



Del desamparo y abandono a la maternidad sustituta. La institución "Amas de Oriente" de Bogotá, 1918-1936

Eliana Gómez-Rodríguez*

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

Jorge Márquez-Valderrama**

Universidad Nacional de Colombia

Victoria Estrada-Orrego***

Institución Universitaria ITM, Colombia

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n32.101168>


Recepción: 21 de febrero de 2022


Aceptación: 9 de mayo de 2022


Modificación: 16 de mayo de 2022

Resumen

Este artículo aborda las prácticas, así como los discursos médicos y administrativos especializados en los niños y niñas abandonados y huérfanos, atendidos por la sección Amas de Oriente del Hospicio de Bogotá, entre 1918 y 1936. Mediante la crítica documental, se analizó un corpus elaborado a partir del Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca. La documentación permitió una aproximación al funcionamiento de la asistencia pública en general y, específicamente, al del Hospicio. Además, facilitó el estudio de las estrategias de atención, vigilancia y control dirigidas a la primera infancia y a las amas de campo. Esto último contribuyó al hallazgo de un sistema oficial de nodrizas para la infancia abandonada. Para comprenderlo, se reconstruyó el contexto histórico de la pobreza, la desigualdad, el trabajo femenino, la nutrición y la economía de la salud. Los niños más pequeños fueron atendidos por nodrizas asalariadas, mujeres campesinas mal pagas, utilizadas por las autoridades, tildadas de ignorantes, sucias y enfermas. Fue un sistema de crianza duradero, quizás porque era más viable y menos oneroso que el

* Magíster en Historia por la Universidad Nacional de Colombia. Docente líder de investigación de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Uniminuto) Colombia. Este artículo es resultado de la tesis "La medicalización de la infancia en el Hospicio de Bogotá: prácticas y discursos, 1918-1942", sustentada en el programa de Maestría en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. La tesis fue financiada con recursos que provinieron de los proyectos de investigación: "Medicalización de la infancia y de la locura examinadas a través de la institucionalidad asistencial y de la higiene mental en Colombia en el siglo XX" código HERMES 34773 (2016) y "Medicalización precoz y desmedicalización: estudios de casos colombianos", código HERMES 45792 (2019-2020) de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la misma Universidad. Elaboró la recopilación de datos, análisis e interpretación de datos y redacción del manuscrito original. Correo electrónico: eliana.gomez.r@uniminuto.edu  <https://orcid.org/0000-0003-3396-9048>

** Doctor en Enseñanza y Difusión de las Ciencias y las Técnicas por Université Paris XI, Francia. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia, Sede. Elaboró el análisis e interpretación de datos y redacción del manuscrito original. Correo electrónico: jmarquez@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-9677-3619>

*** Doctora en Historia, opción Historia de las Ciencias por École des Hautes Études en Sciences Sociales, Francia. Docente de la Institución Universitaria ITM - Facultad de Artes y Humanidades, Maestría en CTS +i. Elaboró el análisis e interpretación de datos y redacción del manuscrito original. Correo electrónico: victoriaestrada@itm.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-8872-3320>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Gómez-Rodríguez, Eliana, Jorge Márquez-Valderrama y Victoria Estrada-Orrego. 2023. "Del desamparo y abandono a la maternidad sustituta. La institución 'Amas de Oriente' de Bogotá 1918-1936". *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (32): 60-93. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n32.101168>

modelo de atención intramural del Hospicio de Bogotá. Paradójicamente, este sistema creado como institución especializada en la lactancia delegada, terminó convirtiéndose en una institución de maternidad sustituta.

Palabras clave: nodrizas; maternidad; mortalidad infantil; pobreza; beneficencia; Colombia.

From Neglect and Abandonment to Surrogate Motherhood: The Case of “Amas de Oriente” in Bogotá (1918–1936)

Abstract

This article examines the practices as well as the medical and administrative discourses focused on abandoned and orphaned children under the care of the Amas de Oriente section of the Bogotá Hospice between 1918 and 1936. A corpus from the Beneficencia de Cundinamarca Archive was analyzed through a critical documentation process. This process shed some light on how public assistance programs—and particularly the Hospice—used to operate. In addition, it helped to study the care, surveillance, and control strategies directed to early childhood and nursemaids. This latter aspect contributed to identify an official system of wet nurses for abandoned children. To gain understanding of it, the historical context of poverty, inequality, female labor, nutrition, and health economics was reconstructed. The youngest children were cared for by waged wet nurses—poorly paid peasant women exploited by the authorities and branded as ignorant, dirty, and sick. It was a long-lasting child-rearing system, maybe because it was more feasible and affordable than the intramural care system of the Bogotá Hospice. Paradoxically, this system, originated as an institution specialized in wet nursing, ended up as an institution for surrogate motherhood.

Keywords: wet nurses; motherhood; infant mortality; poverty; charity; Colombia.

Do desamparo e abandono à maternidade substituta. A instituição “Amas de Oriente” de Bogotá, 1918-1936

Resumo

Este artigo trata sobre as práticas, bem como os discursos médicos e administrativos especializados nas crianças abandonados e órfãos, atendidos pela seção Amas de Oriente do Hospício de Bogotá, entre 1918 e 1936. Mediante a crítica documental, analisou-se um corpus elaborado a partir do Arquivo da Beneficência de Cundinamarca. A documentação permitiu uma aproximação ao funcionamento da assistência pública em geral e, especificamente, ao do Hospício. Além disso, facilitou o estudo das estratégias de atenção, vigilância e dirigidas à primeira infância e às amas de campo. Isto último contribuiu à descoberta de um sistema oficial de amas de leite para a infância abandonada. Para compreendê-lo, reconstruiu-se o contexto histórico da pobreza, a desigualdade, o trabalho feminino, a nutrição e a economia da saúde. As crianças menores foram atendidas por amas de leite assalariadas, mulheres camponesas mal pagas, utilizadas pelas autoridades, tratadas de ignorantes, sujas e doentes. Foi um sistema de criação duradouro, talvez porque era mais viável e menos oneroso que o modelo de atenção intramural do Hospício de Bogotá. Paradoxalmente, este sistema criado como instituição especializada na lactação delegada, terminou convertendo-se em uma instituição de maternidade substituta.

Palavras-chave: amas de leite; maternidade; mortalidade infantil; pobreza; beneficência; Colômbia.

Introducción

La crianza delegada en mujeres remuneradas ya ha sido estudiada en algunos países y son especialmente conocidos el caso de Francia (Romanet 2013; Sussman 1982), así como el de Estados Unidos (Golden 2001). La mayoría de los estudios se ha centrado en el análisis de nodrizas, casi siempre mujeres pobres y campesinas, contratadas de manera privada por familias burguesas. De acuerdo con Romanet (2013, 3), en Francia en el siglo XIX, esta fue una práctica tan extendida e importante, que la madre ocupada de criar a sus hijos en el hogar era una figura marginal o casi inexistente y quienes trabajaron como nodrizas hallaron en ello una vía de ascenso social. Romanet pone en evidencia los problemas suscitados por el trabajo femenino, la explotación por parte de familias ciudadinas burguesas a mujeres campesinas y la mercantilización del cuerpo de la mujer vendiendo su leche.

En el contexto latinoamericano, encontramos varias investigaciones en las cuales se pone en evidencia el poder masculino de los médicos universitarios como vigilantes y supervisores del trabajo de las nodrizas, sean estas empleadas privadas o servidoras públicas.

Una de estas investigaciones (Machado-Koutsoukos 2009) explora, mediante fotografías y tesis de médicos brasileños de mediados del siglo XIX, la institución de las nodrizas, generalmente esclavas o criadas libres, así como su creciente regulación. Durante ese periodo, se reforzó la campaña de los médicos higienistas en pro de la lactancia materna para los hijos propios, según la idea moderna de la “madre higiénica”. Otra investigación reconstruye las experiencias de las amas de leche montevidéanas del período 1900-1930 (Demarco 2019) y analiza las fuertes críticas médicas a la lactancia y a la crianza de niños en manos de “amas mercenarias”. De acuerdo con la autora, se trataba de una visión científica marcada por una perspectiva clasista y por las convicciones morales de la burguesía uruguaya y latinoamericana, ancladas en el código higiénico.

Por su parte, Agudelo-González y Chapman-Quevedo (2021) analizan el papel de la maternidad y la lactancia, a través de los cánones médicos difundidos en

los medios de comunicación de Barranquilla (Colombia), en las décadas de 1930 y 1940. Los autores identifican el surgimiento de una preocupación del cuerpo médico por transformar la maternidad en un asunto público, bajo políticas de higiene y salubridad y, con ello, nuevas miradas sobre el rol asignado a la mujer como madre, esposa y primera educadora en el hogar.

Ana María Carrillo (2008) aborda el inicio de la medicalización de la lactancia en México, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, enfatizando en la intervención sistemática de los médicos en la salud de los infantes y en el control de los cuerpos y comportamientos de madres lactantes y amas de cría. Este estudio se ubica en un grupo de investigaciones enfocadas en el análisis de las nodrizas del ámbito oficial, es decir, amas de leche al servicio de establecimientos de asistencia pública, como la Casa de Niños Expósitos de la Ciudad de México. De este grupo de estudios se destaca la reglamentación, control y vigilancia que sobre las mujeres y los niños ejercieron los médicos y administradores en calidad de funcionarios. En este grupo se incluye el trabajo de Rodríguez (2009) sobre las amas de leche de la Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, quien analiza el trabajo de las amas internas y externas como base del funcionamiento de ese establecimiento de beneficencia, entre 1853 y 1903. Centra su encuesta en las características de estas trabajadoras y en las críticas enunciadas por las directivas de las instituciones, la prensa, algunos médicos y tratadistas, que señalaban al unísono el peligro para la vida de los niños al ponerlos en contacto con mujeres mal alimentadas, generalmente enfermas e ignorantes de la higiene necesaria para la crianza de recién nacidos. Con hallazgos semejantes, se encuentra también la investigación de Allemandi (2016), que analiza las reglamentaciones municipales del periodo 1875-1911 para regular la lactancia asalariada en la ciudad de Buenos Aires, donde las amas de leche fueron imputadas de tener hábitos de alimentación y crianza causantes de la gran mortalidad infantil, de moral dudosa y sospechosas de portar dolencias físicas contagiosas.

En el contexto colombiano hay que señalar el estudio de Ariza (2015), que examina los procesos de medicalización de la lactancia para madres y nodrizas en Bogotá entre 1869 y 1945; rastrea cómo fueron percibidas las nodrizas —en tanto

cuerpos ajenos al ideal de civilización (pobres, sucias, inmorales)— por parte de médicos y políticos de la época, en el contexto de la incorporación, en la crianza, de teorías bacteriológicas y fisiológicas, así como de tecnologías de puericultura europeas para el ámbito de Bogotá.

Otro grupo de investigaciones ha centrado su análisis en las experiencias de las nodrizas y las implicaciones sociales y culturales de la lactancia delegada. Para el caso venezolano está el trabajo de Rivas-Armas y Mercerón (2020), en el que muestran cómo, durante la Colonia, mujeres negras esclavizadas cumplieron un especial papel en el cuidado y crianza de la prole de los amos, lo que suscitó situaciones de apego, vínculos afectivos y transmisiones culturales a través de la permanente protección y proximidad física y espiritual entre nodrizas y recién nacidos (Rivas-Armas y Mercerón 2020, 59). En este mismo sentido, se cuenta el estudio de Guzmán (2018), que analiza el papel desempeñado por el servicio de amas de leche en las familias argentinas de las primeras décadas del siglo XIX. De acuerdo con la autora el servicio relacionó mundos íntimos, femeninos, interraciales, contribuyendo con ello a la constitución de lazos a veces duraderos (Guzmán 2018, 464).

Esta investigación se sitúa en el grupo de los estudios que analizan el trabajo de nodrizas en el ámbito de la asistencia pública oficial, a través del funcionamiento de las Amas de Campo o Amas de Oriente, institución creada en 1774 para acoger a los niños de pecho abandonados y huérfanos de la región de Cundinamarca.

Nos preguntamos específicamente por las razones que tuvieron los médicos del Hospicio y los administrativos de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC) para mantener este sistema de crianza cuyos altos índices de morbilidad y mortalidad ellos mismos denunciaban. La hipótesis puede expresarse así: pese a las múltiples críticas de las autoridades al servicio de crianza mediante amas contratadas, el sistema se mantuvo durante muchos años como estrategia oficial para asistir a la niñez desamparada, no sólo porque garantizaba la vinculación de los niños y niñas a una estructura familiar, sino porque resultaba menos oneroso para la JGBC, en comparación con la atención intramural del Hospicio.

Los datos que apoyan esta investigación provienen de los informes y la correspondencia de la JGBC y de la normatividad estatal. El periodo de análisis se circunscribe entre 1918 y 1936. El año de inicio coincide con una importante reforma de la Beneficencia de Cundinamarca, cuando emergieron las primeras medidas administrativas para modificar, controlar y vigilar la institución Amas de Oriente, desde una persistente concepción católica y conservadora de la beneficencia como obra filantrópica. En 1936, comienza una reforma liberal de la caridad pública, que se concretó en la creación de una Secretaría de Asistencia Social. Esto implicó cambios en la gestión de la JGBC y de sus establecimientos anexos: se reorganizaron las instituciones refinando la vigilancia y el control general del sistema; se reorientaron las estrategias de asistencia a la niñez desamparada con mayor especificidad individual, mediante exámenes, fichas de seguimiento y de vacunación.

Como se muestra a lo largo del artículo, la sección “Amas de Oriente” del Hospicio de Bogotá fue una institución dedicada a la atención de la infancia desamparada —huérfanos y expósitos—. Frente a la extrema pobreza y la indigencia de la ciudad de Bogotá durante el periodo estudiado —problema difícil de medir por falta de datos demográficos confiables—, el Hospicio y su sección de Oriente fueron asumidos en la realidad como una especie de contención a un grave problema social de abandono de la niñez.

Desigualdad, desvalidos y asistencia pública de la infancia

Existe cierto vacío historiográfico en cuanto a la pobreza y la desigualdad social en Colombia. Aunque el trabajo de Castro (2007) no se enfoca específicamente en la historia de la pobreza —sino más bien en el tratamiento caritativo que los más pobres han recibido por parte del Estado y de la Iglesia—, si muestra ciertos aspectos económicos, demográficos y de condiciones de vida que permiten esbozar un panorama del problema. Lo que se evidencia es la marcada desigualdad social como problema estructural de la sociedad colombiana de la era republicana: un gran abismo separa el puñado de colombianos pudientes de la gran mayoría de colombianos desposeídos.

En otro registro, según el historiador James Henderson, esta desigualdad se apoya en la inercia de lo que Fals-Borda ha llamado una “tradicón señorial burguesa” (Henderson 2006, 264), que ha impedido en muchos momentos de la historia de Colombia cualquier reforma tendiente a introducir mecanismos de redistribución de la riqueza. Así, desde el siglo XIX y hasta mediados de la década de 1930, la tenencia de la tierra, la participación en política, los monopolios aduaneros y de comercio, la propiedad sobre los predios urbanos y el acceso a la educación y la salud han sido privilegios de algunos grupos de las elites liberal y conservadora. Esta situación ha dejado marginada a la mayoría de la población colombiana, que ha vivido en una incertidumbre constante frente al empleo y el ingreso, en condiciones de pauperismo, sin vivienda propia, hacinada en habitaciones mal ventiladas y mal iluminadas, con deficiente alimentación, sin agua potable, sin educación, sin derecho a enfermarse y sin atención sanitaria. Es esta la población productora constante de desvalidos que van a engrosar el sistema estatal de asistencia mediocrementemente financiado por la caridad pública.

Esta situación se mantiene de forma estructural durante el siglo XIX y se agrava a comienzos del siglo XX con el crecimiento demográfico y con el éxodo de campesinos hacia las ciudades, atraídos por la posibilidad de hallar empleo. Además, se agudizó en dos momentos de crisis: el de la Primera Guerra Mundial y el de la Recesión económica de 1929, porque en ambos las elites gobernantes tuvieron dificultades para obtener empréstitos de bancos extranjeros con el fin de impulsar obras públicas como fuente de empleo (Castro 2007, 21-23; Henderson 2006, 47-61).

Una estrategia de contención de la pobreza fue la asistencia pública. Desde el punto de vista de Occidente, es posible distinguir entre una posición liberal y una posición conservadora frente a la asistencia. La primera se fundamenta en la idea según la cual el lugar y el medio en que nace un individuo influyen su estado físico y psíquico, su riesgo de enfermarse y su probabilidad de morir, riesgos calculables cuyo conocimiento podría orientar medidas de prevención (Fassin 2020, 7-8).

Desde la posición liberal, abogar por la salud y el bienestar de los trabajadores beneficia la relación capital-trabajo y podría ser considerado el derecho a

enfermarse, en el sentido de reconocimiento de la incapacidad por enfermedad o por invalidez. En cambio, la posición conservadora es dependiente de una idea de la pobreza como fatalidad de unos y oportunidad de otros de trabajar en su propia salvación mediante dádivas a los necesitados. Una crítica moderna y liberal de la caridad cristiana hizo que los Estados-nación confiscaran a las comunidades religiosas y a la Iglesia el monopolio de la asistencia a los pobres por vía caritativa (Castro 2007, 21-23). La caridad secularizada es una forma de filantropía administrada por el Estado llamada “Beneficencia”,¹ que tiene en común con la caridad el apoyarse en la idea de ayuda voluntaria y privada de los ricos hacia los pobres. Las clases pudientes asisten. La relación es vertical y la condición de inferioridad de los pobres parece natural, llegando incluso a llamarlos “despojos humanos”. La versión colombiana de la asistencia pública tiene más características de esta última “beneficencia” como caridad secularizada.

La desigualdad y la miseria eran objetivadas en el siglo XIX como “la cuestión social”. Entre las medidas para enfrentarla destaca la creación, en 1869, de la JGBC, primera organización de este tipo en Colombia y cuyo objetivo principal era instaurar un conjunto de instituciones estatales especializadas en la asistencia social (Sánchez 2014, 68).

Las instituciones que conformaban la Beneficencia —asilos, hospicios y hospitales— se financiaban con auxilios públicos, donaciones o legados, préstamos bancarios y juegos de azar. Regidos por la JGBC, en 1918 funcionaban distintos establecimientos de beneficencia: el Hospital San Juan de Dios, fundado en 1564 para atender a enfermos pobres; el Asilo de Indigentes mujeres, que recibía principalmente mendigas recogidas en las calles de la ciudad, enfermas incurables del Hospital San Juan de Dios y mujeres inválidas; el Asilo de Locos y el Asilo de Locas,

1. En uno de sus primeros informes, el Secretario de Asistencia Social, Reinaldo Arango, describió el trabajo de la Junta como el paso de la llamada “beneficencia y caridad” a la asistencia pública estatal. Según el funcionario, la diferencia radica en que la primera era la “debida a la iniciativa privada, guiada por el noble espíritu de la caridad y sostenida con el aporte generoso de sus benefactores”, mientras que la segunda era una función imperativa del Estado, “uno de sus más altos deberes administrativos, cuya atención no puede subordinarse a la veleidosa generosidad de los hombres” (JGBC 1936, XX).

donde se encerraba a enajenados y desposeídos; y, finalmente, las tres instituciones para albergar la niñez desamparada: el Hospicio de Bogotá², el Asilo para Niños desamparados y el Asilo de Preservación para Niñas.

Por su tradición, extensión y por las políticas y estrategias desarrolladas en su seno, el Hospicio de Bogotá es, quizás, el más importante de los establecimientos administrados por la Beneficencia de Cundinamarca. Su objetivo era acoger y asistir a la niñez huérfana y abandonada para cuidarla y educarla para el trabajo y para la vida (JGBC 1921, 2). La estrategia se dirigió a formar “hombres fuertes”, “sanos”, “buenos trabajadores”, “útiles para la patria y para sí mismos” (JGBC 1929, 150).

La situación de miseria llevaba a que muchas madres abandonaran a sus hijos. Mes por mes el número de expósitos que llegaba al Hospicio de Bogotá aumentaba: en el periodo 1924-1935 el número de asilados se duplicó; pasó de 966 y 918 en 1920 y 1921, respectivamente, a 1.102 en 1924, 1.306 en 1930 y 2.101 en 1935. Sin poder acoger a todos, al ser el Hospicio centro de recepción expósitos del departamento, así como, por el alto costo que representaba, el limitado espacio físico y la falta de mano de obra calificada, la JGBC instauró una sección llamada Amas de

2. En un informe presentado por los directivos de la JGBC a la Asamblea Departamental ubican los orígenes del Hospicio de Bogotá en el período colonial. Según esta versión, junto al Hospital San Juan de Dios, el Hospicio fue uno de los primeros establecimientos de caridad fundados por los españoles en Santafé y su fundación la presidió el Virrey José Manuel Ezpeleta en 1673, aunque lo llamó “Casa de Refugio”. Acogía por caridad a toda persona necesitada, entonces también a niños. En 1777, el Fiscal Francisco Moreno y Escandón transformó esa institución en Hospicio, según instrucciones del Rey de España, Carlos III, por medio de la Cédula Real del 1º de junio de ese año (JGBC 1955, 94). Esta reseña oficial crea un relato continuista, sin preguntar por posibles cambios y por los contextos históricos. Solo con el cambio de régimen político se puede sospechar que no se trata todo el tiempo de la misma institución. Y aunque en algunas de sus prácticas la caridad colonial se parece a la asistencia del periodo republicano, los objetivos cambiaron. La aparición del Hospicio de Bogotá obedece a cambios históricos, su objetivo se centra en la infancia desamparada. No es la misma institución colonial que continuó, se trata de una institución nueva. La fundada en 1673 por la Corona española, administrada por una comunidad religiosa y sostenida casi exclusivamente con fondos particulares, se destinó al albergue y al encierro de valetudinarios, abandonados y expósitos, y se encargó además de alimentar a los pobres achacosos y a los ancianos miserables. De acuerdo con la historiadora Estela Restrepo Zea (2011, 42), fue con los gobiernos republicanos que se institucionalizó la beneficencia como programa gubernamental y emergió una racionalidad de la pobreza no basada en la caridad cristiana sino en la administración oficial de la asistencia. En esta nueva racionalidad de la pobreza la clasificación de la población fue una estrategia fundamental y fue aplicada también a la infancia. Así, emergieron instituciones especializadas y casi sin relación con el pasado colonial.

Oriente, cuyo fin era confiar a amas o nodrizas remuneradas la crianza de los niños menores de cuatro años. De esa manera se ponía en práctica la clasificación de la población: en la sección Hospicio de Bogotá, médicos y hermanas de la Caridad se ocuparon de proteger y educar a niños no lactantes, mayores de dos años y menores de nueve; en la sección de Oriente, ubicada en el campo, mujeres campesinas debían fungir como nodrizas para los niños y niñas menores de dos años.

Al final del periodo colonial, el Hospicio fue gobernado temporalmente por el fiscal Moreno y Escandón (1774), quien tuvo entre sus estrategias la de escoger los sitios de Chipaque, Cáqueza y Ubaque como los más aptos para que mujeres del campo criaran y cuidaran en el calor de sus hogares a los pequeños huérfanos y expósitos. Se argumentaba que esa región contaba con buen clima y acceso a medios de subsistencia. Además, la actividad dominante en las familias de la región era la agricultura. Estas características facilitarían la crianza de los recién nacidos. Si bien la preferencia por estos municipios se mantendrá durante la primera mitad del siglo XX, el discurso sobre los beneficios de esta escogencia difiere mucho de la descripción colonial, además estos sitios serían señalados por los médicos y funcionarios como deplorables para la vida de los expósitos.

Las nodrizas o amas del campo de Cáqueza, Chipaque y Ubaque se constituyeron en una importante institución destinada a procurar la alimentación y el cuidado a niños expósitos. Las aspirantes a nodriza solicitaban ante el respectivo alcalde de su lugar de residencia una matrícula. Para obtenerla, debían presentar certificados de buena conducta y de buena salud. En dicha matrícula constaba el nombre de la nodriza, el municipio de su residencia, la vereda o sitio donde vivía, su estado civil, el nombre del marido y su filiación minuciosa. La mayoría de las amas de campo eran propietarias de sus casas, donde tenían huertas y criaderos de animales domésticos para su sustento. Una vez obtenida la matrícula y llegado un huérfano a las puertas del Hospicio, el síndico elaboraba una libreta que se le entregaba al ama junto con el expósito y en ella se anotaban las obligaciones de la nodriza: “alimentación conveniente del niño, no maltratarlo jamás, concurrir con él a los pagos, certificar las defunciones ante la autoridad civil o eclesiástica, entre otras” (JGBC 1921, 11-15).

En los informes del síndico del Hospicio, del médico de la sección de Oriente y de las diferentes comisiones encargadas de inspeccionar, se hacen evidentes debates y críticas a la institución Amas de Campo. Atacaban en general al sistema de crianza en sí mismo y el argumento principal era la preocupación de médicos y funcionarios por la mortalidad infantil. Al establecer las causas de la elevada mortalidad de los niños, los médicos señalaron la dificultad para encontrar nodrizas aptas, la ignorancia de las matriculadas, las deficiencias debidas al clima frío, la alimentación insuficiente y las deplorables condiciones de existencia. Casi nunca reparaban en las necesidades materiales de las nodrizas y sus familias.

Si se tienen en cuenta los gastos que debían cubrir para alimentar, asear y vestir al niño o niños a su cargo, la suma que recibía cada nodriza era irrisoria. Sin embargo, las campesinas encontraron en ese oficio una forma de sustento, pues en lugar de cuidar un solo niño, para incrementar sus ingresos, se hacían cargo de varios, llegando a ocuparse a veces de entre cinco a nueve criaturas. El relajamiento de la administración respecto al número de niños por nodriza llegó a constituirse en un problema, pues una sola ama no alcanzaba a cubrir las necesidades y cuidados del elevado número de niños a su cargo.

Ignorantes, sucias, pobres y enfermas: críticas a las amas y a su oficio

De acuerdo con los informes del síndico del Hospicio, del médico de la sección del Campo y de las diferentes comisiones encargadas de hacer inspecciones, las amas no tenían la educación y preparación necesarias para desempeñarse como nodrizas. Por lo general, “gentes sencillas, ignorantes, con el desconocimiento absoluto de la higiene y los cuidados que el recién nacido y el niño reclaman para su crecimiento y desarrollo” (JGBC 1919, 48-50). A esa ignorancia en asuntos de higiene se asociaba el mal estado de las habitaciones en las que se criaban los niños, hacinados en “casuchas miserables”, sin ventilación, sin condiciones que permitieran aislar a los niños en caso de enfermedad y viviendo en la “promiscuidad más repugnante con toda clase de animales y aves de corral” (JGBC 1935, 2).

Por lo general, las casas o ranchos se componían de dos espacios: uno delegado al ama y su esposo y el otro para el grupo de niños. En 1937, en la sección del Campo había 1.729 niños repartidos entre 539 amas y alojados en 498 casas, lo que ilustra un probable hacinamiento, no solo de los niños, sino también de los adultos (JGBC 1937, 24-27).

La descripción de las condiciones de vida de las amas pone en evidencia la realidad material de la población rural colombiana y permiten comprender, en parte, por qué para algunas mujeres campesinas dicha actividad se convirtió en un oficio. A lo largo de los años, los médicos y funcionarios denunciaron con insistencia la precariedad de las condiciones materiales de las amas, sin que esto supusiera un aumento sustancial en los sueldos que les asignaban o la creación de programas de ayudas para mejorar esas condiciones. En 1919, cada niño asilado en Bogotá le costaba mensualmente a la Beneficencia 4,43 pesos colombianos, mientras que en el campo su costo era de 1,30 pesos. En un sistema donde el déficit económico era la regla, esta diferencia presupuestal fue un factor determinante para perpetuar la institución de las amas, pese a las críticas constantes por parte de algunos médicos (JGBC 1919, 47). Para algunos síndicos del Hospicio era claro que el exiguo salario que recibían las nodrizas no les permitía dedicarse por completo a la crianza de los niños que se les confiaban. Pero como las afugias económicas impedían asilar a todos los niños en Bogotá, se consideraba que el servicio de las amas de campo, aunque imperfecto, era invaluable (JGBC 1919, 53).

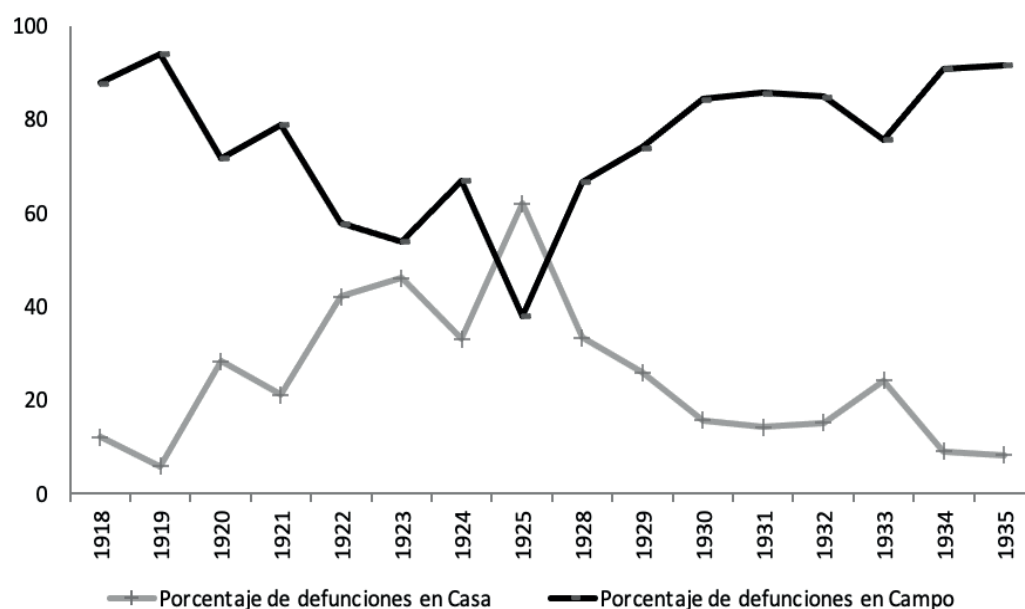
En cambio, los médicos tenían una mirada más crítica frente a la institución. De acuerdo con los informes, la falta de higiene, la mala calidad del agua de consumo, la falta de servicios públicos, el hacinamiento en habitaciones estrechas y la deficiente alimentación eran la mayor causa de enfermedades gastrointestinales, infecciosas y respiratorias.³ Según los cuadros epidemiológicos presentados por los médicos del Hospicio de Bogotá y de la Sección del Campo, las enfermedades que más afectaron a los niños fueron: bronquitis, parásitos y gusanos intestinales, gastroenteritis, enteritis,

3. En Colombia, varios estudios coinciden en que las enfermedades que más atacaban a los niños eran las gastrointestinales, las infecciosas y las respiratorias, asociadas a la carencia de agua potable, a la precaria higiene en los espacios y a los hábitos tradicionales de crianza. Según estas investigaciones, las posibilidades de sobrevivencia de los niños, más allá de los dos años de edad, eran muy bajas. Ver: Márquez y Gallo (2017, 21-48); Estrada (2015); Muñoz-Vila y Pachón-Castrillón (2002, 1988).

nefritis, colitis, sarampión y tosferina. Por ejemplo, en 1918, de las 152 defunciones registradas, 48 fueron a causa de raquitismo e infecciones intestinales, 30 por bronquitis y tosferina, y 31 por viruela (JGBC 1919, 49). Al año siguiente, las cifras de mortalidad se incrementaron: de los 756 niños delegados al cuidado de las amas, 207 murieron a causa de enfermedades gastrointestinales y complicaciones respiratorias.⁴

La mortalidad infantil en la Sección de Oriente era más elevada que la informada en la sede urbana del Hospicio de Bogotá (figura 1).

Figura 1. Mortalidad infantil en el Hospicio, 1918-1935



Fuente: Informes presentados por la JGBC a la Asamblea Departamental, 1918-1935.

N de A: el ítem "defunciones casa" corresponde a las muertes registradas en el Hospicio de Bogotá; el de "defunciones campo", a las ocurridas en la sección de Oriente a cargo de las amas.

4. La elaboración de estadísticas de la sección del Campo, fue un ejercicio insuficiente, al menos en los primeros años del periodo estudiado. Entre 1918 y 1922, por no haber médico permanente en la dicha sección, era imposible establecer las causas de las defunciones de los niños entregados a las amas. Además, las enormes distancias impedían a las amas el acceso a los servicios médicos, y muchos niños enfermos murieron sin atención. Así que había subregistro de defunciones no reportadas por las amas. Después del nombramiento, en 1921, de un inspector de amas, más la vigilancia trimestral ejercida por el síndico del Hospicio, se tuvo un mayor control sobre ellas. Se comenzó a registrar la edad, el tipo de alimentación y el estado sanitario de los niños.

Otra dificultad de la sección de Oriente eran las condiciones geográficas y climáticas de los municipios de concentración. Los municipios del oriente de Cundinamarca habían sido elegidos a finales del siglo XVIII por su clima favorable; sin embargo, en 1930 y 1940 los médicos hallaban grandes dificultades para criar a los niños en esos terrenos. Según se describe en diferentes informes, las casas de las amas estaban dispersas en un perímetro de 400 kilómetros cuadrados, donde se situaban los tres municipios de la región de Oriente (JGBC 1937, 24-27). Los caminos para llegar a las habitaciones eran “escabrosos, estrechos, pendientes, demasiado pedregosos en partes; gredosos en otras, y demasiado lisos en épocas lluviosas” (JGBC 1941, 127-134). Por la extensión del área, era imposible recorrerla en menos de 15 días; eran numerosas las veredas y los estrechos senderos para llegar a las chozas, de tal manera que parecía un laberinto cuyo conocimiento exhaustivo era inviable.

Enrique Enciso, jefe de Asistencia Social, describe así esa región:

En tiempos de lluvia se encuentra al pie [de la cordillera] algunas manchas de plátano y cuadrados de caña de azúcar; a sus costados pequeños plantíos de yuca; más arriba el maíz y en la cima los surcos de papa alternando con los cultivos de trigo y la cebolla. En tiempo de intenso verano todo aquello desaparece y el aspecto es desolador y de una infinita pobreza; el agua escasea de tal modo que tienen que traerla de lejos, solamente se ven manchas verdes en donde hay un “ojo de agua” como dicen, y allí forman pozos para abrevadero de los animales y de esta misma fuente se surten para las necesidades domésticas (JGBC 1937, 24-27).

Estas condiciones topográficas dificultaban en gran medida el acceso al servicio médico. Las enormes distancias entre las casas de las amas y la residencia del médico hacían impracticable la atención oportuna. En su Informe de 1942, el síndico general, Gustavo Santos, recordaba un episodio en el que, al llegar a uno de los ranchos encontró a una ama que moría:

Tirada en el suelo rodeada de diez niños, el mayor de unos diez años, la que indudablemente hubiera muerto si no hubiera sido por la providencial llegada del médico que me acompañaba, pues la pobre mujer no hubiera podido avisar el estado en que se encontraba dada la distancia que quedaba su rancho del pueblo (JGBC 1942, 17).

Estos relatos nos acercan al estado sanitario y a las condiciones de hacinamiento de los niños y de sus nodrizas, así como ponen de manifiesto que, si en principio la institución buscó atender expósitos recién nacidos o en periodo de lactancia, terminó haciéndose cargo de niños huérfanos de distintas edades. En un informe de 1922, los doctores Clemente Matiz Fernández y Arturo Jaramillo relataban que en una de sus visitas encontraron que, en una casa situada en pleno páramo, “una mujer vieja y una niña de menos de diez años atendían a seis criaturas, las que además se encontraban casi desnudas y la temperatura ambiente no era superior a ocho grados centígrados” (JGBC 1922, XLI-LI).

Los médicos del servicio también denunciaron la deficiente alimentación de los niños. El principal objetivo de Amas de Oriente era asegurarles a los expósitos más pequeños la alimentación natural o materna. Sin embargo, y de acuerdo con los diferentes informes de visitas, se descubrió que muchas de las mujeres que se hacían llamar nodrizas, o “amas de pecho” realmente eran “amas secas”, que se hacían cargo de los niños para criarlos artificialmente y en condiciones deplorables. Según el informe de una visita en 1922, cuyo objetivo era revisar el estado de salud de los niños, de 452 bajo la tutela de familias campesinas, solo 76 eran alimentados exclusivamente con pecho, 54 niños recibían alimentación mixta —pecho y comida—, y 322 recibían alimentación artificial: mazamorra, leche de vaca en algunas ocasiones (JGBC 1923, LXI-LXXIII).

Ese mismo año, Remigio Díaz Valenzuela, quien en 1923 sería nombrado médico de la sección del Campo del Hospicio, llamaba la atención en su tesis de grado sobre los inconvenientes de la alimentación natural por parte de Amas de Oriente, a causa de la mala calidad del alimento y del peligro de contraer enfermedades. De hecho, para Díaz:

La leche de una mercenaria no es el alimento que propiamente convenga al niño, porque variando durante los diferentes periodos de la lactancia las propiedades alimenticias de la leche y siendo muy difícil conseguir una nodriza cuya leche sea de la misma edad del niño éste recibe un alimento para el cual no está adaptado su sistema digestivo (Díaz 1922, 24).

Desde 1921, la administración del Hospicio intentó desmontar la sección de Oriente, y mediante la Ordenanza 51 de 1921 se pretendió disminuir el margen de acción de las nodrizas. Es probable que el crecimiento demográfico de la capital colombiana y el subsecuente aumento de la población pobre y desprotegida llevara a un incremento sustancial y constante de huérfanos llegados al Hospicio, y que esto impidiera el desmonte de dicha sección. De hecho, las cifras de niños entregados a las amas en años posteriores muestran que, pese a las críticas, fue una institución con tendencia al crecimiento. A finales de 1921, el número de niños bajo la tutela de Amas de Campo era de 507; en 1932, el total de niños en el campo era de 854 y para 1941 la cifra había aumentado a 1.729.

Por otro lado, en los informes es frecuente encontrar quejas de los médicos y de otros funcionarios sobre la desnutrición y la debilidad física de los niños, las cuales asociaron, no solo a la ignorancia de las amas, sino también a una dieta deficitaria. En 1937, el Jefe de Asistencia Social, Enrique Enciso, denunciaba que “el producto humano” que resultaba de aquella región estaba formado en su mayoría por anormales, atrasados física y moralmente, “verdaderos residuos sociales”. Afirmaba que estos niños eran resultado de:

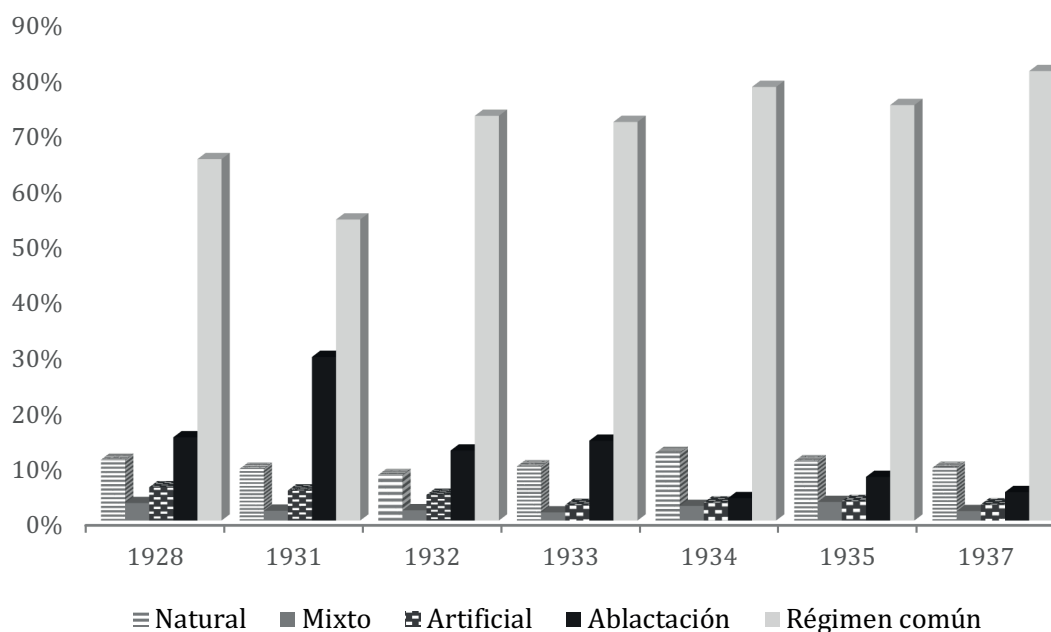
Los estigmas de taras hereditarias, del ambiente saturado de parasitosis en el cual se han desarrollado, con el agravante todo aquello de la mala alimentación, de la ignorancia y carencia del sentido sanitario que predomina en todas aquellas gentes encargadas de llenar la función más delicada, como es el desarrollo del niño en los primeros años (JGBC 1937, 15).

Las representaciones expertas sobre la niñez asilada tienen tintes marcadamente pesimistas. Consideraban que la infancia desamparada estaba afectada por profundas patologías físicas, mentales, morales y sociales, pues ante las condiciones de miseria, higiene y desnutrición en que llegaban los niños al Hospicio no dudaban que el material humano que se desarrollaba allí era deficiente. En estos discursos se destacó el papel de la herencia en la propagación de la enfermedad y la anormalidad. De acuerdo con los médicos, los asilados eran, por lo general, “hijos de madres débiles, padres alcohólicos, familias degeneradas, que no podían más

que gestar niños débiles, raquíticos y enfermos” (JGBC 1921, 11-15). Asimismo, por esa condición de fragilidad se les consideró como seres incompletos o “medios hombres” a los que había que formar y orientar en esa etapa de la vida mediante la higiene (JGBC 1936, 65-67).

Gracias a los informes del médico de la sección del campo y a la vigilancia de niños y nodrizas, es posible conocer la clasificación de los hospicianos según su régimen alimenticio para el periodo comprendido entre 1928 y 1937 (figura 2).

Figura 2. Proporción de hospicianos según el régimen alimenticio, 1928-1937



Fuente: Informes presentados por la JGBC a la Asamblea Departamental, 1928-1937.

N de A: los datos correspondientes a 1929-1930 y 1936 no aparecen en los informes. Según el médico de campo, la alimentación con la leche humana constituía la lactancia natural; con la leche de otro animal, la lactancia artificial; con leche humana y leche de otra especie a la vez, la lactancia mixta; la incorporación progresiva de alimentos a la dieta del bebé era considerada ablactación; la alimentación con comida en general correspondía al régimen común.

Por sí mismas, estas cifras no dan cuenta de las condiciones de alimentación de los niños, pues al analizar los rangos de edades de los infantes que hacían parte de la sección del Campo nos encontramos con que, entre 1931 y 1936, al menos el

60 % eran mayores de 2 años; es decir, ya no estaban en periodo de lactancia (tabla 1). Sin embargo, estas cifras son indicativas al menos de los esfuerzos por llevar a cabo rutinas estadísticas de las condiciones de alimentación de los hospicianos. Con todo, es notorio que esas rutinas no llevaron a análisis proyectados en el tiempo y tal parece que tuvieron una finalidad meramente administrativa.

Tabla 1. Rango de edades de los niños en la sección del Campo del Hospicio, 1931-1936

| Años | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 |
|-----------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Edades | | | | | | |
| 0-1 | 166 | 107 | 78 | 201 | 256 | 205 |
| 1-2 | 150 | 110 | 97 | 126 | 150 | 278 |
| 2-3 | 142 | 108 | 108 | 156 | 165 | 229 |
| 3-4 | 170 | 96 | 110 | 148 | 717* | 206 |
| 4 en adelante | 222 | 445 | 429 | 502 | | 737 |
| Total | 850 | 866 | 822 | 1133 | 1288 | 1655 |
| % de más 1 año | 80,5 | 87,6 | 90,5 | 82,3 | 80,1 | 87,6 |
| % de más 2 años | 62,8 | 74,9 | 78,7 | 71,1 | 68,5 | 70,8 |

Fuente: Informes presentados por la JGBC a la Asamblea Departamental, 1932-1937.

*El valor expresado para los niños de 3-4 incluye las edades de cuatro en adelante.

El sistema de las amas de campo se instituyó con la directriz según la cual las nodrizas se encargarían de alimentar a los huérfanos hasta la edad de dos años y medio, momento en el cual debían ser ingresados al Hospicio en Bogotá (Sánchez 2014, 82). La realidad es que, aunque la mayor parte de los niños entraban al sistema a corta edad, permanecían en él durante un periodo muy largo. La institución establecida para la lactancia se fue convirtiendo en un sistema de maternidad sustituta. Los síndicos y médicos se mostraban alarmados por el régimen alimenticio que tenían algunos infantes, pero no se expresaban sobre las edades de los niños o los sueldos precarios asignados a las amas.

En 1942, la deficiente nutrición era aún denunciada en los informes. El síndico general alertaba que en la Sección del Campo se encontraban niños de ocho y diez años con un peso inferior a diez kilos, es decir, por debajo del peso promedio de un niño de un año. Además, señalaba que el 46 % de los niños tenía un peso inferior en 40 % al normal (JGBC 1942, 17).

Otro tema de inquietud frente a Amas de Oriente tenía que ver con el inminente riesgo en que se hallaba la nodriza de contraer enfermedades como la sífilis, pues los niños se recibían en el Hospicio sin ningún informe de sus antecedentes hereditarios, y eran entregados sin un examen médico previo. De acuerdo con esto, y a pesar del subregistro, era muy probable que el contagio de sífilis fuera alto. Solamente desde 1937 se empezaron a practicar las pruebas de Wasserman y Kanh a cada uno de los huérfanos y expósitos que llegaban a la institución.

La sala-cuna y la alimentación artificial como estrategias de sustitución

A estos problemas se sumaba el hecho de que, al satisfacer la nodriza con su leche al expósito, estaba cometiendo una injusticia con su propio hijo, porque le privaba de la leche y los cuidados maternos (Díaz 1922, 29). En 1922, el director del Hospicio, Tomás Rueda Vargas, calificaba esta situación como un problema social grave:

Con este sistema se crían dos seres raquíticos en vez de uno, pues las condiciones de nuestras campesinas, mal alimentadas, recargadas de trabajo, estropeadas por sus hombres, y siempre en vía de procreación, no son las más adecuadas para criar a la vez sanamente dos muchachos (JGBC 1923, 87-96).

Preocupados por las condiciones de vida de los hospicianos y por las altas cifras de morbilidad infantil, médicos y funcionarios de la JGBC abogaron por instaurar programas de reemplazo de Amas de Oriente. Sin embargo, las medidas no tuvieron resultados positivos. Esto es evidente en la estrategia de instalación de

sala-cunas en dos oportunidades (1920 y 1924) en la sede urbana del Hospicio de Bogotá, en las que se presentó una tasa de mortalidad del 100 %.

Con la idea de que la crianza de los niños no debía estar en manos de amas, sino a cargo de personal especializado —bajo el cuidado de expertos en materia de nutrición y puericultura, como se hacía en países civilizados como Francia—, se inició en agosto de 1920 la instalación de la Sala-cuna San Miguel. Su objetivo era criar artificialmente a los niños que, por su edad y fragilidad, corrían mayores riesgos en manos de las nodrizas. Con la asesoría de Calixto Torres Umaña, médico que había realizado estudios de pediatría en Harvard University, y bajo la administración de las Hermanas de la Caridad y del doctor Marco Aurelio Iriarte, se instalaron dos dormitorios amplios para 54 niños recién nacidos y recién llegados a la institución, “casi todos entre los tres meses y un año de edad y con enfermedades graves de la nutrición”. Asimismo, se instaló una estufa para la esterilización de los teteros y una sala para la preparación de los alimentos (JGBC, 1921,17).

La tranquilidad y la buena marcha parecen haber marcado el inicio de la sala-cuna San Miguel. Según Iriarte, no se había omitido detalle ni gasto alguno para su buen funcionamiento, lo que hacía esperar magníficos resultados. Pero la iniciativa no tuvo el desenlace esperado: ese mismo mes murieron cinco bebés, en septiembre fueron nueve, en octubre ocho y en noviembre la cifra se repetía. Preocupada por el fatal resultado, la JGBC ordenó suspender el servicio de la sala-cuna y entregar a las amas los niños sobrevivientes. Sin embargo, y de acuerdo con el informe médico de Iriarte, dado el débil estado en que fueron devueltos los niños, poco tiempo después casi todos perecieron (JGBC 1921, 11-15).

Entre otros factores, Iriarte atribuyó el fracaso del servicio al gran tamaño de la sala, la falta de calefacción, la inadecuada alimentación artificial y, paradójicamente, a la carencia de personal competente para atender a los niños. El cuidado estuvo en manos de las Hermanas de la Caridad, quienes pese a su devoción carecían de experticia. Para Iriarte, esta era la principal causa del desastre, pues las funciones de la madre no eran asunto que pudiera improvisarse y para llegar a suplirlas era necesario tiempo, consagración y especial estudio. También atribuyó

la mortalidad a una epidemia de gripe, que se agudizó por el gran tamaño de la sala y la falta de calefacción. Todo esto unido a la defectuosa conformación fisiológica de los recién nacidos, “pobres criaturas que acabadas de nacer se entregan al Hospicio, verdaderos rezagos humanos en los cuales apenas si quedan átomos de vida” (JGBC 1921, XVIII-XVI).

Cuatro años después de este nefasto resultado, el Hospicio contaba con médico nuevo, el doctor Adriano Perdomo, y con él, se retomó entre los funcionarios de la JGBC la actitud favorable hacia la crianza de los niños menores de dos años en un nuevo programa de alimentación artificial. Perdomo era un enérgico defensor de la sala-cuna, argumentaba que esta podía servir como una especie de incubadora para fortificar a los niños antes de enviarlos a la sección del campo. En 1924, tímidamente, quizás por el fracaso anterior, se abrió un salón pequeño situado en un rincón del edificio, se lo dotó de cunas, de una estufa para preparar los teteros y de todo el material necesario para iniciar labores con 6 niños recién llegados a la institución (JGBC 1925, 86-91).

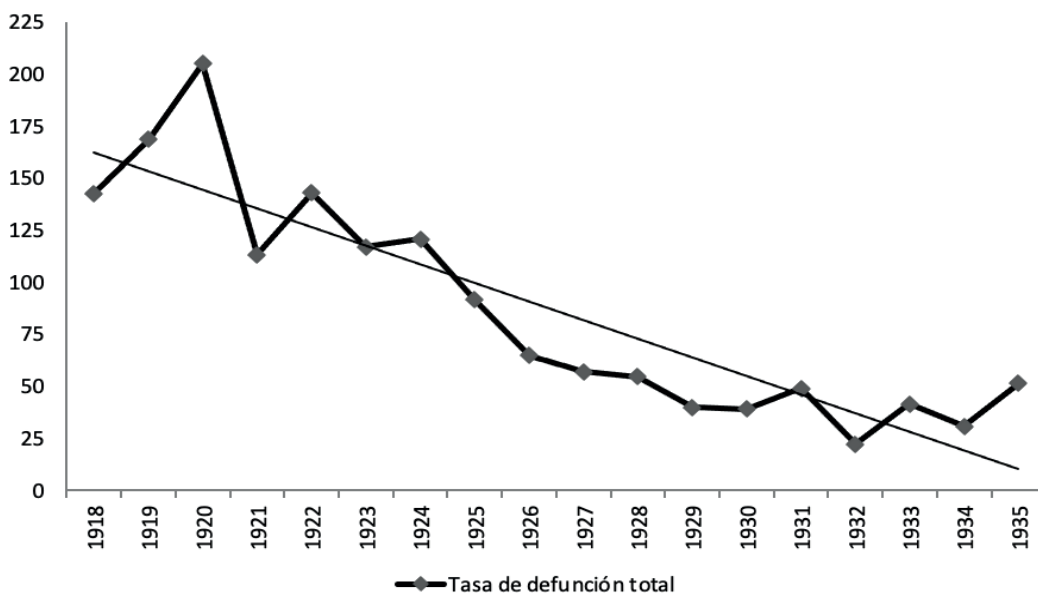
Esta vez, para garantizar que no se presentaran los inconvenientes de la experiencia anterior, Perdomo hizo adoptar una serie de “medidas de avanzada” en el campo de la puericultura. Se encomendó a la Madre Superiora la selección y la preparación del personal para esta misión especial. En la sala-cuna debería haber siempre una o dos amas de pecho que alimentaran los recién nacidos, para fortificarlos antes de enviarlos al campo; se instaló un calentador eléctrico para evitar el resfrío de los niños; y se adaptó un compartimento para mantener separado el tren de teteros (JGBC 1925, 86-91).

Puesto que el número de niños aumentó, la sala-cuna se trasladó a un salón en la parte alta del edificio, más grande, con bastante luz, calentado por el sol de la mañana, y en fácil comunicación con los demás servicios del Hospicio. Cuando el médico consideraba que un niño estaba “más adelantado”, y se presentaban amas que cumplían los requisitos, se entregaba para que fuera llevado a Oriente. De esa manera, se abría cupo a más niños que llegaban cada día al Hospicio. Pese a los múltiples cuidados, la tragedia no se hizo esperar y en enero de 1925 hubo una epidemia de gripe que costó la vida de los 20 niños que había en ese momento en la sala-cuna. Casi todos murieron por complicaciones broncopulmonares (JGBC 1925, 86-91).

Lo acontecido obligó a los administradores a mantener la institución de amas de crianza que, aunque imperfecta, se mostraba como una estrategia menos mortífera. La experiencia llevó a considerar que apartar a los niños del calor del hogar sustituto era una medida perjudicial para su salud. Las amas, bien o mal, encarnaban la figura de madres, proporcionaban a cada criatura un espacio con características similares a las de una familia, con la figura de una madre y un padre con quienes se esperaba establecieran vínculos afectivos; allí se les ofrecía alimentación, algunas veces natural, vital para su desarrollo. Sobresale en estos discursos una visión utilitarista, guiada más por la instrumentalización del cuerpo y la leche de las mujeres para combatir la precariedad social y material.

Si bien el sistema de las amas de campo fue duramente criticado por los médicos, basados en cifras de mortalidad y morbilidad, los problemas presupuestales del Hospicio fueron, durante décadas, un lastre que impidió la transformación de la institución. Pese a todas estas dificultades, los registros muestran que los esfuerzos realizados por el Hospicio para proteger la infancia desvalida llevaron a una disminución de la mortalidad de los asilados (figura 3).

Figura 3. Tasa de defunción anual del Hospicio por cada 1000 niños



Fuente: Informes presentados por la JGBC a la Asamblea Departamental, 1932-1937.

N de A: la línea de tendencia muestra la disminución de la mortalidad.

Bajo el lente de la administración: controlar para mejorar

Convencidos de que había que mejorar la situación de los asilados del campo, los administradores y médicos del Hospicio decidieron poner en marcha medidas de vigilancia y control de las amas y de los niños. Desde septiembre de 1918 se había creado el empleo de Inspector de Amas, quien debía realizar visitas mensuales, conocer las condiciones en que eran criados los expósitos y brindar a las nodrizas consejos e instrucción sobre la crianza y desarrollo de los niños. Con esta medida se buscó ejercer una vigilancia del sistema, detectar y corregir los abusos de las nodrizas, facilitar su selección y hacer seguimiento constante a la crianza de los niños (JGBC 1918, 46).

Desde la instalación de este cargo, la selección de las nodrizas se volvió un asunto operado directamente por el síndico del Hospicio. La normativa señalaba que la selección debía tener en cuenta el carácter de la mujer, sus recursos, sus características morales y su estado de salud. Las seleccionadas debían, además, obtener el certificado o recomendación del inspector de amas. Este documento se otorgaba después de verificar el cumplimiento de los requisitos, haber pasado el examen individual y la visita a cada familia de origen de las amas (JGBC 1933, 236-237). El inspector de amas también cooperó para completar y mejorar las estadísticas del Hospicio, pues además de la libreta de control que cada ama recibía al encargarle un niño o niña, el inspector llevaba otra estadística especial mediante el sistema de tarjetas personales (JGBC 1934, 199-202).

La enorme distancia entre las casas de las Amas y el Hospital hacía imposible la consulta médica para ellas o para los niños. Cuando lo intentaban, por lo general el niño llegaba en estado agónico o muerto. De ahí que la vigilancia y el control se complementaron con el nombramiento de un médico visitador que examinaba, prescribía y entregaba medicinas para los niños (JGBC 1918, 48-50).

En 1923, la JGBC nombró como médico visitador de la sección del Campo a Remigio Díaz Valenzuela, quien debía hacer sus correrías dos días por semana para inspeccionar a los niños y visitar a cada enfermo. Los demás días, incluidos

sábados y domingos, debía atender consultas y despachar medicinas. Y así lo hizo por más de 17 años (JGBC 1929, 124).

Según la reglamentación, la costumbre era que cada trimestre las mujeres se presentaran con los niños en la sindicatura del Hospicio en Bogotá, para que fueran examinados por el médico y se evitaran posibles engaños y suplantaciones. A la cita acudían más de 600 mujeres con sus respectivas criaturas y se aglomeraban en la puerta de la institución, impidiendo el tránsito en la calle, en espera del pago de su salario. Ese sistema implicaba que los niños tuvieran que atravesar los páramos de Cruz Verde y Chipaque, permanecer luego dos o tres días en la ciudad, muchas veces a la intemperie y sin abrigo, para luego regresar a sus viviendas por los escarpados caminos. La estadística demostró que, en el mes siguiente a uno de esos días de pago en Bogotá, el número de defunciones de niños en el campo era verdaderamente aterrador (JGBC 1922, 66). Como solución a ese problema, desde marzo de 1921, la Sindicatura decidió trasladarse a Chipaque, Cáqueza y Ubaque, junto con un médico, del escribiente y del inspector de niños del campo para efectuar el pago de los salarios a las amas y examinar a todos los niños. Esta estrategia fue avalada como permanente por la JGBC sirvió para salvar la vida a un centenar de asilados; permitió hacer un estudio detenido de la institución Amas de Oriente; mejoró el control sobre las nodrizas, la cobertura de la asistencia y la vigilancia médica de niños y nodrizas; y corrigió irregularidades que se presentaban con el viaje de los niños hasta Bogotá (JGBC 1922, 66).

El médico y el inspector estaban encargados del adiestramiento de las amas en cuanto a preparación de biberones, examen de los niños, nutrición, atención a los enfermos, salubridad general, aseo, relaciones públicas. En caso de comprobar descuidos o deficiencias en la alimentación o incumplimiento de los compromisos de la crianza de algún lactante, los funcionarios podían ordenar retirarlo de esa ama para pasárselo a otra. Con ello se pone en evidencia lo que Carrillo llama la “medicalización de la lactancia”; es decir, la intervención sistemática de los médicos en la vigilancia de la salud de los infantes y en el control del cuerpo y comportamiento de las amas de cría (Carrillo 2008, 231).

Otra estrategia de control tuvo que ver con las reformas en la elaboración de las estadísticas de la institución. En 1934, el síndico del Hospicio, Julio Barriga Páez, abrió en la sección del Campo un libro de matrículas y otro de movimiento de niños: en el primero se inscribían los nombres y detalles generales de los niños y en el segundo el movimiento de entradas al campo y de devoluciones a la sede urbana (JGBC 1934, 214-215). Con este control estadístico era posible saber en poder de cuál ama estaba el niño, en qué región y en qué condiciones de salud se hallaban tanto él como su ama.

En 1937, se implantó la más trascendental reforma, consistente en que cada una de las zonas estuviera bajo el control de un médico y de una enfermera visitadora, pues el problema de la vigilancia de las amas se hacía cada día más difícil. Se suprimió el cargo de Inspector de Amas y en su reemplazo se crearon tres cargos de Inspector Sanitario de la región de Oriente. Estos los ocuparon tres enfermeras graduadas, a quienes se les encomendó la educación de las amas, la enfermería y la inspección sanitaria de la región. Asimismo, se crearon dos puestos de dentistas y dos puestos para médicos, uno que actuaba en Cáqueza y el otro en Ubaque (JGBC 1937, 51-52). Desde el nombramiento de las enfermeras se implantaron las fichas médicas y sociales de las amas, en las que se anotaba la condición social de cada una, su estado de salud, la situación de las habitaciones y el estado de salud de los familiares.

Todas esas medidas revelan el interés de médicos y administradores por controlar y dirigir la crianza de los asilados, así como un interés por disminuir por todos los medios posibles la alta tasa de morbilidad y mortalidad de los niños del Campo. La estrategia apuntó a constituir una amplia red de servicios que permitiera llevar a cabo la vigilancia y control médico de todos y cada uno de los hospiciarios. En 1941, el personal científico de la sección de Oriente ya estaba conformado por dos médicos y dos inspectores de amas; además, los centros hospitalarios de Chipaque y Cáqueza se pusieron a cargo de dos enfermeras, dos ecónomas o administradoras y cuatro sirvientes.

Las estrategias de control y vigilancia no fueron enteramente autoritarias, pues en la dirección del Hospicio se instauró una especie de pedagogía en acción que el historiador Vigarello denominó “gestos simbólicos y eslóganes” (2006, 293), que consistían

en otorgar recompensas a las amas que presentaran en perfecto estado físico y moral a los niños a su cargo. En 1925, el médico del Hospicio propuso establecer, como estímulo para las amas, un premio trimestral a la que llevara el niño mejor criado en cada grupo de alimentación y en cada localidad (JGBC 1925, 86-91). Aunque los registros no permiten establecer si el concurso se perpetuó, su existencia da cuenta de los intentos por parte de la administración de ensayar diferentes estrategias de control y vigilancia.

Conclusiones

En lo expuesto mostramos cómo los funcionarios de la JGBC y los médicos del Hospicio criticaron con dureza la institución Amas de Oriente, responsabilizaron a las nodrizas de la mortalidad infantil y trataron de prescindir de la función de estas mujeres campesinas. Sin embargo, los costos de atención de cada niño en la sección del Campo, comparados con los de un niño de la sede urbana del Hospicio, junto al fracaso de las estrategias de reemplazo, obligaron a la administración a conservar la controvertida institución.

Las críticas de los médicos señalan a las nodrizas, las tildan de “mercenarias” guiadas por un interés monetario. Pero la exploración de las fuentes no mostró evidencias de que intentaran favorecerlas materialmente para fomentar su función de lactancia, por ejemplo, mejorando sus precarias condiciones de vida. Es frecuente en los discursos de los médicos de la asistencia pública la idea de cosificación de los cuerpos de las amas de crianza. Estas mujeres no les interesaban como personas, sino como cuerpos productivos, y sus hogares y familias como nichos benéficos para albergar niños y niñas huérfanos o desamparados.

A pesar de sus deficiencias, la institución de las amas fue una oportunidad de trabajo asalariado para mujeres campesinas de municipios cercanos a Bogotá. Esta institución resistió el paso del tiempo y, más que debilitarse, se robusteció en personal y en número de asistidos, y llegó a ser la sección más solicitada del Hospicio. Esta pervivencia en el tiempo quizás se debió, entre otras razones, a que las autoridades responsables prefirieron mantener a los niños en un sistema que de todas maneras

garantizaba la crianza en un hogar y no en un asilo, lo que también podía favorecer el aprendizaje de un oficio. Las amas, con sus cuidados, encarnaban la figura materna, proporcionaban a cada criatura un espacio como el de una familia, con una madre y un padre con quienes, se esperaba, los niños tejieran vínculos afectivos.

Durante el periodo estudiado, el discurso médico aboga por una maternidad científica guiada por los preceptos de la higiene y la salud sintetizados en la puericultura. La aplicación de este saber, enfocado en la protección de la infancia en el seno de la familia y bajo la égida de la madre, fue una de las estrategias para contrarrestar la mortalidad infantil, pues las naciones más prósperas eran aquellas que exhibían las más bajas tasas de mortalidad infantil. El programa público de lactancia Amas de Oriente se inscribe en ese contexto de idealización de la familia, de responsabilidad de la mujer como madre y de la protección de la infancia como porvenir de la nación. Paradójicamente, los informes y cifras oficiales, relativos a las edades de los niños y niñas que permanecían en la sección del Campo, permiten establecer que hubo prevalencia de infantes entre los 2 y los 5 años de edad. Así, la institución Amas de Oriente se fue convirtiendo con los años en una especie de hogar sustituto para centenares de niños que terminarían pasando allí gran parte de su infancia.

La posición conservadora de la asistencia a los pobres, paternalista, fue la dominante durante el periodo estudiado. En la década de 1930 hubo un cambio partidista en el gobierno de Colombia, del conservador al liberal, pero esto no supuso un cambio significativo de doctrina en la asistencia pública ni en los discursos acerca de la población asistida en el Hospicio. No se evidenció un cambio en las políticas de asistencia, la mortalidad siguió siendo significativa, el lenguaje despectivo para referirse a los niños y a las amas continuó. Se trató más bien de un cambio de administradores guiado por asignación de cuotas políticas como expresión de la pugna partidista que años más tarde derivó en un nuevo conflicto armado.

Como toda la burocracia del siglo XIX, esta también era proclive a las cifras. Durante el periodo estudiado, es innegable que la escalada regulatoria y de vigilancia en la institución Amas de Campo llevó a un aumento en la cantidad y la calidad de los registros de datos de la institución. Sin embargo, es notorio que esas

estadísticas cumplieron solo fines administrativos —la exigencia por parte del gobierno de presentación de cifras— y no motivaron en las autoridades sanitarias o en los médicos de la institución análisis para evaluar las estrategias operadas con el fin de disminuir la mortalidad y la morbilidad de la población asistida.

Pensamos que se debe comprender la existencia y la permanencia de esta institución en el contexto de la pobreza e indigencia de la ciudad de Bogotá durante el periodo estudiado. Nos enfrentamos a la dificultad de no poder ponderar en sus verdaderas proporciones el problema del abandono infantil y de no poder contrastar las abundantes cifras del Hospicio con los cambios demográficos de otras regiones de Colombia y Bogotá, debido a la falta de datos que caracteriza a la demografía colombiana de la primera mitad del siglo XX. Aun así, se hizo evidente que el Hospicio y su sección de Oriente fueron una especie de sistema de contención del grave problema social del abandono de la niñez. Los registros estadísticos del Hospicio están ahí, persistentes año tras año en los informes, pero de ellos el discurso experto solo retuvo lo relativo a los cambios en la mortalidad anual, sin considerar el movimiento de las cifras en el tiempo. Los registros detallados acerca de las amas y los niños, de sus condiciones de vida, pasan por la rutina burocrática, pero dormirán en el archivo el sueño de los justos sin ser objeto de síntesis analíticas. Para los historiadores del presente constituyen una fuente potencial y generosa de respuestas para nuevas preguntas sobre las mujeres, la maternidad, la infancia y la pobreza en Colombia.

Referencias

- Agudelo-González, Ángela Lucía, y Willian Alfredo Chapman-Quevedo. 2021. “Maternidad y lactancia a través del discurso de la comunidad médica en Barranquilla, primera mitad del siglo XX”. *Historia y Memoria* 23: 197–225. <https://doi.org/10.19053/20275137.n23.2021.11720>
- Ariza, Erick. 2015. “Nodrizas, madres, médicos: Medicalización de la lactancia en Bogotá 1869-1945”. Tesis de pregrado, Universidad del Rosario. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/11940>

Allemandi, Cecilia. 2016. “Las amas de leche y la regulación del mercado de la lactancia en la ciudad de Buenos Aires (1875-1911)”. *Mora* 22: 5-24. <https://doi.org/10.34096/mora.n22.3931>

Carrillo, Ana María. 2008. “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad ‘científica’, control de las nodrizas y lactancia artificial”. En *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, compilado por Julia Tunón, 227-280. Ciudad de México: El Colegio de México.

Castro, Beatriz. 2007. *Caridad y beneficencia, el tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Compilación de Leyes y Ordenanzas de la Beneficencia y Asistencia Social de Cundinamarca 1918 – 1942. 1942. Bogotá: Imprenta Departamental.

Demarco, Cecilia. 2019. “‘Amas mercenarias’. Amas de leche en el discurso médico. Montevideo 1900- 1930”. *Revista Anuario del Área Socio-Jurídica* 11 (1): 1-29. http://dx.doi.org/10.26668/1688-5465_anuariosociojuridico/2019.v11i1.5714

Díaz, Remigio. 1922. “Apuntaciones sobre la alimentación de los niños normales durante los primeros meses de la vida”. Tesis de grado, Universidad Nacional Facultad de Medicina y Ciencias Naturales.

Estrada, Victoria. 2015. “La valeur des chiffres: la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie 1886-1947”. Tesis doctoral, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Fassin, Didier. 2020. *De l'inégalité des vies: Leçon inaugurale prononcée le jeudi 16 janvier 2020*. París: Collège de France. <http://dx.doi.org/10.4000/books.cdf.10078>

Golden, Janet. 2001. *A Social History of Wet Nursing in America: From Breast to Bottle*. Ohio: State University Press.

Guzmán, Florencia. 2018. “¡Madres negras tenían que ser! Maternidad, emancipación y trabajo en tiempos de cambios y transformaciones (Buenos Aires, 1800-1830)”. *Tempo* 24 (3): 450-473. <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240303>

Henderson, James. 2006. *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889-1965*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1918. *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del departamento en sus sesiones de 1918*. Bogotá: Imprenta y litografía Juan Casís.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1919. *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del departamento en sus sesiones de 1919*. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1921. *Informe que el Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del departamento en sus sesiones de 1921*. Bogotá: Casa Editorial de “La Nación”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1922. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1922*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1923. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1923*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1925. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1925*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1929. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1929*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1933. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1933*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1934. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1934*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). Bogotá-Colombia. *Correspondencia 1935*.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1936. *Informe del Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca y del Secretario de Asistencia Social a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1936*. Bogotá: Editorial “El Gráfico”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1937. *Informe del Presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca y del Secretario de Asistencia Social a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1937*. Bogotá: Editorial “El Gráfico”.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1941. *Memoria de la Junta General a la Honorable Asamblea 1941*. Bogotá: Editorial Minerva.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1942. *Memoria de la Junta General a la Honorable Asamblea 1942*. Bogotá: Editorial Santafé.

Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (JGBC). 1955. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea departamental en sus sesiones de 1955*. Bogotá: Imprenta de “La Luz”.

Machado-Koutsoukos, Sandra Sofia. 2009. “‘Amas mercenarias’: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16 (2): 305-324. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200002>

Márquez, Jorge, y Óscar Gallo. 2017. “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”. *Historia y Sociedad* 32: 21-48. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/55508/58474>

Muñoz-Vila, Cecilia, y Ximena Pachón-Castrillón. 1988. “Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad: una lucha por la supervivencia de la infancia bogotana: (1900-1989)”. *Maguaré* 6/7: 101-152. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/14224>

Muñoz-Vila, Cecilia, y Ximena Pachón-Castrillón. 2002. *Réquiem por los niños muertos: Bogotá Siglo XX*. Bogotá: Cerec, Hogares Club Michín.

Restrepo-Zea, Estela. 2011. *El Hospital San Juan de Dios 1635-1895: una historia de la enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá*. Bogotá: Universidad de Colombia.

Rivas-Armas, Dionys Cecilia, y Ismenia de Lourdes Mercerón. 2020. “Prácticas de crianza, legado cultural afrodescendiente. Narrativas de mujeres afrovenezolanas”. *Ciencias Sociales y Educación* 9 (18): 57-84. <https://doi.org/10.22395/csye.v9n18a3>

Rodríguez, Ana María. 2009. “Las nodrizas de las inclusas: las amas de leche de la casa de maternidad y expósitos de Barcelona, 1853-1903”. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* 4: 65-94. <http://dx.doi.org/10.18002/cg.voi4.3807>

Romanet, Emmanuelle. 2013. “La mise en nourrice, une pratique répan-due en France au XIXe siècle”. *Transtext(e)s Transcultures* 8. <https://doi.org/10.4000/transtexts.497>

Sánchez, José Fernando. 2014. “Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas”. *Sociedad y Economía* 26: 65-92. https://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sociedad_y_economia/article/view/3952

Sussman, George D. 1982. *Selling Mother's Milk: The Wet-nursing Business in France, 1715-1914*. Urbana: University of Illinois Press. <https://doi.org/10.1017/S002572730003578X>

Vigarello, Georges. 2006. *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada.

