, se limita a presentar una descripción sucinta del rol del juego y la actividad física en el desarrollo. Por su parte, Enrique Garcés propone un análisis de la aplicación de la educación física, entendida como actividad metódica, formadora de hábitos y disciplina. La misma se iniciaba con el juego al aire libre, en la segunda infancia, y se perfeccionaba con la práctica profesional de un deporte. A pesar de que estas

198 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*.

199 *Ibíd.*, 84.

publicaciones no proponen pautas para guiar el juego, se nutrían de la concepción genético-biológica de la infancia promovida por la pedagogía decrolyana,²⁰⁰ así como de las propuestas pedagógicas de María Montessori y Friedrich Fröbel,²⁰¹ discutidas en revistas de educación.

De esta forma, la actividad física debía estar «dosificada» según criterios de edad y sexo. El médico Enrique Garcés señalaba que, durante el período de la segunda infancia, se debía priorizar un programa de media hora diaria, con juegos de imitación, marchas con cantos y recitaciones, danza rítmica y natación. Este programa buscaba estimular las funciones orgánicas como la respiración, la circulación y la digestión. Además, planteaba la necesidad de elaborar cuadros antropométricos que permitieran informar sobre el desarrollo fisiológico de la infancia. El objetivo de aplicar correctamente los criterios señalados posibilitaría el disciplinamiento y armonización del cuerpo del niño, atravesado por el control de los procesos biológicos.²⁰²

A partir de estas consideraciones, los autores mencionados destacaban que la actividad lúdica y física requerían vigilancia. «Se debe vigilar el juego del niño, así como se vigila el sueño», señalaba el médico Carlos Sánchez.²⁰³ A pesar de que las publicaciones analizadas no explicitan quién debía guiar estas acciones, asumimos que, al estar dirigidas a la población femenina, las responsables de regular las actividades lúdicas debieron ser las madres y las maestras. En 1921, un artículo en el diario *El Comercio* titulado «Por la mujer» enfatizó en la capacidad natural de esta, especialmente de la madre, para «educar» a los hijos. Ella podía «dominar en el niño, modelar sus costumbres, ilustrar su conciencia».²⁰⁴ En este sentido, la mujer-madre no solo debía garantizar el desarrollo

200 La pedagogía decrolyana proponía una concepción genético-biológica de la infancia, y permitió pensar en una educación que tomara en cuenta las características físicas y mentales de los niños, es decir, una escuela «hecha a la medida» en la que se considerara no solo las edades de los niños, sino sus intereses y capacidades. Fernández Rueda, «La construcción moderna de los maestros».

201 La pedagogía froebeliana, aplicada en los jardines de infantes, propuso un método que «mezclaba trabajos y juegos con el fin de modelar el carácter y cultivar la mente de los niños» en edad preescolar. Cabanilla Cevallos, *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*.

202 Garcés, *Por, para y del niño*.

203 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 51.

204 Ofelia, «Por la mujer», *El Comercio*, 9 de mayo de 1921.

físico del niño, sino que, a través de actividades como jugar, buscaba prepararlo para «el descubrimiento del mundo», promover la curiosidad, la imaginación y estimular los sentidos.

El doctor Sánchez manifestaba que los juguetes de colores vivos y que hacen ruido son «los que más curiosidad despiertan». En la segunda infancia, se debía fomentar y guiar la imaginación de los niños. Para esto era necesario permitirle al menor inventar actividades que «le divirtieran e instruyeran al mismo tiempo», y añadía que «los juegos al aire libre como la carrera, el balón, el aro son convenientes para esta edad».²⁰⁵ Si bien las publicaciones sobre la crianza de los hijos no profundizan en el rol del juego y la actividad física, es posible evidenciar algunos aspectos que guiaron los proyectos de control del cuerpo infantil. Jugar no solo constituyó una necesidad fisiológica, sino que contribuyó a construir el ideal del niño robusto, activo y sano que, con una buena dirección materna, se convertiría en un adulto fuerte y útil.

205 Sánchez, *Breves nociones de puericultura*, 85.

CONCLUSIONES

A partir del estudio de las representaciones de la infancia y la maternidad que, desde el discurso médico, guiaron las prácticas de crianza y disciplinamiento del cuerpo del niño entre 1920 y 1938, se establecieron algunas conclusiones generales.

En primer lugar, se distingue una contradicción dentro de las aspiraciones liberales respecto al rol social de la mujer. Por una parte, se evidenció una serie de proyectos enfocados en garantizar su emancipación económica, la inserción femenina en el campo laboral y el acceso al ejercicio de sus derechos políticos. Por otra parte, se fortaleció un discurso de género que priorizó la función materna como elemento constitutivo de la feminidad. La mujer debía cumplir con una «misión biológica», y a la vez patriótica, de dispensar los cuidados necesarios a los hijos para formar ciudadanos sanos, fuertes y útiles a los proyectos nacionales de progreso. Sin embargo, era indispensable emprender planes pedagógicos encaminados a enseñar a ser madre, ya que no era suficiente el ejercicio de la maternidad, sino que se fundamentara en nociones de higiene y eugenesia.

En este contexto, los debates en torno a la educación señalaban que debía estar direccionada a convertir a la mujer en una madre consciente de sus obligaciones biológicas y sociales, sobre cualquier otra aspiración. A pesar de que, en el período de estudio, se fomentaba su desarrollo profesional, especialmente en carreras sanitarias como la Enfermería

y la Obstetricia, el ideal femenino funcional a los proyectos estatales era el de la madre instruida y amorosa. Por esto, el trabajo era visto como un elemento perjudicial, en especial para el ejercicio de una buena maternidad. Este obligaba a las mujeres a abandonar las responsabilidades para con sus hijos y contribuía a elevar los índices de mortalidad infantil. Si bien no se proponía prohibir el ejercicio laboral, se reconocía la tarea de crear instituciones y políticas sociales de protección a las trabajadoras y a sus niños. Estas iniciativas buscaban reorientarlas a volver al espacio doméstico, por lo que enfatizaron en la necesidad estatal de promover el cumplimiento de las obligaciones de crianza, especialmente asociadas con la alimentación, y el control de la población femenina e infantil.

Por otra parte, hasta inicios de la década de 1920, los programas de asistencia estuvieron asociados a la concepción de la salud como un asunto de la caridad y la filantropía, y fueron impulsados por sociedades privadas o instituciones como la Junta de Beneficencia. A partir de la Revolución Juliana en 1925, el interés inicial de protección a la *infancia en peligro* propuesto por el liberalismo se amplió y visibilizó la necesidad de servicio médico y social para la mujer-madre. El influjo de las ideas socialistas permitió contemplar la atención de la enfermedad como un problema de Estado que se debía atender desde el nacimiento hasta la muerte del sujeto. En este contexto, el cuidado a la niñez y la maternidad se convirtió en eje de preocupación estatal, e inspiró la creación de instituciones y normativas dirigidas especialmente a estos sectores de la población como los DPI o la Sección prenatal, natal y de protección infantil en la década de 1930.²⁰⁶ No obstante, como señala Kim Clark, estas medidas fueron concebidas principalmente para la protección del niño, y secundariamente, para sus madres.²⁰⁷

Como segundo punto, se destacan numerosos intentos de control de la población, especialmente dirigidos a los sectores populares, los mismos que no lograron consolidarse a pesar de los múltiples dispositivos de propaganda y difusión utilizados por el Estado y la institución médica. El discurso higienista planteaba que, en las costumbres del pueblo,

206 Adicionalmente se crearon escuelas maternas, hogares infantiles, colonias vacacionales, y se dictaron decretos para el sostenimiento de dichas instituciones.

207 Clark, «Género, raza y nación», 192.

radicaba el obstáculo que retrasaba el avance del progreso nacional. Las condiciones de pobreza en las que vivía la mayor parte de la población y la ignorancia, especialmente de las madres, constituían la principal causa del proceso de degeneración social por el que atravesaba el país. Por ello, a inicios de 1920, se fortaleció la demanda por el cuidado científico e higiénico de los niños como la base de las iniciativas de protección de la infancia. De esta forma, la medicina moderna, a través de la puericultura, deslegitimó los saberes tradicionales y empíricos sobre procesos biológicos como el embarazo, el parto y la misma crianza de los hijos, que se habían aplicado hasta el momento.

La introducción de la puericultura buscaba modernizar las prácticas maternas, desde una perspectiva biomédica cuyos consejos estuvieron destinados a garantizar la vida del niño en su primera infancia. Por eso se propuso un proyecto disciplinario para el cuerpo de la mujer-madre y el niño basado en la introducción de estrictos regímenes que regulan aspectos fisiológicos como la alimentación, el movimiento y el cuidado del cuerpo. A pesar de que la autoridad del médico guió estos procesos, no determinó el éxito en su aplicación, y las prácticas empíricas y tradicionales se mantuvieron intactas, especialmente en zonas rurales.

Por otra parte, la puericultura denota una separación de tareas dentro de la institución médica. Los galenos, generalmente hombres, se encargaron del estudio teórico sobre la crianza y cuidado del niño. A pesar del fortalecimiento de las especialidades como la pediatría, los médicos no se encargaban directamente de la aplicación de las pautas establecidas por ellos en sus tratados sobre protección de la infancia y crianza. La parte práctica estuvo a cargo de las profesionales sanitarias, quienes debían guiar a las madres en la forma correcta de atender las necesidades de sus hijos. Además, cumplían un papel moralizador, ya que debían transmitir a las mujeres de los sectores populares los valores culturales sobre la maternidad y la infancia defendidos por las clases dominantes y el Estado.

Finalmente, el análisis crítico de las tres publicaciones especializadas ilumina sobre la manera en que los médicos ecuatorianos entendieron la puericultura y, por medio de este saber, configuraron una dupla discursiva que permitió, por una parte, visibilizar al niño como sujeto con un espacio y necesidades diferenciadas; y por otra, se evidenció una doble sujeción de los cuerpos femenino e infantil, ya que el bebé

se representaba como un ser dependiente de un cuerpo adulto para su sobrevivencia. A la vez, la mujer no podía ni debía rehuir a sus deberes como madre, ya que su presencia era indispensable para la crianza de sus hijos. En conjunto, estos procesos e iniciativas marcaron la construcción de concepciones de infancia y maternidad con las que se buscaba homogenizar a la población, y que respondían a una corriente internacional para la protección de los infantes fundamentada en ideas eugenésicas, presente en el mundo durante la primera mitad del siglo XX, y con rasgos incipientes de transformar al menor en un sujeto de derechos.

Esta investigación intenta responder a una interrogante enfocada en entender la forma en que la puericultura contribuyó a configurar las concepciones de maternidad e infancia y sirvió, además, como un recurso para la creación de políticas sociales para el control y protección de la población femenina e infantil. En este sentido, es preciso señalar que no pretende ser un estudio terminado, y más bien busca invitar a reflexionar sobre la historia de las mujeres y los niños en el espacio ecuatoriano. Por esta razón, consideramos que, al finalizar este ejercicio, varias temáticas no pudieron ser profundizadas y nos impulsa a interrogarnos sobre las otras formas de crianza practicadas que se busca ocultar con el discurso modernizador.

BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVOS CONSULTADOS

Archivo-Biblioteca del Ministerio de Cultura y Patrimonio (BMCP)

Archivo-Biblioteca del Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella (AMNME)

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas (BFCM)

Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Biblioteca PUCE)

Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinosa Pólit (BEAEP)

Biblioteca Nacional del Ecuador Eugenio Espejo (BNEEE)

FUENTES PRIMARIAS

Revistas y boletines

Anales de la Universidad Central del Ecuador, abril-junio 1921 hasta julio-septiembre de 1931

Boletín de Informaciones n.º 1 de la GdL del Azuay, 1926

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1925 hasta 1929

Educación, enero de 1926 hasta julio de 1927

Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, 1930

Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 1969

Periódicos

El Comercio, enero 1920 hasta octubre 1935

Estatutos, informes y leyes

Cruz Roja Ecuatoriana. *Boletín de Información*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928.

Dirección General de Hogares de Protección Social. *Reglamento de Casas Cuna*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1938.

Dirección General de Sanidad. *Reglamento Interno para la Sección prenatal, natal y de protección infantil*. Quito: Imprenta Nacional, 1935.

Ecuador. *Código de Menores*. Quito: Imprenta del Ministerio de Gobierno, 1938.

—. *Ley de Servicio Sanitario Nacional*. Quito: Imprenta Nacional, 1935.

—. *Ley Orgánica de Hogares de Protección Social*. Registro Oficial 15, noviembre de 1937.

- . *Ley sobre Trabajo de Mujeres y Menores y de Protección a la Maternidad*. Registro Oficial, de octubre de 1928.
- Martínez, Luis. *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua*. Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936.
- Sociedad de La Gota de Leche. *Estatutos de la Sociedad de La Gota de Leche*. Quito: Imprenta y Encuadernación Nacionales, 1920.
- . *Reglamento interno de La Gota de Leche*. Quito: Imprenta del Clero, 1923.
- Sociedad Protectora de la Infancia. *Informe anual presentado por el Dr. J. M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de enero de 1931, correspondiente al año 1930*. Guayaquil: Imprenta y Papeleería Mercurio, 1931.
- . *Informe anual presentado por el Dr. J. M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de enero de 1932, correspondiente al año 1931*. Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1932.

Documentación oficial de la Dirección General de Sanidad, 1920-1937

Actas de sesión de la Junta Central de Beneficencia, 1920-1926.

Actas de sesión de la Junta Central de Asistencia Pública, 1926-1938.

FUENTES SECUNDARIAS

- Agostoni, Claudia. «Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la Ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)». *Mexican Studies/Estudios Mexicanos* 18, n.º 1 (2002): 1-22. <https://doi.org/10.1525/msem.2002.18.1.1>.
- Albán, Jéssica. *Historia del Hospital de Portoviejo Dr. Verdi Cevallos Balda*. Quito: Spi, 2006.
- Alfaro Gómez, Cecilia. «Puericultura, higiene y control natal: La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922». *Historia Autónoma*, n.º 1 (septiembre de 2012): 108-19.
- Altamirano, Carlos. «Campo intelectual». En *Términos críticos de sociología de la cultura*, dirigido por Carlos Altamirano, 9-10. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Álvarez, Mónica. «“Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”: Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX». Tesis de licenciatura, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015.
- Andrade Marín, Carlos. *La protección de la infancia en el Ecuador*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929.
- . *Lo que toda madre debe saber*. Quito: Instituto de Previsión Social, 1944.

- . *Siete clases de higiene social*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1941.
- Arévalo Hernández, Decsi. «Muchas acciones y una solución distante: Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945». *Historia Crítica*, n.º 39E (2009): 166-86. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/histcrit39E.2009.09>.
- Aristizábal García, Diana Marcela. «Niños deseantes y mercados emergentes: Reflexión histórica sobre la infancia y el consumo en Colombia, primera mitad del siglo XX». *Trashumante: Revista Americana de Historia Social*, n.º 8 (2016): 200-25.
- Astudillo Espinosa, Celín. *Páginas históricas de la medicina ecuatoriana: Instituciones, ideas y personajes*. Quito: Instituto Panamericano de Geografía Histórica, 1981.
- Ayora, Isidro. «A las maestras». En *Breves nociones de puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*, de Carlos Sánchez, IX-X. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1928.
- Ayora, Isidro, Alejandro Villamar y Carlos García Drouet. «Proyecto de Plan General de estudios de Medicina». *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 4, n.º 15-16 (julio de 1916): 431-42.
- Bastidas, Antonio. *Contribución al estudio de la protección de la infancia en el Ecuador y demografía nacional*. Quito: Imprenta Municipal, 1924.
- Bedoya, María Elena. *Triciclos: Espacios lúdicos y objetos culturales de la infancia en el Ecuador entre 1890-1940*. Quito: Banco Central del Ecuador, 2008.
- Bethell, Leslie, ed. *América Latina: Cultura y sociedad, 1830-1930*. Barcelona: Crítica, 1999.
- Boltanski, Luc. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia, 1974.
- Borinsky, Marcela. «“Todo reside en saber qué es un niño”: Aportes para una historia de la divulgación de las prácticas de crianza en la Argentina». *Anuario de Investigaciones UBA* 23 (2005): 117-26.
- Bracamonte, Lucía. «Mujeres benefactoras en el sudoeste bonaerense argentino: El caso del Patronato de la Infancia de Bahía Blanca, 1906-1931». *HISTORELo: Revista de Historia Regional y Local* 4, n.º 7 (2012): 48-84. <https://doi.org/10.15446/historelo.v4n7.25148>.
- Briolotti, Ana. «Educando a los padres argentinos: Un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan». *Avances del Cesor* 13, n.º 15 (diciembre de 2016): 39-60.
- Bruno, Paula. «Positivismo y cultura científica: Escenarios, hombres e ideas». *Prismas: Revista de Historia Intelectual* 19, n.º 2 (2015), 193-200. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=387042861014>.

- Cabanilla Cevallos, Francisco. *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*. Guayaquil: Imprenta El Diario, 1929.
- Cabrera, Pomerio, Humberto Ordoñez y Carlos Alberto Guarderas. «Contribución al estudio de la alimentación del obrero de Quito». *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 47, n.º 277 (1931): 89-105.
- Cadena, Ana María. «Los niños en el sistema laico de educación: Relación entre el acceso a la educación primaria y el trabajo infantil en Quito durante 1890 y 1940». Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2002.
- Carrillo, Ana María. «La “Civilización” del Amor». En *Amor e historia: La expresión de los afectos en el mundo de ayer*, coordinado por Pilar Gonzalbo Aizpuru, 409-40. Ciudad de México: Colegio de México, 2013. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14jxp05.20>.
- Ceballos Garibay, Héctor. *Foucault y el poder*. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán, 1986.
- Checa Ron, Sophia. «Prostitución femenina en Quito: Actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)». *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 43 (2016): 121-46.
- Chilig, Enma. «“Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones”: Control y protección de la infancia en el marco de la institucionalización de la higiene en Quito entre 1914-1937». Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2017. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13344>.
- Clark, Kim. «Gender, Class and State in Child Protection Programs in Quito». En *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*, 272. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2012.
- . *Gender, State and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2012.
- . «Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador, 1910-1940». En *Palabras del silencio: Las mujeres latinoamericanas y su historia*, editado por Martha Moscoso, 220-56. Quito: Abya-Yala, 1995.
- . «Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)». En *Antología de estudios de género*, compilado por Gioconda Herrera, 183-210. Quito: FLACSO Ecuador, 2001.
- Colmenar, Carmen. «La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el Franquismo». *Historia de la educación: Revista Interuniversitaria*, n.º 28 (2009): 161-83.

- Crespo, Emiliano. *Conferencia sobre puericultura*. Cuenca: Tipografía de la Universidad Central, 1926.
- Cruz Roja Ecuatoriana. *Boletín de Información*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928.
- Cruz Roja Panamericana. «Segunda Conferencia Panamericana de La Cruz Roja». *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 5, n.º 8 (1926): 347-50.
- Dávila, Luis. «La Gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil». *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, n.º 246 (junio de 1923): 199-254.
- De la Torre, Patricia. «El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil». *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 8 (1996), 119-38.
- . *La Junta de Beneficencia de Guayaquil: Lo privado y local en el Estado ecuatoriano*. Quito: Abya-Yala, 1999.
- Donzelot, Jacques. *La policía de las familias: Familia, sociedad y poder*. Traducido por Alejandrina Falcón. Buenos Aires: Nueva Visión, 2008.
- Espinoza Tamayo, Alfredo. *Consejos a las madres: Cartilla higiénica de puericultura*. Guayaquil: Imprenta La Reforma, 1914.
- Estrada, Jenny. *Una mujer total: Matilde Hidalgo de Procel*. Quito: Santillana, 2004.
- Estrella, Eduardo. *Medicina y estructura socioeconómica*. Quito: Belén, 1980.
- Fernández Rueda, Sonia. «La construcción moderna de los maestros y de la infancia en el Ecuador (1925-1948): “La cuestión social”, la “escuela activa” y las nuevas ciencias humanas». Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2013. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3436>.
- Foucault, Michel. *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets, 1992.
- . «El sujeto y el poder». *Revista Mexicana de Sociología* 50, n.º 3 (1988): 3-20. <https://doi.org/10.2307/3540551>.
- . «Historia de la medicalización». *Educación Médica y Salud* 11, n.º 1 (1977): 3-25.
- . *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. 3 vols. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 1977.
- Funes, Patricia. «De la revolución a la evolución, orden y progreso». En *Historia mínima de las ideas políticas en América Latina*, 63-79. Ciudad de México: Colegio de México, 2014.
- Garcés, Enrique. *Por, para y del niño*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1937.
- Goetschel, Ana María. *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas*. Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala, 2007.

- . *Mujeres e imaginarios: Quito en los inicios de la modernidad*. Quito: FLACSO Ecuador, 1999.
- Guarderas, Fabián. *Talentos médicos ecuatorianos*. Quito: Facultad de Ciencias Médicas, 1998.
- Gutiérrez Urquijo, Natalia María. «El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936». *HiSTOReLo: Revista de Historia Regional y Local* 9, n.º 17 (2017): 221-49. <https://doi.org/10.15446/historelo.v9n17.55511>.
- Huertas, Rafael. *Los laboratorios de la norma: Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro, 2008.
- Instituto Nacional de Previsión. *A las madres ecuatorianas*. Quito: Departamento de Propaganda, 1936.
- Jijón, Antonio. «Apuntes históricos sobre la Obstetricia». *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* 8, n.º 21-24 (septiembre de 1966), 97.
- Kingman, Eduardo. *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía*. 2.ª ed. Quito: FLACSO Ecuador / Fondo de Salvamento del Patrimonio Cultural, 2008.
- Landázuri Camacho, Mariana. *Salir del encierro: Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Banco Central del Ecuador, 2008.
- Loredó, José Carlos. «Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: Un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna». *Revista de Historia de la Psicología*, n.º 37 (2016): 47-54.
- Loredó, José Carlos, y Belén Jiménez Alonso. «Small Citizens: The Construction of The Child in The First Subjectivity Spanish and Latin American Childcare». *Universitas Psychologica* 13, n.º SPE5 (diciembre de 2014): 1955-65.
- Maiguashca, Juan, y Liisa North. «Orígenes y significado del Velasquismo: Lucha de clases y participación política en el Ecuador, 1920-1970». En *La cuestión regional y el poder*, editado por Rafael Quintero, 89-159. Quito: Corporación Financiera Nacional / FLACSO Ecuador / CERLAC, 1991.
- Mannarelli, María Emma, y Betty Alicia Rivera Caro. «Una aproximación histórica a la salud infantil en el Perú: Las mujeres en el cuidado de la infancia (1900-1930)». *Investigaciones Sociales* 15, n.º 27 (2011): 445-55.
- Márquez Valderrama, Jorge. «Presentación del dossier “Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia”». *Historia Crítica*, n.º 46 (2012): 11-6.
- Martínez, Luis. *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua*. Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936.
- McCleary, George Frederick. «The Infants' Milk Depot: Its History and Function». *The Journal of Hygiene* 4, n.º 3 (julio de 1904): 329-68.

- Naranjo, Plutarco. *Pensamiento médico ecuatoriano II: Estudio introductorio y selección Plutarco Naranjo*, vol. II. Quito: Corporación Editora Nacional (CEN) / Ministerio de Cultura, 2011.
- Nash, Mary. «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939». En *Historia de las mujeres*, vol. 5, editado por Georges Duby y Michelle Perrot, 687-708. Madrid: Taurus, 2000.
- Nóbrega, Enrique. *La mujer y los cercos de la modernización: los discursos de la medicina y el aparato jurídico*. Caracas: Fundación CELARG, 1997.
- Orquera Polanco, Katerinne. «La agenda de los gobiernos liberales-radicales respecto a la instrucción pública, especialmente de las mujeres (1895-1912)». Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2013. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3788>.
- Palacio, Irene. *Mujeres ignorantes: madres culpables; Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Universitat de València, 2003.
- Paladines, Carlos. *Pensamiento positivista ecuatoriano*. Quito: Banco Central del Ecuador / CEN, 1979.
- Palma, Héctor A. «Eugenesia y educación en la Argentina». En *Historias de salud y la enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, editado por Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri, 231-52. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados / Universidad Nacional de Córdoba / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 2008.
- Palomar Varea, Cristina. «Maternidad: Historia y cultura». *Revista de Estudios de Género La ventana*, n.º 22 (2005): 35-67.
- Pavez Soto, Iskra. «Sociología de la infancia: Las niñas y los niños como actores sociales». *Revista de Sociología*, n.º 27 (2012): 81-102. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2012.27479>.
- Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma: Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Universidad de los Andes-Departamento de Antropología, 1999.
- Rodas, Germán. *Revolución Juliana y salud colectiva*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / CEN, 2012.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, Teresa Ortiz Gómez y Olga García-Duarte Ros. «Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España». *Jano* 29 (1985): 1066-77.
- Rollet, Catherine. «The Fight Against Infant Mortality in The Past». En *Infant and Child Mortality in The Past*, editado por Alain Bideau, Bertrand Desjardins y Héctor Pérez Brignoli, 38-60. Nueva York: Clarendon Press Oxford, 1997.

- Saldarriaga, Óscar, Javier Sáenz Obregón y Armando Ospina. *Mirar la infancia: Pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946; Raza, examen, método y sociedad*, vol. 2. Medellín: Foro Nacional por Colombia, 1997.
- Sánchez, Carlos. *Breves nociones de puericultura: Para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1928.
- . «La enseñanza de Higiene y Puericultura». *Educación: Revista mensual para el Magisterio* 1, n.º 3 (1926): 9-10.
- . «La importancia del estudio de Puericultura en la enseñanza escolar». *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 41, n.º 265 (septiembre de 1928): 16-9.
- . «Protección a la infancia». *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 32, n.º 246 (1923): 57-64.
- Santos Lamprecht, Cláudia Amaral dos. «Conselhos às mães: manuais de puericultura como estratégia biopolítica na constituição de infâncias saudáveis e normais». *Textura (ULBRA)* 16, n.º 32 (13 de noviembre de 2014). <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1252>.
- Sapriza, Graciela. «Mentiras y silencios: El aborto en el Uruguay del novecientos». En *Historias de la vida privada en el Uruguay: El nacimiento de la intimidad, 1870-1920*, vol. 2, dirigido por José Pedro Barrán, Gerardo Caetano y Teresa Porzecanski, 115-42. Montevideo: Santillana, 1996.
- Stern, Alexandra Minna. «Making Better Babies: Public Health and Race Betterment in Indiana, 1920-1935». *American Journal of Public Health* 92, n.º 5 (mayo de 2002): 742-52.
- Suárez, Pablo Arturo. *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1934.
- Suárez y López-Guazo, Laura. «La Sociedad Mexicana de Eugenesia: Selección y mejoramiento racial». En *El darwinismo en España e Iberoamérica*, editado por Thomas Glick, Rosaura Ruiz y Miguel Ángel Puig-Samper, 187-97. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) / Consejo Superior de Investigaciones Científicas / Doce Calles, 1999.
- Terán Najas, Rosemarie. «La escolarización de la vida: El esfuerzo de construcción de la modernidad educativa en el Ecuador: (1821-1921)», Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2015. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Rteran>.
- Universidad Central del Ecuador. «Conferencia de puericultura». *Anales de la Universidad Central del Ecuador* 30, n.º 242 (marzo de 1921): 291-2.

Valenzuela, Alfredo J. «De qué morimos». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 4, n.º 1 (1925): 13-24.

Villarreal, Milagros. «Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970)». Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2016. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5496>.

ÚLTIMOS TÍTULOS DE LA SERIE MAGÍSTER

317	Andrea Barrero, <i>Cartas y procesos judiciales de libertad en La Plata (Charcas, siglo XVII)</i>
318	Carla Sandoval, <i>PILAR: Una metodología para las cooperativas de ahorro y crédito en Ecuador</i>
319	Blanca Inés Alta, <i>La comunidad y el sumak kawsay: Construyendo conceptos</i>
320	Sofía Tinajero Romero, <i>De la oralidad a la historia: El testimonio como género periodístico</i>
321	Carolina Cárdenas Calderón, <i>El techo de cristal: Cultura organizacional y género (ESPE, 2009-2019)</i>
322	Ivonne Guzmán, <i>La pintura social: Tres mujeres en el mundo del arte de los años 30</i>
323	Silvia Álvarez, <i>La paradoja del proceso de descentralización en Ecuador (2010-2016)</i>
324	Luis Sempértégui Fernández, <i>Valoración aduanera en Ecuador bajo las normas GATT/OMC</i>
325	Daniela A. Leytón Michovich, <i>La consulta como dispositivo de seguridad: Caso TIPNIS</i>
326	Cristina Jara Cazares, <i>La mujer kichwa saraguro en el ejercicio de la justicia indígena</i>
227	Carmen Mariscal, <i>Corredores de conservación: Una oportunidad para la biodiversidad</i>
328	Luis Fernando Carrera, <i>Mariana de Jesús en el arte de Pinto y Mideros (1876-1926)</i>
329	David Castillo Aguirre, <i>El derecho humano a la identidad de las personas adoptadas</i>
330	Cecilia Borja Pazos, <i>Minería en Bolívar: Resistencia al proyecto Curipamba Sur</i>
331	Teresa Veloz, <i>Cambio climático: Percepciones y efectos en comunidades achuar de Ecuador</i>
332	Enma Chilig Caiza, <i>La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938</i>

La puericultura contribuyó a construir una dupla discursiva madre-hijo, funcional a los procesos de modernización de los hábitos y formas de vida de los estratos populares impulsados por el Estado e instituciones privadas en las décadas de 1920 y 1930. Este estudio realiza un acercamiento a las principales instituciones y normativas creadas para garantizar la atención médica y social de las madres y sus hijos. A la vez, profundiza en la consolidación de la puericultura como un saber médico especializado, sus espacios y medios de difusión. Pone especial interés en la forma en que el discurso médico define el lugar social de la mujer como encargada de garantizar la reproducción adecuada de una población fuerte y sana. La investigación se nutre de manuales especializados y de un abanico de fuentes de carácter institucional, normativo y pedagógico.

Enma Chilig Caiza (Machachi, 1991) es historiadora (2017) por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y magíster en Historia (2019) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Investiga sobre la historia de las mujeres, las infancias y la salud.

