

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE CIENCIAS HISTÓRICAS

Tesis para obtener el título de Historiadora

“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**

ENMA PILAR CHILIG CAIZA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ELISA SEVILLA

QUITO, MARZO 2017

Dedicatoria:

*A Martín, por enseñarme
que es realmente la vida.*

*A mi madre (Martha Caiza)
por apoyarme incondicionalmente,
incluso cuando parecía que no había salida.*

Agradecimientos

Este trabajo de disertación se convirtió en el primer proyecto importante de mi vida estudiantil por varios años. Desde su inicio hasta su culminación tuve que afrontar cambios importantes en mi forma de concebir el mundo y aprender que a veces hay que optar por los caminos que uno jamás pensó andar.

Quiero agradecer a mi familia, por su amor incondicional. A mis padres, Martha Caiza y José Chilig, quienes a pesar de las dificultades nunca dejaron de creer en mí y apoyaron cada una de mis decisiones, por locas que fueran. A mis hermanos Javier, Diana, Alex y Daniela por dejarme aprender con ellos cada día. A Leonardo y Martín, gracias por traer el caos y la alegría a nuestro hogar.

A Lilia Escudero con quien más de una vez lloramos de felicidad, reímos en la tristeza y para quien un gesto era suficiente para entender lo que pasaba por mi mente. A mis amigos Cristian Vivanco y Robin Grajales por sus consejos y las eternas conversaciones existenciales. A Cristhian Pineda por encontrarme.

A Luis Esteban Vizúete, Sael Trejo, Sebastián Luna, Paulette Serrano y Paco Jaramillo, quienes más que compañeros de clase se convirtieron en compañeros de vida. Gracias por las risas.

Debo especiales agradecimientos a la doctora Elisa Sevilla, directora de esta tesis, por su interés y preocupación en cada etapa de la investigación y escritura de esta disertación, a la doctora Viviana Velasco, por ser parte de este proceso desde el inicio, por su tiempo y cada una de sus recomendaciones. Al doctor Milton Luna por darse el tiempo para leer estas páginas y sus sugerencias.

Al personal de los archivos y bibliotecas que permitieron el desarrollo de esta disertación. A la doctora Rocío Bedón, directora del Archivo de la Medicina y el señor Manuel Cedeño, por la colaboración, paciencia y amabilidad.

A todas las personas que, a pesar, de su corta estancia en este turbulento proceso me inspiraron y enseñaron.

Resumen

El presente trabajo constituye uno de los primeros acercamientos históricos sobre la infancia en la historiografía ecuatoriana, en el que se aborda, de manera general, la construcción de un ideal del niño y a través del análisis del proceso de institucionalización de la higiene en Quito entre 1914 y 1937, considerando varios hitos que permitieron la visibilización del niño como un individuo incompleto, sujeto al poder del mundo adulto y que por ende necesitaba de cuidado y protección. De modo que se evidencia la importancia del papel la madre en el cuidado, crianza y formación de los futuros ciudadanos, y deja entrever que no se puede hablar del niño sin la madre y viceversa. Así como, la influencia del médico en el proceso de desarrollo del niño, desde su concepción hasta la llegada de su edad adulta. Es preciso mencionar que en el período de estudio, el Ecuador tuvo varios momentos de inestabilidad política y económica, acompañados del surgimiento de movimientos sociales. No obstante, las tensiones generadas en el proceso, permitieron el logro de varias conquistas en materia de protección social.

El tema principal del trabajo se centra en la idea de la práctica y la divulgación de la higiene como la salvación del niño y la sociedad. La introducción de nociones básicas de higiene para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas fue la premisa recurrente del discurso médico, así como, la importancia de modernizar las prácticas de salud y crianza de los hijos, a fin de tener ciudadanos sanos y fuertes capaces de defender y contribuir al desarrollo de la nación. En efecto, se establecieron las condiciones que determinaron un ideal de infancia, y dio paso a la jerarquización de lo que se consideraba fuera de dicho patrón establecido, o dicho desde un término jurídico, en un estado de irregularidad. De esta forma, las relaciones del niño con otras instituciones sociales como la familia, el Estado y la escuela, apoyadas por nuevas disciplinas de conocimiento fueron configurando variadas clasificaciones del niño que permitieron la planificación de estrategias de control poblacional.

Se ha concebido esta investigación en cuatro partes, la primera como un capítulo introductorio en el que se aborda los principales debates sobre la historia de la infancia. El segundo hace un acercamiento a la institución familia, enfocada principalmente a la maternidad como elemento principal en la protección de la infancia. El tercer capítulo se centra en la labor de la Junta de Beneficencia de Quito y su labor en la atención y acogida de la infancia desvalida. Al final, se plantea la idea de la higiene como una disciplina que no sólo se encarga del bienestar físico, sino del mental, y su introducción en el campo educativo.

Índice

Resumen	<i>i</i>
Capítulo Introductorio: Apuntes para una Historia de la Infancia en el Ecuador	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 El niño en la literatura histórica del Ecuador	3
1.3 Principales debates y conceptos dentro de la historiografía de la infancia.	5
1.3.1 Historia de la Infancia a través de Ariès, Demause y Pollock.	5
1.3.2 Sobre el concepto de infancia.	8
1.4 Medicina e infancia	11
1.5 Situación económica y social del Ecuador en las primeras décadas del siglo XX. 1910-1940	15
1.6 Sumario	24
Capítulo 2: “La sublime misión de la maternidad” ante la ciencia moderna.	27
2.1 Antecedentes históricos	27
2.2 Formación de las futuras madres	30
2.2.1 Educación femenina: en busca del ideal de madre-esposa.	32
2.3 “El niño, antes de nacer, tiene derecho a exigir que su madre sea protegida”: Protección materno-infantil.	37
2.3.1 Ilegitimidad y eugenesia: aristas contrarias del control de la población	37
2.3.2 Puericultura pre-natal: la labor de la maternidad en la protección materno-infantil	43
2.4 El arte y la ciencia detrás del cuidado al niño: Manuales de Puericultura	53
2.4.1 Lucha contra la mortalidad infantil y el inicio de la protección de la infancia.	56
2.4.2 Puericultura postnatal: primeros cuidados del niño y lactancia materna	62
2.5 Conclusiones	68
Capítulo III: De la Protección de la Beneficencia al Control de la Higiene. La Junta de Beneficencia de Quito y su labor de protección a la Infancia.	70
3.1 La Junta de beneficencia: contextualización de su rol en la sociedad.	70
3.1.1 La Junta de Beneficencia de Quito ante la crisis.	72
3.2 Otros organismos de protección a la infancia	76

3.3	Servicios médicos especializados en la atención materno-infantil. El dispensario de niños y la Gota de Leche	81
3.3.1	Dispensario de niños pobres	82
3.3.2	La Gota de Leche	86
3.4	Formar para la vida y el trabajo: Orfanatos y Escuelas de Artes y Oficios	91
3.4.1	Casas de Huérfanos: San Vicente de Paúl	91
3.4.2	Redimir a través del trabajo: Escuela de Artes y Oficios y La Escuela Taller para Mujeres	100
3.5	Conclusiones	104
4.	<i>Capítulo IV: Espacios en disputa, Escuela y Medicina. La higiene como nueva práctica científica para la defensa del niño.</i>	107
4.1	Sistema Nacional de Sanidad	107
4.1.1	Higiene Escolar	109
4.1.2	Comedores escolares	117
4.2	Servicios de Higiene Escolar en Quito	123
4.2.1	Dispensarios Escolares	123
4.2.2	Dispensario de Higiene Dental	127
4.3	Higiene moral: niños anormales y delincuentes	128
4.4	Conclusión	135
5.	<i>Conclusiones</i>	136
6.	<i>Anexos</i>	146
	Imágenes	146
7.	<i>Bibliografía</i>	152

Capítulo Introductorio: Apuntes para una Historia de la Infancia en el Ecuador

1.1 Planteamiento del problema

A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, el niño cobró importancia como potencial mano de obra que contribuiría a la producción y desarrollo de las naciones. De tal modo que el Estado, a través de sus instituciones de asistencia e instrucción pública, buscará: 1) proteger y controlar a aquellos niños en peligro y potencialmente peligrosos y 2) dotar a la ciudadanía de los conocimientos aplicables en el proceso de producción, y así contribuir a la formación de una conciencia de nación, a través de la educación (Estrella, 1980). En 1908, la Junta de Beneficencia de Quito se constituyó como la principal institución estatal encargada de administrar y brindar servicios de asistencia social, salud y educación a la población en general; labor fundamentada en el principio de caridad católica. Se encargó, además, de la educación moral de los niños y adolescentes acogidos en sus casas de asistencia con la convicción de prepararlos para la vida, evitar que cayeran en vicios y convertirlos en sujetos activos de la sociedad (Kingman Garcés, 1996).

Por su parte, los médicos en su afán de disminuir los alarmantes índices de mortalidad y morbilidad infantil defenderán la idea del cuidado científico del niño sin descartar el cuidado moral. En este sentido, los discursos de protección a la infancia se enfocaron en visibilizar la problemática situación del niño y proponer soluciones más allá del discurso, así como, “aconsejar y ayudar a todas las madres ecuatorianas en su noble misión de crianza y educación de sus hijos” (Andrade Marín, 1932 :1) a través de la enseñanza de las reglas básicas de la crianza infantil fundamentadas en prácticas de higiene y salubridad. Paralelamente, el discurso enfocado en la protección “apuntará hacia un objetivo privilegiado, la patología de la infancia bajo su doble aspecto: La infancia en peligro, es decir, la que no se ha beneficiado de todos los cuidados de una crianza y educación deseables; y la infancia peligrosa, la delincuente (Donzelot, 1987: 99)¹.

¹ Según Danzelot (1987), la concepción de “patología de la infancia” surge en torno a “la novedad del trabajo social”, que critica los antiguos procedimientos y actitudes basados en la represión y la caridad de

Es así que la higiene adquiere un papel importante para asegurar el bienestar de la sociedad en general, ya que ésta “debe participar a una regeneración tanto biológica como cultural. Pues se la considera en lo biológico como el medio para mejorar las condiciones físicas de la población, y en lo cultural como portadora de los valores de la “civilización” ” (Sinardet, 1999: 415). De ahí que la higiene se convierte en el argumento y objetivo central de las exposiciones y campañas médicas y pedagógicas, para el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida de los niños y la población en general, considerando que la práctica higiénica no sólo se limita al aseo del niño, sino intenta dotar de mejoras a las actividades económicas y productivas (Sinardet, 1999).

Una vez que hemos planteado a breves rasgos un contexto en el que se supone al niño como el actor protagónico de la discusión, es necesario cuestionarse ¿Cómo se define la infancia en el discurso médico y políticas públicas relacionadas a su control y protección? ¿De qué formas se institucionaliza la higiene en el tratamiento de la infancia en el Ecuador? ¿Cuáles son las medidas tomadas desde el Estado respecto a las instituciones de protección de la infancia? ¿Existen tensiones entre la definición e implementación de políticas públicas sobre la infancia?

Mi propuesta de investigación busca hacer un acercamiento a la protección y control de la infancia en Quito entre 1914 y 1936 mediante el análisis del proceso de institucionalización de la higiene en tres espacios: familia, escuela e instituciones de asistencia y atención infantil. El período ha sido delimitado desde 1914 basado en la Fundación de la Sociedad Protectora de la Infancia en Quito, y el inicio de la atención médica especializada a los niños en las casas asistenciales, tras el decreto legislativo en el cual se obligó a la Junta de Beneficencia a organizar un servicio de clínica infantil (Estrella R., 2013), hasta 1937 año en el que el país establece dos hitos importantes relacionados a la protección y atención del niño. Por una parte, “la Higiene Escolar se organizó en ese año, a nivel nacional dependiente del Ministerio de Educación estableciéndose la Dirección General en la Capital de la República, nominándose como su máximo al doctor Manuel Guerrero.”; por otra, se codificó las Leyes de Hogares de Protección Social, la que disponía la creación y coordinación de instituciones de asistencia social como Casas Cuna, Hogares de infantes y de reeducación (Astudillo Espinosa, 1981: 128).

las instituciones encargadas de la asistencia del niño, hecho que dio paso a la búsqueda de estrategias y técnicas eficientes para enfrentar “los problemas de la infancia” (Donzelot, 1987: 1).

1.2 El niño en la literatura histórica del Ecuador

En Ecuador, la infancia ha sido estudiada desde campos antropológicos y sociológicos; pocos son los estudios históricos que incorporan al niño como un elemento secundario, en el tratamiento de temáticas ligadas a la historia de género y educación, etc. En este sentido, es necesario destacar las propuestas de Kim Clark, quien, en su más reciente trabajo “*Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*” (2012), dedica un capítulo para el análisis de las categorías de género, clase y estado dentro de las políticas de protección a la infancia. La autora plantea en este capítulo que las primeras propuestas sobre el bienestar infantil en el periodo liberal estuvieron enfocadas en el cuidado del niño vulnerable y marginal, incluyendo la implementación de los orfanatos. Sin embargo, el estudio no coloca al niño como el objeto directo de análisis, más bien, se enfoca en los espacios en los que se construye las relaciones de género. De modo que afirma que hubo más niñas marginales que niños bajo el cuidado institucional; que el trabajo fue delegado por la Junta de Beneficencia a las comunidades religiosas femeninas; y finalmente, que las madres pobres eran el objetivo de los programas de protección infantil (Clark, 2012)². Si bien, el tema central de su investigación no es el niño, el análisis de los discursos e instituciones relacionadas con la protección de la infancia es un excelente aporte para comprender las diferentes dimensiones de un solo objeto de investigación.

Ana María Goetschel, en 2007, publicó el libro “*Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas: Quito en la primera mitad del siglo XX*”, donde estudia las estrategias empleadas por un grupo de maestras que buscaban una participación activa en las esferas públicas en Quito. Analiza libros de texto escolares y publicaciones en revistas para comprender el ideal de la mujer que se construía en la época y como la educación de las mismas se convirtió en un elemento transformador (Goetschel, 2007). Este análisis nos acerca al texto escolar como un elemento utilizado para la creación, difusión y perpetuación de los roles de género socialmente asignados en la época. En este sentido, las maestras tienen un doble rol, como educadoras y figura materna en las

² En el 2009, se publicó el artículo *Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910 – 1945)* en el libro *Palabras del Silencio* donde la autora indica que dicho artículo es un estudio preliminar del libro publicado en 2012.

escuelas primarias. La autora no se extiende en el análisis de las relaciones en la formación de los niños en las escuelas primarias y sus maestras; sin embargo, sus aportes en la contextualización en el ámbito educativo, especialmente, en lo concerniente a la higiene escolar y las misiones pedagógicas son importantes para la investigación en torno al niño.

“*Trabajo infantil y educación en el primer código de menores en el Ecuador, 1900-1940*” constituye, como lo menciona, Milton Luna, su autor, uno de los primeros artículos específicamente enfocados en la infancia como objeto de estudio. El artículo plantea los antecedentes de la creación de políticas públicas respecto al niño en el Ecuador (Luna Tamayo, 2008). En el mismo, su autor presenta un análisis del trabajo infantil y su relación con el aprendizaje de oficios en una época en la que se considera que “(...) el trabajo se debe inculcar desde la infancia, puesto que es él, el factor indispensable para su desarrollo; y en la juventud es fuente de salud, vida y riqueza (...)” (Actas del Segundo Congreso Obrero Nacional, 1920). En este sentido, el trabajo es una forma de acercar al niño a la educación y alejarlo de los males sociales de la época. Luna plantea el análisis de varios conceptos como lo social, lo obrero y lo nacional para determinar el contexto en el que fue concebido y promulgado el Código de Menores en 1938.

Estos son algunos de los autores que han contribuido al análisis y construcción del niño como una categoría de investigación, sin olvidar *La ciudad y los otros: Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y policía* de Eduardo Kingman (2008), donde además del análisis del proceso urbanístico de la ciudad de Quito, presenta testimonios y datos que dan cuenta de las formas de educar y “proteger” al niño de escasos recursos mediante el aprendizaje de un oficio, o la “entrega” del mismo a una familia aristocrática para que se encargue de su educación y cuidado a cambio de ayudar en los quehaceres domésticos, esto como una alternativa ante la imposibilidad de acceder a la educación formal.

En este punto, es preciso revisar los principales debates y conceptos alrededor de la historia de la infancia que de una u otra forma se verán inmersos en el análisis de este trabajo de disertación.

1.3 Principales debates y conceptos dentro de la historiografía de la infancia.

1.3.1 Historia de la Infancia a través de Ariès, Demause y Pollock.

El estudio histórico de la infancia constituye un enorme campo por explorar, ya que no se resume en la revisión de biografías, ni se limita a la evolución de las percepciones en torno al niño y el adolescente, sino que se remite a los procesos sociales, culturales y económicos que permiten entender cambios en las estructuras de la sociedad moderna. De modo que la historia de la infancia es parte de una Historia total, considerando a ésta como el análisis integrado de cualquier actividad humana en el tiempo, cualquier punto de vista especializado contemplando una parte aislada mediante el cual se busca establecer las complejas relaciones y caracterizaciones que la asocian con otras (López, 2000).

La historia de la infancia es considerada como una veta de interés a partir de la publicación del libro *“El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen”* en 1960 de Phillipe Ariès, cuyo principal aporte es el concepto de infancia como un invento de la sociedad moderna. En este trabajo, el historiador francés establece los parámetros para el análisis de lo social y cotidiano desde una perspectiva histórica, mediante la revisión de documentación y fuentes no oficiales como son la literatura, la pintura y escultura medieval y renacentista, a partir de lo que formulo la premisa de antes del siglo XVI., existía un sentimiento de indiferencia hacia la infancia (Ariès, 1987), y eso se transmitía en las expresiones artísticas. Según Cortés (2001), el análisis de Ariès evidencio que “los niños no eran percibidos como una categoría específica, diferente, y pasaban de un período relativamente breve de estricta dependencia física, a ser socializados directamente en el mundo adulto a través del contacto con la comunidad” (Cortés, 2001).

Para Ariès, la ausencia de representación pictórica del niño antes del siglo XVII no se debía a la incapacidad técnica del artista, más bien se relacionaba con la mentalidad colectiva respecto del niño. La posterior representación de ángeles, el niño Jesús y niños desnudos, mismos que se encontraban dentro de una iconografía decorativa tanto religiosa como laica., evidenciaría un proceso que propició el cambio en la mentalidad colectiva y sugeriría el apareamiento del sentimiento hacia la infancia, y los indicios

del concepto de familia moderno, pero no sería hasta el siglo XVIII en donde se produce “*el descubrimiento de la infancia*” (Ariès, 1987)³. Varios autores afirman que a partir de las consideraciones establecidas por Ariès, existe una especie de consenso historiográfico en el que se establece que el cambio en la percepción de la infancia se produjo a finales del siglo XVII, se afianzó en los siglos siguientes y definió dos nuevos fundamentos:

Por un lado, que los niños debían permanecer en el ámbito de lo privado y en espacios propios como la familia y la escuela, y que su vida, literalmente no tenía precio, por lo que había que salvaguardar su salud y su bienestar. Por otro lado, se pretendió superar la imagen del “niño romántico”, esa figura estética en la que se vinculaba inocencia y muerte, al considerar que la muerte era algo ligado necesariamente a su propia naturaleza de infancia (Huertas, 2008:66).

De hecho, Ariès afirma que este descubrimiento, por una parte, fue el comienzo del control por medio de instituciones y mecanismos; y por otra, sensibilizó a la sociedad respecto a la necesidad proteger al niño. Además fue el inicio de un proceso moralizador y la creación de un régimen especial para la preparación de los niños con miras a convertirlos en adultos (Ariès, 1987)⁴. La introducción de un sistema educativo en el que se diferencia niños de adultos supuso el inicio de un régimen disciplinario estricto, evidenciado en la aparición del internado (Ariès, 1987: 103).

El proceso de internación propuesto a partir del descubrimiento de la infancia permitió la formulación de propuestas en las que se visibiliza una situación irregular, en la que el niño no solo es catalogado y dividido según distintos parámetros establecidos por la escuela, la familia, la medicina y la sociedad, sino que también contribuyó a la construcción cultural de una incapacidad del niño que fue posteriormente justificada a través del aparato jurídico (Cortés, 2001). De modo que este descubrimiento no sólo significó la pérdida de libertad de los niños, sino que trajo consigo una posterior división entre "niños y adolescentes" y "menores", siendo estos últimos los que quedaban fuera del circuito familia-escuela, para los cuales hubo que diseñar instrumentos específicos de control de carácter socio-penal (García Méndez, 1994).

³ Término utilizado por Phillip Ariès con el que explica el proceso de visibilización y separación del niño en una sociedad predominantemente adulta.

⁴ Ariès planteó que la infancia tenía más libertad cuando no era diferenciada, antes de su "descubrimiento".

Por su parte, en 1982, Lloyd Demause planteó el método “psico-histórico”⁵, (Demause, 1982). Así mismo, considera que las relaciones entre niños y adultos habrían evolucionado desde etapas de negación y violencia hacia una relación cada vez más respetuosa. Sin embargo, estas premisas no tuvieron mayor apoyo por parte de otros historiadores al considerar débil el método empleado, principalmente por la forma en que se utilizaron las fuentes para sustentar esta hipótesis, además, por considerar el método en extremo lineal. Aun así, la tesis de Demause constituyó un aporte al estudio histórico de la infancia al destacar discursos oficiales que permitieron el decreto de leyes de protección a la infancia, que se vieron reflejadas años más tarde en la declaración de los derechos del niño; así como, el interés en la creación de organismos encargados de erradicar aquellas prácticas violentas hacia los niños.

En este sentido, podemos destacar los cambios que introdujo la creación del primer tribunal de Menores en Chicago en 1899, donde se modificó la severidad de las penas aplicables a menores de edad, considerando que anteriormente los niños eran enjuiciados al igual que los delincuentes comunes. Este hecho no solo contribuyó a la modificación de las leyes para el tratamiento de niños delincuentes, sino que significó el inicio de legislaciones para la protección y tutela de los menores, creación de organismos especializados para transformar el sistema de tipo carcelario a una nueva corriente a favor del menor, donde, si bien se usaba la disciplina y el trabajo como ejes de la reeducación, intentaban evitar los métodos basados en corregir y reprimir a través de castigos físicos exagerados, métodos exentos de humanismo (V. García, 1987).

De modo que la propuesta de Demause contrasta la visión de Ariès sobre el descubrimiento de la infancia como el inicio del control creciente y la limitación de su libertad. Sin embargo, no distan en mucho, tomando en cuenta que los dos autores mencionan un momento en el que el niño se enfrenta a un modelo social en el que se lo define, cataloga y divide para efectos de su protección.

Si bien se considera a Ariès y Demause como los autores principales para el análisis de la infancia, Linda Pollock los cuestiona, con lo que ella llamaría, la “tesis histórica de

⁵ Según Cortés, el método psico-histórico fue una propuesta que intentaba introducir elementos psicológicos al análisis histórico, y cuya principal premisa era que “la fuerza central del cambio no es la tecnología ni la economía, sino los cambios psicogénicos de la personalidad resultantes de interacciones de padres e hijos en sucesivas generaciones” (Demause, 1982 citado por Cortés, 2001).

la infancia⁶". Para Pollock, la tesis histórica y el uso de fuentes para su elaboración, no evidencian los cambios en la mentalidad colectiva o en las relaciones entre niños y adultos, ya que el uso de fuentes para la elaboración de sus premisas no refleja, por una parte, la realidad entre la representación y lo representado. Así, Pollock afirma que la ausencia o presencia del niño en la iconografía pictórica estaría relacionado con cuestiones técnicas y estilísticas; y por otro, no son un indicativo confiable de la realidad, debido a que en las sociedades no todos tienen el mismo grado de educación o las mismas posibilidades para acceder a determinados recursos e información. Ante estas objeciones, esta autora propondrá el uso de fuentes "directas" como cartas, diarios y autobiografías a través de la lectura crítica y un examen en conjunto para establecer una síntesis (Pollock, 1993).

Pollock considera que en la historia de la infancia ha existido una continuidad más que cambios drásticos, que son más los elementos comunes que las diferencias en los distintos períodos y sociedades, y que ésta no ha sabido ser explicada por los otros autores (Cortés, 2001). Afirma que la tendencia de los padres siempre ha sido la de cuidar a sus hijos, y las premisas inmersas en la tesis histórica generalizaron conductas que pudieron o no ser, cotidianas o normales. Los malos tratos y el abandono han tenido lugar aisladamente, casi siempre frente a situaciones sociales extremadamente graves. Sólo estaría comprobado que "algunos padres del pasado carecieron del concepto de niñez, y algunos fueron también crueles con sus hijos" (Pollock, 1993: 49), y únicamente en este sentido la tesis histórica sería correcta. Finalmente, asegura que tanto el discurso sobre la infancia como el contenido de ese discurso han cambiado, pero la conducta real de los padres hacia los hijos y la experiencia concreta de los niños y adolescentes no registran cambios tan dramáticos como los señalados por Ariès y Demause (Cortés, 2001; Pollock, 1993). En este sentido, la propuesta metodológica de Pollock resulta de gran utilidad en cuanto a la reconstrucción de la infancia como agente; sin embargo, en la mayoría de casos resulta complejo el acceso a fuentes directas.

1.3.2 Sobre el concepto de infancia.

El concepto de infancia tuvo una importante transformación en la percepción social,

⁶ La tesis histórica se basa en las premisas de Ariès y Demause que plantean que en el pasado los niños eran tratados con indiferencia y que los niños eran tratados con severidad.

a partir del pensamiento ilustrado y sobretodo en los siglos XIX y XX, en el que “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 adecuada que, más adelante, debía poseer cualquier “buen ciudadano” (Huertas, 2008: 65).

La infancia se conceptualiza a partir de consideraciones biológicas, sociales y culturales, mismas que la definen como la etapa que antecede a la adultez o una institución social que puede alterarse o desaparecer, dependiendo de las relaciones y variaciones que se establezcan con otras instituciones como la familia o la escuela (Pavez Soto, 2012; Satriano, 2008). En este sentido, se evidencia una nueva perspectiva de la infancia en la que el niño es visto como un cuerpo sujeto al poder adulto, sin embargo, no sólo se trata de entender cómo el niño es acogido y pensado por los adultos sino, también, la forma cómo él se acopla, entiende y vincula al mundo social y cultural que lo recibe (UNESCO, 2011).

Vista de esta manera, la infancia se aleja de la idea del desarrollo biológico propuesta por autores como Emile Durkheim en *Educación y sociología* (1975), y Piaget en *El lenguaje y pensamiento del niño* (1972), quienes la delimitan como etapa del desarrollo evolutivo del ser humano hacia la adultez, considerando que es esta última la que se valora como plena y deseable. En este sentido, se establece una visión centrada en el resultado (ser adulto) del proceso de desarrollo; una vez que la persona “acabe” el proceso, será completa. Bajo estas consideraciones se perfila la imagen del niño como el futuro adulto que contribuye al desarrollo de su nación. Sin embargo, las acciones en su presente histórico no son considerados, es decir, el resultado es lo único que importa y se descuida la realidad presente de los niños durante su desarrollo (Pavez Soto, 2012).

En este sentido, a finales del siglo XIX e inicios de siglo XX, se buscaba establecer el desarrollo integral de los niños a fin de convertirlos en adultos productivos y socialmente competentes. Sin embargo, en el Ecuador estas ideas se consolidaron, sobretodo, a partir de la segunda década del siglo XX como parte del discurso médico, enfocado en el fortalecimiento de la patria, la familia y la raza. De modo que se estableció la necesidad de reforzar el campo de difusión de ideas relacionadas al cuidado infantil, así como, buscar formas de acercar a la sociedad a las nuevas ideas

basadas en la concepción científica. Así pues, médicos, maestros, entre otros, emprendieron la tarea de realizar manuales y publicaciones dirigidos a las madres, niñas y señoritas. Dichas publicaciones se remitieron a la construcción de un ideal de ciudadano, y a la vez, destacaron los deberes de las maestras como madres y formadoras de las futuras madres responsables de “engendrar un hijo normal, criarle sano y robusto, darle una sólida educación que haga de él un hombre útil” (Sánchez, 1928: IX). Es así que se prioriza la formación apropiada de la unidad doméstica y familiar, es decir, el comportamiento de las madres y padres ante la crianza de los hijos (Clark, 1995), como parte de un deber cívico. Así lo expresa el Dr. Carlos Sánchez en 1928:

Las nociones elementales de la ciencia [...] bien inculcadas por un profesorado serio y competente, en el ánimo de los alumnos que estuviesen en la edad adecuada de comprenderlas y retenerlas, contribuirían sin duda alguna al aumento de la capacidad física de la raza, puesto que daría nacimiento a una como función social de crianza del niño, en adecuadas condiciones de vida y tarea semejante con eficiencia cumplida, dotaría a la Patria de electo fuerte, preparado en sumo grado para las luchas de la existencia (Sánchez, 1928: IV).

Los padres están comprometidos en la labor de crianza; no obstante, los maestros asumen la tarea de transmitir las nociones básicas de higiene que permitirán al niño alcanzar un desarrollo adecuado y con ello contribuir en el proyecto civilizatorio propuesto en un principio por la revolución liberal, retomado más tarde en los primeros períodos de gobierno del Dr. José María Velasco Ibarra, en donde se fortalece la teoría de la “*degeneración social*” en el Ecuador como resultado de los procesos de urbanización y modernización en el que las ciudades habían entrado. Problemas sociales como el alcoholismo y la delincuencia eran cada vez más frecuentes, y desde la perspectiva de la medicina, estas características degenerativas impedían el progreso de las naciones y podían ser evitadas mediante la aplicación de dispositivos de control social como la práctica eugenésica y la educación. De modo que “durante la segunda mitad de los años veinte y treinta, la preocupación higienista se convierte en prioridad de la educación pública ecuatoriana”(Sinardet, 1999 : 413). Además, la medicina social cobra importancia al considerar la salud de la población como uno de los principales factores que construyen naciones fuertes.

Por esta razón, la responsabilidad por la salud pública e higiene social debía aplicarse en el campo educativo a través de la higiene escolar, misma que debía dotarse

de saberes y prácticas, “desde el mejoramiento de las condiciones materiales, el cuidado corporal y la eficiencia pedagógica, hasta la formación de individuos productivos que desarrollarán un trabajo digno” (Sáenz Obregón, Saldarriaga, & Ospina, 1997: 94-111 ; Terán Najas, 2006: 48). En efecto, la higiene escolar no se centraba en vigilar el correcto desarrollo biológico del niño, sino que establecía las pautas morales e intelectuales que debían alcanzar. A su vez debía detectar y prevenir que adquirieran características consideradas degenerativas para la sociedad.

Es así que la escolarización obligatoria propuso nuevos criterios clasificatorios de la infancia, se estableció una definición de niños a partir de su relación con la escuela, convirtiendo a los niños en el centro de intervención de médicos, maestros, técnicos de normalidad e integración social. En este sentido, se diferencia entre infancia delincuente e infancia anormal. La primera caracterizada por no poseer escolaridad y vivir en la calle; mientras que la segunda, denominada así por no acomodarse a la norma y reglamentos establecidos en la escuela, y que, por lo tanto, no asimilan el aprendizaje. Por su parte, la sociedad asumiría la misión tutelar, de socorrer y proteger al niño desamparado; educar y corregir al niño “difícil” y castigar con dureza al futuro delincuente (Congreso Nacional del Ecuador, 1938).

1.4 Medicina e infancia

Tanto la historia de la medicina como la historia de la infancia son parte de la historia total y a su vez pueden ser consideradas dentro de la historia social, tomando en cuenta que “no hay historia económica y social porque se acabó y se fue. Hay la historia sin más, en su unidad. La historia que es por definición absolutamente social” (Febvre, 1974: 39).

El estudio histórico de la infancia se encuentra atravesado por diversas corrientes y disciplinas por lo cual, la historia de la medicina se construye como un elemento complementario para la comprensión de las relaciones sociales establecidas a partir de las concepciones de salud-enfermedad, así como, el constante cambio en las percepciones ideológicas en torno a la medicina y el pensamiento médico como tal.

De este modo, la historia de la medicina integra una parte importante de esta propuesta investigativa. Se debe considerar que su objeto de estudio no se enfoca únicamente en la revisión de biografías y obras de personajes influyentes del pasado,

tampoco se limita a la evolución de la ciencia y las prácticas médicas, sino que propone el estudio de la medicina en toda su complejidad, incluyendo la comprensión de la enfermedad como una condición o estado del cuerpo en cualquier tiempo o lugar, así como, las diversas actividades diseñadas para combatirlas. Además, se ocupa del análisis de las cambiantes condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, así como los fundamentos tanto empíricos como científicos (López, 2000). Esto quiere decir que la historia de medicina ha sido dividida en dos ramas: la historia de la medicina propiamente dicha, aquella que analiza “el estudio de los grandes descubrimientos médicos, de las escuelas que aportaron los avances de las ciencias médicas, de las biografías de inmortales de la medicina”; y por otra parte “la de las ideas y la salud pública” (Delgado García, 1998:110). En este trabajo nos acercaremos más a la segunda rama, ya que el concepto de salud pública es un elemento que a medida que avanzaba el siglo XX cada vez era más utilizado dentro del discurso médico como una necesidad para el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad, considerando que:

la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Winslow, 1920: 23).

De esta forma, la medicina y las disciplinas afines plantearían estrategias para enfrentar los retos producidos por los cambios en la estructura social (García, 1981: 75). Es así que, entre 1880 y 1930 en América Latina, la medicina toma un carácter estatal influenciado principalmente por una estructura económica capitalista⁷.

Héctor Palma afirma que en América Latina a mediados del siglo XIX, en el marco de la constitución y organización de los Estados, los procesos de desarrollo visibilizaron nuevos problemas de medicina social que permitieron la introducción de nuevas disciplinas y prácticas asociadas, así como la creciente intervención del Estado. Sin embargo, a inicios del siglo XX, el problema sanitario se agrava, especialmente en las

⁷ La revolución industrial es considerada como un elemento que determinó los posteriores cambios en la práctica y pensamiento médico, debido a que el creciente “desarrollo industrial creó en Europa una situación completamente nueva” en la que se introduce mano de obra diversa; hombres, mujeres y niños, la misma que vive y trabaja en condiciones de insalubridad y pauperismo que afectan la producción. La medicina se transforma a partir de estas nuevas condiciones y genera discursos para la regeneración y el bienestar social. (Sigerist, 1998:85)

ciudades, debido al crecimiento sostenido de la población (Palma, 2008). Como consecuencia, los Estados emprendieron procesos para establecer políticas públicas enfocadas en crear sistemas de salud donde prime la práctica médica preventiva sobre la curativa. En este contexto, se desplegaron medidas encaminadas a disminuir los altos índices de mortalidad y morbilidad infantil, aun cuando el objetivo inicial fue el saneamiento y urbanización de las ciudades.

El interés de conseguir aumentar la cantidad de trabajo de un mismo número de personas sin modificar la jornada de trabajo permitió establecer el nexo entre la medicina y el capitalismo; y a su vez conllevó al inicio de la lucha contra las enfermedades conocidas como debilitantes⁸, la instauración de Cajas de Seguro Social con las que se busca brindar de atención médica a los obreros, además, de reducir la tensión política dentro de las organizaciones de trabajadores (García, 2016), acciones que dieron paso a la centralización y regulación de la atención médica en el Estado, a través de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1945 (Estrella, 2013). Si bien es cierto, en un inicio el nexo entre la medicina y el capitalismo buscaba aumentar la producción, las disposiciones establecidas para este objetivo dieron paso a la discusión de medidas para la protección de la infancia.

Por otra parte, debemos mencionar la influencia que tuvieron los grupos integrados por médicos e intelectuales en la construcción de políticas públicas de protección y saneamiento, como fue el movimiento eugenésico. El movimiento eugenésico y la participación activa de los médicos en las discusiones de actualidad, enfocadas en 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 figura del médico cambié de un técnico que se dedicaba a curar, y se convierta en un “factor esencial de civilización y progreso sobredimensionando su injerencia en la política” a nivel ideológico permitiéndole además, ocupar cargos importantes en el Estado⁹ (Palma, 2008: 7). El movimiento eugenésico buscaba la creación de instituciones para el control y seguimiento de distintas patologías y grupos humanos, con la cuales pretendían dar paso al desarrollo de programas de reforma sanitarias y sociales para el control,

⁸ Entre las que se nombra la anquilostomiasis y la malaria (García, 2016).

⁹ Héctor Palma describe como “medicalización del Estado” al proceso en el que 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.

prevención y erradicación de enfermedades venéreas, lucha contra el alcoholismo, la prostitución y la tuberculosis, así como mejoras en las condiciones de trabajo y vivienda (Palma, 2008). Para el caso ecuatoriano, el sociólogo Klever Moreno (2016), analiza la tesis de especialización del Doctor Isidro Ayora, *Leyes Biológicas y sus aplicaciones en patología y terapéutica* (1905), y concluye que Ayora buscaba establecer un “tipo específico ideal” que permita a su vez una perfecta evolución, y esto se vería reflejado en su discurso higienista, con el cual pretende establecer parámetros de clasificación social para “eliminar o aislar lo considerado enfermizo y que pudiera poner en ese estado a la sociedad” (Moreno, 2016:42) .

Estas consideraciones, se verían reflejadas en los discursos pronunciados por los médicos y los manuales de puericultura, maternología e higiene, en los que prima, por una parte, el discurso eugenésico, y por otra, las nociones de disciplina con las que se pretendía mantener el control de la población y sujetarlos a un poder superior, representado por el ideal de nación. Además, este tipo de publicaciones permitieron ver las tensiones entre el consejo médico basado en la ciencia y el saber popular, en el que “el saber experto legitimaba prácticas consideradas salubrígenas, que permitían el desarrollo normal de la relación madre-hijo, por fuera de la transmisión intergeneracional de ciertos saberes populares”(Briolotti & Benítez, 2014: 1716).

En los últimos años, los estudios latinoamericanistas sobre la salud han propuesto una “narrativa socio-cultural de la historia de la enfermedad”, la misma que se ha apoyado en las interpretaciones foucaultianas de la medicalización y el disciplinamiento” (Armus, 2002:46). Según Diego Armus, estas interpretaciones foucaultianas fueron y son una referencia para trabajos que encuentran en la medicina estatal un arsenal de recursos normalizadores constitutivos de la modernidad, y muestran las iniciativas estatales en materia de salud pública como esfuerzos de racionalización con lenguajes y saberes disciplinarios dirigidos a controlar a los individuos y sus cuerpos (2002:46). Estas nociones son importantes para este trabajo porque los elementos analizados manuales, discurso, políticas- buscan, por una parte, mejorar las condiciones de vida de la población, y por otra, evitar la mortalidad infantil disciplinamiento y educación de la población en temas de higiene, además del control del cuerpo que en el siglo XX pasa a ser responsabilidad estatal, con el médico su portavoz y figura de autoridad. En este sentido, la medicina, a través de la higiene,

cobró vital importancia en todos los aspectos de la sociedad como la educación, la economía y la política.

1.5 Situación económica y social del Ecuador en las primeras décadas del siglo XX. 1910-1940

La situación económica y social del Ecuador en la primera década del siglo XX estuvo caracterizada por la inestabilidad económica y política, destacando el violento fin del gobierno alfarista de 1912 y la revolución de 1913 en Esmeraldas. Es así que entre 1914 y 1920 la realidad nacional se tornó crítica a causa de la crisis agroexportadora que se vio agravada por el inicio de la Primera Guerra Mundial, ya que la cotización de las exportaciones eran bajas y la producción cacaotera se vendía con pérdidas, mientras que las importaciones eran más costosas, lo que significó la devaluación de la moneda nacional (Pareja Diezcanseco, 1991). Las instituciones estatales luchaban por mantenerse a flote y cubrir sus obligaciones con la sociedad. En efecto, la Junta de Beneficencia tuvo que soportar cerca de seis años de crisis y reajustes en sus presupuestos que contribuyeran a cubrir las deudas adquiridas a proveedores y casas de asistencia a cargo de órdenes religiosas¹⁰. Pese a las dificultades económicas y políticas, se publica en el registro oficial los estatutos de la Sociedad de Señoras de la Caridad, entidad encargada de “socorrer a los pobres, curar a los enfermos, educar a los niños desvalidos y en general remediar en cuanto sea posible a la clase menesterosa, en todas las necesidades de la vida” (Sociedad de las Señoras de la Caridad de Quito, 1914: 891). El mismo año se funda la Sociedad Protectora de la Infancia y el Instituto Municipal de Vacunas. En 1915, se organiza el primer Congreso Médico Ecuatoriano en el que se trataron temas relacionados al estado de la práctica médica y los avances alcanzados.

En 1916, Alfredo Baquerizo Moreno es elegido presidente de la República quien puso especial interés en terminar la revuelta de Esmeraldas; sin embargo, no dispuso de

¹⁰ Patricia de la Torre en su trabajo *El poder simbólico de la Junta de beneficencia de Guayaquil* (1996) destaca que en el caso ecuatoriano, a diferencia de la beneficencia estatal, representada por la Junta Nacional de Beneficencia, la beneficencia privada concentró paulatinamente poder, no solo económico y social sino que político. Debido principalmente que “la elite guayaquileña consolida a través de la Junta de Beneficencia de Guayaquil un proyecto social masónico y plasma su poder local con autonomía frente al poder del Estado” (De La Torre, 1996: 132). De modo que la Junta de Beneficencia de Guayaquil, a pesar de las condiciones económicas del país, no tuvo los mismos inconvenientes que la Junta Nacional de Beneficencia.

los elementos necesarios para hacer frente a la crisis económica. Este año se firma un tratado limítrofe con Colombia, con el que se pretendía poner fin a su “permanente discusión de fronteras” (Pareja Diezcanseco, 1991: 207); sin embargo, este acuerdo no contribuyó a defender los intereses nacionales, más bien sirvió para fortalecer la posición peruana que terminaría en la cesión de gran parte del territorio ecuatoriano en el acuerdo de Río de Janeiro de 1942. Para 1918, el presidente Baquerizo Moreno obtuvo la abolición definitiva del concertaje, y suprimió la prisión por deudas. En el ámbito de la salud, se crea la Policía Sanitaria de Quito y se instalan las primeras Comisaría sanitarias, en Guayaquil el éxito obtenido por el sabio japonés Hideyo Noguchi en el combate de la fiebre amarilla significó el inicio de una campaña sanitaria que terminó en 1920 cuando se declara al Ecuador un país libre de esta enfermedad (Astudillo Espinosa, 1981; Pareja Diezcanseco, 1991).

Las condiciones económicas y sociales parecían empeorar mientras avanzaba el siglo XX, los años anteriores al 22 de noviembre de 1922¹¹, develaron la gravedad de la crisis económica, el precio del cacao cayó bruscamente en 1921¹², la moneda había sido devaluada y el costo de la vida era en extremo elevada por lo que el pueblo se vio obligado a protestar (Luna Tamayo, 2013), es en estos años en los que se forjará y fortalecerá la organización sindical que propiciaron las reformas que se establecieron en los años posteriores. Este momento se consolidó como uno de los estandartes del llamado movimiento juliano que estaba encabezado por un grupo de militares jóvenes ilustrados y desligados de las redes de corrupción, rompieron con la cadena histórica del ejército como instrumento del poder y formarían en 1924 la Liga Militar, seguida de la instauración de la Junta Suprema Militar en julio de 1925 (Breilh & Paz y Miño, 2011: 110).

La Revolución Juliana de 1925 dio paso a una etapa de reformas sociales en la salud, seguridad social y la educación. En este proceso que abarcó un período de seis

¹¹ En 1922, el país afrontó la crisis social que produjo la pretensión de banqueros y comerciantes de traspasar los efectos de la crisis económica al pueblo mediante la emisión de papel moneda, hecho que entre otras consecuencias, elevó el costo de la vida y la inflación, lo que provocó un ambiente de agitación y enfrentamiento que terminó con la matanza y represión de obreros y manifestantes en Guayaquil el 15 de noviembre (Luna Tamayo, 2013).

¹² En este contexto de agitación social, en 1921, Matilde Hidalgo recibe el título de doctor en Medicina, convirtiéndose en la primera mujer médico del Ecuador, quien a su vez sería la primera mujer ecuatoriana en ejercer su derecho al voto (Estrella, 2013; Landázuri Camacho, 2008).

años entre 1925 a 1931, se instauraron tres gobiernos: La primera Junta Provisional de Gobierno desde el 10 de julio de 1925 hasta el 9 de enero de 1926 formado por personalidades como Luis Napoleón Dillon, José Rafael Bustamante, Pedro Pablo Garaicoa, entre otros; Segunda Junta Provisional de Gobierno desde el 10 de enero de 1926 hasta el 31 de marzo de 1926, integrado por Julio E. Moreno, Homero Viteri Lafronte, Isidro Ayora, entre otros; el gobierno interino de Isidro Ayora desde el 1 de abril de 1926 hasta el 16 de abril de 1929, y el gobierno constitucional nombrado por la Asamblea Nacional desde el 17 de abril de 1929 hasta el 24 de agosto de 1931 (Paz y Miño, 2013:27). La incidencia del médico Isidro Ayora fue de enorme trascendencia desde la primera junta provisional del gobierno juliano y, sobre todo, en los períodos de gobierno interino y presidencial, siendo en estos momentos cuando se produjeron los cambios cualitativos en la comprensión del rol del Estado frente a la salud. Es así como el Estado asumió el rol de atender el problema de la salud desde varias esferas y para ello consolidó la asistencia social y estableció mecanismos profilácticos de atención a la salud, vía la creación de instituciones encargadas de la higiene (alcantarillado, relleno de quebradas, potabilización del agua) (Rodas Chaves, 2011). Entre las principales obras en materia de Sanidad y Asistencia social debemos mencionar la creación del Ministerio de Previsión Social, mismo que se encargaría de los ramos de Trabajo, Sanidad y Asistencia Pública (Estrella, 2013:120) que a su vez significó “la institucionalización de la cuestión social” dando paso al inicio la atención obligatoria del Estado a las clases trabajadoras a través de legislaciones que les protegiera, así podemos mencionar la Ley de Prevención de Accidentes del Trabajo (1927); Ley sobre desahucio del trabajo. Ley sobre responsabilidad por accidentes de trabajo, Ley sobre trabajo de las mujeres y menores y de protección a la maternidad; las tres en 1928, entre otras (Paz y Miño, 2013).

Entre las reformas efectuadas durante el gobierno del doctor Isidro Ayora es preciso destacar las obras sanitarias, la reorganización hospitalaria, la aplicación técnicas y organización de instituciones europeas con nociones modernas en cuanto a la práctica médica, la epidemiología, así como, la atención de grupos considerados en riesgo: niños y madres, la reorganización de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, la unificación de las estadísticas nacionales sobre mortalidad y morbilidad, entre otras. La higiene y sanidad fueron de las mayores preocupaciones del gobierno de Ayora, y

muestra de ello fue el decreto de la ley de Sanidad y Asistencia Pública, con las que busca fomentar y fortalecer un sistema de salud pública, fundamentado a su vez en el mejoramiento de la educación e incentivación de la investigación, de hecho la década comprendida entre 1926 hasta 1936 fue una época en la que la producción de libros y publicaciones científicas afloró y donde se realizaron la mayor parte de investigaciones importantes de patología en Ecuador (Naranjo, 2005). Es así que la medicina ecuatoriana intenta regular su práctica, exigiendo la profesionalización de los actores que intervienen en esta dinámica. Se registran las primeras graduadas en enfermería y especialistas en áreas poco atendidas anteriormente, como la obstetricia, psiquiatría, odontología, etc., esto generó enfrentamientos entre quienes mantienen prácticas tradicionales y los nuevos profesionales (Landázuri Camacho, 2008).

En efecto, 1926 se sustituye la Beneficencia por la Asistencia Pública, se crea la primera Ley de Asistencia Pública el 2 de febrero de 1926, en reemplazo de la Ley de Beneficencia de 1908, su estructura y organización eran similares pero se establecieron diferentes nombramientos. De hecho, la Asistencia Pública “fue un organismo que se encargó de la salud del pueblo ecuatoriano, sus acciones y programas estaban orientados a nivel hospitalario, actuaban en favor de los enfermos, re organizaron los hospitales, mejorando su atención y por ende, la salud” (Chávez & Perugachi, 1987: 121). Además, tuvo participación directa respecto a las medidas de higiene, a pesar de haber instituciones especializadas en dicha labor. Esta transición, cambio las nociones de asistencia social propuestas durante el liberalismo, cuyas medidas estaban dirigidas a las familias pobres previa confirmación de su estado de insolvencia (Kingman Garcés, 2008). A partir de la emisión de la Ley de Asistencia Pública, el Estado debe garantizar la atención médica y social a todas las capas sociales sin distinción, y se fortalece la idea de medicina social que se consolidaría en los años 30 con la atención prioritaria a los trabajadores activos, y la posterior creación de la Caja del Seguro Social.

La ley dispone en primer lugar el derecho a acceder a los servicios de asistencia gratuita para toda persona indigente o desvalida; de la misma forma, dicta las regulaciones organizativas de las instituciones bajo la administración de la nueva Junta de Asistencia Pública, la misma que asume la dirección de todas las instituciones nacionales y municipales encargadas de la atención médica y social. Las disposiciones especificadas en el artículo segundo de la ley determina que la Asistencia Pública

Nacional está a cargo de “la organización y administración de los Establecimientos destinados a prestar servicios de asistencia y protección a: enfermos, alienados; ancianos, inválidos y crónicos; embarazadas y parturientas; tutela de niños desamparados y protección a la infancia en general” (Junta de Gobierno Provisional, 1926a). Cada uno de estos servicios se desarrolla de forma individual en el texto y finalmente se presentan propuestas para lograr solventar los gastos de tan importante actividad. Esta ley propuesta en un principio por el doctor Isidro Ayora, apela al patriotismo y la filantropía como dos factores esenciales de la nueva ley.

La legislatura de 1916, en cuyo seno se encuentran varios médicos y muchos patriotas distinguidísimos por su filantropía, esta llamada en el corazón del pueblo ecuatoriano un recuerdo imperecedero, si dedica, como no podemos menos de esperarlo, atención preferente a problemas como el de la Asistencia Pública que dejamos esbozado, se relacionan estrechamente con el bienestar y progreso de la nación (Ayora, 1926)

Esto lo vemos expuesto dentro del texto como un añadido, que busca resaltar el sentido patriótico de la labor emprendida por quienes elaboraron el proyecto; además se refleja las cualidades del grupo de personas cuyo fin último es conseguir el bienestar y progreso de la patria, y esto se visibiliza en los artículos y reglamentos propuestos en el conglomerado de leyes. Esta ley marca la transición de la beneficencia a la asistencia pública, e intenta crear un sistema de salud basado en la práctica médica científica y garantizar el acceso de la población a la salud. Estas regulaciones permiten la transformación de la concepción de la práctica médica, ya que de manera incipiente se potencia la asistencia de salud preventiva a diferencia de los años anteriores, donde se presenta un especial interés en la medicina curativa, dirigida preferentemente a los pobres y “desposeídos”, lo que significó un limitante en el acceso a la salud de la población en general (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1928)¹³. Es así que el 9 de marzo de 1926 “de acuerdo con la Ley de Asistencia Pública, la Junta Central de Beneficencia (JCB) terminó sus labores” (Terán, 1925:630), y con esto se instauraron nuevos procedimientos y dinámicas para la administración de las casas de asistencia.

¹³ La Junta a través de la atención gratuita contribuyó al mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad; sin embargo, y considerando que los servicios médicos privados en Quito eran pocos, los pacientes atendidos no correspondían únicamente a un sector social, por lo que un grupo de médicos defendían la idea de que la atención para aquellos con mayores posibilidades económicas debían pagar un costo por mínimo que fuera para el sostenimiento de las casas asistenciales (Bastidas, 1924; Garcés, 1937).

Uno de los principales cambios que podemos mencionar es la formación de un Tribunal para dirigir un “concurso de méritos, servicios y títulos científicos, mediante el cual se proveerán los cargos médicos” para las diversas casas a cargo de la Junta (Terán, 1926: 339), que anteriormente se realizaba mediante la recomendación de los miembros de la administración.

El mismo año entró en vigencia la Ley de Sanidad, cuyo fin era la creación de un sistema nacional de salud pública y el de garantizar el acceso gratuito al mismo por parte de la población. Además, determinó “la organización y la responsabilidad directa en cuanto a sanidad e higiene” (Chávez & Perugachi, 1987:122). La nueva ley proponía, a su vez, el fortalecimiento de la atención médica preventiva sobre la curativa basada en fundamentos científicos comprobados, propuesta que se venía discutiendo a partir de inicios de siglo desde la práctica psiquiátrica, precursora del positivismo en el Ecuador. Es así que las principales luchas emprendidas por la ley son contra las enfermedades infecto-contagiosas y las enfermedades sociales, a través de la supervisión de los “servicios de higiene infantil, escolar, industrial, militar, sanidad marítima, higiene de establecimientos, higiene alimentaria y medios de subsistencia” (Estrella, 2013: 121; Junta de Gobierno Provisional, 1926b:2). De este modo se inicia un proceso para combatir pestes y enfermedades a través del mejoramiento e implementación de servicios higiénicos y obras de saneamiento ambiental, como la potabilización del agua etc..

Un hecho importante del gobierno de Isidro Ayora fue la aprobación y promulgación de la nueva Constitución Política del Ecuador el 26 de marzo de 1929, lo que significó, según el historiador Juan Paz y Miño, la inauguración del “constitucionalismo contemporáneo del Ecuador” (Paz y Miño, 2013:91), ya que si bien hereda la organización republicana propuesta en el siglo XIX, los principios en materia económica y los derechos individuales alcanzados por la Revolución Liberal, esta constitución propone un enfoque principal en los derechos sociales y no tanto en lo económico, al mismo tiempo cuestiona y redefine el rol otorgado al Estado y a la empresa privada. Así se proclamó “los principales derechos sociales y laborales así como el compromiso del Estado para protegerlos” (Paz y Miño, 2013:92). Entre estos destacamos la atención sobre la asistencia, higiene y salubridad pública, atención

preferente a la mujer, principios laborales fundamentales, entre otras.

El gobierno del Doctor Isidro Ayora buscaba responder a los intereses populares, hecho que se vio reflejado en los decretos y medidas implementadas en el ámbito de salud pública y bienestar social; dos elementos cuya demanda popular y deficiente satisfacción fueron el detonante de la Revolución Juliana. Esto configura una nueva lógica de gobierno: surge la imagen de un Estado protector que debía desligarse de las concepciones pragmático-comerciales del saneamiento y su visión de beneficencia y caridad para introducir el concepto de salud como un derecho público que debe ser garantizado por el Estado como un proveedor de servicios de seguridad social (Breilh & Paz y Miño, 2011:122).

El año de 1929 determinó el inicio de una década de inestabilidad política en la que el país tuvo cinco presidentes sólo en 1932 y un total de 17 en diez años¹⁴. Según Paladines, “la depresión económica produjo una exacerbación de contradicciones sociales y políticas, a tal grado de que entre 1925 y 1947 sucedieron una serie de cuartelazos y 25 gobiernos” (Paladines, 1998: 203). En este ambiente de inestabilidad política y económica, varias organizaciones sociales se consolidaron, entre estas, podemos mencionar el movimiento estudiantil, movimientos de clase media, de obreros, y otros, cuyas principales reivindicaciones discurrían en el problema de la tierra,

¹⁴ Los hombres que pasaron por el poder desde 1929 hasta 1940 fueron: 1. Isidro Ayora, Presidente Constitucional, 1929-1931: dos años y cuatro meses
2. Luis Larrea Alba, Encargado del poder, 1931: dos meses;
3. Alfredo Baquerizo Moreno, Encargado del poder, 1931-1932: diez meses;
4. Carlos Freile Larrea, Encargado del poder, 1932: cinco días;
5. Alberto Guerrero Martínez, Encargado del poder: 1932: tres meses;
6. Juan de Dios Martínez Mera, Presidente Constitucional, 1932-1933: diez meses;
7. Abelardo Montalvo, Encargado del poder, 1933-1934: diez meses;
8. José María Velasco Ibarra, Presidente Constitucional, 1934-1935: once meses;
9. Antonio Pons, Encargado del poder, 1935: un mes;
10. Federico Páez, Jefe Supremo, 1935-1937: dos años y un mes;
11. Alberto Enríquez Gallo, Jefe Supremo, 1937-1938: diez meses;
12. Manuel María Borrero, Presidente Constitucional Interino, 1938: cuatro meses;
13. Aurelio Mosquera Narváez, Presidente Constitucional, 1938-1939: once meses;
14. Carlos A. Arroyo del Río, Encargado del poder, 1939: un mes;
15. Andrés F. Córdova, Encargado del poder, 1939-1940: ocho meses;
16. Julio E. Moreno, Encargado del poder, 1940: once días;
17. Carlos Arroyo del Río, Presidente de la República, 1940-1944: tres años y ocho meses (Paz y Miño, 2010: 1-2).

cuestiones salariales, así como la reforma universitaria, misma que posteriormente permitiera la participación de los estudiantes en el manejo de la universidad¹⁵.

En efecto, las luchas y congresos obreros realizados a comienzos del siglo fueron de gran importancia para la atención de los derechos de los trabajadores, entre estos, el derecho a la salud. Por una parte, se enfatiza la necesidad de defender la salud y disminuir el desgaste físico al proponer la reducción de la jornada laboral y garantizar mejores condiciones de trabajo y vida. Además, busca conseguir indemnizaciones en casos de accidentes en el trabajo derecho que se logra en la aprobación de una ley con este fin en 1928 (Harari, Ghersi, & Comi, 2000: 66). Es así que, la década de los 30 en el Ecuador fue un período de importante significación para el mundo laboral, pues la presencia cada vez más organizada de los trabajadores influyó en la emisión de una serie de leyes de protección y la creación de instituciones para el cuidado de su salud, así como una adecuada protección al ejercicio laboral. En este contexto, se crea el Seguro Social Ecuatoriano en 1935, un año más tarde se crea el Instituto Nacional de Previsión cuyo objetivo principal es la supervisión de las Cajas de Seguro Social, así como velar por el cumplimiento del seguro de enfermedad y maternidad. Para 1937, se estructuró el departamento médico de la Caja de Seguro y se dispuso de servicios médicos para los trabajadores en cinco ciudades del país, en 1938 se dictó el Código del Trabajo, finalmente, en 1939, se determinó la obligatoriedad del seguro social a través del decreto de la Ley de Seguro Social Obligatorio (Estrella, 2013).

Si bien, en esta década se lograron importantes conquistas en el ámbito laboral, también constituyó un periodo de cambios para la salud pública. De modo que el 18 de agosto de 1930, se plantearon reformas a la Ley de Asistencia Pública considerando que la ley vigente “no ha podido cumplir a satisfacción de los verdaderos interesados, los fines humanitarios que ella se propone (...)”(Santos, 1932: 227). Las reformas fueron sugeridas, ante la evidente desatención de las juntas provinciales y, en especial, de los hospitales y centros de salud .por parte de la Junta Central de Asistencia Pública Estas

¹⁵En América Latina, la formación de movimientos sociales se vio fuertemente influenciada por el anarquismo, divulgado por un grupo de inmigrantes europeos llegados a finales del siglo XX y comienzos del XX, que se asentaron en zonas urbanas y sentaron las bases para la conformación de los primeros movimientos obreros considerándose el movimiento más sólido de los años 20. Sin embargo, la expansión de las manufacturas y el creciente desarrollo industrial crearon las condiciones para el fortalecimiento de un proletariado industrial en la década de los 30 (Bruckmann & Dos Santos, 2008).

instituciones no sólo carecían de profesionales capacitados para atender los problemas de salud a los que estaban expuestos los habitantes de áreas rurales y el campesinado, sino que hacía falta una medicina ambulatoria en la que el médico, además de prescribir un tratamiento, aconseje y enseñe las nociones de higiene que ayudarán a combatir la mortalidad en general, y especialmente la infantil “que tanto contribuye a limitar el aumento de la población” (Santos, 1932: 227). Por otra parte, en 1932 el Registro Civil adopta la nomenclatura internacional de causas de muerte, hecho que facilitó “la utilización de las expresiones diagnósticas que informan de las causas de muerte en la elaboración de estadísticas demográficas” (Bernabeu-Maestre, 2003:196). En agosto de 1933, el Hospital Policlínico Eugenio Espejo de Quito abre sus puertas, y a su vez se inauguró el pabellón de niños del nuevo hospital con lo que se buscaba suplir las necesidades en la atención médica a la población infantil.

En 1934, se crea la Sección Especial de Lucha contra la Tuberculosis, esto ante los altos índices de mortalidad causados por esta enfermedad, y se establecieron dispensarios en Quito y Guayaquil; sin embargo, en un principio no contaban con los implementos necesarios (Higgins, 1941)¹⁶. Otro hecho importante fue el establecimiento de la Higiene Escolar Fiscal (HEF), institución dependiente del Ministerio de Educación, para afrontar el estudio y resolución de los problemas biológicos del escolar en la República, a fin de mejorar el rendimiento académico y físico de los niños en las escuelas (Dirección General de Higiene Escolar, 1936). El mismo año se dicta la Nueva Ley de Servicio Sanitario (Estrella, 2013). Entre 1937 y 1940, se crea el Instituto de Nutrición en Quito con el propósito de educar a los ciudadanos en las más elementales nociones para combatir la desnutrición; además, por medio de decreto legislativo se dicta la Ley de Hogares y Protección Social¹⁷, con esta ley se pretendía “dotar de

¹⁶ Los servicios de los dispensarios antituberculosos se realizaban en la mañana, donde los médicos efectuaban exámenes clínicos, y radiografías; los estudiantes atendían el servicio de laboratorio y gabinete de rayos X; mientras, las enfermeras asistían a los médicos en las visitas domiciliarias en la tarde (Higgins, 1941).

¹⁷ “Esta ley reorganiza las instituciones de protección social ya existentes y las clasifica en cuatro sistemas:

A) Casas-cuna, orfanatos, escuelas-hogar, colonias y cooperativas agrícolas; donde son acogidos niños huérfanos y menesterosos o aquellos que están en riesgo a causa del mal ejemplo de sus padres o cuidadores.

B) Escuelas Maternales, es decir, instituciones de protección materna

C) Establecimientos de carácter reeducativo, casas de menores y hogares de trabajo.

D) Colonias infantiles de altura y marítimas” (De Uzcáteguí, 1952; Vallejo, 1995) .

atención a los niños mediante formas institucionalizadas” (Vallejo, 1995: 8), cuyas funciones y servicios cumplan con los objetivos con los que fueron concebidos y constituido por una planta de profesionales. Ante esto, Sandra Vallejo (1995) afirma, en su tesis de licenciatura, que la asistencia de los niños significó el aislamiento y sometimiento a una estructura de autoridad, donde se le niega el desarrollo de las relaciones de intercambio social que se consideran a su vez como la fuente natural de crecimiento y desarrollo. También, se dicta el Código de menores en el que se excluye al menor del código penal, y establece como obligación del Estado el garantizar los derechos de los menores desvalidos, y huérfanos; material, moral y jurídicamente abandonados, mediante la creación de leyes y casas de protección. Entre los principales puntos del Código se destaca la necesidad de reintegrar al menor infractor en a la sociedad a través de la reeducación, trabajo realizado en Quito desde 1925 por la Escuela de Trabajo (Albornoz, 1931; González, 1937).

1.6 Sumario

El presente trabajo de disertación ha sido planteado a partir de los limitados estudios históricos sobre la infancia en el Ecuador. En el primer capítulo, partimos revisando varios autores que de una u otra manera han aportado con sus análisis en la visibilización del niño en la historiografía ecuatoriana. Expondremos, además, los principales debates de la historiografía de la infancia en general, sin dejar de lado las limitaciones y críticas de sus teorías o metodologías. Planteamos, además, un recorrido por los principales conceptos sobre la infancia y el primer acercamiento con el caso ecuatoriano. En este capítulo hemos pensado importante analizar la relación de disciplinas como la medicina y la infancia, partiendo de la consideración que gran parte de las fuentes examinadas corresponden al discurso y práctica médica aplicada a la protección de la infancia. Como último acápite, haremos una breve contextualización histórica rescatando los principales acontecimientos que contribuyeron en los cambios y transformaciones del sistema de salud, la asistencia social y principalmente, en el surgimiento de políticas de protección y control al niño. En el segundo capítulo, analizaremos al niño desde la familia como base de la sociedad, la preocupación estatal por formar a la mujer bajo el concepto de madre-esposa, el mismo que se encuentra atravesado por las concepciones religiosas y la moral católica fortalecidas en el período “garciano” y que se mantuvieron hasta mediados del siglo XX, en libros de texto y

manuales de comportamiento. Estas dinámicas se transformaron con la introducción de los preceptos liberales del trabajo como forma de redención, especialmente para la mujer y evitar que cayera en el “vicio” de la prostitución. El trabajo le daría los medios necesarios para tener una vida digna y contribuir en el mantenimiento de su hogar. Sin embargo, este hecho expresa que la inserción de la mujer en el ámbito laboral denotó el trato diferenciado que recibían las mujeres, además, significó el abandono físico de los niños, y en cierta forma, desde el discurso médico la renuncia de su deber máximo como madre. De forma que el Estado debe procurar la defensa del niño a través de la protección de la madre, especialmente durante el embarazo. En efecto, se dictan leyes y decretos para la creación y mejoramiento de instituciones dedicadas a este fin basadas en la atención médica y la aplicación de nociones de higiene. Empero, la protección de la infancia va más allá de la creación de instituciones por lo que se emprenden campañas dedicadas a la enseñanza de nociones básicas de puericultura e higiene a las futuras madres y madres, la importancia de los manuales de puericultura y maternología radica en la aplicabilidad en las escuelas y colegios, sin embargo, la difusión no es tan efectiva dado que no todas las mujeres tienen el mismo nivel de instrucción constituyendo un limitante.

El tercer capítulo abordará la función de la Junta de Beneficencia y sus casas asistenciales en pro de la infancia quiteña. Iniciaremos revisando cómo la crisis agroexportadora de 1914-1922 influyó en el funcionamiento y dinámicas de varias de las instituciones encargadas en velar por los niños encargados a la beneficencia. Las medidas tomadas para enfrentar la crisis económica que atravesó la Junta llevaron a visibilizar tensiones entre los miembros del directorio y la administración de las casas de beneficencia. Una de las obras de asistencia médica especializada para niños de mayor utilidad fue el Dispensario de Niños, institución que además de contribuir con la atención, diagnóstico y entrega de medicamentos a niños enfermos se consolidó como una escuela para madres, cuyo fin era la enseñanza y divulgación de nociones de higiene en el cuidado del niño para enfrentar la morbilidad y mortalidad infantil. La Gota de Leche y el Consultorio de Lactantes, instituciones de constitución privada con subvención de la Junta, se enfocaron en la atención de los lactantes y niños con deficiencias dietéticas y nutricionales, así como en la enseñanza de higiene y puericultura a las madres de escasos recursos; sin embargo, su labor fue fuertemente

criticada especialmente por los médicos que formaban parte de la Junta. Finalmente, revisamos la labor del Orfanato San Vicente de Paúl y la Escuela de trabajo, instituciones que acogieron a niños huérfanos y abandonados, y a través de becas para la formación en oficios que les permitiera llevar una vida digna que les permitiera aportar al desarrollo del país.

El cuarto capítulo aborda la Higiene Escolar en Quito en la segunda y tercera décadas del siglo XX considerando que el Departamento de Higiene Escolar de Quito se instaló en 1927, pero se anexó al Ministerio de Educación en 1937. En este capítulo analizamos las principales consideraciones sobre Higiene Escolar y las condiciones de las escuelas quiteñas. No nos acercamos a la cuestión pedagógica *per sé*, más bien nos hemos enfocado en los servicios prestados por el Departamento de Higiene Escolar. Finalmente, revisamos la idea de una higiene moral, la misma que busca la regeneración social a través de la reeducación del niño delincuente y la educación especial de los considerados anormales.

Capítulo 2: “La sublime misión de la maternidad¹⁸” ante la ciencia moderna.

Si bien este trabajo de disertación analiza las relaciones que se establecen en los discursos de protección y control de infancia en Quito y las instituciones que definen al niño en el marco de la institucionalización de la higiene, es preciso iniciar con la revisión de los principales acontecimientos que de alguna forma determinaron la necesidad de plantear medidas para el cuidado del niño basadas en técnicas modernas. Esto nos permitirá abordar con mayor facilidad el tema central de este capítulo: la familia como la primera institución encargada de procurar el bienestar del niño, y el rol de la mujer como madre, esposa y educadora.

2.1 Antecedentes históricos

Las primeras décadas del siglo XX, la expansión del capitalismo internacional liderado por Estados Unidos llevó al Ecuador plantearse la posibilidad de un desarrollo basado en la acumulación de capital que determinó el surgimiento de nuevas relaciones de clase, el desarrollo burocrático del estado y la liberación de la fuerza de trabajo y su transformación en mercancía. Este proceso de configuración económico y social definió la relación que se establecería entre la sociedad y la medicina (Estrella, 2013). En el Ecuador

La salud, como preocupación estatal, nació luego de la Revolución Liberal como parte del proyecto de atención a los más pobres y “menesterosos”. Sin embargo, y a la par, la salud también se originó para actividades de prevención en los puertos. Por tanto, su origen, como parte de la institucionalidad estatal, es dicotómica: unas instituciones para la prevención y otras para la atención de la enfermedad de los más pobres (Velasco, 2011: 323).

En este sentido, el principal objetivo de la práctica médica corresponde al saneamiento de los puertos y sitios de producción, a fin de garantizar los procesos de extracción agrícola, producción, comercialización y de acumulación de riqueza; por lo que el puerto se considerará el lugar de interés de la acción sanitaria. Sin embargo, no quiere decir que no haya una preocupación por la atención médica. El 14 de octubre de

¹⁸ (Sánchez, 1928)

1908 con la aprobación de la Ley de Beneficencia, mejor conocida como Ley de Manos muertas, traspasa la administración de bienes y rentas de las comunidades religiosas a la Junta de Beneficencia, y con ello se busca “fortalecer la economía de los hospitales y dotarlos de medios para cumplan su misión, que no tienen que ver sólo con lo asistencial, sino también con la enseñanza y la formación de médicos que ahí se educan y aprenden” (Paredes Borja, 1963: 383).

Este acontecimiento supuso la superación del concepto colonial de caridad por el de asistencia propuesta por el pensamiento médico liberal; sin embargo, la idea de caridad prevaleció en el accionar de las casas asistenciales, cuya administración se encontraba a cargo de comunidades religiosas, para el caso ecuatoriano, las Hermanas de la Caridad (Kingman Garcés, 1996; Landázuri Camacho, 2008). Años más tarde, la consolidación del pensamiento médico positivista y la profesionalización de la medicina, planteó una confrontación a nivel ideológico y administrativo, sobre la forma de organizar las casas asistenciales y el servicio que deberían brindar (Landázuri Camacho, 2008).

Así mismo, se refleja que el interés en extender los servicios de salud pública corresponderá, a la necesidad de enfrentar la crisis migratoria y urbanística resultante de las guerras liberales (1895-1905), mediante la aplicación de conceptos de higiene y salubridad como formas de control poblacional (Kingman Garcés, 2008: 431). Este proyecto de reorganización urbana, propuso un nuevo sistema de comportamiento social que deslegitimó, reguló e intentó suprimir prácticas moralmente cuestionables, más tarde considerados “males sociales” como: el alcoholismo, la prostitución, mendicidad, vagancia, entre otros. Este combate constituyó una responsabilidad conjunta entre las instituciones del Estado y la sociedad en general, especialmente de la élite.

Sin embargo, el latente problema de los males sociales constituía una parte de una problemática que afectó los resultados propuestos en el proyecto liberal de modernización del Estado. Por otra parte, a principios del siglo XX, los alarmantes índices de mortalidad y morbilidad infantil, comparados con las bajas tasas de natalidad obligaron a los médicos y autoridades a cuestionarse y cuestionar a la sociedad sobre: las condiciones de vida de la sociedad, especialmente, las condiciones en las que se pretendía formar al niño como el futuro de la patria, “la difusión y aplicación de métodos de crianza, los servicios de atención médica, las acciones tomadas desde el

estado y entidades privadas en procura del bienestar del niño” (Andrade Marín, 1929: 3). La protección y control de la infancia se nutriría de una diversidad de discursos que buscaban un fin en común, alejado de la inocente idea de bienestar y desarrollo adecuado del niño; el resguardo y formación del potencial adulto que contribuirá al desarrollo económico y material del país (Pavez Soto, 2012).

El interés por garantizar el bienestar y el desarrollo integral del niño se convertirán en los logros ideológicos por alcanzar desde las instituciones y personalidades comprometidas por la infancia a nivel mundial. El surgimiento y aplicación de nuevos conocimientos, fundados en la ciencia, abrió un espacio para la discusión de temas relacionados a la concepción de infancia como estado biológico comprendido en etapas, que dio paso a entender el cuidado del mismo como un proceso y la educación como el camino hacia su construcción como un ente social. Este interés dio paso a la organización de congresos especializados en la infancia, así como, la fundación de organismos de protección de la infancia a nivel mundial, auspiciados por grupos privados, estatales y académicos “a fin de difundir las nuevas corrientes sobre el cuidado y educación del niño” (Delgado, 2000: 534). En la segunda década del siglo estas prácticas se trasladan a América. Es necesario resaltar los principales eventos, cuyo tema central fue la infancia, que de una u otra forma, influyeron en la ideología de protección en Ecuador. En 1910, se realizó el Congreso Científico Internacional, en el cual se aprobó la propuesta para la realización del Congreso Americano del Niño bajo los auspicios de la Sociedad Científica Argentina. En 1911 tuvo lugar en París, el primer Congreso Internacional de Tribunal de Menores, el Primer Congreso de Protección a la Infancia se efectuó en Bruselas en 1912. Para 1915, en Buenos Aires, una Asamblea Extraordinaria resuelve que en conmemoración del centenario de la Independencia Argentina, se convoque al Primer Congreso Panamericano del Niño en 1916, el cual tuvo siete secciones: derecho, higiene, psicología, educación, asistencia a la madre y al niño, sociología y legislación industrial (Instituto Interamericano del Niño, 2005).

En este contexto, una vez que las relaciones entre niños y adultos cambiaron, el niño se definió como un ser con necesidades de resguardo y protección (Satriano, 2008), convirtiendo a la familia en el ente responsable de garantizar su bienestar. La familia, y

en especial la madre se convierten en objeto de interés de las políticas sociales y de protección a la infancia; a través de las cuales se buscaba disminuir los índices de mortalidad y morbilidad, proporcionar medios para mejorar la calidad de vida y asegurar el desarrollo adecuado de la fuerza laboral. Estas políticas estaban basadas en los siguientes puntos: la educación de la mujer, el cuidado científico del niño y la atención médica adecuada.

En este capítulo, revisaremos manuales de puericultura y maternología, discursos médicos sobre el cuidado científico del niño y el rol de la madre, textos y documentos que dan cuenta de la educación de la mujer y su responsabilidad ante la crianza de los hijos. Todo esto para comprender la forma en la que la infancia se define a partir de su relación con la familia.

2.2 Formación de las futuras madres

Uno de los grandes aportes de la Revolución Liberal (1895) supone la instauración de la educación laica y gratuita, que permitió a la mujer incursionar en espacios públicos tradicionalmente masculinos. Años atrás, durante el gobierno de Gabriel García Moreno, se impuso la obligatoriedad de la instrucción primaria tanto para niños y niñas, ya que, uno de los principales objetivos del gobierno garciano fue la “transformación del sistema educativo ecuatoriano” con referentes pedagógicos europeos desarrollados por varias congregaciones religiosas¹⁹, como los padres jesuitas, los hermanos cristianos, a las hermanas de los sagrados corazones, del buen pastor, de la providencia y la inmaculada. Además, las Hermanas de la Caridad fueron las encargadas de los hospitales (Fustillos Toapanta, 2015:19; Valencia Flores, 2005:7). Es así que la educación de la mujer estuvo a cargo de las congregaciones femeninas cuyo trabajo se centró en la transmisión y el fortalecimiento de valores y roles tradicionales asignados a la mujer. En este sentido, Ana María Goetschel (2007:52), afirma que “la enseñanza se basaba en tres grandes campos de interés: materias relacionadas con la instrucción pública y religiosa, otras “propias de su sexo” y otras de adorno social”, es decir, aquellas determinadas por su condición social. Este modelo educativo, basado en

¹⁹ Según Perla Pacheco, la educación, especialmente la católica, fue de vital importancia dentro del proyecto garciano, ya que se le consideró, como un elemento para la unificación católica nacional. Por ello, la instrucción de niños y jóvenes estaba bajo la vigilancia de las autoridades eclesiásticas, quienes aprobaban los contenidos educativos para garantizar que las enseñanzas “no fuesen contrarias a la religión u a la honestidad de las costumbres” (Pacheco, 2014:171).

fomentar los roles domésticos naturalizado por aprobación de la religión, se mantuvo hasta casi la mitad del siglo XX, pese a los cambios que supuso el nuevo Estado laico. Ana María Goetschel afirma que la mujer podía participar de espacios semi-públicos, es decir, en actividades benéficas²⁰, siempre y cuando, haya cumplido sus deberes domésticos y familiares. Las primeras mujeres que plantearían la posibilidad de una vida profesional en espacios públicos fueron las maestras normalistas, quienes no negaban la responsabilidad de la mujer dentro del hogar, sino que buscaban que mediante la educación pudieran contribuir de mejor manera en dicho espacio. Tal es el caso de Rosa Andrade Coello, maestra normalista que en su artículo “*Educación de la mujer*” (1918), no solo menciona a mujeres exitosas en sus profesiones y que han contribuido con sus conocimientos al mejoramiento de su desempeño en el hogar; sino que incita a la mujer ecuatoriana a aspirar lo mismo: “La mujer tiene casi y sin casi, las mismas facultades intelectuales que el hombre y posee el mismo derecho para abrazar las profesiones que él corona” (Andrade Coello, 1918:300). La autora afirma, además y con énfasis, que “los males de la sociedad provienen de la defectuosa educación” (Andrade Coello, 1918: 301); propuesta que más de una vez se haría presente en los discursos de protección a la infancia, manuales de conducta, artículos, entre otros. Las falencias en la educación ecuatoriana de la primera mitad del siglo XX, afectaron en mayor medida a las mujeres, ya que no se le daba la misma importancia que a la instrucción masculina y aún predominaban imaginarios tradicionales respecto al lugar de la mujer, por lo que “la mujer educada en la casa valía más que la educada en los colegios” (Goetschel, 2002: 74).

Milton Luna, analiza en su artículo *la moral y la identidad de los ecuatorianos en los textos escolares de inicios del siglo XX* (2005), el rol de la mujer y la familia respecto a la educación de los hijos en dos textos de lectura obligatoria en las escuelas ecuatorianas, en los que se expone que “la formación de las nuevas generaciones por medio de los valores” era responsabilidad de la familia, especialmente de la madre (Luna, 2005:134). La educación del hogar debía ser acompañada por la acción de la escuela; sin embargo, denota que la escuela en sectores populares asumía una doble tarea, la formación en valores y la instrucción de saberes. De modo que la escuela

²⁰ La caridad era considerado como un espacio en el que las mujeres podían actuar y tomar decisiones sin necesidad de la aprobación directa de los hombres (Goetschel, 2007).

asume la función social de “crear gente consciente de sus deberes y derechos para con Dios y para con la nación”, es decir, convertir al niño en un ciudadano útil para su papel engrandecimiento de la patria y a la niña en la perfecta educadora y madre. No obstante, es la madre la llamada a inculcar los valores morales y cívicos, así como las responsabilidades de acuerdo a su género.

Así, se determinaron los condicionamientos a los cuales debía estar sujeta una mujer, en este acápite describiremos cuál fue la finalidad de la educación en la mujer, su inserción en el ámbito laboral y cómo influyeron en el desarrollo del niño.

2.2.1 Educación femenina: en busca del ideal de madre-esposa.

La educación de la mujer contribuyó a su enriquecimiento intelectual, asimismo, buscó inculcar valores morales, una buena conducta, es decir, su instrucción se basó en la “práctica de la virtud y de una serie de cualidades como el pudor, la honra la docilidad, el afecto” (Goetschel, 2002: 75), cualidades que le permitirían mantener la armonía del hogar y, además, contribuirían al cuidado y formación de los hijos. Es la madre quien debe propiciar un ambiente adecuado para el cumplimiento de los roles socialmente impuestos. Es así que desde temprana edad tanto en el hogar como en las escuelas, los juegos y las lecciones de los libros de texto están diseñados para construir en el imaginario del ideal del niño y las responsabilidades domésticas de la niña. De manera que el niño se convierta en un ciudadano sano y productivo, capaz de contribuir con el progreso de la nación, mientras que la niña asuma su rol de madre y esposa, y se encargue de la administración del hogar.

La mujer es quien forma al niño en el hogar, debido a que “junto a la madre pasan sus años infantiles, de ella imitan las costumbres; la madre es la que enseña al niño o niña a balbucear las primeras palabras, ella es la prístina educadora” (Andrade Coello, 1918: 299). En este sentido, la crianza del niño y la labor de la madre se considera un deber con la patria, “porque representa el porvenir de la familia, de la Patria y de la raza” (Ayora, 1927: X). Los niños sanos, obedientes y con sentido cívico eran el reflejo de una buena educación en casa y por ende, un buen referente de la labor maternal.

El libro “*Recuerdos de amor o consejos a mis hijas (la educación de la mujer)*” (1926) de Mariano Alarcón, fue presentado como un manual de conducta para el estudio en colegios principalmente católicos. En este manual podemos encontrar prácticas y conceptos de educación y crianza que conjugan modernidad y tradición, y que dan

cuenta de la importancia de la educación basada en la religión y la moral católica en el imaginario colectivo, donde una vez más se muestra la responsabilidad de la madre en la educación de los niños y en especial, de las niñas:

La madre es maestra amorosa, solícita y sabia en la enseñanza de sus hijos y de modo especial de sus hijas, que la han de reemplazar más tarde en todas las variadas ocupaciones del hogar, así como en las dulces expansiones de la armoniosa vida familiar: ricos potajitos para agasajos de parientes y amigas, primorosos bordados y costuras, dibujo, piano, flores, mecanografía; si todo esto lo sabe la madre, se ve feliz al enseñar a sus hijas (Alarcón, 1926:162) .

Las habilidades y conocimientos básicos que debe tener una madre para su desenvolvimiento en el hogar, mismos conocimientos que heredará a la hija, también necesita de nociones técnicas, en este caso mecanográfica, que se convirtió en una posibilidad para incursionar en espacios considerados semi-públicos²¹. La convivencia y el intercambio de experiencias entre la madre y la hija permitiría que el fortalecimiento de los modales, costumbres y el lenguaje que se veía afectado en la interacción en la escuela y colegio (Alarcón, 1926), dada la diversidad de personalidades que participaron en estos espacios. Los buenos modales y costumbres, acompañados de una guía adecuada y apta permitía el desarrollo pleno de las capacidades del niño:

Un resultado satisfactorio en la educación del niño no puede ser obtenido sino por una madre que sea una excelente educadora, es decir, capaz de hacerse comprender y obedecer por persuasión cuando sus hijos tengan inteligencia y discernimiento suficiente para comprender la razón de los esfuerzos que se le exijan para el mejor desarrollo de su ser físico, intelectual y moral (Idrobo, 1934: 55).

La madre se construye como una educadora en todas las dimensiones, ya que su labor materna no es solo biológica, es decir, no se limita al embarazo, parto, alimentación y cuidado, sino que se extiende al plano de los valores. La madre es el ente encargado de formar al niño como persona, en diversas áreas de conocimiento, tanto religiosas, sociales y familiares, artísticas, académicas. Por ello, se recomienda que la educación del niño inicie desde sus primeros días:

Es en verdad algo muy fácil echar a perder el carácter de los pequeñuelos por medio de los mimos excesivos, especialmente en su primera edad, pocas son las madres que comprenden que cuanto antes comiencen a inculcarles los hábitos

²¹ Ana María Goetschel considera como espacio semi público aquel en el que la mujer puede relacionarse con otras mujeres, tomar decisiones con cierta independencia de los hombres (2007:59).

convenientes de obediencia, de disciplina, más conveniente sea tanto para el niño como para ella misma (Idrobo, 1934:51).

Tanto médicos como maestros aseguran que el niño que es expuesto a horarios que ayudarán al niño en la formación de un sentido de disciplina, contribuiría a la adquisición de buenos hábitos, y la prevención de enfermedades o alteraciones conductuales. De modo que la noción de disciplina fue un elemento que la higiene pretendió fortalecer, a través de los manuales y exposiciones, como parte de una formación moral, más adelante veremos como la disciplina se convierte en un parámetro de clasificación del niño. El niño es el reflejo del hogar y demuestra el desempeño de la madre tanto en el cuidado de sus necesidades básicas, como de su educación. La importancia de las normas básicas de comportamiento moral y social se evidencia como tema recurrente de análisis al momento de la revisión de fuentes, ya que se considera la primera y más grande enseñanza que los niños deben tener:

Desde los primeros días, acostumbre al niño a observar intervalos regulares para alimentarlo, para dormir, para bañarlo, para sus paseos, etc. La regularidad es la base de la salud actual y de la salud y educación futuras. Un niño que mama a cada momento, que duerme en brazo o mecido, que se baña poco, y llora para llamar la atención de sus padres, a fin de que se ocupen de él, será después un hombre nervioso, irritable e indisciplinado (Andrade Marín, 1932: 13).

Es por todo lo expuesto anteriormente que se consideró que la mejor educación que pueden recibir los hijos es la que imparte su propia madre; ellas “aportan a la educación sus dones maternos y las tendencias de su espíritu, desarrolladas por las condiciones de su vida” (Billotey, 1915:7). En este sentido, el rol de la mujer fue idealizado como madre y esposa, y constituyó un privilegio de las élites, específicamente aquella mujer “blanco-mestiza” quien, además, cumplía con el papel como inculcadora de valores y principios necesarios para la convivencia social (Kingman Garcés, 2008: 170). Además, el imaginario sobre la mujer, que se construye en las tres primeras décadas del siglo XX, le exigiría conocimientos adicionales en puericultura y nutrición para el cuidado del niño (Goetschel, 2007); sin embargo, los médicos aseguran que eran escasos, nulos simplemente no se aplicaban, constituyendo como una de las causas de mortalidad y morbilidad infantil:

La falta de conocimientos de puericultura, es así mismo, una de las graves causas de la mortalidad infantil, ya que la mayor parte de madres y desgraciadamente de

todas las esferas sociales, no saben ni como han de asir al niño, ni menos prodigarle los cuidados indispensables para su conservación (López, 1942: 11).

Es así que la enseñanza de la higiene y puericultura, cobran importancia en la educación de las niñas y señoritas en las escuelas y colegios, conocimientos con los que se buscaba prepararlas para la maternidad. En efecto, la introducción de estos conocimientos evidencia la tensión creciente, planteada por el saber médico, entre la idea de maternidad como instinto y como algo que debe aprenderse (Briolotti & Benítez, 2014).

La Revolución Liberal introdujo, además, el principio del “trabajo como el medio para que el hombre conquiste su libertad” (Goetschel, 2007:79). No sería muy diferente para la mujer, quien a través del trabajo²² no sólo conseguiría autonomía económica, sino que la alejaban de prácticas indecorosas a las que estaban expuestas. Es entonces que se intenta combatir al opuesto del ideal de la mujer como madre, aquella que está desligada de sus actividades domésticas y que contribuye a la generación de vicios y degeneración de la raza: la prostituta. En este sentido, el trabajo cumple una misión redentora que busca moralizar al pueblo y librarlo de los males sociales. Por esta razón, que en 1913, una Escuela Taller para mujeres fue establecida en Quito para “entrenar mujeres pobres en artes prácticas” (Clark, 2005: 69). En ésta se instruyó a las estudiantes en artes industriales, además de los saberes básicos como cocina, lavado y planchado de ropa, tejido, costura, artes domésticas, cuidado infantil, matemática, lectura, moral, canto (Escuela de Artes y Oficios, 1932). La educación en la mujer pobre tenía el objetivo de darle los medios para que pudiera ganarse la vida decentemente, es así que se busca crear espacios en los que pueda capacitarse, lugares diferentes de los orfanatos y talleres donde adquirirían oficios sin una completa instrucción. Otra opción, de educación para la mujer de escasos recursos fue la práctica de dejarlas bajo la tutela de familias aristócratas, quienes además de protegerlas de escoger una vida viciosa, les enseñarán por medio del trabajo doméstico como sirvientas (Bisig, 2001). Sobre este tema profundizaremos en el capítulo tres, en el que revisamos la labor de varias instituciones de asistencia pública.

²² La situación laboral de la mujer estuvo determinada por una relación de subordinación de la mujer, ya que no solo se conservaron los valores del sistema patriarcal conservador, sino que su inserción en el ámbito productivo no fue equitativo. Se establecieron más exigencias para la mujer en relación a las oportunidades que tenía (Goetschel, 2007).

La inserción de la mujer en el mundo laboral trajo consigo una serie de cuestionamientos respecto al lugar de la mujer en la sociedad y su rol como madres. Las mujeres de los sectores considerados populares buscaban ayudar en el sustento del hogar, a través del trabajo. Sin embargo, las madres trabajadoras no podían cumplir con el cuidado y crianza de sus hijos como le era requerido y se veían en la obligación de encargarlos con familiares, vecinos o instituciones. Esto, significó en gran medida una de las principales causas de la morbilidad infantil, ya que según los médicos: “las privaciones del hogar, por ausencia de la madre, son las causas más graves para la salud física y mental del niño. Una madre ignorante es a veces tan perjudicial al niño como su orfandad intermitente o definitiva” (Garcés, 1937: 108). Por tal razón, la ausencia en el hogar de la madre, a causa del trabajo, se ve reflejado en la salud de su hijo ya que no puede proveer de los cuidados necesarios para su desarrollo y en caso de enfermedad no puede asistirle para su pronta recuperación.

Sin embargo, es preciso destacar que la educación femenina buscaba perpetuar la idea de la mujer como madre y esposa, fundamentada en el conocimiento y práctica de valores y virtudes que servirían de base para la formación de un hogar armonioso. Los principales cambios se evidencian en los contenidos en los que las mujeres deben ser instruidas, por ejemplo, se introdujo la necesidad de educarlas en nociones básicas de higiene y puericultura para respaldar la educación en valores como una forma de frenar la alta tasa de mortalidad infantil. De manera que “el cuidado al desarrollo físico se originó a través de la medicalización de la infancia” (Santos Sancristán, 2008:3). Los avances de la medicina permitieron la introducción de los conocimientos en la vida social, a través de la difusión de la higiene. La publicación de libros, opúsculos y artículos de puericultura dedicados a las madres fueron utilizados en las escuelas y colegios para la difusión de los consejos médicos para el cuidado del niño, estos no se limitaron a los cuidados posteriores al nacimiento sino que denotaban la importancia de los cuidados prenatales, es decir, propondrán la necesidad de establecer los principios de la protección materno-infantil.

2.3 “El niño, antes de nacer, tiene derecho a exigir que su madre sea protegida”: Protección materno-infantil.

El médico otavleño Enrique Garcés²³ expresó en su libro *Por, para, del niño* (1937) que el niño tenía derecho a exigir que su madre fuera protegida desde el momento de la concepción hasta el parto, considerando que el embarazo es el estado en el que se determinan los condicionamientos físicos y mentales que tendrá el niño después del nacimiento. Sin embargo, en el país la maternidad se encontraba en un estado de desprotección social, ya que se la había relegado a un plano más bien lírico, evidenciando “la despreocupación que padecemos para no enseñar a ser madres conscientes sino madres por desliz” (Garcés, 1937:47). Los informes médicos afirmaban que la maternidad en el Ecuador era considerada un estado al cual la mujer llegaba sin planificación previa, es decir, se perpetuaba un tipo de maternidad inconsciente, y sin conocimiento sobre el cuidado durante el embarazo, el parto o el mismo cuidado del niño después de su nacimiento.

2.3.1 Ilegitimidad y eugenesia: aristas contrarias del control de la población

La protección materno infantil se manifiesta en la protección social y médica de la mujer y en la vigilancia del niño, del que se ocupan con frecuencia establecimientos especializados (casas cuna, jardines de la infancia y sanatorios). La protección de la infancia inicia desde el momento de la concepción, e incluso antes según el criterio médico, por lo cual proponen reformas legislativas que permitían un mejor control de la reproducción de sus ciudadanos, y dicho sea de paso, proponer, en términos eugénicos, “el aumento de las cantidades humanas biológicas superiores, y la disminución de las cantidades humanas inferiores” (Garcés, 1937:14). Es decir, se busca la gestación y crianza de generaciones más fuertes que se alimenten mejor y no se enfermen. De modo que las mujeres y los médicos se convierten en los responsables de la aplicación y control de las políticas sanitarias (Gómez, 2012).

En el siglo XIX, Sir Francis Galton, apoyado en las ideas expuestas por Darwin en su obra *El origen de la especie* (1859), fundamentó una teoría con la cual pretendía

²³ Enrique Garcés.- Otavalo, 1906-1976. Médico salubrista, catedrático universitario, dramaturgo, historiador, ensayista. Sus principales obras fueron *Por, para, del niño* (1937), *Daquilema Rex* (Quito, 1961). Ensayo y biografía: *Eugenio Espejo: Médico y duende* (Quito, 1944) entre otras (Literatura Ecuatoriana, 2000-2016).

establecer los parámetros para la producción de una mejor raza²⁴. De modo que Galton consideraba que la eugenesia tenía por objeto supremo que “las futuras generaciones humanas poseen óptimas características biopsíquicas, por medio de una cuidadosa selección hereditaria” (Mac-Lean y Estenos, 1951:361)²⁵. En este sentido, la doctrina galtoniana se fundamentó en concepciones biológicas y propone que a través de la investigación y superación de los problemas en la herencia se podía alcanzar el mejoramiento de la raza y garantizar, en un futuro, la salud de los hombres. Enrique Garcés aseguró que en la década de 1930, en Ecuador, la escuela maltusiana era igual de popular a la galtoniana. Esta doctrina se fundamenta en el campo de la economía, y estudia el movimiento de la población para controlar y eliminar la sobrepoblación, a través de métodos de fertilizantes, prácticas anticonceptivas, especialmente en asilos y centros de beneficencia, el fortalecimiento de la responsabilidad sexual y el control de natalidad (Garcés, 1937). En efecto, estos elementos constituyeron las premisas de los discursos y estudios de protección social y de la infancia, además de ser un reclamo frecuente en los manuales de puericultura, maternología e higiene al momento de abordar los problemas sociales como factores de mortalidad y degeneración social.

En América, el movimiento eugenésico se desarrolló activamente en los años de 1920 a 1940, especialmente en países como Argentina, Brasil Perú, Colombia, México. La creación de instituciones, la organización de conferencias y congresos, la publicación de libros, folletos y revistas fueron las actividades que permitieron la influencia de las propuesta del movimiento eugenésico en la realización de políticas públicas (Mac-Lean y Estenos, 1951). En este sentido, varios países implementaron reformas en sus legislaciones que buscaban alcanzar una sociedad con especímenes

²⁴ Los postulados básicos de la eugenesia de Galton son:

- 1.- Las diferencias entre los individuos están determinadas hereditariamente y sólo en una muy pequeña medida dependen del medio:
- 2.- El progreso depende de la selección natural, principal mecanismo por el cual, según la teoría darwiniana, se produce la evolución de las especies.
- 3.- las condiciones modernas (medicina, planes de asistencia, etc) tienden a impedir la influencia selectiva de la muerte por selección, por lo cual se habría iniciado un proceso de degeneración de la especie humana;
- 4.- es necesario, por tanto, tomar medidas para contrarrestar. El reclamo de los ecumenistas en este sentido se dirige hacia la implementación de políticas públicas bajo la forma de tecnologías sociales y de instituciones del Estado en el contexto de una exigencia de control creciente y de una medicalización de los problemas sociales y de la aparición de graves deficiencias sanitarias en las grandes ciudades (Palma, 2005:116)

²⁵ En este sentido, la propuesta de Galton fue claramente hereditarista, con la que buscaba demostrar que los hombres eminentes, generalmente, eran hijos de hombres eminentes (Palma, 2008: 2).

humanos sanos y fuerte. Por ejemplo, en Estados Unidos, la ley de esterilización de Virginia, con vigencia desde 1924 hasta 1972, permitió la realización de 7500 operaciones, en hombres, mujeres y niños con problemas de disciplina, argumentando una supuesta debilidad mental, conducta antisocial o imbecilidad según los rasgos establecidos por los *test* (Jiménez de Asúa, 1984; Palma, 2005). En México adquirió fuerza de ley la responsabilidad por el contagio venéreo, a través de la cual se castigaba con cárcel a quien se comprobará hubiera contagiado a otra persona (Mac-Lean y Estenos, 1951). Por su parte, algunos médicos colombianos plantearon que el país sufría una degeneración social, producto de “la inferioridad racial, el declive moral, la distancia entre sus culturas y la amenaza a la soberanía territorial” (McGraw, 2007:63) que afrontaba. Entre 1910 y 1920, un grupo de políticos colombinos tomaron a la higiene como el recurso para combatir la enfermedad, promover la salud física y moral, y unificar la nación. Sin embargo, en este proceso de institucionalización de la higiene se evidenció que los ideales usados por los médicos y eugenistas reprodujeron categorías raciales, de género y de clase existentes. De modo que, en lugar de unificar a los individuos en una sola nación denotaron aún más las diferencias culturales que pretendían eliminar (McGraw, 2007).

En Ecuador los grupos interesados en la protección de la infancia y de reforma social se inscribieron, directa o indirectamente, en el discurso eugenésico. Sin embargo, según el doctor Francisco Cabanilla (1929)²⁶, la práctica eugenésica en el país fue limitada, y era necesaria más que la enseñanza de la higiene, así como la aplicación de reformas en la legislación para garantizar el futuro de la raza. En efecto, se propusieron medidas eugenésicas relacionadas con la reproducción y la herencia biológica enfocadas principalmente en la paternidad y maternidad responsables, como la exigencia del certificado médico prenupcial; y otras más extremistas que fueron causa de segregación como la esterilización de los “anormales”, el control diferencial de la natalidad y las restricciones diferenciales a la inmigración (Garcés, 1937; Jiménez de Asúa, 1984; Palma, 2008). El año de 1935, se reformaron varios artículos del Código Civil y la Ley de Registro Civil, entre los cuales se buscaba dar derechos y garantías a los hijos

²⁶ Francisco Cabanilla.- Médico de la Asistencia Pública, miembro de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas, miembro del Círculo Médico Nacional, Médico Auxiliar del Hospital General, Experto Sanitario (Cabanilla Cevallos, 1929).

ilegítimos. Por su parte, varios médicos sugerían que se incorporarían disposiciones con nociones eugenésicas que procuren asegurar los medios de subsistencia para la madre soltera durante el embarazo, se cuestione la paternidad “desconocida” y se limite el nacimiento de niños ilegítimos.

Si bien, los médicos ecuatorianos propusieron la obligatoriedad de un certificado prenupcial que cumpliría con la función de calificar la idoneidad de los ciudadanos para engendrar hijos sanos y fuertes, los grupos conservadores consideraron inapropiado que los médicos conociera los cuerpos de sus pacientes, especialmente el de las mujeres²⁷, a lo que el médico Enrique Garcés respondió: “no se dan cuenta que por sus hijos tarados, infelices y podridos se dejan conocer hasta más allá de la piel” (Garcés, 1937:17). En Ecuador, estos médicos denunciaban un alto índice de niños nacidos con retraso mental o debilidad física, enfermedades relacionadas con la salud de sus padres al momento de la concepción y que ponen en riesgo la vida del niño (Andrade Marín, 1929; Cabanilla Cevallos, 1929). Ante esto, Enrique Garcés expuso que “el ideal de defender a la raza, es más poderoso que cualquier campaña fanática instigada por la ignorancia. A la obra de protección infantil no concibo que puedan oponerse las religiones, los prejuicios” (Garcés, 1937:17). Sin embargo, los médicos sugieren que si bien el certificado prenupcial ayudaría a la obtención de niños mejor dotados física y mentalmente, es necesario poner atención a un problema que no se puede controlar desde la medicina, la ilegitimidad de los hijos. El médico Antonio Bastidas en su estudio *La ilegitimidad factor de letalidad infantil* (1932) expresó:

Todos los problemas de la infancia se agudizan en el caso del hijo ilegítimo; él es el que abulta las cifras de la mortalidad infantil; él es, más especialmente, el que pone en evidencia la condición insustituible de la leche materna; él es el que, aglomerándose en los asilos, recoge y transmite las infecciones que diezman sus poblaciones (Bastidas, 1932:7).

Según los estudios médicos, el niño en condición de ilegitimidad tiene más posibilidades de ser abandonado y morir en sus primeros días de vida. Así mismo los hijos ilegítimos son en mayor parte asilados en orfanatorios y casas de expósitos, donde

²⁷ El uso de este argumento en contra de un examen prenupcial no fue exclusivo en el caso ecuatoriano. Varios autores mencionan que fue un reclamo generalizado en los grupos conservadores de diferentes países, quienes argumentaban que la necesidad de un certificado prenupcial fomentaría las uniones ilícitas, no contribuiría evitar la concepción y nacimiento de hijos ilegítimos, y alentaría la práctica y consumo de la prostitución (Jiménez de Asúa, 1984).

por la carencia de los cuidados maternos, específicamente en la alimentación, no logran sobrepasar los seis meses de edad. Así lo evidenció el doctor Samuel Mora en su exposición titulada *Estadística y Demografía* en el Primer Congreso Médico Ecuatoriano (1915): “el coeficiente de mortalidad infantil de los niños sobrepasa al de los niños legítimos en una proporción que varía de 40 a 100% término medio a la cifra correspondiente a los niños legítimos” (Mora y Martínez, 1915:53). Así mismo, las estadísticas de la ilegitimidad en el Ecuador demostraron una curva con ligeras variantes, más o menos crecientes, desde 1917 hasta 1930, dando como resultado un promedio de 34, 86% de casos de nacimientos considerados ilegítimos²⁸.

[Los hijos ilegítimos] son precisamente los que más asisten al Dispensario; no teniendo padres que los socorran en sus necesidades y siendo las madres, mujeres miserables enfermas muchas de ellas, obreras sin trabajo, desnaturalizadas por idiosincrasia, tienen que sucumbir los niños: unas veces por los traumatismos voluntarios (sumersión, estrangulación, quemaduras, contusiones, atentados contra el pudor como estupro, flagelaciones), otras, por abandono e inanición (Mora y Martínez, 1915:53).

La condición del niño ilegítimo constituyó un tema de discusión en diversos ámbitos, especialmente en el campo médico, ya que se afirma que la ilegitimidad provoca en muchos casos, el nacimiento de niños muertos, débiles; debido principalmente al abandono del padre, motivo que lleva a la madre a trabajar hasta el último día de la gestación, así como a buscar formas de ocultar su estado, entregar al niño en casas de asistencia o terminar con el embarazo por cuestiones morales (Bastidas, 1932). Ante lo cual, se cuestiona no sólo la moral de la mujer, sino que se la culpabiliza en lugar de ofrecerle los medios para garantizar la vida del niño. Así, la feminista Zoila Rendón (1948) expuso, en artículo titulado *La mujer en los diversos Organismos Humanos*, que la responsabilidad y el castigo recaen sobre la mujer, librando de toda sanción al hombre que abandona a la mujer y a sus hijos hambrientos y

²⁸ El doctor Antonio Bastidas presenta un listado de porcentajes de nacimientos considerados ilegítimos, datos recopilados del trabajo investigativo del doctor Andrade Marín “*La protección a la infancia en el Ecuador*”, así como, de su propia práctica investigativa. Aquí los datos:

1917 -32, 38%	1924 -33, 97%
1918 -32, 05%	1925 -34, 53%
1919 -31, 71%	1926 -33, 62%
1920 -30, 38%	1927 -34, 81%
1921 -32, 84%	1928 -34,32%
1922 -33,62 %	1929 -34, 47%
1923 -33, 95%	1930 -33, 51%

sin amparo, hecho que muchas veces resultó en un final trágico como el aborto y el infanticidio. En 1929, Sánchez afirmó que “en Ecuador se ha comenzado, desde hace poco, la obra de protección al niño; pero se ha descuidado hasta hoy, la obra de protección a las madres” (Sánchez, 1928:16); las madres son responsabilizadas por cualquier “accidente” en la salud de su hijo; mientras que “el Código Penal, no castiga al hombre que fue causante de estos delitos [el aborto e infanticidio] que ocasionó su abandono, la necesidad, el hambre, la desnudez” (Rendón de Mosquera, 1948:106). Si bien, la denuncia de la señora Zoila Rendón responde a intereses políticos e ideológicos enmarcados en el feminismo, los médicos concuerdan en que es necesario hacer responsable al hombre, desde la legalidad, de los hijos legítimos o ilegítimos. En este marco, el 22 de noviembre de 1935 el Ing. Federico Páez, encargado del mando supremo de la República, decretó las reformas al Código Civil en la que se determinó la situación legal de los hijos nacidos fuera del matrimonio con las que se buscó reconocerles sus derechos. Así, uno de los logros importantes fue el establecimiento de la responsabilidad de los padres con el cuidado, crianza y educación de la misma forma que debería hacerlo con los hijos legítimos (Paéz, 1935). Sin embargo, Enrique Garcés consideraba que las nuevas disposiciones eran limitadas y se debían incluir medidas que, como lo habíamos mencionado anteriormente, amparadas bajo las ideas eugenésicas contribuirían a mantener una población sana y útil al proyecto nacional de progreso. De modo que propuso nueve puntos que debería incluir la ley con respecto al tema. A continuación expondré los puntos que están relacionados con la protección materno-infantil.

1.- El hijo no tiene por qué sufrir consecuencias de ninguna clase, proveniente de los generadores. 2.- El hecho de existir una mujer fecundada, implica la necesidad de exigir del padre la inmediata atención económica para esa mujer embarazada. 3.- Una vez que la mujer se dé cuenta que se halla en estado de preñez, denunciará al juzgado el nombre del varón que le hubiere fecundado. (...) 6.- El parto será atendido con una relativa suma de dinero sufragada por el sentenciado. 7.- El juez fijará la cantidad mensual que ha de percibir la madre para las atenciones de su hijo, si este viviere, o la cantidad destinada solo para la madre, si el hijo hubiera muerto. 8.- Tácitamente, la sentencia del juez a la condena de los pagos, irá acompañada del reconocimiento por parte del varón “de ser el padre del niño que ha fecundado”. 9.- Este reconocimiento legal da derechos plenos al hijo para reclamar la tutela del padre y su capacidad de heredar, como en el caso de los hijos ilegítimos que hasta hoy contempla la ley (Garcés, 1937:57).

Los puntos expuestos buscan amparar tanto al niño ilegítimo como a su madre desde el momento de su concepción para de alguna forma disminuir las alarmantes cifras de mortalidad presentadas anteriormente. Además, de garantizar los derechos del niño sin importar las condiciones en las que fue concebido, limitando la paternidad “fortuita, irresponsable, criminalmente atentatoria contra la vida de los niños, contra la salud y bienestar de las mujeres, contra su pueblo” (Garcés, 1937:57). En sí, esta propuesta buscaba combatir un problema mayor como la mortalidad materno-infantil, las críticas fundamentadas en la moral y las buenas costumbres no se hicieron esperar. De hecho, la Ley de Registro Civil reformada en 1937, rectifica que “no sé podrá expresar la persona en quien, o de quien, hubo al hijo ilegítimo” (Congreso de la República del Ecuador, 1937: 327). De modo que las madres solteras estuvieron expuestas al escarnio público y tuvieron que trabajar hasta el último día de gestación. (Bastidas, 1924; Sánchez, 1928).|

2.3.2 Puericultura pre-natal: la labor de la maternidad en la protección materno-infantil

La protección materno-infantil buscaría, en este sentido, dotar de espacios en los que las madres pudieran permanecer durante los últimos meses del embarazo, así como, estrategias para aprender las normas básicas de higiene y el cuidado del niño. Es así que se plantea la necesidad de brindar servicios prenatales, con los cuales no sólo se asegura el correcto desarrollo del niño, sino que se contribuiría a la preservación la vida de la madre. La Maternidad de Quito fue una de las principales entidades dedicadas a la protección materno-infantil, así como, la enseñanza de normas de cuidado y manejo del niño.

La primera sede de la Maternidad de Quito se estableció como un espacio especializado y de uso exclusivo para el servicio de obstetricia²⁹, en 1872 junto al Hospicio y Manicomio San Lázaro, donde funcionó hasta 1876. En 1899, Juana Miranda inauguró la Maternidad en la casa de Juliana Vallejo, bajo el nombre de Asilo Vallejo-Rodriguez. En 1900, se trasladó al local que sería su sede principal en la calle Luis Felipe Borja³⁰, hasta 1951, año en el que se inauguró la Maternidad “Isidro

²⁹ La Escuela de Obstetricia de la Universidad Central funcionó en el mismo espacio. Anteriormente, la enseñanza de obstetricia en el Ecuador, estuvo a cargo de matronas francesas y peruanas, que abrieron escuelas para la enseñanza y la atención (Landázuri Camacho, 2004).

³⁰ Actualmente conocida como Juan Pío Montufar.

Ahora”. Si bien es cierto, en la ciudad se incorporaron, en años anteriores, el servicio de maternidad anexo a hospitales (Landázuri Camacho, 2004). Durante el siglo XIX, la práctica obstétrica fue tomando fuerza con la llegada de parteras francesas, la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y la Escuela de Obstetricia o de Partos, a través de las cuales se inicia el proceso de institucionalización de la obstetricia. De hecho, las graduadas y maestras deben rendir un examen que les permita ejercer como comadronas, y reemplazar a las parteras empíricas, que en principio se trató de mujeres indígenas y afroamericanas. Sin embargo, sería en el siglo XX, donde se profundizó el debate entre el saber científico que pregonaban los médicos y el saber popular representado por las parteras y curanderos. En este contexto, Vásquez afirma que los criterios científicos en los que se basaba la práctica obstétrica, destacaron una relación entre la higiene y el riesgo en la atención del parto. De este modo, se consideró que la falta de higiene aumenta el riesgo de sufrir infecciones para la madre y sus hijos. Esta relación sustituyó la concepción del parto como un proceso natural y empezó a considerarse una emergencia médica, que debía ser controlada por un grupo de especialistas (Vásquez Quezada, 2011), justificándose así la necesidad de la profesionalización de los servidores de la salud. Además, fortalece la autoridad científica del médico, ya que se consideraba que el conocimiento especializado y diferenciados aplicado por los médicos, superaba la práctica médica basada en conocimientos populares de los curanderos y parteras (Sowell, 2001). Ante esto, Briolotti (2014) plantea que las madres trabajadoras mantuvieron una relación distante con el médico, encontrando cercanía con las parteras; mientras, las mujeres de estratos medio-altos sostenían una inclinación a escuchar el consejo del médico. Evidenciando la resistencia a asimilar los nuevos conocimientos y prácticas fundamentadas en la ciencia.

Es preciso señalar que uno de los puntos dentro del reglamento de la Maternidad se determina que “se aceptará a la mujer en el último mes de gestación y se la guardará de 12 a 15 días posteriores al parto” (Bastidas, 1924), a fin de garantizar el reposo de la madre y el bienestar del niño, así como entrenarla en el cuidado de su hijo:

[La Maternidad] brinda el servicio educativo en lo relacionado, instrucción en los cuidados higiénicos que necesita el recién nacido. Las enfermeras han sido instruidas en cursos de Higiene infantil (...), son valiosas colaboradoras del trabajo médico y propagar los conocimientos relativos a los cuidados que necesita el niño (Bastidas, 1924:13).

La Maternidad se convierte así en una de las principales instituciones encargadas en la divulgación de la higiene y puericultura, y concentra su labor en la tarea de asistir y educar. Así, la Maternidad asumió la tarea de atender las necesidades prenatales y postnatales, ya que las estadísticas relacionadas con la mortalidad materna muestran la mala atención prenatal conjuntamente con el escaso número de instituciones especializadas expusieron a la parturienta a acudir a parteras no calificadas. Para resolver este problema el doctor Garcés (1937) propuso que se dotará de una maternidad equipada, además, con su propia ambulancia, en cada cantón del país, o en el caso de no ser posible, de equipar los centros con elementos indispensables para atender a las mujeres que no pudieran llegar a las maternidades, y así evitar el “abandono” al que se enfrentaban al momento del parto y que en muchos casos significó la muerte de la madre y el recién nacido. La importancia de extender los cuidados durante el puerperio³¹ es otro punto a considerar, al ser ésta otra causa de muerte maternal muy común.

La labor educativa de la maternidad no se limitó a la divulgación de nociones básicas de higiene o puericultura, prácticas eugénicas, prevención de enfermedades que pudieran afectar a las madres o a sus hijos, ya que su misión se extendió hasta después del parto a fin de garantizar el “triumfo de la reproducción”, sino que de esta forma se buscó llegar a los sectores populares, especialmente al campo, donde las estadísticas apuntaban un mayor porcentaje de mortalidad y morbilidad materno-infantil³². El proyecto educativo de la maternidad perseguía que la adquisición de estos conocimientos fueran profundos y razonados, lejos de la costumbre memorística, por lo que el papel de la enfermera toma especial importancia en esta labor, ya que es ella quien debe asegurarse de verificar que la mujer haya asimilado un plan higiénico y pueda ponerlo en práctica para garantizar el correcto desarrollo del niño. La enfermera no sólo enseña, sino que corrige y atiende a las necesidades de la madre o el niño y los problemas que puedan presentarse. Así, la Maternidad se convierte en una especie de

³¹ La Real Academia de la Lengua define puerperio como el período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación, y se considera un estado delicado en la salud de la mujer, ya que esta puede ser propensa a enfermedades o infecciones. Sin embargo, el doctor Enrique Garcés señala que desde la creación de la Maternidad de Quito dichas enfermedades e infecciones han sido superadas considerablemente.

³² Se considera que en el campo los casos de niños con taras mentales o físicas eran mayores a los atendidos en la ciudad debido a condiciones de hipo alimentación, abuso de alcohol o enfermedades heredadas de los padres.

escuela social, que se complementa el trabajo realizado por las escuelas y colegios en materia higiénica, maternal y de puericultura:

Lo educativo bien comprendido y bien intentado, es sustancial en un proyecto de políticas sociales destinado a formar una nacionalidad fuerte sobre el cimiento de “un pueblo” tal como debe ser y no como lo entendemos: cifra estadística de los sobrantes en el mundo, con defectos ancestrales y adquiridos (Garcés, 1937:73).

La educación higiénica permitiría alcanzar los objetivos planteados en las políticas sociales enfocadas en la protección de la infancia, siempre y cuando estén en constante revisión y corrección. Aquí destaca una visión eugénica donde la educación en los principios de higiene y eugenesia de las madres, lleva a una "nacionalidad fuerte". Aun así, primero fue menester la implementación de un sistema de consulta prenatal, el control durante el embarazo reducirían considerablemente las probabilidades de muerte materna e infantil³³, justificando así la necesidad de la creación de instituciones que velaran por la salud de la madre, y por ende el niño. Así lo expuso María Angélica Idrobo:

Comparaciones realizadas entre la mortalidad infantil en el caso de madres que ingresan a la maternidad sin haber recibido tratamiento prenatal y la de niños nacidos de madres que habían recibido tal tratamiento, indica que el 59% de la mortalidad natal y un 55% de la mortalidad infantil podrían prevenirse si se dispusiera de una organización perfecta de asistencia prenatal. Esta consideración ha estimulado la difusión de lo que viene llamando “Centros Maternales” desarrollados sobre todo en Estados Unidos e Inglaterra. Así mismo los países más castigados por la mortalidad infantil durante la guerra y la postguerra, han acudido a la institución de que hablamos, como medio de reducir los estragos de aquella (Idrobo, 1934:66).

La consulta prenatal comprendía de un examen físico completo por un médico, instrucción en higiene y maternidad, además de la vigilancia durante el embarazo desde el primer mes hasta el término, la distribución de cartillas e impresos con consejos para el cuidado de los niños³⁴. Así, “los centros maternales, maternidades, clínicas o

³³ La Organización Mundial de la Salud definió que una defunción materna es aquella que se produce como resultado de complicaciones obstétricas directas o indirectas; sin embargo, ésta suele ser el resultado indirecto de influencias nocivas que afecta a la mujer fuera de la sala de parto. (Organización Mundial de la Salud, 1977).

³⁴ “La misión de los Centros Maternales e Infantiles fue:

- a) Vigilar la evolución del embarazo en toda la duración.
- b) Despistar las enfermedades hereditarias y sobre todo la sífilis, y tratarlas.
- c) Despistar la tuberculosis y preparar la preservación del niño contra el contagio.
- d) Reconocer y tratar los estados patológicos que complican el embarazo; desplazamiento del útero; gestación ectópica, manifestaciones de intoxicación gravídica, inserción viciosa de la placenta.
- e) Reconocer y corregir las presentaciones anormales del feto;

dispensarios dan excelentes resultados porque vigilan y permiten al médico descubrir factores importantes de anormalidad, pudiendo en consecuencia instituir el tratamiento necesario” (Idrobo, 1934:66). La importancia de los servicios prenatales radicó en que no se limitaba en el cuidado de la mujer embarazada, sino que la educaba y la ayudaba a comprender la utilidad de la higiene en todas las etapas del embarazo y en general, en todos los aspectos de la vida. La difusión de los conocimientos de higiene determinó una nueva dimensión en la práctica obstétrica y en la experiencia del parto. En este sentido, Vásquez Quezada afirma que en América Latina en los siglos XIX y XX, se evidencia un proceso de disciplinamiento maternal, en el que se promueve que los partos se realicen en hospitales y que las embarazadas asistan a los controles médicos obligatorios, como parte de las acciones orientadas a disminuir los altos índices de mortalidad materna e infantil (Vásquez Quezada, 2011).

Además, se presta especial interés en insistir en la necesidad de amamantar, como parte de su deber con la Patria y su hijo. Sin embargo, “las condiciones económicas del país y, en muchos casos, el abandono del hogar por parte de los padres obligan a la mujer a buscar trabajos rudos y fatigosos para dar pan a los otros hijos” (Sánchez, 1928:16-17). La crisis obligó a la mujer a buscar formas de contribuir económicamente al hogar, dejando en segundo plano su labor maternal, y o el cuidado durante el embarazo, por lo cual se destacó que el trabajo iba en contra de la naturaleza biológica de la mujer como madre, por lo que no era compatible con la maternidad (Garcés, 1937), ya que se consideraba que el cuerpo de la mujer no estaba diseñado para afrontar esfuerzos físicos que durante el embarazo podían ocasionar accidentes, la muerte del niño y la madre, mal formaciones físicas o deficiencia mental. En este sentido, Garcés destacó que en términos generales el trabajo lo único que conseguiría en la mujer es su detrimento físico y desligamiento de la maternidad. Por su parte, en 1925, Victoria

-
- f) Determinar las causas múltiples de distocias; pelvis viciados, tumores de las partes blandas y de tomar las medidas para corregirlas,
 - g) Tomar, en fin todas las disposiciones útiles para la preparación del parto y evitar la infección puerperal.
 - h) Educar a la futura madre y convertirla en un agente de difusión de la higiene obstétrica.
 - i) Vigilar la salud del niño” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1934:506).

Vásconez Cuvi³⁵ afirmaba que la mujer tenía la capacidad de administrar su hogar sin que esto le impida incursionar en el ámbito social, consideró así que:

Pensar que la misión de la madre es dar la vida material a sus hijos, cuidar de su alimento y vestido solamente, sin que le importe un ardite las cuestiones más altas, más amplias y más serias, es hacerle ultraje a la mujer, es asignarle un mero papel fisiológico y mecánico y suprimir de hecho cuanto tiene de augusto la maternidad. Lejos de nosotras, muy lejos el pensar siquiera que la mujer irá a la vida social merced al abandono o descuido del hogar (Vásconez Cuvi, 1925 10-11).

La autora planteó que el feminismo no evitaría que la mujer cumpla con sus ideales y la obligación de educar en valores a sus hijos, y atender el hogar, pero ayudaba a cuestionar al Estado y la sociedad sobre la participación de la mujer en actividades sociales, en las que pueda desarrollar sus facultades y talentos, sin que signifique su transformación en un ser degenerado. Además, destacó que el Estado debería buscar el bienestar y progreso de la mujer, sin suponer que todas tienen el mismo estado civil, las mismas cargas familiares e igual condición social, permitiendo a las mujeres que no son casadas acceder a diferentes tipos de profesiones sin alterar el orden doméstico. También, enfatizó que la mujer no trabajaba únicamente por la familia, sino por la sociedad, ya que no hay nada en el mundo que pueda hacer que la mujer abandone su naturaleza, pero el adquirir la capacidad de defenderse y defender a sus hijos sin ayuda de la asistencia del Estado o un hombre, contribuyen a su perfeccionamiento, y al de sus hijos, como individuos útiles de la sociedad (Vásconez Cuvi, 1925).

Por otra parte, los médicos señalaron el problema de la mala alimentación a la que estaban sujetas las mujeres trabajadoras como factor de riesgo para el desarrollo gestacional del niño. En efecto, sugieren que la mujer embarazada se realice por lo menos una consulta prenatal durante su embarazo. Todo esto sin ofender al pudor de las mujeres, ante lo cual los médicos expresaron que “nuestra intención, honrada y sincera, es la de que (...) reflexionen siquiera en su vida, acerca del problema tan importante como es el de los hijos y el de la raza” (Carrión, 1938:69) . Así, los controles prenatales

³⁵ Victoria Vásconez Cuvi (1891-1939). Escritora laticungueña, integrante del grupo literario femenino de Zoila Ugarte de Landívar y Morayma Ofyr Carvajal. Miembro de la Sociedad Bolivariana, del Grupo Alas y de la Comisión Internacional del Segundo Congreso Panamericano celebrado en Washington, en el que fue Secretaria de la Sección Ecuatoriana. Entre sus escritos más destacados encontramos: Ensayos Literarios, Problemas Educativos y Actividades Sociales y Domésticas de la Mujer (Áviles Pino, 2016).

responden a los postulados eugenésicos que buscan mejorar las cualidades innatas del hombre y su desarrollo al más alto grado de perfección. Carlos Sánchez, en su exposición sobre protección de la infancia expuso que:

es un deber del Estado y un deber también de las sociedad de Beneficencia Particular favorecer por todos los medios a las futuras madres, a las que llevan en su seno a esos pequeños seres que serán más tarde los grandes defensores de la Libertad y de la Patria. La protección maternal, es hacer obra patriótica y humanitaria (Sánchez, 1928:40).

La atención prenatal y maternal, se convierte en una obligación que el Estado debe asumir para alcanzar los objetivos planteados en materia social. Ante esto, me atrevo a afirmar que es en la primera mitad del siglo XX donde se fundan los cimientos del control prenatal actual, ya que es en este momento en el que se busca establecer la obligatoriedad de tener por lo menos una consulta prenatal para ser atendida en los hospitales públicos de forma gratuita. En la segunda mitad del siglo, se establecieron los parámetros a tomar en cuenta a la hora de crear políticas relacionadas con la atención materna infantil, considerando que la salud de la madre y del niño se relaciona con el estado general de la salud en la sociedad, y determina las condiciones económicas y culturales de un país. En efecto, la forma en el Estado logre cubrir y superar las necesidades de un grupo de riesgo como el comprendido por la madre, en su estado de embarazo y los niños; contribuirá en gran parte al mejoramiento del estado de salud de la población en general (Organización Mundial de la Salud, 1955:5). Por lo que se propuso la creación de Sociedades de Caridad Maternal y otras instituciones, revisiones en la legislación que garantizaran la vida de la madre trabajadora durante el embarazo, campañas sanitarias para la prevención y tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, el anquilostoma, sífilis, el alcohol.

Las Sociedades de Caridad Materna se enfocaron en la educación y cuidado de las madres durante el embarazo y parto, además de acoger aquellas embarazadas de niños ilegítimos, evitando la culminación forzada del embarazo como respuesta a los cuestionamientos morales de la sociedad. Las Cantinas Maternales se encargaron de corregir o ayudar en el mejoramiento de las condiciones alimentarias de la mujer, ya que en datos internacionales de médicos argentinos, denunciaron que un gran número de mujeres se encontraban en estado de hipo alimentación. “Mujeres mal alimentadas,

mujeres acosadas por un trabajo desproporcionado cuando no incompatible con su sexo: tiene que producir hijos en peores condiciones para el éxito” (Garcés, 1937:64). Esta institución no buscaba resolver la problemática relacionada con la alimentación³⁶, pero sí contribuir al fortalecimiento del cuerpo de la madre y el niño. Por lo cual, es preciso decir que “los programas maternal e infantil constituyen las más positivas acciones de promoción, fomento y recuperación de la salud” (Catalán, 2002:160). El niño, a su nacimiento denotará las falencias nutricionales o de salud que su madre tuviere antes o durante el embarazo, “la mujer debilitada dará vida a un ser débil, raquítrico y de muy mala salud” (Cabanilla Cevallos, 1929:62). En efecto, tanto médicos como intelectuales consideran que los servicios de atención materno-infantil deben extenderse a todas las madres y niños sin ningún tipo de distinción.

Por su parte, las campañas sanitarias se encontraban enmarcadas en el ámbito de la profilaxis y la higiene, acciones influenciadas ampliamente por un discurso eugenésico que tienen como tarea de prever en lo posible el peligro, señalar y combatirlo (Carrión, 1938). Dentro de estas campañas se señala al anquilostoma como una de las enfermedades más importantes del grupo que son provocadas por parásitos intestinales, ya que sus principales repercusiones fueron la debilidad de la raza y el impedimento en el desarrollo de los niños. De modo que se consideró que:

El alcoholismo, la sífilis y tuberculosis, son la causa determinante de las taras congénitas que unas veces producen el aborto, parto prematuro y en otras el nacimiento de un niño muerto, enfermo, o débil que muere a las pocas horas de vida, y si acaso sobrevive al mal que trae desde el vientre materno, será epiléptico, un degenerado físico-moral y un ser en fin, con una marca compleja de inferioridad, incapaz para la lucha por la existencia, a quien será imperioso más tarde, sin que tenga culpabilidad alguna, pero muy justificablemente, aplicarle leyes de eugenesia como la esterilización o reclusión perpetua (López, 1942:7).

Foucault destaca que la aplicación de conocimientos eugénicos permitirían la “producción” de individuos con una constitución genética alta, mediante la identificación de riesgos que pueden ser evitados para que no se conviertan en un peligro para la sociedad ni para ellos mismos, las uniones entre especímenes con las mismas condiciones genéticas o superiores, ya que las problemáticas constituciones

³⁶ El doctor Enrique Garcés en su estudio *Por, para, del niño (1937)* expone cifras alarmantes respecto al consumo de alimentos y bebidas en Quito, con más de 105.000 habitantes afirma que se consumen 3.260 litros diarios de chichas y se vende solo 1. 800 litros de leche, datos referidos por el doctor César Jácome del Servicio de Higiene Municipal.

genéticas se verán reflejadas en la constitución social y económica (Foucault, 2007). De modo que la herencia como un factor de degeneración es uno de los postulados de las campañas sanitarias e higiénicas, ya que enfermedades sociales como el alcoholismo, la sífilis o la tuberculosis afectan directamente a la salud del niño, dejándole secuelas como retraso intelectual, deficiencias físicas, etc. “Padres enfermos no formaran sino generaciones enfermas y las naciones no pueden progresar ni ser poderosas, cuando tienen que multiplicar los Asilos, que son la miseria de los pueblos, en vez de fundar Escuelas, que son el rayo de luz que ilumina los horizontes de la Patria” (Sánchez, 1928). En el Ecuador, las medidas de control de la reproducción no pasaron del plano discursivo, sin llegar a implementarse en la legislación como en países como el Perú, donde en 1933 se introdujeron artículos con influencia de la doctrina eugenésica en su Constitución. Es así que, entre otras medidas, se establece la necesidad del certificado prenupcial, el control, científico de la natalidad, la legislación del aborto eugenésico, y la esterilización de los “tarados”. Sobre el último punto, se manifestó que “debe negárseles inexorablemente el derecho al matrimonio a quienes tengan taras físicas o mentales, trasmisibles por herencia, porque la procreación es el objetivo fundamental del matrimonio y es un crimen engendrar o concebir hijos tarados” (Mac-Lean y Estenos, 1951:367).

El alcohol se considera una de las principales causas de la pobreza de la sociedad, ya que este convierte a los individuos en poco tiempo en pordioseros y enfermos, corrompe su cuerpo y alma, pero lo más preocupante es los efectos que puede causar en sus hijos, “los hijos de un alcohólico tienden a volverse alcohólicos” (Carrión, 1938:40), además, están condicionados a adquirir una serie de enfermedades como la locura o la tuberculosis, debido a su pobre estado de salud y desnutrición, ya que un niño en un hogar con padres alcohólicos no tiene la misma alimentación que uno con padres sanos. Las condiciones en las que son concebidos los niños, son aún más alarmantes, en 1937, Enrique Garcés describe que la mujer del campo está expuesta a este vicio, además, tienden a una mala alimentación y pocos cuidados durante el embarazo dando como resultado hijos con deficiencias, débiles e incapaces de realizar la futura tarea de contribuir con el progreso de la Patria, convirtiéndose en huéspedes en cárceles, hospitales, u hospicios:

Millones de hombres enfermos, locos y degenerados pueblan el mundo y constituyen carga gravosa para los Estados, que necesitan, para su vida y para su organización, de los más aptos y de los más fuertes. Los organismos raquíticos están condenados a la improductividad y al aniquilamiento. Los organismos robustos son elemento de producción y de vida (Sánchez, 1928:5).

La legislación ecuatoriana, en 1928, publicó en el Registro Oficial la *Ley sobre el Trabajo de Mujeres y menores y de protección a la Maternidad*, con la cual se pretendió garantizar que la vida de las trabajadoras embarazadas y sus hijos no natos. Esta ley respondería al interés de protección social, como parte de las medidas sociales emprendidas a partir de la “Revolución juliana” de 1925 y las políticas del gobierno del General Alberto Enríquez Gallo. Si bien estas disposiciones se dictaron en un ambiente de protesta obrera por sus derechos, predomina la visión del niño como un ser vulnerable que necesita atención y estaría regido a través de un dispositivo de control para evitar desviaciones morales, expresadas en actividades como la vagancia y delincuencia, que restaría a la sociedad un elemento productivo. En relación a la mujer embarazada es obligación del Estado proteger su salud y así asegurar la vida del niño. Así, se establecieron en cuatro artículos, la obligatoriedad de descanso de por lo menos tres semanas antes del parto, previa presentación de un certificado médico, prohibición del despido a causa del embarazo: “deberá conservarse el puesto a la que permanezca ausente de su trabajo el periodo de seis semanas (...), durante el cual tendrá derecho, además a percibir el cincuenta por ciento de sus salario” (Congreso Nacional del Ecuador, 1928:8219), disposición de un intervalo de quince minutos para dar de lactar a su hijo, cada tres horas, salvo recomendación médica. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones anteriores significaría una multa que sería entregada a la perjudicada. Sin embargo, como lo había mencionado en el acápite anterior, las disposiciones legislativas no eran garantía total de que la mujer embarazada tuviera acceso a dichas atenciones. Además, no se menciona la posibilidad de brindar a la madre una atención adecuada o de disponer de un seguro de maternidad que le asegure el descanso anterior y posterior al parto, el acceso a una casa asistencial especializada, y el derecho a recibir las atenciones médicas apropiadas.

De modo que se pone a discusión la necesidad de un seguro de maternidad que contribuya a defender dos vidas, al garantizar el nacimiento del niño amparado en el derecho de su madre. La legislación si bien está dividida en dos partes, una en la que se

habla de las condiciones y límites del trabajo infantil, y la segunda de la mujer embarazada que solo abarca 4 de los 16 artículos, supone un gran avance en lo referente a la protección maternal, al considerar que “el niño será más sano cuanto más se cuide la mujer durante el embarazo” (Schonhaut, 1930). Entre los cuidados durante esta etapa se destacó el reposo, ejercicio moderado, buena alimentación, evitar emociones violentas, además, se considera que los quehaceres domésticos no serían perjudiciales. Además, de estas consideraciones “la madre debe asegurarse, con la debida anticipación, de que su parto será vigilado por un médico o partera graduada” (Andrade Marín, 1932:7)³⁷.

Para el año de 1932, “la madre trabajadora podía acogerse a las disposiciones del Código del Trabajo y a la Ley de Seguro Social Obligatorio, que concede tres semanas de reposo pagado, antes y cuatro después del parto. El Seguro Social Ecuatoriano concede también subsidios en dinero para estos casos y atiende por su cuenta el parto. La madre asegurada debe dirigirse al Dispensario Médico más cercano para recibir las instrucciones y ayuda necesarias (Andrade Marín, 1932:3).

En este sentido, los consejos del médico, expresándose como la autoridad científica, toman importancia real, porque mediante la aplicación práctica de estos se contribuiría a evitar “las catástrofes que hoy con tanta falta enlutan vuestros hogares” (Espinoza Tamayo, 1914:4); es decir, evitar la mortandad infantil que se convirtió en un problema que no podía ser controlado. En gran parte, la mortalidad infantil fue consecuencia de prácticas relacionadas con mala alimentación, descuido o falta de aseo, y atención médica deficiente.

2.4 El arte y la ciencia detrás del cuidado al niño: Manuales de Puericultura

La educación femenina se centraba en proporcionar los conocimientos que le permitieran a la mujer desempeñarse como madre y esposa, preocupada de mantener el hogar armonioso y educar a sus hijos en valores. Los manuales de maternología y puericultura proponían, además, una educación basada en el entendimiento de la importancia del mejoramiento de la raza través de la aplicación de políticas eugénicas, que durante las primeras décadas del siglo XX emprendieron el Estado y los médicos

³⁷ Estudios indican que las infecciones obstétricas serían causadas por las condiciones insalubres de los hogares, y la práctica de comadrona y parteras, quienes se encontraban en contradicción con los métodos científicos aplicados por el médico y las concepciones eugenésicas (Vásquez Quezada, 2011).

salubristas. Así se organizaron una serie de campañas sanitarias para frenar la constante amenaza de enfermedades como la fiebre amarilla, tuberculosis (Astudillo Espinosa, 1981), y principalmente controlar los llamados males sociales de la época, que ponían en riesgo a la sociedad y constituían una de las primeras amenazas para la infancia. Así, “la educación en materia de higiene y salud” fue introducida en las escuelas y “promovía la higiene doméstica y escolar para que los ciudadanos aprendieran a vivir a través de la perfecta salud” (Gómez, 2012:108).

Planteamos, someramente, en el acápite anterior la tensión existente entre la concepción de la maternidad como instinto o algo que debe aprenderse, y en este acápite analizaremos cómo la introducción de nociones científicas para el cuidado del niño criticaba la romántica visión de la maternidad y se la replanteó como una actividad metódica y disciplinada. En este sentido, los manuales y exposiciones de puericultura tomaron importancia como un elemento indispensable para la instrucción de las mujeres en dichos conocimientos: “El propósito de educar al ciudadano ecuatoriano desde su nacimiento con parámetros eficientes, eficaces y productivos, que le permita tener un coeficiente intelectual y los parámetros antropométricos, los más óptimos posibles” (Flor Aguayo, 2012:13). De este modo, el Normal Manuela Cañizares fue uno de los primeros establecimientos en introducir la enseñanza de la puericultura en sus aulas, demostrando a su vez “la necesidad de prepararse para la maternidad adquiriendo conocimientos biológicos, éticos y económicos, se convirtió en un nuevo imperativo que colocaba al hogar en manos de la escuela y de los programas educativos” (Goetschel, 2007:116). La maternidad deja de ser vista como una cuestión natural que se basa en los instintos y la costumbre, el amor maternal es cuestionado en medida de la dedicación que demuestre la madre en el cuidado higiénico del niño³⁸. En Ecuador, como en otros países, el instinto materno fue re-conceptualizado como algo que requería de la supervisión y enseñanza de los profesionales de la salud, a través de la puericultura e higiene doméstica (Clark, 1995; Vásquez Quezada, 2011). En efecto, la maternidad no es la misma, ya no se sienta únicamente sobre la base de los valores morales, la virtud y

³⁸ “Varios autores destacan que la separación del espacio social en público y privado, determinó una división de roles fundamentados en discursos que buscan formar a las mujeres como madres. De tal manera que la maternidad es “visibilizada como un hecho natural e incuestionable” debido a la capacidad procreativa de las mujeres” (Vásquez Quezada, 2011:20).

la obediencia; la maternidad se consideraría como la base de la protección de la infancia, ya que de los cuidados higiénicos y en la alimentación brindados por la madre dependerá el desarrollo físico, intelectual, en sí, dependerá la vida del niño, por esto se buscó incentivar a las mujeres a practicar los conocimientos de puericultura través del establecimiento de un concurso de higiene en el que se juzgaría a las madres que supieron cuidar bien a sus hijos:

El Dr, Carlos Andrade Marín, Jefe del Servicio Médico del Seguro Social, a más de su contribución personal dictando conferencias sanitarias en el barrio de Chimbacalle como parte de la campaña de salud, ha instituido un premio de 1.000 sucres para estimular a las madres a concurrir a las sesiones de fin de semana y recibir instrucciones de la enfermera y visitadora social sobre higiene y nutrición... (“Mil sucres para mujeres que sepan cuidar a sus hijos,” 1944 citado en Goetschel, 2007)

El objetivo de este tipo de eventos no consistía en premiar a los niños “más gordos”, sino los conocimientos de sus madres, ya que el nivel de instrucción o el estatus social no determinaban que éstos estuvieran siendo bien aplicados. De igual manera, en las casas de asistencia privadas se buscaba incentivar el cuidado de parte de las madres a través de la entrega de juguetes, comida o dinero, dependiendo del cumplimiento de sus obligaciones: como la asistencia a las revisiones mensuales el centro de salud más cercano, una alimentación adecuada a su edad y necesidades, higiene general del niño, etc. De modo que:

La maternología e higiene prenatal, la puericultura de la primera y segunda infancia, la higiene y protección de la edad escolar, las asistencia médica del niño enfermo y la enseñanza, investigación y divulgación de la puericultura, se trasladan a la competencia del Estado, el protectorado sanitario y la coordinación y vigilancia sobre los servicios, instituciones y establecimientos creados, sostenidos o regidos por varias entidades (Lis & Rodrigo, 2002:142).

Una parte importante dentro de la ejecución de políticas públicas encaminadas al mejoramiento de las condiciones biológicas y sociales de la población, es y será la educación, por ello la educación de los padres se constituye como una necesidad nacional. La enseñanza de normas de higiene y eugenesia no debe ser exclusiva de las madres, ya que el hombre también determina las condiciones de los hijos. Así, guiados por los preceptos eugénicos de Galton, se introducen a las escuelas y colegios manuales de puericultura, en los que se destaca la importancia de la eugenesia para determinar una buena reproducción. “La Eugenesia y la Eugenia se proponen mejorar las

condiciones de la raza humana a fin de favorecer el nacimiento de individuos sanos, fuertes y vigorosos” (Sánchez, 1928:4).

Los discursos sobre eugenesia y puericultura se tomaron como elementos que permitirían alcanzar el prototipo de ciudadanos que contribuirían al desarrollo del Estado. En este sentido, se busca consolidar, mediante las prácticas de higiene y educación, el mejoramiento de la raza. Estos criterios de profilaxis social y mejoramiento de las condiciones ambientales de los ciudadanos, se basan en la corriente francesa de eugenesia, mientras que la corriente anglosajona o eugenesia negativa se enfoca particularmente en los aspectos biológicos-raciales. Los estados latinoamericanos desplegaron programas y campañas sanitarias y la formulación de políticas de salud pública, influenciados por las dos corrientes eugénicas, ya que no solo se busca el mejoramiento de la raza sino que se pretende hacerlo a través del mejoramiento de las condiciones ambientales así como, la aplicación práctica de la higiene (Román, 2010).

2.4.1 Lucha contra la mortalidad infantil y el inicio de la protección de la infancia.

La maternidad será cuestionada más allá de las concepciones morales o religiosas, sino que hará falta, además, del conocimiento científico de los médicos para complementar la labor de criar y cuidar a los hijos. Los manuales de educación en higiene y puericultura destinados para su lectura en escuelas y colegios deben procurar no “empañar el pudor de las madres que lo lean, ni el de las niñas que lo estudien” (Mateus, 1927:XI), por lo que deben ser revisados previo su publicación para garantizar que cumpla con los lineamientos de la moral cristiana.

Los aspectos fundamentales que se visibilizan dentro de estos documentos son tres: el estado fisiológico de los padres, la alimentación y el cuidado físico e intelectual. Sin embargo, en este acápite abordaremos la mortalidad infantil en la primera infancia como hilo conductor, ya que de aquí parten las políticas y discursos de protección a la infancia. Para ello, hemos seleccionado algunos manuales, cartillas y exposiciones de puericultura, así como estudios sobre la protección de la infancia en el Ecuador.

Antes de iniciar con el análisis sobre la mortalidad infantil, es preciso señalar que entre 1914 y 1925, el Ecuador debe afrontar la caída de la producción cacaotera,

consecuencia del inicio de la Primera Guerra Mundial, y la crisis social que produjo la pretensión de banqueros y comerciantes de traspasar los efectos de la crisis económica al pueblo mediante la emisión de papel moneda, cuyo resultado fue la agitación y enfrentamiento social que terminó con la matanza y represión de obreros y manifestantes en Guayaquil el 15 de noviembre de 1922. En efecto, la crisis agroexportadora y la expansión industrial determinaron un problema latente en la sociedad ecuatoriana: la necesaria mano de obra calificada que contribuyera al desarrollo y fortalecimiento de un nuevo modelo económico, que a su vez paliaría la crisis económica. Sin embargo, la natalidad era baja y el índice de mortalidad infantil aumentaba cada vez; de no lograr controlar un balance de dichos valores demográficos, sería aún más difícil superar la crisis económica y social. En efecto:

La mortalidad infantil ha sido reconocida como uno de los indicadores más sensibles de la condición de la salud de la población, sobre todo en países de menor desarrollo. Las tasas de mortalidad infantil registradas en nuestro país en los últimos años, si bien denotan mejoría, demuestran con claridad nuestra situación desventajada en lo referente a salud- y por consiguiente a la condición social- respecto a otros países de la región y el mundo (Breilh, 1987:16).

La mortalidad infantil determina así, las condiciones económicas, sociales y culturales de una nación, así como las deficiencias en los sistemas de educación y salud, de manera especial en las zonas rurales. En una época en la que se busca restablecer el orden social, el rol que desempeña el Estado en materia de protección social resulta fundamental, por lo que debe establecer medidas de análisis y políticas para enfrentar sucesos como la muerte materna, neonatal e infantil. Los indicadores planteados por la mortalidad infantil reflejan el estado de los servicios de salud, especialmente enfocados en el cuidado de la madre durante el embarazo, el parto y que están influenciados por el lugar de residencia, nivel de educación y estado civil (Hallo, 2015:1), ya que como habíamos mencionado anteriormente, una madre soltera se encuentra en un estado de indefensión mayor a una madre con un esposo que se encargue de proveer los recursos económicos para la subsistencia del hogar.

La enseñanza y aplicación de conceptos de higiene tanto en escuelas, colegios, centros de asistencia en salud, así como la discusión en congresos nacionales e internacionales perseguía un sólo fin, disminuir el índice de mortalidad general a través del mejoramiento de las condiciones de vida y hábitat de los ciudadanos, tomando como

grupo de atención prioritaria a las mujeres embarazadas y niños. Sin embargo, eran necesarias “medidas de desarrollo infraestructural tales como la distribución más racional de establecimientos hospitalarios y educacionales, modernización del sistema productivo, campañas sanitarias, etc...” (Breilh, 1987:26). A pesar de los esfuerzos realizados por la caridad privada y el Estado ecuatoriano, dichas medidas enfrentaban por una parte, el escaso presupuesto a causa de la crisis económica, y por otro, la posición de las órdenes religiosas encargadas de ciertas casas asistenciales.

El concepto de mortalidad infantil comprende el número de fallecidos hasta la edad de seis años. La preocupación higienista se encuentra precisamente en hacer disminuir ese número, por la aplicación de disposiciones sabias que tiendan a mejorar las condiciones de vivienda, alimentación, desarrollo, etc., sin descuidar a las madres en estado de gestación con el fin de asegurar el desenvolvimiento del nuevo ser (Cabanilla Cevallos, 1929:1).

Los índices de mortalidad en Ecuador demostraron que en las primeras décadas del siglo XX un 40% de los niños no superaron los 10 años (Goetschel, 2007), de este porcentaje la mitad no superó la primera infancia³⁹. Sin embargo, uno de los principales problemas a la hora de analizar los porcentajes de mortalidad fue la falta de estadísticas oficiales, por lo que la mayoría de estudios estadísticos de la época fueron realizados a partir de datos publicados en exposiciones de higiene o publicaciones similares⁴⁰. Aun así, es visible que las principales causas de mortalidad infantil se encuentran los desórdenes del aparato digestivo, gastroenteritis, o vicios de la alimentación, por lo que la lactancia materna natural se considera uno de los pilares para que el niño acumule la mayor cantidad de defensas para resistir a infecciones y enfermedades (Andrade Marín, 1929; Bastidas, 1924; Cabanilla Cevallos, 1929). De este modo, más de un médico llegará a afirmar que: “la mortalidad entre los niños menores de un año es, en el Ecuador, alarmante como en pocos países de América, y entre sus causas principales está la ignorancia de las madres en las normas fundamentales de higiene y alimentación

³⁹ Carlos Sánchez define la primera infancia como “la edad comprendida entre el momento del nacimiento y el fin del segundo año. Hasta la cicatrización completa de la herida umbilical, y por extensión, hasta los treinta primeros días de vida, puede considerarse al niño, como recién nacido; después se dice que es un lactante.

⁴⁰ Fue a partir de la década de 1930 en la que la estadística cobra importancia, con la aprobación de la nomenclatura internacional para causas de muerte, la laicización de los datos demográficos y el establecimiento del Registro Civil. En efecto, se consolidó como un dispositivo estatal para el control territorial a través del manejo de datos relacionados con la salud, la natalidad, la sexualidad, la conducta, entre otros para establecer jerarquizaciones o delimitar campos como lo anormal y lo normal, la peligrosidad, la criminalidad y a partir de eso plantear acciones o políticas públicas (Blanco, 2009).

de sus hijos” (Andrade Marín, 1932:1). Sin embargo, no siempre se le atribuye la responsabilidad de las muertes a la ignorancia de los fundamentos de higiene y puericultura, sino que se destaca el abandono físico al que son expuestos los hijos de madres trabajadoras, cuya única opción es dejarlos solos o al cuidado de vecinas o conocidos, quienes no les dan los cuidados higiénicos y alimentación adecuada.

Ante esto, se planteó la necesidad de crear instituciones que velaran por el bienestar del niño. Un claro ejemplo fue el Dispensario de Niños de Quito (1914), del que profundizaremos en el siguiente capítulo. El Dispensario contribuyó a disminuir los índices de mortalidad, así lo demuestran las estadísticas de 1916 a 1922, presentadas por el doctor Antonio Bastidas en su libro “*Contribución al estudio de la protección de la Infancia y Demografía en el Ecuador*” (1924).

AÑOS	NIÑOS ASISTIDOS	MORTALIDAD	POR CIENTO DE DEFUNCIONES
1916	5.714	144	2,52%
1917	4.620	418	9,04%
1918	6.804	454	6,67%
1919	5.540	388	6,82%
1920	6.720	532	7,91%
1921	6.810	381	5,59%
1922	7.320	340	4,64%
Suman	44	2,657	
Promedio de defunciones			6,10%

Tabla 1: Estadísticas de atención y mortalidad del Dispensario de Niños de Quito elaborado por el Doctor Bastidas

El promedio de mortalidad infantil en el Dispensario de Niños es de un 6, 10 %; siendo el año de 1916 el más bajo mientras que 1920 tiene el número más alto 532 muertes, así mismo evidencia una curva ascendente en el número de niños atendidos respecto a las defunciones. En seis años se atendieron 43.528 niños ingresados por diferentes dolencias, con un número de 2.657 muertes cuyas causas no oscilan en la

complicación de la enfermedad de ingreso en su mayoría, una cifra alarmante considerando que más de la mitad corresponderían a niños menores de un año (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1934), poniendo en evidencia falencias en los procedimientos relacionados al cuidado del niño dentro de sus primeros meses de vida, acentuando la necesidad de la educación higiénica para las mujeres, y en especial las madres, ya que “las enfermedades que causaban la mayoría de las defunciones de los niños menores de un año eran evitables simplemente siguiendo las recomendaciones médicas sobre higiene y alimentación de los lactantes” (Birn, Pollero, & Cabella, 2014)

No se puede negar que ambos asuntos, tanto el educacional como el sanitario tienen hondas vinculaciones, razón por la que notables higienistas solicitan la creación de un Departamento especial anexo a la Secretaría de Educación Pública, para el trazo de educación higiénica que debe llevarse a cabo en Escuelas, Colegios y Universidades (Cabanilla Cevallos, 1929:3).

Sin embargo, la tarea de protección de la infancia fue gestionada principalmente por médicos y señoras caritativas que intentaban, a través de recursos morales, evitar que el niño cayera en los vicios, la mendicidad o la delincuencia, ya que eran las principales víctimas en sufrir las consecuencias de las enfermedades sociales que inundaban su medio, y también, convivían con ellas en sus hogares. El futuro del niño depende de sus padres y del ambiente que puedan propiciar para su desarrollo integral, a pesar de esto, los niños, especialmente los que estaban expuestos a condiciones de pobreza, abandono físico y moral no cuentan con todas las garantías que sugieren los médicos y ofrecen las señoras de la caridad. Aun así, la tarea de protección de la infancia en el Ecuador “se halla dividida entre varias instituciones dependientes o apoyadas casi todas por el gobierno, siendo pocas las sostenidas por la filantropía privada” (Bastidas, 1924:4).

En este sentido, los médicos con criterios higienistas asumen la tarea de influir y buscar espacios en el terreno político y social como una forma de combatir las enfermedades sociales, que como se ha expuesto anteriormente, son consideradas las principales causas del deterioro social o por consiguiente foco de atención de la salud pública. Sin embargo, no dejaban de lado la lucha contra el abandono físico del niño y sus enfermedades asociadas como la desnutrición y tuberculosis, “en todo caso, en sus observaciones, solía haber siempre, una estrecha relación vinculante entre pobreza y enfermedad” (Santos Sancristán, 2008:3), misma que fue la generadora de un círculo “vicioso” de enfermedad, degeneración y pobreza.

El doctor Carlos Sánchez⁴¹, en su libro *Breves nociones de puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (1928), afirma que Ecuador por largo tiempo ha estado buscando la forma más eficaz para combatir la mortalidad infantil; sin embargo, la fundación de instituciones de protección de la infancia no ha logrado alcanzar el objetivo para el que fueron creadas, y en práctica, no han conseguido disminuir el inmenso porcentaje de esa mortalidad, ya que se necesita de medios alternos a los empleados por las Sociedad de Beneficencia Pública y aquellas de Fundación Particular (Sánchez, 1928). El problema de dichas instituciones radica en la preocupación exclusiva de la sobrevivencia y cuidado del niño, principalmente de los abandonados de los cuidados maternos. De modo que se deja de lado el interés por enseñar a las futuras madres los cuidados necesarios del niño, especialmente desde el nacimiento hasta el momento del destete, al considerar que en esta etapa la vida del niño dependerá de los cuidados en la alimentación. El autor asegura que la mortalidad infantil en la época del destete alcanza un porcentaje elevado, y éste debe ser previo consulta médica. Destaca que el sistema de salud no ha establecido las consultas prenatales obligatorias en las que se supone deberían recibir consejos higiénicos y en el caso de presentarse casos patológicos, recibir el tratamiento apropiado, considerando que una vigilancia médica estricta, específicamente en los cuatro últimos meses reduce los riesgos de accidentes en el parto (Sánchez, 1928). Por ello, es necesario que el Estado asuma una postura educativa y no sólo de protección paternalista, en este sentido,

[...] la Asistencia Pública debe establecer, por medio de sus Médicos en cada población, una serie de conferencias sobre la materia exponiendo los puntos esenciales y de mayor aplicación en la crianza de niños, como los cuidados del recién nacido, su alimentación, etc. (Cabanilla Cevallos, 1929: 42).

Por su parte, Enrique Garcés expuso una serie de consideraciones que deberían tomarse en cuenta desde el embarazo hasta la "culminación del niño"⁴², al convertirse en un adulto desde el punto de vista médico. El niño es un ente en constante

⁴¹ Carlos Sánchez fue profesor de Clínica Infantil y Puericultura de la Universidad Central, Profesor de Puericultura en el Instituto Normal "Manuela Cañizares", Director del Dispensario de Niños, Médico de la Sociedad Protectora de la Infancia, ex Médico Escolar (Sánchez, 1928).

⁴² Varios autores se refieren a la etapa adulta como la "culminación del niño" en cuanto consideran que ha alcanzado su desarrollo biológico e intelectual, terminando su proceso de formación (Pavez Soto, 2012).

transformación física y psíquica, a un lado ha quedado la idea del niño como un “pequeño hombrecito”, ya que los conceptos de mortalidad y protección infantil no solo visibilizan al niño como parte de la sociedad, sino que determinan los mecanismos necesarios para el control sobre el cuerpo del niño; así el cuidado del niño gira alrededor de la premisa de que “el niño será como lo hagamos” (Garcés, 1937:83), de modo que no sólo promulgaron las responsabilidades de la madre hacia y con su hijo, sino también, las obligaciones del Estado para garantizar el desarrollo integral del niño. Por lo que el Estado asume una serie de acciones, como el establecimiento de buenas prácticas alimenticias, distribución de manuales de higiene e higiene escolar, actividad física, creación y mejoramiento de los servicios de salud materno-infantil.

2.4.2 Puericultura postnatal: primeros cuidados del niño y lactancia materna

La puericultura postnatal se refiere a los cuidados que necesita el niño a partir de su nacimiento, y abarca las áreas de alimentación, aseo, y su ambiente, ya que, los cuidados del niño en la primera infancia determinan las condiciones físicas e intelectuales, la capacidad de subsistencia. La aplicación de estos conocimientos debe apartar a la madre y al niño de las supersticiones y prejuicios, garantizar una buena alimentación, así como, incentivar el aprendizaje y aplicación de prácticas de higiene bajo la premisa “lo que no se previene en los primeros meses de la vida, no se remediara jamás” (Espinoza Tamayo, 1914:9). La única forma viable de garantizar la vida del niño, es a través de la aplicación de la higiene en cada uno de los aspectos de su vida. Briolotti, afirma que la constitución de la puericultura como un campo dependiente de la medicina pero con cierta especificidad, no fue exclusivo del caso argentino sino que fue un hecho que se produjo varios países de Latinoamérica. Así, siguiendo el modelo francés, en México, los médicos eugenistas desarrollaron la puericultura como la cultivación científica del niño con una matriz evolucionista para dar cuenta de la importancia del vigoroso desarrollo de los niños (Briolotti & Benítez, 2014:1715).

En este sentido se determinan las medidas y tallas que el niño debe alcanzar para formar una curva de crecimiento normal. Por ejemplo: el peso normal del niño recién nacido varía de los 3200 a los 3500; “debe duplicar su peso a los 6 meses y triplicarlo al año” (Schonhaut, 1930: 2). El peso de nacimiento dependerá de la alimentación y cuidados realizados por la madre durante el embarazo, los niños nacidos con peso bajo tienen más posibilidades de morir que uno de peso normal. Carlos Andrade Marín,

asegura que “el peso es la indicación más segura de la salud del niño” (Andrade Marín, 1932:10), porque determina un desarrollo normal; el niño que no sube de peso según las especificaciones científicas, debe acudir a un médico para determinar las causas del problema. En efecto, el doctor Cabanilla (1929: 11) destaca que “en nuestro pueblo, se peca por exceso o defecto: o hay sobrealimentación o existe hipo alimentación.”. La alimentación es una de las principales preocupaciones en lo que refiere al cuidado del niño, ya que la principal causa de enfermedad y muerte infantil estaba asociada a esta. La alimentación es la base del crecimiento del niño (Sánchez, 1928:40). Un niño bien alimentado no solo logrará su curva de desarrollo, sino que tendrá un buen desempeño escolar y se convertirá en un elemento útil para la patria. Sin embargo, no es suficiente una buena alimentación, sino que además debe estar de acuerdo a sus necesidades nutricionales y bajo los parámetros de higiene, “las disenterías, a causa de las pocas prácticas higiénicas que existen en los hogares pobres, tienen igualmente su parte entre las infecciones que atacan al niño” (Cabanilla Cevallos, 1929:16). En este sentido, se considera que una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil se relaciona con hábitos alimentarios pobres e incorrectos, factores que repercutirán en el aprendizaje durante la etapa escolar del niño. Ante esto, los médicos insisten en la necesidad de introducir y fortalecer la idea de la alimentación metódica y disciplinada recomendada por un especialista, que en efecto cumplirá con las necesidades del niño, y contribuirá su correcto desarrollo. En palabras de Sánchez:

La alimentación bien dirigida y metódica constituye, en la higiene del niño, la base de su salud y bienestar. El enorme porcentaje de mortalidad infantil se debe, en gran parte, a la falta de higiene en la lactancia; ya que la alimentación desordenada y sin método produce enfermedades que como la *enteritis* y la *gastroenteritis*, son de mucha gravedad en la primera infancia (Sánchez, 1928: 53).

En consecuencia, la lactancia materna se consideró como una de las obligaciones primordiales de las madres hacia los hijos lactantes, con su nación y se convirtió en uno de los primeros derechos de su vida. Si bien la lactancia materna fue una de las principales luchas de los médicos durante el siglo XX, es preciso mencionar que fue resultado del cambio en la forma de ver al niño en la sociedad. Así, la lactancia apela al instinto maternal y el amor materno como parte inherente de la condición de la mujer⁴³.

⁴³ Como discurso contestatario, las teoría feminista plantearía que la maternidad es un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a

De modo que se consideró “que la madre que no da la leche de sus pechos a su hijo no es sino media madre” (Varela & Álvarez-Uría, 1991:22). Una mujer que no daba de lactar era una mujer incompleta; y peor aún si no instruía a sus hijos bajo las costumbres y enseñanzas cristianas. En efecto, la lactancia fue uno de los elementos utilizados para definir las ideas de buena o mala madre con las que se cualificaba el desempeño en la tarea biológica y socialmente asignada. Además, se constituyó como mecanismo de control del cuerpo femenino y del niño, a partir del establecimiento de principios higiénicos y disciplinarios con los que se creía se evitaría el contagio de enfermedades al niño (Andrade Marín, 1932), el cultivo de buenos hábitos y costumbres, disciplina y orden, como base de una educación moral para una convivencia armoniosa.

Por otra parte, se aplican tres métodos; natural, artificial y mixto. El más recomendado e indispensable, desde el punto de vista médico, es la lactancia natural materna, ya que es la única fuente completa de nutrientes necesarios para el desarrollo y garantizar la vida del niño. En efecto, la lucha por la lactancia materna, emprendida por los médicos encargados de administrar servicios de atención materno-infantil, buscaba aleccionar al pueblo de sus beneficios; por ello más de uno planteó que:

Si todos los recién nacidos tuvieran la alimentación materna hasta la edad recomendada para el destete, la mortalidad infantil disminuiría intensamente; de consiguiente, la mortalidad general descendería, y con el porcentaje de natalidad en aumento, la población se incrementaría año tras año (Cabanilla Cevallos, 1929:12)

Sin embargo, no todos los niños tenían la oportunidad de conocer a su madre o familia, menos aún podía “beneficiarse” de las bondades de la lactancia. “Los niños abandonados y de quienes se encarga la Asistencia Pública, para entregarlos al cuidado de nodrizas, mujeres, en su mayor parte, víctima de desórdenes alimenticios” (Sánchez, 1928:65). Tal es el caso de los niños asilados en la Casa “San Carlos”, el porcentaje de sobrevivencia de 0%, ya que la población de esta institución son en su mayoría niños expósitos de 0 a 6 meses de edad, mismos que no logran superar dicha edad a causa de la falta de leche materna. Así lo expuso, el director de la Junta Central de Asistencia Pública en 1929:

Debo poner en conocimiento de la Junta y recomendar a su atención la crianza de los menores de seis meses, pues en la Casa de Expósitos desde el tiempo que he observado,

la vez, fuente y efecto del género”. (Palomar Varea, 2005:36)

no se consigue que viva niño alguno que entre menor de seis meses, a pesar de no escatimarse gasto y de haber recurrido a todos los sistemas de alimentación artificial indicados por el médico Director de la Casa (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1929:14).

La lactancia materna asegura la conservación de los factores, peso y talla, y pone al niño en mejores condiciones de resistencia. Por ello, la alimentación del niño hasta las 6 meses debe estar basada exclusivamente en la lactancia materna, ya que la leche materna es la única fuente de nutrientes necesarios para el niño en sus primeros meses de vida. Sin embargo, para la época, el único sustituto de la leche materna era la leche de vaca, y no se ha conseguido mejorar su calidad, siendo en muchos casos una fuente rica en bacterias y en otros puede estar adulterada causando la muerte infantil. De modo que la lactancia artificial no es recomendada del todo para la alimentación del niño, no sólo por la calidad y propiedades de la leche sustituta, sino que se pone especial cuidado a la utilización de biberones, ya que estos pueden ser causa indirecta de enfermedad, principalmente infecciones estomacales; por lo que debían cumplir con ciertas características para ser considerados idóneos siendo las principales: que sea de fácil asepsia, adaptables a la succión, con tetina de caucho. “El biberón de tubo es una forma de infanticidio.[...] se desarrollan en su interior numerosas colonias microbianas, que al ser absorbidas por el niño producen trastornos digestivos, generalmente mortales” (Sánchez, 1928:73). Por otra parte, la lactancia mixta es recomendada y justificada en madres obreras o aquellas que por trabajo se alejan de sus hijos durante el día; siempre y cuando cumplan con las respectivas medidas higiénicas y de forma ordenada, ya que de lo contrario puede resultar peligroso para la vida del niño (Cabanilla Cevallos, 1929). Es por esta razón, que el doctor Sánchez, al igual que otros médicos de la época, condenan cuando una madre estando en condiciones de lactar a su hijo, prefiere no hacerlo. El niño no solo queda en un estado de abandono físico que significaba un desarrollo anormal, y en un futuro no contribuiría mayormente en el progreso de su país, sino que no se establecerán los lazos de afección madre-hijo, dejando un vacío en su educación cívica y moral, atentando, además, contra los deberes de la maternidad, y por ende, con los intereses de la patria. El ideal del niño se basa en la idea del futuro ciudadano ecuatoriano. “Cuando hay hombres fuertes no existe naciones débiles. Las madres que

cuidan amorosamente de sus hijos, ennoblecen la sublime misión de la maternidad y trabajan por el engrandecimiento de la Patria” (Sánchez, 1928:41)⁴⁴.

La lactancia mercenaria, aquella que ejercen las nodrizas, no fue muy bien vista al considerarla moralmente incorrecta, ya que un niño es privado de su alimento para ser vendido a otro, haciendo del niño privado de la lactancia, débil. La lactancia mercenaria es una forma de condena de muerte para el niño, cuyo alimento es destinado para otro, ante esto Sánchez afirma que “los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones. Las madres que inhumanamente abandonan a sus hijos, reniegan de la sublime misión de la maternidad y labran la ruina de la Patria” (Sánchez, 1928:63)⁴⁵. Sin embargo, se recomienda el uso de nodrizas en las casas de expósitos (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1929b), para asegurar que superen las expectativas de vida de los niños abandonados, siempre y cuando estas hayan perdido a sus hijos en los primeros días de vida y hayan sido instruidas con conocimientos de higiene. En el caso de que sea necesaria la ayuda de una nodriza, era importante tomar en cuenta aspectos como la edad, la raza⁴⁶, la cantidad de hijos que hubiere tenido anteriormente y la realización de un examen físico. Estas consideraciones contribuirían a reducir el riesgo de contagio de enfermedades y por ende la muerte del niño, así mismo, determina las propiedades nutricionales de la leche.

Así, la aplicación de nociones de puericultura e higiene contribuirían a mantener un estado constante de buena salud en el niño, así como garantizar la atención médica oportuna, la exigencia de la lactancia materna y todas las medidas destinadas a mejorar las condiciones de vida del niño, especialmente de aquel de recursos limitados, no eran

⁴⁴ Leyenda que acompaña la imagen titulada: “Un futuro ciudadano ecuatoriano”, en el libro en el libro *Breves nociones de puericultura* del Doctor Carlos Sánchez. (Ver Anexo 1)

⁴⁵ Descripción de la fotografía: “Un niño atrepsico a quien su madre abandonó por servir de nodriza de otro”. La imagen retrata un niño con claros signos de desnutrición, el niño es expuesto sobre una sábana blanca en un soporte que parece ser una cama de hospital. El niño posee una contextura delgada, la capa protectora de grasa ha desaparecido, por lo que la piel permite que los huesos se marquen bajo su superficie. La importancia de la imagen no es la lactancia materna en sí, sino se busca ejemplificar lo que se busca evitar a través de la capacitación sobre el manejo y cuidado infantil, como el inicio de la cadena para nutrir al país de ciudadanos fuertes y aptos para construir una nación con las mismas características. (Ver Anexo 2)

⁴⁶ Varios fueron los médicos que creían en la importancia de considerar la condición racial a la hora de escoger nodrizas, ya que consideraban que las mujeres indígenas o negras por lo general vivían en condiciones insalubres, que definían, a su vez, problemas en su salud relacionados con la alimentación. Factores que influyen negativamente en la calidad de la leche y que podrían afectar al lactante (Bastidas, 1924; Sánchez, 1928).

suficientes sin un constante control realizado por visitadoras escolares, enfermeras, y médicos. De modo que “la puericultura se encargó de prescribir hábitos, prácticas y valores relativos al parto y la crianza” para homogeneizar prácticas y costumbres que eran aplicadas por las mujeres y criticadas por los médicos como negligentes e ignorantes (Briolotti & Benítez, 2014:1714)

Si bien es cierto, la medicina adopta un papel protagónico en cuanto al tema de la protección y cuidado de la infancia, la Iglesia por su parte insiste en la educación basada en valores y la moral como base del bien social y hace eco de su preocupación respecto al niño. Un ejemplo es la publicación de textos como el del Reverendo Padre Ricardo Delgado Capeans, “*La Protección de la Infancia en el Ecuador*” (1925) donde se refiere entre otros a la mortandad infantil y la situación de la infancia en relación a las obligaciones por parte de las entidades públicas y privadas. “(...) en verdad poco o nada se ha hecho todavía entre nosotros en defensa del niño. Vemos cruzar por calles y plazas niños escuálidos agotados prematuramente por las enfermedades y muchas veces la miseria” (Delgado Capeans, 1925:IV). De esta forma deja entrever que pese a los esfuerzos emprendidos desde la medicina y un grupo de intelectuales enfocados en la construcción de un Estado moderno, mediante elementos de cohesión científico social, es decir, la atención a la infancia desde la pedagogía y la psicología; aún eran necesarias herramientas enfocadas a la beneficencia cristiana. Considera que los encargados de salvar al Ecuador no son “los políticos, ni los intelectuales, ni los literatos, ni los guerreros únicamente: lo salvarán los sacerdotes de la medicina y de la moral cristiana” (Delgado Capeans, 1925)⁴⁷. La Junta de Beneficencia se desempeñó bajo este ideal de caridad cristiana, incluso después de decretadas las reformas liberales, viéndose enfrentada en más de una ocasión con las propuestas higienistas respecto al cuidado del niño, y principalmente en lo referente a la administración de las casas de asistencia pública a su cargo.

Entre 1914 y 1936, se crearon varias instituciones de protección de la infancia, la mayoría a cargo del Estado a través de la Junta de Beneficencia, más tarde conocida como Junta Central de Asistencia Pública. Otras cuantas fueron de iniciativa privada

⁴⁷ La figura del médico asume un papel importante en la sociedad, no solo influye en la esfera política sino que se le considera el encargado de predicar los conocimientos higiénicos y morales a la sociedad, además de ser quien, a través de la medicina, libra de la enfermedad y degeneración a la sociedad.

como la Gota de Leche, y la Sociedad Protectora de la Infancia, que a su vez tuvieron cierto grado de ayuda económica del gobierno ecuatoriano. Estas instituciones se encargaban básicamente del cuidado físico y moral del niño, dependiendo de los objetivos planteados para cada una; sin embargo, una de las consignas en las que concordaban fue la educación higiénica de las madres y la correcta alimentación del niño.

2.5 Conclusiones

Antes de continuar, debemos recapitular lo expuesto en este capítulo. Partiremos por destacar que los manuales de puericultura fueron introducidos en un contexto en el que se plantea a la higiene como la salvación del niño, en cuanto, contribuiría a disminuir los índices de mortalidad infantil. La aplicación de fundamentos higiénicos pretendía mejorar las condiciones de salud de las principales ciudades, que tras la Revolución Liberal (1895), enfrentaron el exacerbado crecimiento poblacional a causa de la migración urbana. En este contexto, la higiene se concibió como un dispositivo de control social aplicado a la salud, la educación y la economía, con el que se buscaba alcanzar el progreso de la nación y la civilización del pueblo.

En efecto, la figura del niño cobró importancia gracias a la premisa de que al crecer se convertiría en un ciudadano fuerte y útil, y que contribuiría como mano de obra en la construcción la nación. Estos valores se vieron reflejados en los programas escolares que, a pesar de las reformas, conservó modelos y elementos propios de la modernidad católica, basado en la enseñanza de valores y la perpetuación de roles de género. En este sentido, la educación femenina, durante la primera década del siglo XX, se enfocó en la formación de madres-esposas capaces de administrar el hogar e inculcar en los hijos, valores católicos y cívicos. Sin embargo, el proyecto liberal estableció las bases para la concepción moderna de la mujer, donde no sólo se cuestiona la función materna como algo natural, y se plantea la necesidad de educarlas en disciplinas como la maternología, la puericultura y nutrición para ejercer como madres, sino que introduce la idea del trabajo como una forma de redimirse y evitar los vicios, permitiendo a la mujer acceder al ámbito laboral. De modo que el rol de la mujer en la sociedad es puesto en discusión. No se discute únicamente sobre la responsabilidad de ser “buenas madres”, sino que formar bajo los presupuestos de higiene y salubridad a los futuros ciudadanos que

contribuirán al mejoramiento de la capacidad intelectual y trabajo sino que se discute la posibilidad de su interacción laboral en cuanto, una forma de renunciar a su papel de madre. El trabajo femenino, desde el discurso médico, resulta problemático en cuanto las madres descuidan el cuidado de sus hijos, lo que constituyó una causa para el incremento de la morbilidad y mortalidad infantil. En todo caso, desde la perspectiva feminista se propuso la creación de políticas que fomenten el acceso al trabajo, mientras los médicos consideran un atentado a la naturaleza biológica de la mujer y la vida de los hijos.

Por otra parte, los manuales de puericultura y maternología estuvieron fuertemente influenciados por las ideas eugenésicas, dominantes durante la primera mitad del siglo XX. En el Ecuador no fueron aplicadas en la legislación, principalmente en lo relacionado a la reproducción o el matrimonio, como en otros países de América, sin embargo, respaldaron los objetivos de las campañas sanitarias enfocadas en la erradicación de males sociales, y la instauración de un área especializada para la profilaxis venérea. En efecto, es a través de estos documentos y campañas que se define un ideal de niño como ciudadano o militar, sano, fuerte y útil, que contribuya al progreso y defensa de la nación; mientras que la niña será vista como la madre-esposa, la educadora de los niños y la responsable de garantizar la armonía en el hogar y encaminar a los hijos en los valores cívicos y católicos.

Capítulo III: De la Protección de la Beneficencia al Control de la Higiene. La Junta de Beneficencia de Quito y su labor de protección a la Infancia.

En el Ecuador, una de las principales instituciones encargadas de la protección de la Infancia fue la Junta de Beneficencia hasta 1926, año en el que tras la emisión de la Ley de Sanidad⁴⁸, se convierte en la Junta de Asistencia Pública, cumpliendo las mismas actividades. En este capítulo analizaré la labor de la Junta de Beneficencia de Quito, en adelante JBQ, y sus casas de asistencia, las tensiones que supuso la crisis económica que enfrentó el país entre 1914 y 1924, los cambios que introduce la Ley de Asistencia Pública y un breve acercamiento a varias instituciones que velaron por el bienestar del niño: El Dispensario de Niños Pobres de Quito, La Sociedad Gota de la Leche, Orfelinato de San Vicente de Paúl y las Escuelas Taller para mujeres y de Artes y Oficios.

3.1 La Junta de beneficencia: contextualización de su rol en la sociedad.

La caridad ha sido institucionalizada mediante sistemas formales de organización social guiados por principios religiosos, por ejemplo para el cristianismo los “deberes” de caridad consistían en alimentar y vestir al hambriento, visitar al enfermo y aliviar la pobreza (Spicker et al., 2009). De modo que la beneficencia ecuatoriana, inicialmente, se organizó bajo el concepto de caridad cristiana y misericordia con el fin de solucionar los problemas de pobreza y miseria entre las gentes. Por esta razón, las reformas garcianas promulgaron que las actividades de beneficencia estén a cargo de las órdenes religiosas “considerando que las casas de beneficencia deben estar a cargo de personas inspiradas por la caridad” (Rodas, 2010, 4). Tras el triunfo de la Revolución Liberal en

⁴⁸ La Junta de Beneficencia se conformó en 1964, en un proceso de centralización de los servicios estatales emprendido por el presidente Gabriel García Moreno, en el que proponía que los hospitales de Quito, hasta entonces administrados por el Municipio pasaran a ser instituciones nacionales. Este cambio buscaba fortalecer la práctica benéfica e introdujo nuevos grupos que necesitaban atención como los niños abandonados, huérfanos mendigos y prostitutas. No obstante, Patricia de la Torre (1996) afirma que el gobierno “no tuvo la capacidad técnica, operativa ni el poder político para organizar aparatos institucionales nacionales” (De La Torre, 1996: 121), lo que llevó a que en 1887, se delega nuevamente la atención de los hospitales a los Municipios y permite la creación de la Junta Municipal de Guayaquil que a diferencia de la Junta de Beneficencia de Quito, se constituyó como una institución semi-pública y en el período liberal se convirtió en privada. De modo que en Ecuador, existió dos tipos de beneficencia: una pública representada por la Junta Nacional de Beneficencia y una privada, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, cada una con sus propias nociones de beneficencia, de filantropía, del pobre y de organización.

1895, se crean las Juntas de Beneficencia, que entre otras actividades, se encargaron de brindar servicios de salud poblacional. El 14 de octubre de 1908, se aprueba la Ley de Beneficencia conocida como Ley de Manos Muertas, en la cual los bienes raíces de las órdenes religiosas pasan a manos del Estado y se prevé que las rentas producidas por éstos, financien a las Juntas.

A partir de 1900, las casas de beneficencia y hospitales a cargo de las Juntas, iniciaron un proceso de transformaciones estructurales y funcionales. De este modo entraron en la transición de la concepción católica a una administración secular, representada por la autoridad del médico. En 1905, el Ministro de Beneficencia Miguel Valverde presentó un informe en el que denotaba el estado en el que se encontraban el hospicio y los hospitales y solicitó el apartamiento del Lazareto a lugares fuera de las ciudades, el establecimiento de un asilo de alienados en condiciones racionales, y la fundación de una escuela de enfermeras, afirmando que las hermanas de la Caridad “no asisten al enfermo, ya que para que esta tarea sea científicamente perfecta, para que los médicos tengan una ayuda eficaz e ilustrada, es necesario un personal especial, preparado con conocimientos siquiera elementales de Higiene, Anatomía, Asepsia, etc.” (De Uzcateguí, 1952:10), y la única forma de conseguir dichas mejoras era a través de la formación de auxiliares en escuelas de enfermería.

Paralelamente, el poder estatal busca establecer puntos de control social, mediante el despliegue de mecanismos amparados en conceptos de orden, salubridad y urbanidad (Kingman Garcés, 2008). De este modo, la funcionalidad de las casas de beneficencia y hospitales a cargo de la Junta, dependieron de las medidas tomadas desde el poder estatal y municipal, con el fin de liberar a la ciudad de los sectores menos favorecidos. De la misma forma, busca contribuir a la sociedad a través de los servicios de salud y el mejoramiento de casas de acogida, protección y educación para niños pobres, huérfanos y abandonados. En este sentido, la JBQ asumió la responsabilidad de garantizar el acceso de los niños y adolescentes a servicios de salud y educación. Para ello, se crearon nuevas instituciones especializadas en el tratamiento y protección de la maternidad y la infancia, especialmente de la abandonada. Todo esto, bajo consideraciones planteadas por la medicina, la educación y el trabajo social.

Antes de continuar, es preciso mencionar que de vista del trabajo social se destaca la

evolución de cuatro “cultura pedagógicas” para la atención de los grupos sociales en riesgo. Culturas que influenciaron y determinaron los objetivos y prácticas dentro de las casas de asistencia; siendo la cultura asilar y la de protección y reforma⁴⁹, las más comunes en la primera mitad del siglo XX. En efecto, las instituciones a cargo de la JBQ funcionaron bajo nociones de caridad del antiguo régimen, y se nutrieron de las premisas de dichas culturas pedagógicas. Podemos mencionar los orfelinatos y hospicios como ejemplo de la cultura asilar y las Escuelas de Trabajo y reformatorios como parte de la cultura de protección y reforma.

3.1.1 La Junta de Beneficencia de Quito ante la crisis.

Como ya se ha mencionado, la crisis económica de las primeras décadas del siglo XX afectó la labor de la JBQ, visibilizando problemas estructurales y administrativos, principalmente relacionados con las deplorables y antihigiénicas condiciones de los establecimientos a cargo de la Junta se mantuvieron a causa de la falta de recursos económicos que impedían el mejoramiento.

A pesar de la reglamentación propuesta a partir de la Ley de Manos Muertas, en las que los bienes y rentas son destinados a la administración y mantenimiento de la JCB, la falta de recursos económicos provenientes del Gobierno obligó a sus dirigentes a tomar medidas que afectaron especialmente a las casas asistenciales. Entre otras disposiciones, los miembros de la JBQ buscarán aplacar los estragos de la crisis mediante la supresión del beneficio de becas para niños y jóvenes en diferentes instituciones, principalmente, aquellas dependientes del Ministerio de Instrucción como la Escuela de Artes y Oficios (Junta de Beneficencia de Quito, 1915c). El doctor Alejandro Villamar, argumentó que la falta de recursos económicos imposibilitaba el desarrollo adecuado de los programas establecidos en dichos centros, evidenciando, además la desorganización interna y el incumplimiento de los objetivos propuestos.

Según comentarios anotados durante la sesión del 15 de enero de 1915, y que se convertirían en un tema recurrente, la Junta acarrea problemas económicos de años previos, por lo cual resulta complicado establecer un presupuesto que satisfaga las

⁴⁹ En el ámbito de la gestión social se identifican cuatro culturas pedagógicas entre las que encontramos: la cultura de asilo para pobres, ancianos y niños abandonados, la de protección y reforma, la de desinstitucionalización y la de comunidad (Mendía, 1991).

necesidades y obligaciones de cada una de las casas de asistencia. Sin embargo, la propuesta del Doctor Alejandro Villamar, misma que parece ser la más acertada dada su justificación, no es aceptada por el presidente Dr. César Bueno y el Dr. Eustorgio Salgado, argumentando que aun cuando la Escuela de Arte y Oficios era un plantel de enseñanza, sujeta al Ministerio de Instrucción Pública, “la Junta sostenía unas cuantas becas a favor de niños pobres que por este medio conseguirían una manera de vivir honradamente, y creía oportuno seguir costeando aquellas becas” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915:1). Ante esto, el doctor Villamar propuso la realización de una investigación para establecer una estadística de las familias de escasos recursos beneficiadas con becas para sus hijos, y remitirles a la Sociedad de Señoras de la Caridad, para que fueran ellas quienes se encargarán de costear la educación de los becarios. Sin embargo, estas medidas no ayudaron a superar la crisis. Las casas de asistencia sostenían deudas con sus proveedores, debido al incumplimiento en la entrega de las subvenciones de la JBQ. Esto les “obligó a exigir a las familias que tienen alumnas a becadas, el pago de una pensión anticipada de un trimestre a manera de préstamo” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915a: 161-162), mientras la Beneficencia se pusiera al corriente con las cuentas pendientes y así mejorar las condiciones alimentarias en las que se encontraban las asiladas, además de cumplir con los compromisos pendientes. La medida tomada por las religiosas del “Buen Pastor”, causó que pocas niñas regresarán a la institución después de enviada la notificación del pago anticipado, al final del año escolar. Por su parte, la Junta busca superar la crisis sin dejar de lado sus labores en pro de la Infancia, por tal razón en las siguientes sesiones, en 1915, se trataron temas relacionados con el mejoramiento físico y organizativo de las instituciones bajo su dirección, pero la situación era cada vez más caótica, tanto así que en más de una sesión se planteó la posibilidad de suprimir los asilos pese al descontento de los padres de los niños becados.

Meses más tarde el Ministerio de Beneficencia puso en conocimiento el hecho de que “las religiosas del Buen Pastor han echado fuera del establecimiento a las niñas huérfanas asiladas en él, por falta de pago de la subvención de la Junta para su mantenimiento”(Junta de Beneficencia de Quito, 1915b:167). Este acontecimiento puso en tela de juicio la necesidad de mantener acuerdos con Colegios regentados por órdenes religiosas para la obra de atención de la infancia quiteña.

Hasta cierto punto me alegra que la situación económica de la Junta haya dado margen para que se clausure el Colegio del Buen Pastor, a fin de que la acción que a aquella corresponde, no se desvirtúe como hasta hoy, de su objeto. La sección del “Ángel de la Guarda” es un verdadero Colegio de Enseñanza regentada como el de la Providencia por religiosas, en contra de la prohibición establecida en nuestra Carta Fundamental; y , dentro de la latitud que abarca la palabra Beneficencia, se ha costeado beca en dichos colegios a favor de niñas más o menos pobres, y evidente que hoy que la Junta carece de las entradas votadas en el Presupuesto Fiscal, no puede seguir sosteniendo a aquellos Colegios en perjuicio de otros establecimientos que caen bajo el fin directo de la Beneficencia Pública es preciso hacer saber al Señor Ministro que no se trata del Orfelinato del Buen Pastor, el cual subsiste, sino del Colegio sostenido por el mismo establecimiento, por diferencias a los padres de ciertas niñas de tal o cual posición social que no pueden costear la educación de sus hijas, cosa muy distinta a clausurar un orfelinato. No tenemos hasta ahora una clínica para niños y no podemos asistir a un solo enfermo, pero si costeamos la educación de señoritas que tienen padres y que pueden muy bien acudir a las escuelas públicas (Junta de Beneficencia de Quito, 1915b:169).

El señor Alejandro Villamar no sólo cuestiona el modelo educativo de los colegios regentados por órdenes religiosas, sino que considera injusta la inversión en establecimientos que de alguna forma no contribuyen a la labor principal de la Junta de Beneficencia en favor de la infancia “desvalida”, por lo que se suma a la moción de solventar los gastos de las niñas becadas hasta que termine el año escolar, y de este modo propiciar que los padres o representantes de las niñas asiladas, pobres y de otras ciudades, acudan en su búsqueda y no desampararlas. En efecto se dispuso “cancelar temporalmente las becas en el Buen Pastor, la Providencia, Escuela de Artes y Oficios, Escuela taller de Mujeres y Hospicio” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915b:171), a excepción de aquellas niñas que carecieran de padre y madre. No obstante, no fue la primera vez que se tomaron este tipo de medidas. El primero de enero de 1909, se suspendieron las becas en los colegios regentados por religiosas. Ante estas resoluciones, las súplicas de los padres que apelaban al sentido humanitario de la JBQ.

Hace dos años que el Ministerio de Instrucción Pública, atendiendo a mis circunstancias pecuniarias que del todo no me dan lugar para dar una educación siquiera regular a mis pobres hijos, me concedió una beca en el Colegio de “El Buen Pastor”, a fin de que mi hija legítima Hermelinda reciba en ese establecimiento la instrucción necesaria para que pueda pasar su vida medianamente. Con efectos de esta suspensión se suspende también de hecho la educación de mi expresada hija que está en la mitad de su instrucción, y como para un infeliz y amoroso padre de familia como yo le es sumamente doloroso que un hijo de su corazón quede en la mitad de su carrera por la absoluta falta de los recursos necesarios, véome en el caso de suplicar y encarecer de la

manera más clamorosa a la H. Junta de Beneficencia (...) que compadeciéndose de la humanidad desvalida y atendiendo a mis circunstancias apremiantes, se sirva conceder en el mismo establecimiento la beca para que mi expresada hija concluya su educación en estos dos últimos años escolares (Pinto, 1909: 19).

Pese a las dificultades económicas la Junta de Beneficencia asumió el pago de becas tras el estudio de casos para cumplir con los preceptos con los que fue concebida.

En cuanto a la atención médica el 10 de mayo de 1915, se aprueba el presupuesto del Dispensario Gratuito para niños con lo que se buscaba asistir al niño enfermo con un servicio especializado. La crítica situación se extendió los años siguientes por lo que en 1919 se expidió el Decreto Legislativo con el cual se reorganizó las Juntas Centrales de Quito y Cuenca así como se entregó la dirección y cuidado de hospitales y establecimientos de asistencia a las Juntas Provinciales (De Uzcatagui, 1952), se estudió el estado financiero de la Beneficencia que mostró que año tras año se habían acumulado saldos deudores por servicios no pagados que determinaron las precarias condiciones de las Casas de Caridad (Ministerio de Instrucción Pública, 1924:186). De este modo se estableció el plan de acción para la recuperación de la Junta cuyos resultados se visibilizaron a partir de 1920 tras la disposición de entregar a la Junta Central de Beneficencia las rentas obtenidas de las garantías de los arrendamientos para el pago de deudas.

A modo de conclusión, la crisis económica de la primera década del siglo XX visibilizó varias problemáticas que en otras circunstancias posiblemente hubieran sido consideradas pero sin tanta importancia. Tal fue el caso del debate relacionado con la asignación y pago de becas. Varios miembros de la JBQ consideraban esta actividad como una responsabilidad del Ministerio de Instrucción por estar relacionado con la educación de los niños y jóvenes. Además, se puso en discusión los objetivos con los que fueron concebidos las casas de asistencia y el sector de la población al que estaban dirigidas específicamente cada una. En este sentido, se sugirió la necesidad de restringir el número de beneficiarios, seleccionarlos tras un estudio de los casos más importantes y urgentes, y remitirlos con organizaciones que puedan cubrir los gastos de manutención y educación, de manera provisional o permanente.

3.2 Otros organismos de protección a la infancia

En la primera década del siglo XX, la protección de la Infancia en el Ecuador está dividida en varias instituciones tanto públicas como privadas, entre asilos y centros de atención médica cuyo principal interés, por una parte, fue evitar el crecimiento de la delincuencia en la población infantil y por el otro, reducir los índices de mortalidad y morbilidad, enfocado en el perfecto desarrollo del niño y su concepción como mano de obra futura. En el período estudiado, en Quito encontramos las siguientes casas e instituciones de asistencia directa a la infancia: Casas Cuna, Orfelinatos, un Dispensario para niños pobres, La Gota de Leche, la Sociedad de Protección a la Infancia, la Sociedad de la Cruz Roja; estas instituciones procuraban la defensa biológica y moral del niño en todas las etapas de su vida (De Uzateguá, 1952: 20), de modo que se ejerza un control efectivo sobre el niño abandonado, pobre o enfermo.

Las acciones ejercidas por parte del Estado para la protección de la infancia no sólo determinan las condiciones para su cumplimiento, sino que definen y modifican la condición primaria de niño dependiendo de la relación con sus padres o cuidadores, el estado de salud y desarrollo, su situación económica y legal, su nivel de instrucción, etc. En efecto, “las prácticas de conservación de los hijos, el higienismo, la filantropía y el control de la población dieron lugar a la familia burguesa” (Satriano, 2008: 3). De este modo, la familia y la escuela, son consideradas como los espacios institucionalizados que definen la idea moderna de infancia, clasifican a las minorías que quedan fuera de dichos espacios como: los huérfanos, los deficientes mentales, los niños de la calle y delincuentes, y los introduce en instituciones de asistencia para suplir la función de la familia. Es así que la importancia de la familia radica en su función como agente de cuidado y socialización de los hijos, y el encargado de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas, la protección, la socialización, educación e integración social de los niños, y más recientemente, la construcción de sentimientos de pertenencia e identidad personal (Bengoechea & Pedro-Viejo, 2013). A partir de estas consideraciones, la infancia empieza a considerarse como un objeto de atención pública, vinculado especialmente con la figura materna (Gavilanes, 2007). De este modo, el papel del Estado y sus instituciones, así como las agrupaciones de caridad se centró en el cuidado y protección de la infancia abandonada y pobre, en instituciones “con un modelo hospitalario para los pequeños y de instrucción para los mayores”, y separados

por sexos (Bengoechea & Pedro-Viejo, 2013:177). Instituciones generalmente administradas por mujeres que intentaban suplir las obligaciones asignadas a la madre.

Ahora bien, ¿Qué se entiende por infancia abandonada? La infancia abandonada se define a partir de la conformación de la idea moderna de familia, y se caracteriza por carecer de un hogar familiar “normal”, es decir, por la ausencia de uno o ambos progenitores, o por la desatención de los padres. De modo que el término infancia abandonada hace referencia a la infancia desvalida y desamparada, y está determinada por factores sociales, económicos y emotivos. En todo caso, el principal factor de abandono está asociado con situaciones de pobreza y los prejuicios sociales que enfrentan las madres solteras. En este grupo se incluyen a los huérfanos, niños cuyos padres están alejados por mucho tiempo a causa de trabajo, encarcelamiento, reclusión por enfermedad mental u hospitalización, por lo que no pueden atender las necesidades de cuidado del niño, y encuentran en la asistencia pública un modo de aliviar el sufrimiento de sus hijos y cumplir con su obligación de educación. Además, de aquellos niños que el divorcio o la separación privaron de padre o madre. En efecto, el discurso religioso condenaba que la separación y el divorcio, considerando que los hijos de padres divorciados eran más propensos a convertirse en delincuentes (Delgado Capeans, 1925). Por todo lo expresado anteriormente, se establece un estado de desconfianza sobre la capacidad y aptitud de los padres, especialmente, de clases populares para cumplir con la función de cuidado y educación de sus hijos, y se los asocia con la inmoralidad, el vicio y el delito (Bisig, 2001). Estas consideraciones justificarían la acción estatal y la separación de los niños del seno familiar cuando se tuviera la sospecha de peligro o abandono moral.

La práctica de abandonar niños en las puertas de iglesias, hospicios o casas, además de concebirse como una alternativa frente al infanticidio o la muerte por hambre y miseria, causados principalmente por la condición de ilegitimidad de los niños; es uno de los aspectos que determinan la clasificación de los niños a partir de su relación con el asistencialismo y su condición legal⁵⁰. Durante la primera mitad del siglo XX, los casos

⁵⁰ Las propuestas de asistencia y protección a la infancia determinan tres condiciones en las que considera necesaria la intervención legal, siendo estos: el abandono físico, abandono moral y casos de peligro moral. Los niños en condición de abandono material eran huérfanos, expósitos, mayores de diez años abandonados o perdidos, sin medios de subsistencia por enfermedad, indigencia o arresto de sus padres. Los abandonados moralmente eran aquellos que se encontraba en estado de vagancia y mendicidad,

de niños expósitos, abandonados, méndigos, de familias pobres, etc., eran analizados para determinar la institución a la cual serían remitidos. Sin embargo, los esfuerzos por garantizar la vida, principalmente, de los niños expósitos, constituyó una preocupación de difícil resolución, considerando que estos niños tenían una edad comprendida entre 0 y 6 meses de edad y los métodos de crianza y alimentación utilizados en los asilos no satisfacen sus necesidades nutricionales, condenándolos a la muerte. En realidad, la acción hospitalaria con los expósitos, en los primeros meses, se enfocaba en la supervivencia del niño (Rubio Vela, 1990).

Los informes presentados por médicos y estudiosos determinaron que los expósitos no lograban superar la edad de seis meses con un porcentaje de mortalidad de 100%, debido a la falta de preparación del personal encargado de la crianza y alimentación artificial de los niños, además, del inadecuado espacio físico del Asilo (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1929: 144). En Quito, el Asilo de San Carlos fue la sección destinada a los niños abandonados en su primera infancia y funcionó en un local perteneciente a las Hermanas de la Caridad (Bastidas, 1924), quienes a su vez eran las encargadas de su cuidado y protección; ahí eran “entregados por la Policía los niñitos tiernos que son abandonados por sus madres; o que quedan huérfanos y aquí es donde les preparan la ropa y se vigila su conservación y bienestar” (Junta de Beneficencia, 1902: 311 citado por Kingman Garcés, 1996:106). Sin embargo, los cuidados brindados por las religiosas son frecuentemente cuestionados, ya que pese a los esfuerzos efectuados por el médico encargado del asilo, hasta 1929 no se ha logrado controlar el índice de mortalidad. De modo que se formó un grupo de médicos conformado por Carlos Sánchez, Antonio Bastidas y Ángel Terán, para el estudio de la protección de la infancia, especialmente la abandonada, y determinar las acciones más favorables para asegurar la vida de los expósitos. Así se propone que para cubrir con las necesidades alimentarias, se reclutará mujeres interesadas en amamantar a los niños menores de un año, idea que no es muy bien recibida, ya que se comprobó a través de la práctica que “con el sistema de nodrizas, la mortalidad de los niños fue alarmante” (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1928:8), ya que no se podía controlar los hábitos morales e

víctimas de maltratos, crueldad, negligencia o explotación por parte de sus padres, tutores o cuidadores, o sean empleados en actividades prohibidas o contrarias a la moral (Bisig, 2001:8).

higiénicos de la nodriza, ni el espacio al que era expuesto el niño. A parte de ello, no se ha logrado encontrar un sustituto de la leche materna más adecuado que la de vaca.

Ante los constantes cuestionamientos “por ser deficiente e inadecuado el servicio, la JBQ trata de establecer una Casa-cuna, en condiciones adecuadas” (Ministerio de Instrucción Pública, 1924:197). Así, la primera Casa Cuna de Quito inició sus funciones el 26 de septiembre de 1926 como parte de la reestructuración del Asilo de niños expósitos de San Carlos para combatir la mortalidad infantil:

Como lo anuncié en mi informe del año pasado el mes de Julio comenzaron los trabajos de la Casa Cuna a fin de recoger allí a los niños tiernos abandonados por sus padres, y cuidarlos y mantenerlos de acuerdo con las prescripciones de la higiene infantil. La Casa Cuna está muy cerca de terminar y su conclusión pondrá fin al actual sistema de sostener a los expósitos mediante la reactiva Sección de San Carlos. Los niños confiados a nodrizas anónimas de conducta moral completamente sospechosa para que los críen en sus propios cuartos, lugares sin duda miserables, mueren en proporciones alarmantes (Terán, 1925^a: 207).

Las Casas Cuna se concibieron bajo la idea de defensa de la infancia a través del cuidado higiénico del niño, de su alimentación y vestimenta, así se pretendía evitar enfermedades, la falta de educación y la muerte a la que estaban expuestos los hijos de madres trabajadoras o de padres de escasos recursos. La Casa Cuna no sólo procura el bienestar físico del niño, sino que coincide con la idea de la educación preescolar, es decir, desde el momento del nacimiento. En efecto, este tipo de instituciones se consolidaron como el cimiento de la educación popular (Garcés, 1937), ya que acogen a niños independientemente de su condición social, y a su vez se pretende transmitir las prácticas de higiene a las madres que por una u otra razón no pueden cuidar de sus hijos⁵¹. Así pues, la Casa Cuna se convirtió en una de las instituciones a cargo de la Junta, más importantes en la lucha para la protección de la infancia con nociones modernas para el cuidado, dejando atrás las prácticas guiadas por la costumbre y el desconocimiento de las madres- En efecto, en 1952 se publica el libro *Apuntes de una historia de la Protección y los Servicios Sociales en el Ecuador*, en el que se elogia la labor de esta institución:

⁵¹ El médico Enrique Garcés afirma que del 65 al 70 % de madres ecuatorianas deben atender al trabajo abandonando la crianza de sus hijos, incluso a los lactantes; esto constituye un problema serio para el niño, ya que el estado de abandono no le permite desarrollarse plenamente debido a la deficiente alimentación que recibe, especialmente los lactantes cuyas madres están privadas por ocho horas de amamantarlos, las precarias situaciones habitacionales a las que está expuesto sin supervisión alguna.

Podemos decir que la Casa Cuna, ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil; puesto que, en ella se atiende con paciencia y método al pequeñuelo, salvándolo del gran peligro que tiene en su hogar. Esta Casa brinda a los niños un ambiente adecuado tanto en el aspecto higiénico como social, y además proporciona a las madres oportunidad de poder trabajar, ya que van con gran confianza, muy por la mañana a dejar a sus niños, para luego volver por ellos en la noche. Como vemos el niño pasa todo el día en la Casa Cuna, para esta labor muchas veces se destruye por la noche por completa ignorancia sobre las reglas de alimentación y cuidado de los hijos, no se preocupa de ellos en debida forma” (De Uzcatagui, 1952: 23).

Varios fueron los servicios de salud creados por la Junta y entidades privadas, con el fin de atender a la población infantil, por iniciativa de médicos y sociedades privadas. Tal es el caso de la Sociedad Protectora de la Infancia de Quito creada en 1914 con el fin de “atender a los niños pobres, desde que nacen hasta la edad de 12 años inclusive, protegiéndoles y amparándoles en todo cuanto su salud e higiene se refiere” (Estatutos de la Sociedad Protectora de la Infancia, 1914, 1). Esta entidad propuso la creación de dispensarios gratuitos, asilos, hospitales, casas cunas, y, especialmente, la realización de la Escuela Industrial de Niñas, con la cual se buscaba proporcionar a la mujer de trabajo para liberarse de las asechanzas del ocio y la miseria, mediante el conocimiento de artes manuales correspondientes a su género. Estas acciones planteadas suponen una participación conjunta de la Junta y la Sociedad Protectora de la Infancia a través de subvenciones y becas para la atención de niños pobres.

El Asilo “Antonio Gil” estaba a cargo de la Sociedad y para el año de 1924 acogía cerca de 80 niños y niñas hasta de 6 años, edad en la que son introducidos al sistema educativo, desde las 6 de la mañana hasta las 6 de la tarde; en este tiempo se los alimentaba y educaba, y así evitar “los peligros del abandono” mientras sus madres se ocupaban en actividades domésticas como lavanderas, cocineras etc. (Bastidas, 1924:25). En esta institución “se les proporciona desde el desayuno hasta la comida de por la tarde. No desde luego un menú rico y abundante, pero al menos tienen lo suficiente para una perfecta nutrición y, más que todos, encuentren allí lo que en sus pobres hogares no podrían obtenerlo” (Sánchez, 1923: 60). La atención médica está a cargo de un profesor de la facultad de Medicina y los servicios educativos a cargo de instructores que buscan desarrollar el cuerpo del niño a través de la enseñanza de música, gimnasia y baile. Otra obra de la Sociedad Protectora de la Infancia con la que

buscó incentivar la crianza basada en nociones de higiene fue la organización de Concursos de Puericultura y Salud; que con ayuda de donaciones de familias acomodadas contribuyan a “difundir (...), la idea de proteger al niño vigilando su higiene y su alimentación” (Estrada Coello, 1931: 6). Así, en cada control del niño se toma en cuenta el aseo, el cumplimiento de las prescripciones, etc.

Por su parte la Sociedad de la Cruz Roja trabajó activamente para evitar y disminuir la mortalidad infantil a través de la atención médica y la divulgación de higiene entre las madres, así como la organización de campamentos vacacionales con los que se buscaba restaurar la salud de los niños en condiciones de pobreza y debilidad física (Bastidas, 1924). Si bien de estas instituciones la Casa Cuna es la única que está sujeta directamente a la Junta, todas velan por el bienestar del niño, de modo que en sus esfuerzos por garantizar la integridad de niños, niñas y adolescentes se establecieron nuevas instituciones y se propuso mejorar las ya existentes, de las cuales el Dispensario de niños y la Gota de Leche constituyen las de mayor importancia.

Por otra parte, Briolotti afirma que el reconocimiento de ramas médicas especializadas en la infancia como la puericultura y la pediatría fue producto del reconocimiento del niño como un objeto de estudio con necesidad de la intervención de expertos, lo que dio paso a la delimitación de la medicina infantil, y la creación de espacios académicos, revistas e instituciones especializadas (Briolotti & Benítez, 2014).

3.3 Servicios médicos especializados en la atención materno-infantil. El dispensario de niños y la Gota de Leche

A finales del siglo XIX, existe una creciente tendencia a darle importancia a la familia como el núcleo generador de sociedad. En tal sentido, se planteó la necesidad de garantizar la protección de la madre, tanto como del niño, ya que se consideraba que la formación y desarrollo físico-intelectual del niño, empezaba desde el momento de su concepción. Además, la necesidad creada desde el poder Estatal de consolidar la nación, llevó a cuestionarse sobre el papel de los niños en la sociedad. Es así pues, que el Estado asume la responsabilidad de educar y proteger al niño, considerado como futuro ciudadano que contribuirá en este proceso de desarrollo nacional. En este sentido, se crean el Dispensario Infantil, la Gota de Leche, y otras entidades dedicadas a velar por la salud integral del niño, a través de la medicina preventiva que ayudarían a reducir el

índice de mortalidad infantil a causa de enfermedades infecto-contagiosas, mal nutrición, etc. Este hecho permitió el progresivo fortalecimiento de la autoridad del médico en la crianza y desarrollo del niño, llevándolos a elaborar manuales de puericultura y obstetricia, que debían tomarse en cuenta desde el embarazo hasta la culminación del niño, al convertirse en un adulto desde el punto de vista médico. De esta forma, se promulgaron las responsabilidades de la madre hacia con su hijo, y también, las obligaciones del Estado para garantizar el desarrollo integral del niño.

3.3.1 Dispensario de niños pobres

En 1914, por decreto legislativo, la Junta está obligada a organizar el servicio de clínica infantil anexo al Hospital General de Quito⁵², sin embargo, el establecimiento de dicho servicio no pudo realizarse, debido a las limitaciones económicas que atravesaba el país y la Junta. En efecto, poco después de expedido el decreto, el presidente Leónidas Plaza presenta sus objeciones, en las que no desestima el mismo y lo considera una importante propuesta, pero no acepta las condiciones económicas que se le exigen al Ejecutivo, y expone a la vez que la situación económica podría agravarse para el siguiente año (Congreso de la República del Ecuador, 1914:2295). De modo que en 1915, se propone la creación de un Dispensario que contribuiría a “aliviar la situación de los niños enfermos” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915d: 200). Desde su creación, el dispensario funcionó en un local pequeño, sin las condiciones que requería un establecimiento dedicado a la atención médica; pese a las limitaciones de espacio en la que se desarrollaron las actividades de este establecimiento se le consideró una de las casas de asistencia más útiles en la lucha contra la mortalidad y morbilidad infantil (Sánchez, 1923). En este sentido, el Dispensario se concibió como una obra en la que se realizaría “la más patriótica de las labores, contribuyendo a salvar la vida de quienes serán la vida de la Patria futura” (Terán, 1925a: 129).

El Dispensario que estará siempre bajo la administración y súper vigilancia de la Junta Nacional de Beneficencia de Quito, se abrirá al público todos los días hábiles al público de 9 a 10 a.m. y de 1 a 3 p.m. y allí se atenderá a los niños enfermos de la

⁵² La Junta debía establecer en el término de seis meses un servicio de Clínica Infantil y anexo un servicio de consulta externa para aquellos que no necesitaban de hospitalización. Para su realización el Ejecutivo trasladaría el Hospital Militar, que para la fecha se encontraba funcionando en la Planta baja del Hospital Civil, a un lugar apartado; e invertiría una cantidad de \$ 20. 000 del presupuesto nacional (Congreso de la República del Ecuador, 1914).

primera y segunda infancia que acuden en demanda de servicio médico (Terán, 1915: 217).

El objetivo de esta casa asistencial fue la de proporcionar a los niños pobres asistencia médica oportuna y medicamentos necesarios para atender al tratamiento de enfermedades, “se hará también en este dispensario un reparto de leche esterilizada a los niños más necesitados que acuden diariamente” (Terán, 1915:218)⁵³. Esta institución se dedicó a la atención curativa, y se consideró como el primer filtro antes de la atención especializada brindada en la Gota de Leche o en los hospitales⁵⁴. Varios autores destacan que el Dispensario de niños fue una de las más importantes obras de la JBQ para la protección de la infancia. Así lo mencionó la Secretaria de la Unión Internacional de Socorros a los Niños, la señorita Suzana Ferreire en su visita a Quito en julio de 1924, “pude apreciar, cuando estuve en Quito, que el porcentaje de mortalidad no pasaba de la baja cifra de 4,64%. Cerca de 45.000 niños habían recibido asistencia desde que se fundara el Dispensario” (Ferriere, 1926:191). Sin embargo, la labor de esta institución fue duramente cuestionada por los mismos médicos, al considerar que en principio los pacientes que acudían a ese servicio necesitaban de una dirección alimentaria bien consultada que no era aplicada en los domicilios, principalmente por las condiciones económicas y educativas de los padres que no les permitía entender la importancia de una buena alimentación o no podían poner en práctica (Bastidas, 1924: 17), de modo que no se conseguía emprender acciones preventivas eficaces.

En efecto, las principales causas de ingresos y defunciones registrados en el Dispensario fueron a causa de enfermedades infecto-contagiosas, infecciones intestinales, sobre o hipoalimentación, enteritis, gripe, tuberculosis entre otras (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1927); “(...) comprobando que las principales causas de mortandad en Quito son debidas al desconocimiento de los más elementales principios de higiene infantil” (Bastidas, 1924: 18). De la misma forma, los registros denotan que la población infantil con mayor índice de mortalidad corresponde a niños menores de 1 año. En este punto, se evidencia un problema de carácter alimentario, generado por malas prácticas de manipulación de alimentos, y condiciones del entorno

⁵³ En 1920 el Director del Dispensario de niños solicita se dote de las instalaciones para esterilizar la leche, pero la solicitud no es aprobada, manifestando que la Junta no se encontraba en la posibilidad de hacerlo en el momento y que atendería a su pedido tan pronto como pudiera.

⁵⁴ Los registros de ingreso de pacientes al Dispensario de Niños de 1927 señalan la remisión de varios niños al Servicio de la Gota de Leche, después de haber sido atendidos y dados de alta.

desfavorables para el desarrollo infantil, como espacios reducidos, falta de ventilación, ausencia de higiene, entre otras (Dávila, 1923). El informe presentado en 1926 por el presidente de la Junta, Sr. Temístocles Terán demostró, además, que el mayor número de pacientes atendidos fueron niños y en menor número niñas⁵⁵.

Aun así, el dispensario ha contribuido a bajar los índices de mortalidad infantil gracias a los auxilios farmacéuticos y los consejos de los médicos. Las cifras demuestran que entre 1916 y 1923 el promedio de defunciones fue del 6,10%⁵⁶, el doctor Bastidas asegura que estos índices podrían ser inferiores de haberse tomado los cuidados higiénicos correspondientes, tanto para evitar las epidemias como la mortalidad “de los niños que en mayor parte de los casos fallecen por la falta de higiene de las personas que los crían” (Villamar, 1915:401). Por esta razón, el reverendo Delgado Capeans (1925) expresó que:

No cabe la menor duda que estos dispensarios, con todas sus correspondientes dependencias, constituyen en los pueblos civilizados una poderosa escuela práctica para las madres, cuya influencia y ventajas se atienden al seno de los hogares, mediante los preceptos higiénicos y los principios de la medicina social que allí se inculcan a las madres (Delgado Capeans, 1925:12-13).

De modo que el Dispensario no es solo un servicio de Consulta Externa, sino que además, como otras instituciones de protección busca llegar a la familia a través de los consejos de los médicos sobre los cuidados que deben tener en la crianza de los hijos, “la enseñanza que lenta pero eficazmente se dará a las madres acerca de los preceptos de la higiene en orden a la buena crianza de los niños, harán del dispensario un gran medio de protección a la infancia la importancia” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915d: 201). Es importante destacar la acción educativa que mantienen estas instituciones, ya que se constituyen como espacios que apoyan la labor emprendida en las escuelas y para llegar a aquellos hogares sin instrucción alguna.

Para 1923 se registra un promedio de 40 a 50 niños atendidos al día; a los que se les examina y en caso de gravedad, el niño es enviado a una pequeña sala “en el viejo

⁵⁵ Durante el periodo de junio de 1924 hasta mayo de 1926 han asistido 6549 niños, de los cuales 3296 son varones y 3253 mujeres. Y el número de defunciones es de 445 distribuida entre 224 varones y 221 mujeres (Terán, 1925a: 211).

⁵⁶ Entre enero de 1923 y mayo de 1924 se registraron 9977 niños atendidos con 761 defunciones, a causa de tres brotes epidémicos: el de Gripe de julio de 1923 con un 9,09 %; Disentería en Enero de 1924 con 9,02% ; y el de Coquiluche en Marzo y Abril con 8,03%.

hospital en la que apenas se pueden albergar 12 niños” (Sánchez, 1923: 61). El promedio de atención incrementó en 150 a 200 pacientes atendidos durante el recrudecimiento de las epidemias de 1923-1924 (Ministerio de Instrucción Pública, 1924: 198).

El servicio médico estaba a cargo de un Director *ad honorem*, que era el profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, ayudante secretario, farmacéutico y un portero sirviente. El director además de atender a los niños en su consultorio, podía dar lecciones prácticas a sus estudiantes como parte de los nuevos preceptos educativos que contemplaban la práctica como una parte complementaria de la teoría. En efecto, el dispensario contaba con una sala para los cursos de los estudiantes de Medicina Infantil, los mismos que estaban a cargo de llenar las fichas de atención de cada uno de los niños que asistían al Dispensario. Información útil para la elaboración de datos estadísticos, además para determinar medidas adecuadas para combatir la morbilidad y mortalidad infantil (Ferriere, 1926). El director además, debía enviar informes trimestrales sobre el funcionamiento del establecimiento, así como un cuadro estadístico mensual de los pacientes atendidos.

A pesar del servicio brindado por el Dispensario, Doctor Luis Dávila en su estudio sobre instituciones de protección de la infancia en Quito, asegura que éste no ha dado resultados dignos de consideración, principalmente a causa de la desorganización de la administración, la ausencia de consultoría extranjera en cuanto la aplicación y manejo de los recursos y servicios de la institución, la inestabilidad de resultados y la desvinculación con las estadísticas del Registro Civil, que permitieran establecer puntos de comparación y determinar la efectividad de su labor. Así mismo en el año de 1930, el doctor Enrique Gallegos sugiere “rebajar alguna partida para construir el Dispensario de niños que por la fecha es un local inadecuado, y el servicio que se presta es hasta contraproducente, por los contagios que muchos niños contraen allí” (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1930: 247). Otro servicio criticado fue el despacho de los medicamentos para niños considerado ineficiente y tardío, el mismo que en 1920 se centralizó en la botica del Hospital Civil. Ante lo cual, el director del Dispensario, Dr. Carlos García Drouet, solicitó se reconsiderara la disposición argumentando que:

hay ciertas enfermedades que evolucionan con más rapidez que en los adultos y por último las infelices madres, empleadas la mayor parte en las casas particulares

donde ganan su salario, no pueden perder mucho tiempo esperando el despacho moroso de los medicamentos (Junta de Beneficencia de Quito, 1920: 84).

Sin el pronto despacho de medicamentos y aunado el hecho de que muchas madres no podían brindar a sus hijos la asistencia durante la convalecencia o no aplicaban los tratamientos según las prescripciones del médico al estar ocupadas en sus actividades laborales, por lo que los niños no mejoraban y eran ingresados por complicaciones evitables no atendidas a tiempo. En este sentido, la Junta busca la forma de atender y dispensar los medicamentos de forma oportuna, por lo que se preocupa de mantener la botica del Dispensario, y propone que el encargado debe ser un estudiante de la Universidad Central. Paralelamente, la JBQ trabaja en la construcción del Hospital de Niños en los terrenos donados por el filántropo quiteño Héctor Baca y su esposa, quienes al morir dispusieron que parte de sus bienes se entreguen para esta obra cuyo objetivo era el de “proporcionar un local especial, con rentas propias, que sirviera para atender a los niños de poca edad, necesitados de servicios médicos y asistencia conveniente” (Bastidas, 1924: 26). La construcción del nuevo hospital de niños representó una importante mejora en los servicios médicos de Quito, que para el año de 1924 no contaba con un espacio adecuado y dedicado especialmente para atender las enfermedades de los niños. El Hospital de Niños Baca-Ortiz abriría sus puertas el 14 de julio de 1948 (R. Estrella, 2013).

3.3.2 La Gota de Leche

Las Gotas de Leche y los Consultorios para Lactantes fueron una iniciativa francesa que se caracterizó por el suministro diario y gratuito o semigratuito de leche esterilizada (Rodríguez-Ocaña, Ortiz Gómez, & García-Duarte Ros, 1985). Estas instituciones podían estar financiadas con fondos públicos, privados y mixtos. En efecto, el primer consultorio en Quito se inauguró en 1920 y estuvo bajo la administración de la Sociedad de Señoras de la Gota de Leche, conformada por un grupo de mujeres respetadas de la sociedad quiteña. Estas mujeres acompañaban a los médicos de consulta, pesaban y bañaban a los niños, además realizaban visitas a domicilio para asegurarse si las madres aplicaban los consejos médicos en el hogar (Ferriere, 1926). Además entregaban obsequios, ropa, juguetes y dinero, como parte de las labores para el fomento de la práctica puericultora (Bastidas, 1924).

La Gota de Leche fue un centro de asistencia con el objetivo de proporcionar al niño, en el periodo de lactancia, amplia protección y atención médica-social (Heredia, 1949). Esta fue una de las instituciones encargadas de la atención infantil más conocida y concurrida. Fundada el 15 de agosto de 1920, mantuvo un trabajo en conjunto con las Casas Cuna e implicó la coexistencia de un Consultorio de Lactantes. La labor del Consultorio de Lactantes era preventivo, mientras que la Gota de Leche era más bien curativa. En estas instituciones se proponía el control periódico de peso y talla, de normas dietéticas e higiénicas, administración de vacunas y diagnóstico de enfermedades, es decir, velaban por el crecimiento normal del niño. Este servicio se enfocó, principalmente, en el apoyo a las madres trabajadoras, con el fin de contribuir “en la defensa de la población infantil amenazada por altos índices de mortalidad, con el fin de salvar el contingente de población, de la que necesita la Patria para el progreso” (Exposición de Higiene, 1922, 1). Los informes indican que las principales causas de enfermedad registrada en esta institución estuvieran relacionados con la falta de higiene y conocimientos sobre Puericultura y Dietética. En efecto, la Gota de leche y el Consultorio de Lactantes buscaban, además de la distribución de leche bajo prescripción de un médico; enseñar a las madres principios de higiene y puericultura, tanto en teoría como práctica y estimular la lactancia natural.

El Dr. Carlos Arteaga recalcó que en dicha institución: “los pequeñuelos recibirán, junto con el medicamento que cura y la gota de leche que nutre, las migajitas de afectos y cariños que les servirán de alimento espiritual que bien lo necesitan”(Arteaga, 1923:86). Si bien, enfatizó la importancia de la medicina y la alimentación, no deja de lado la necesidad de una atención cordial y amigable. Los niños se benefician de los servicios de la Gota de Leche hasta la edad de dos años, tiempo en el que se procuró garantizar que las madres aprendieran y pusieran en práctica las nociones de puericultura prenatal y postnatal, de modo que no sólo se instruía a la madre sobre el cuidado del niño después del nacimiento, sino que se le ayudaba a comprender sobre la importancia de una buena alimentación y cuidados durante el embarazo para traer al mundo niños fuertes y sanos, que conjuntamente con los cuidados higiénicos y un ambiente adecuado contribuirían a mantenerlo libre de infecciones. La demanda por los servicios de la Gota de Leche fue elevada, por lo que para el año de 1924 se contabilizan 300 niños inscritos, y la atención de cerca de 891 en

cuatro años, con 99 defunciones. El mismo año se habilitó la *Creche-Gardene*, que fue el espacio en el que los niños que no podían ser atendidos en hospitales fueran asistidos por el personal de la casa y estar al cuidado de su madre (Bastidas, 1924).

El objetivo primordial de la Sociedad de la Gota de Leche fue “dirigir, propagar y apoyar la lactancia materna, mediante la repartición de leche esterilizada y convenientemente preparada a los niños cuyas madres carecen de la cantidad necesaria para sostener la lactancia natural” (Dávila, 1923:125). Se ofertó, además, el servicio de consultas médicas gratuitas para vigilar la alimentación de los niños. Se procuró instruir a las madres en temas relacionados con higiene para la prevención de enfermedades. La repartición de leche se la hacía en el Departamento de Esterilización, donde una enfermera y dos ayudantes recibían las órdenes del médico y procedían a la preparación de la leche para cada niño. En espacios como este, se difundieron nociones de puericultura, que supuso el inicio de una práctica responsable de la crianza y formación de los hijos. En efecto,

“[...] todo el personal repite un día y otro día, los consejos más elementales sobre la crianza de los niños, los cuidados del destete, y no es raro encontrar mujeres del pueblo que tienen perfecta conciencia de las enseñanzas, constituyéndose la consulta en una verdadera escuela de Madres”. (Bastidas, 1924: 22)

El trámite para acceder a los servicios ofertados en la Gota de Leche, estaba conformado por una etapa de inscripción y evaluación. Luego, se determinaba la idoneidad de la madre, considerando los siguientes parámetros: situación económica, pobreza del alimento, falta o deficiencia de secreción láctea de la madre. Además, era imprescindible presentar un certificado de buena conducta. Una vez inscrita la madre en el servicio podía acceder a las consultas y visitas alimentarias.

Por otro lado, se realizaba una consulta en la que se determinaban las necesidades del niño para elaborar una receta con las raciones alimenticias que debían ser preparadas bajo parámetros higiénicos estrictos. Así la madre debía acercarse diariamente portando una botella completamente limpia para la entrega de la ración recetada. La institución llevaba un registro de entrega en el que se anotaba el nombre de niño, fecha de entrada y de nacimiento, el peso, diagnóstico, nombre de los padres y dirección. En este registro se completaba un cuadro con el mes y fecha en el que se señalaba con una equis negra la asistencia diaria y con una roja el día de pesaje.

Finalmente, incluía un cuadro en el que se registraba el mes, el tipo de alimento entregado que podía ser leche, horchata, avena o azúcar.

El servicio de consultas dividía a los niños en siete grupos para la revisión semanal, cada grupo correspondía al día en que debían presentarse a la consulta. Por su parte, los siete médicos de consulta diaria se reunían para la elaboración de curvas de peso y talla, a fin de detectar los casos que necesitaran de la proporción de leche esterilizada y así combatir las alteraciones en el desarrollo (Bastidas, 1924). Si bien es cierto, el objetivo de la Gota de Leche era incentivar a las madres a comprender la importancia de la lactancia natural, varias eran las objeciones a este tipo de establecimientos al considerar que en realidad no procuraba por la lactancia materna y en su lugar demuestra que puede ser fácilmente reemplazada por una lactancia artificial o mixta; de este modo, se refleja el principal defecto de la institución que debería a toda costa combatir los métodos alternativos de lactancia, y entregar leche en poca escala, es decir, en casos estrictamente necesarios. En efecto, la crítica de los médicos a este tipo de instituciones se sostiene fundamentalmente en los trastornos digestivos que sufre el niño cuando no recibe la lactancia materna en sus primeros meses de vida. “Un niño alimentado al seno por su madre tiene ochenta por ciento de probabilidades de vivir que uno alimentado artificialmente” (Andrade Marín, 1932:25).

El 9 de octubre de 1921, se inaugura una nueva sala para contribuir a la atención de los niños, dada la demanda de madres que buscan ser beneficiarias del servicio prestado por la institución y las condiciones estructurales limitadas. En el evento de inauguración, el doctor Carlos Arteaga destacó en su discurso la labor de la institución en cuanto la atención a niños y el socorro a sus madres, considerándola una obra que otorga honor y procura el progreso de la Patria, contribuye al desarrollo de las familias y por ende, a la sociedad. En este sentido, podemos afirmar que el servicio de salud brindado por la Gota de Leche fue bien recibido por las madres y sus familias en los primeros años de creación. Pero para 1931, los médicos hicieron notoria su preocupación entorno a las condiciones de infraestructura y servicio. Así lo expresó el Dr. Pablo Arturo Suárez en la sesión de la Junta el 23 de diciembre de 1931, denotando las deficiencias en el servicio prestado por dicha casa asistencial, afirmando que los procedimientos usados han sido causa de infección en los niños, y por ello solicitó a la

Junta se estudie la manera de reformar estructuralmente la institución y poner mayor atención a otras obras de asistencia:

Debemos procurar que se dé la orientación a la Gota de leche pues estas obras no se han fundado, como aquí erróneamente se piensa, en beneficio del niño sino de la madre y aun así bien se podría repartir otros productos para las madres y no la leche infectada que se da a los niños, para lo cual es necesario centrar los esfuerzos en el mejoramiento de Cantinas Maternales, que contribuirán a este fin (Suárez, 1931: 348).

Ante esto, el doctor Alejandro Salgado expuso que inclusive el doctor Luis Dávila, uno de los fundadores de la Gota de Leche se habría referido a la “inutilidad y el malos efectos en la niñez” que producían los procedimientos empleados en dicho establecimiento, por lo que propuso que se debía “conseguir que las señoras que dirigen la Gota de Leche cambien la forma en que se hace el servicio” (Junta de Asistencia Pública de Quito, 1931: 348), o la supresión de la subvención económica. Por su parte, el doctor Bastidas pone en evidencia el hecho que en muchos casos son las madres quienes hacen uso de la leche entregada para sus hijos resultando un problema de difícil corrección al no poder controlar el uso indebido en los hogares. Es preciso señalar que en Quito, en la segunda década del siglo XX, eran pocas las cantidades de leche destinadas para el comercio, por ende muy pocas familias podían acceder a ella. Además, la calidad de la leche animal no era muy buena y constituía un alimento de fácil contaminación por lo que su uso para la lactancia artificial era severamente cuestionado.

En este sentido, la Gota de Leche y el Dispensario de niños proponen una idea de prevenir y disminuir las causas de muerte infantil mediante la aplicación de prácticas de higiene y salubridad, una correcta alimentación, y espacios adecuados de habitación. Además, se visibiliza la participación de los médicos en las decisiones de la JBQ, el interés por el mejoramiento de las condiciones físicas y de servicios de las casas de asistencia, así como, garantizar la vida del niño a través del cuidado y educación de la madre. En este sentido, se manifestó la preocupación desde entes gubernamentales, estamentos religiosos y asociaciones médicas, en la necesidad de difundir y establecer la puericultura como un recurso para asegurar la correcta formación física del niño. Así mismo, la apertura de nuevos centros especializados en la prevención y atención de enfermedades o hacia grupos específicos, denota la consolidación de la medicina

científica como práctica hegemónica que se antepone a los modelos tradicionales, a través de la profesionalización de las prácticas médicas, además de visibilizar la importancia de la educación en la formación del niño y los efectos de la ausencia de instrucción, considerándola como una de las principales causas de la degeneración social.

3.4 Formar para la vida y el trabajo: Orfanatos y Escuelas de Artes y Oficios

Revisamos anteriormente la acción de la JBQ respecto a los servicios de salud a cargo del tratamiento exclusivo de las madres y los niños. En este acápite, revisaremos su papel en materia de asistencia y protección social de la infancia desvalida e imposibilitada. Para esta tarea, la JBQ acogió a los niños en orfanatos, asilos, escuelas de artes y oficios, con el fin de evitar la deformación de la infancia, tomando en cuenta la disciplina y el desarrollo intelectual. En estas instituciones se les dotaba de conocimientos en oficios y labores manuales para que una vez alcanzada la mayoría de edad pudieran mantenerse por sí solos.

Las principales casas e instituciones de beneficencia en la primera mitad del siglo XX en Quito, encargadas de velar por el desarrollo humano, intelectual y moral de los niños, fueron: el Colegio del Buen Pastor, la Escuela de Artes y Oficios, el Colegio San Vicente de Paúl, la Casa de Expósitos San Carlos. Se consideraba a la Escuela de Artes y Oficios de Quito, la Escuela de Enfermeras y la Escuela Taller para Mujeres como instituciones para el aprendizaje de oficios que les permitía vivir honradamente de su trabajo. Esta opción de educación era aplicable a niños y jóvenes abandonados, en orfandad, o para aquellos cuyos padres habían solicitado una beca de estudios en dicho centro.

3.4.1 Casas de Huérfanos: San Vicente de Paúl

La Quinta de San Vicente acogía a niños de tres a diez años de edad; huérfanos o hijos de padres pobres, cuyos hogares carecían de medios para la alimentación, vestidos y educación. Era bien sabido que “en el Ecuador como en la mayor parte de los países de la América del Sur, una gran cantidad de niños huérfanos de padre y madre son recogidos por algunos de sus parientes” (Ferriere, 1926:192), por lo que los registros indican que el mayor número de asilados eran hijos de hogares pobres. La JBQ se hacía cargo de cubrir gastos de alimentación, alojamiento y educación (Rubio, 1948). Las

entidades de amparo a la infancia a cargo de la JBQ tenían la misión de evitar que los niños necesitados pasen hambre o vivan en la miseria, así mismo, se enfocaba en eliminar la posibilidad de que adquirieran vicios y malas costumbres.

En general, las casas de asistencia ecuatoriana aplicaron una cultura asilar, la misma que concebía al trabajo y la enseñanza de oficios como forma en la que los pobres pudieran tener una vida digna, siempre y cuando su edad y estado de salud les permitiera. De modo que los niños expósitos debían ser acogidos hasta los seis años, edad en la que se los remitía a la escuela para que aprendieran “las primeras letras y buenas costumbres”, y dependiendo de las capacidades que demostraran, podían continuar preparándose para convertirse en maestros, ir al seminario o aprender un oficio (Mendía, 1991). Estas instituciones mantuvieron nociones y prácticas de antiguo régimen, hasta bien avanzado el siglo XX, de modo que entendían la pobreza como la situación de debilidad física, social y jurídica, que podía afectar temporal o permanentemente a un individuo; y la orfandad era concebida como una forma de pobreza “que debía ser objeto prioritario de la acción caritativa cristiana (Rubio Vela & Consuelito Tino, 1982:159)⁵⁷. De este modo, se justificaría la labor de la Quinta San Vicente y otras casas de huérfanos que acogían a niños cuyos padres no podían criarlos y educarlos por sus limitaciones económicas.

Una de las estrategias utilizadas por aquellas familias que no podían mantener a sus hijos e hijas a su lado, consistía en entregarlos a parientes, amigos, vecinos o allegados para su cuidado; siendo el asilo la última alternativa para la crianza y educación de los hijos (Trueba, 2014) Esta práctica no fue exclusiva de nuestro país, ya que existen varias investigaciones enfocadas a analizar las relaciones y estrategias de las familias pobres para educar a sus hijos como es el caso del trabajo de Yolanda Trueba: *Familias pobres, niñas y benefactoras. Estrategias y expectativas en el centro y sureste de la provincia de Buenos Aires a principios del siglo XX (2014)*, para el caso argentino. En este, analiza las solicitudes de padres que buscan un cupo para sus hijas en el Asilo para niñas huérfanas que la Sociedad Damas de Caridad del Sagrado Corazón de Jesús, una de las más importantes casas de asistencia de Buenos Aires. Además, describe el

⁵⁷ Si bien se tiende a asimilar el concepto de huérfano con la ausencia de padre y madre a causa de su fallecimiento, en el periodo colonial y durante el siglo XIX dicho concepto más bien se utilizó para señalar a aquellos menores que eran abandonados por sus progenitores” (Valenzuela, 2015:28).

funcionamiento de la institución y las medidas tomadas para mantener el orden y la disciplina de las asiladas.

Una práctica común en este Asilo, y en general, en las casas de asistencia ecuatorianas fue la *colocación* de las niñas, con problemas de comportamiento y disciplina, en casas de familias decentes fue utilizada como una herramienta para aprender “comportamientos y habilidades útiles para el futuro”, ya que esta figura conllevaba la tarea de “encontrar un lugar para las niñas y jóvenes a su cargo, en casas de familias en las que se suponía debían ser cuidadas y también se les debían transmitir pautas morales y de comportamiento adecuadas” (Trueba, 2014: 31). En efecto, “las casas de huérfanos cumplen su rol en el reclutamiento de la servidumbre urbana” (Kingman Garcés, 1996: 107). Según Goetschel la instrucción pública estaba determinada por una estratificación social, donde se impartía una educación diferenciada a las elites y los sectores populares, así como a hombres y mujeres. De modo que la formación femenina estaba concebida en tres campos de interés, con materias relacionadas con la instrucción pública y religiosa, “propias de su sexo” y “propias de su condición social”. Es así que, las niñas de escasos recursos o familias pobres aprendían oficios prácticos como lavar, planchar, cocinar, actividades que les permitirían trabajar como empleadas domésticas o en actividades artesanales. Por su parte, las religiosas encargadas de estas casas de asistencia “recomendaban” a sus alumnas con mujeres caritativas para que pudieran desempeñar su oficio como costureras, etc.⁵⁸.

En Quito funcionaron dos casas de huérfanos: el de la Quinta de “San Vicente” y el del “Buen Pastor”. El Asilo de la Quinta de “San Vicente” estaba organizado en tres secciones o departamentos: el de San Juan, el de San José y el de San Vicente. La sección de San Juan asilaba a niños y niñas menores de siete años, una vez cumplidos

⁵⁸ El higienista español Cristobal Perez de Herrera propuso, en el siglo XVII, un “plan diferenciado en función a la edad y el sexo de los niños asilados en casas de huérfanos: los de temprana edad serán distribuidos por prelados y corregidores entre gente rica que los crie y los ponga luego a oficios o los utilice como sirviente. Si con esta medida no estuviesen todos en pupilaje se criaran en casas de expósitos o en albergues hasta los 7 u 8 años, momento en el que pasaran a las casas de doctrina o a los seminarios. A los de mayor edad, niños y niñas, se encargaran las justicias de ponerlos con amos o a aprender oficios; conviene acomodar a las niñas en los monasterios a fin de que allí se hagan virtuosas y presten servicios a ancianos y desvalidos. A los niños de 10 a 14 años, con buena salud y fuerza, se les dará distintas aplicaciones dependiendo de sus capacidades.” (Cura, 2008: 30). En definitiva, estas medidas concebidas en la época colonial se mantuvieron hasta bien avanzado el siglo XX.

los siete años eran separados y pasaban a los departamentos de niños y niñas llamados de San José y San Vicente respectivamente. En estas secciones los niños y niñas reciben instrucción elemental y se los iniciaba en el aprendizaje de un oficio, en el caso de los niños; y en los trabajos domésticos, a las niñas. Finalmente, los niños aprendían de trabajos de agricultura, mientras las niñas pasaban directamente a la escuela profesional para el aprendizaje de un oficio.

En 1915, el personero encargado de la inspección del orfanato, señor José Cervantes, presenta un informe en el que plantea la necesidad de asilar en un solo establecimiento a los niños huérfanos, considerando la funcionalidad de las casas de beneficencia así como la aplicación del cuidado científico guiado en la higiene del niño, permitiendo una fácil verificación de las condiciones físicas del establecimiento y el desarrollo de los niños. La preocupación por la atención a los niños expósitos constituye el hilo central del informe, destacando que sin el control de la Junta no se puede determinar las personas encargadas de la crianza o las condiciones de higiene y salubridad de las nodrizas, aspectos que influyen en el desarrollo orgánico y biológica de los niños en sus primeros meses de vida⁵⁹. Ante esto, se considera que la sección de expósitos debería ser anexada a la Maternidad, considerando que ambas instituciones estaban estrechamente ligadas en sus propósitos, de este modo “los facultativos podrían asistir diariamente a los niños que necesiten de sus cuidados; así inspeccionarían la higiene de los alimentos, el tratamiento moral y material que se le suministra” (Cervantes, 1915: 251). Además, la Maternidad era el sitio ideal para reclutar a mujeres cuyos niños fallecieron y por sus condiciones de salud serían aptas para la lactancia de los expósitos.

En países como Chile, los niños que ingresaban en las casas de huérfanos debían cumplir con procesos dependiendo a su edad, por ejemplo, los lactantes eran entregados a “una ama de pecho”, que era contratada por la institución y habitaba en ella. El lactante permanecía a cuidado de esta mujer hasta que dejara la etapa de amamantamiento. Luego, se lo entregaba a otra mujer que vivía fuera del recinto, quien cuidaba del niño a cambio de un sueldo hasta la edad de cuatro o seis años, edad en la

⁵⁹ El Asilo de San Vicente de Paúl acostumbraba a entregar a los expósitos para su cuidado y crianza a familias o nodrizas, por ello que se expone de la necesidad de una sección de expósitos adjunta al orfanato, donde se pueda dar seguimiento y control a las condiciones a las que eran expuestos los niños.

que el niño regresaba a la Casa en la que se le brindaba de instrucción básica. Por otra parte, algunos de estos niños eran instruidos para pedir limosna en la vía pública, actividad que contribuía a solventar los gastos del establecimiento (Valenzuela, 2015).

En 1928, el Asilo de San Vicente cuenta con un edificio que si bien requiere de algunas reparaciones, cuenta con servicios de agua potable, baños y excusados, un vestuario exterior para niños y niñas, aspectos que permiten, en parte, la habitación higiénica de los asilados. Sin embargo, la dotación de ropa de cama, vestidos para los niños, vajilla para comedor, y útiles escolares se hacía con demora debido a problemas con el presupuesto propuesto desde la Junta. Sin embargo, la entrega de implementos no era el único problema que enfrentaba la Junta, en lo relacionado con la asistencia a la infancia quiteña. El presidente de la Junta señor ,Temístocles Terán, expresa que “en el Ecuador casi no hay protección a la infancia” (Junta Central de Asistencia Pública de Quito, 1928: 8), ya que a pesar de los esfuerzos de la Junta por atender a las peticiones de madres pobres que ven en la asistencia una salida para la crianza y educación de sus hijos, además de darles la oportunidad de ocuparse ellas en algún oficio que les permita ganarse la vida; el insuficiente espacio en los casas de asistencia constituyen el principal impedimento para aceptar las solicitudes que llegan a diario tanto para los niños pobres como para los niños abandonados que claman por un lugar en los orfanatos. “El Orfelinato de San Vicente de Paúl esta tan lleno de niños huérfanos, que es físicamente imposible recibir uno más: se ha llegado hasta suprimir las enfermerías” (Terán, 1925d: 356). Para solucionar estos inconvenientes se propuso la construcción, a largo plazo, de un Orfelinato con capacidad de 200 a 300 niños, en la Quinta de San José, para cubrir con los casos más urgentes; mientras tanto, se dispuso que se remitieran las solicitudes al Hospicio de la ciudad.

Las estadísticas presentadas entre 1915 y 1927 demuestran el crecimiento de la población asilada en la casa de asistencia, así como la categorización del niño respecto su edad. Así, para el año de 1915, en la Quinta de San Vicente se asilaban 169 niños, sin contar con los 32 expósitos; en las secciones de San José y San Vicente se asilaban 72 niñas y 11 varones mayores de siete años respectivamente, en la de San Juan 26 infantes de ambos sexos. El informe presentado al Ministro de Previsión social en 1927 denota que la población del asilo creció al número de 214, dividido en 104 niñas, 73 niños y 37 niños de tres a seis años. La disposición en las secciones evidencia la categorización

dentro de las casas de asistencia dependiendo a la edad. Los menores de siete años son considerados infantes y pueden estar en salas mixtas. De hecho, no se hace mención al género sino, una vez cumplidos los siete años cuando son tratados como niños propiamente dichos y son divididos en las exclusivas de hombre o mujeres y permanecen ahí hasta los 10 años. Cuando el niño cumple la edad límite para permanecer en esta casa puede ser becado para recibir instrucción profesional en uno de los colegios de la ciudad. Los varones becados eran enviados al Instituto “Don Bosco” cuya manutención debía ser pagada cada mes por la Junta (Terán, 1926a: 574).

La labor de protección del niño dentro de las casas de huérfanos fue asignada a las Hermanas de la Caridad quienes “se entienden en la administración de esta casa y laboran en favor de los niños huérfanos o abandonados con cristiana caridad” (Terán, 1925c: 206). Tras las reformas liberales, la Junta de Beneficencia podía asilar únicamente en las casas de asistencia a su cargo y no en conventos como muchas personas pensaban (Terán, 1925a: 126). Además de ello, se aplicó la disposición donde se transfería la administración de las instituciones públicas regidas por órdenes religiosas a manos de personas de servicio seglar; sin embargo, la presencia de las comunidades religiosas no perdió importancia, de tal forma que para obtener el patrocinio de la Junta, los padres debían recurrir a la petición de un certificado emitido por la directora o hermana de mayor rango encargada de la casa asistencial para avalar su estado de pobreza y la imposibilidad de mantener a sus hijos. Las niñas y niños no pueden ser admitidos o recogidos, así como abandonar la institución sin una autorización previa de los miembros de la JBQ o el administrador de la casa de asistencia. En este sentido, el artículo 23 del Código de Registro Civil (1937), dispone que:

los administradores de casas de huérfanos, y, en general, toda persona que hallase un recién nacido, o aquel en cuya casa se le hubiere expuesto, estarán obligados a declarar el encuentro y presentar a la Oficina de Registro más inmediata, al niño encontrado, juntamente con las ropas, los documentos y demás objetos que se hallasen con él (Congreso de la República del Ecuador, 1937b)

Esto, a fin de velar por la integridad física y moral de los niños y niñas en abandono (Kingman Garcés, 1996:107), los mismos que serían puestos a disposición de las casas de asistencia según se considerará la situación. Así mismo, la JBQ recibía a

diario decenas de peticiones con certificados adjuntos para ingresar a sus familiares a las casas de asistencia, como muestra la siguiente carta:

José Muela, tío legítimo de Manuel Segundo Muela, huérfano de padre y madre, ante usted muy respetuosamente me presento y digo: Hallándome sumamente pobre sin poder darle subsistencia de la vida a mi mencionado sobrino, menos poder contribuir con los medios necesarios para solventar su educación, ruego a U., Sr. Presidente, que atentas las causas expuestas se digne conferir una beca en el Hospicio de esta ciudad para mi citado sobrino. Para aseverar lo que llevo dicho, adjunto certificados de defunción y nacimiento expedidos por el Sr. Cura Párroco de Calacalí (Muela, 1903:3).

Si bien la anterior solicitud corresponde al año de 1903 es un ejemplo de las cartas y peticiones que reposan en el Archivo de la Medicina en Quito, donde además de exponer razones de carácter económico, donde destaca la imposibilidad de mantener al niño o brindarle educación; busca legitimar su petición, a través de documentos oficiales y el manejo discursivo del bienestar del niño que debido a causas externas ha impedido ejercer la responsabilidad confiada a su persona, tras la muerte de los padres de su sobrino. De esta forma, se presenta como la única opción para alcanzar el desarrollo integral del niño, que en otras circunstancias lo llevaría a caer en vicios o depravaciones de la conducta, la intersección de la JBQ con su servicio de becas.

Natalia Flores de Bastidas a Ud. Respetuosamente expongo que como soy una madre sin recursos y con seis hijos, puesto que lo poco que alcanza a ganar mi esposo en su oficio de carpintería, no sirve sino para lo absolutamente necesario para nuestra subsistencia; vengo a suplicar a Ud se digne acoger a una hija mía María Hortencia, en el Colegio del Buen Pastor para que educándose bajo la protección de la Junta de Beneficencia sea ella más tarde una mujer de honor y que sabrá agradecer a sus benefactores. Señor dignaos acoger esta mi petición y haciendo así, llenareis los deseos de una madre pobre y la Providencia recompensara a Ud deliberadamente (Junta de Beneficencia de Quito, 1903: 7).

Esta petición mantiene la esencia de la primera, considerando que las dos alegan al rol de la JBQ de proteger al niño, mediante el despliegue de los mecanismos que consideren necesarios.

Los lugares de enunciación también nos permiten visibilizar, primero la postura del tío, que desde un inicio expone la responsabilidad y el derecho de tomar decisiones en la vida de su sobrino, bajo el argumento del bienestar. Por otra parte, la segunda solicitud, además de exponer la necesidad de la intervención de la Junta, presta especial atención en la educación como medio para fortalecer valores morales. En este sentido,

la Junta otorgó becas a niños cuyos padres o tutores, debido a condiciones de pobreza, estuvieran imposibilitados de garantizar el bienestar y buen desarrollo moral, físico e intelectual del niño.

La atención médica es una prioridad para la Junta, por lo que contrata los servicios de médicos que realizan visitas en las Casas que asilan a los huérfanos y así garantizar el bienestar integral de los niños bajo su protección:

Comunico a usted que he ordenado al Señor Doctor M. Villacís, efectué visitas médicas a los niños del Orfanato de San Vicente, en tal virtud, sírvase usted pagarle, la suma de diez sucres en pago de dos visitas hechas a los niños del Orfanato, a razón de cinco sucres por cada visita (Terán, 1925d: 315).

De esta manera se buscó la prevención y disminución de enfermedades y la aplicación de procesos de saneamiento e higiene, que atacaran la desnutrición y hacinamiento producto de la mala administración del presupuesto e infraestructura pública. La participación de los médicos en la toma de decisiones, administración de la Junta y, sobre todo, la preocupación por el estado de la infraestructura y procesos aplicados en las casas de asistencia, permitió introducir mejoras a través de la elaboración de informes de evaluación y estadísticos. Podemos mencionar la labor del Dr. Carlos Alberto Arteta, director del Hospicio de Quito y catedrático de la Universidad Central, quien en defensa de la integridad de los niños asilados en Hospicio, ordenó separarlos de las salas generales y evitar el contacto con los alienados, al considerar inadecuado el ambiente para la estancia y formación de los menores (Landázuri Camacho, 2008).

La preocupación de la Junta por el bienestar de los niños bajo su cuidado, no se limitaba a la enseñanza de herramientas que les permitiría convertirse en ciudadanos que contribuyen al desarrollo del país, alejándose de la vagancia y los vicios que deformarían la sociedad. Es por esto que se enfocaron en ofrecerles un espacio donde, mediante la recreación controlada y el buen uso del tiempo se sintieran a gusto y protegidos. Para tal fin, se destinaba parte del presupuesto general a cubrir gastos en útiles escolares, ropa, agasajos, etc.

En este sentido, las escuelas a cargo de los orfanatos no sólo tenían como fin instruirlos en conocimientos básicos como Matemáticas, Geografía, Historia, etc., sino que buscaba introducirlos en el mundo laboral con la enseñanza de trabajos manuales y

oficios. Además, se procuró influenciar positivamente en la salud física y mental del niño. En efecto, en 1925, se presentan una serie de consideraciones para evitar que el régimen escolar afecte la salud física de los asilados.

Las horas de clase deben ser distribuidas siete la mañana y la tarde, a fin de evitar el que todas las horas de trabajo intelectual se acumulen en las mañanas, teniendo, por ejemplo, los niños cuatro horas de clase en las mañanas. Este régimen puede producir muy malas consecuencias para la salud de los niños; el cerebro se fatiga; al subconsciente no se le deja un tiempo adecuado para la lenta y reposada asimilación (Terán, 1925a: 131).

Entre las observaciones presentadas para la escuela del Orfanato se hace visible la necesidad de contratar maestros con buena formación pedagógica, que no basen la enseñanza en la memoria y más bien busquen la reflexión de los contenidos en los niños, ya que al parecer del habilitado encargado de la inspección, los niños repiten las enseñanzas sin ni siquiera comprender lo que están diciendo:

La Profesora de las niñas debe ser vigilada con frecuencia, porque tiene la tendencia a reducirlo todo a reflexiones de memoria e inconscientes. La enseñanza de Geografía dada por la Señorita normalista Profesora de las niñas está muy mal hecha. Las alumnas no hacen sino decir en voz alta lo que está escrito en grandes caracteres en el mapa que tienen delante, y expresan voces líricas que ni entienden ni distinguen absolutamente (Terán, 1925a: 131).

La instrucción de los niños se contemplaba en dos áreas: intelectual y física, de modo que además de las materias relacionadas con trabajos manuales y de conocimientos generales, se les instruía en gimnasia, con el fin “de salvar de la enfermedad y el raquitismo, mediante adecuada enseñanza física, a un número considerable de niños huérfanos” (Terán, 1925h: 10); sin embargo, se considera que no todos podían practicarla. Por ello, en 1925 se autorizó separar de los ejercicios a los niños que físicamente no puedan hacerlo (Terán, 1925f: 287). La Junta solicitaba a la Dirección del Estado Mayor General del Ejército, designase a uno de sus miembros para la labor de instruir en educación física a los niños del Orfanato en un horario de dos horas a la semana, tiempo considerado suficiente para influir positivamente en el desarrollo del niño. Para este efecto, el patio de la Quinta de San Vicente estaba provisto de equipamiento para la práctica de gimnasia (Ferriere, 1926).

Por otra parte, la delegada de la Secretaria de la Unión Internacional de Socorros a los Niños, señorita Suzana Ferreire, destacó el orden y disciplina de la escuela,

especialmente en el área de niñas, quienes usaban las clases prácticas para elaborar prendas y artículos para su propio uso. Sin embargo, la mención de problemas de conducta manifestados por los y las internas en este tipo de asilos responderían a las “resistencias ante las reglas de funcionamiento interno de las instituciones”(Trueba, 2014:31). En efecto, se han registrado casos en los que los niños y niñas escapan de las casas de asistencia, en un intento de volver con sus familias, ya que se considera que la atención del niño sin familia se limitaba a cubrir necesidades elementales como salud y educación. De modo que las necesidades afectivas no eran consideradas ni siquiera como básicas. (Bengoechea & Pedro-Viejo, 2013).

3.4.2 Redimir a través del trabajo: Escuela de Artes y Oficios y La Escuela Taller para Mujeres

Según, Montero Pedrera las Escuelas de Artes y Oficios “nacieron con la función específica de proporcionar un nivel cultural básico a las clases sociales medias y bajas”. De modo que la educación impartida en estas instituciones fue “de tipo técnico, preferentemente en materias con perspectiva de empleo a corto plazo y la preparación que se adquiría estaba orientada a las necesidades del momento concreto del país.” (Montero Pedrera, 1998:320). En efecto, el objetivo de la Escuelas de Artes y Oficios estuvo enfocada en la formación técnica y profesional de niños y jóvenes.

En Quito, la Escuela de Artes y Oficios fue fundada en 1869 por el Presidente García Moreno, sufrió cambios dependiendo del contexto político y económico del país. En la Presidencia del doctor Tamayo, se hizo una completa reconstrucción del edificio, se lo amplió con arreglo a las nuevas necesidades y se dotó a algunos de sus talleres de maquinaria eficiente y moderna (Escuela de Artes y Oficios, 1932). De esta forma, se busca instruir a los niños y jóvenes en oficios con técnicas y saberes modernos que le permitan producir mejor y más:

Su fin es formar cultivadores de las más diversas artes manuales y mecánicas, sobre la base del amor al trabajo, de la exactitud y esmero en el cumplimiento del deber, de la aptitud técnica para desempeñarse en el respectivo oficio y capacidad de perfeccionarse en su conducta, en su labor profesional, en el proceso firme y confiado de su existencia (Escuela de Artes y Oficios, 1932: 7).

Si bien la JBQ no estaba a cargo del sostenimiento de esta institución, es importante destacar que en su afán de cumplir con su labor de protección a la infancia costeara becas para la formación profesional de niños y jóvenes, de esta forma se buscaba “

inculcar en lo íntimo de los alumnos las ideas del bien; de la honradez y del trabajo” garantizando así que “los niños favorecidos por la JBQ, serán artesanos honrados, laboriosos y ciudadanos útiles para sí mismos y para la sociedad” (Junta de Beneficencia de Quito, 1915d: 198). En este sentido, Varela afirma que las Escuelas Taller se concibieron dentro de “una ética rentabilizadora del trabajo y mantenedora del orden [que] tiende a sustituir lentamente las viejas caridades”, de modo que orienta las políticas de acogida de pobre al “adestramiento para los oficios, la moralización y fabricación de súbditos virtuosos” (Varela & Álvarez-Uría, 1991:31). Es así que se considera que a través de la práctica de un oficio, los niños y jóvenes, conseguirían ganarse la vida, y evitarían caer en vicios, vagancia o delincuencia. En efecto, la labor de la JBQ no se limita únicamente a la entrega de becas a niños que demostraran su condición de pobreza, sino que encuentra en la Escuela de Artes y Oficios un proveedor de suministros para las casas asistenciales a su cargo. Fomentando así la labor que desempeñaba dicha institución en pro de la educación de la niñez y juventud quiteña, bajo el precepto “si el hogar, si la sociedad cooperan decididamente a la educación de la juventud, la Escuela infaliblemente devolverá al hogar, a la sociedad, una juventud, sana del alma y cuerpo, una juventud en camino del triunfo” (Escuela de Artes y Oficios, 1932: 10). La Escuela creó una revista en la que publicaba artículos escritos por sus alumnos y maestros, así como algunos trabajos tipográficos y artísticos como una campaña para incentivar la colaboración e interacción de la comunidad con la institución, justificando así su labor social y especialmente en la educación de los futuros ciudadanos.

La Escuela de Artes y Oficios, contrario a las casas de asistencia, es una institución educativa, sin que esto signifique que estuvo aislada de la creciente tendencia higienista. En efecto, el plan de estudios está diseñado para cubrir las falencias que puedan tener sus alumnos en su instrucción primaria, formarlos en cultura general con materias como: Castellano, Aritmética, Historia, Geografía, Educación Moral y Cívica; e ilustrarlos en materias consideradas fundamentales para el oficio elegido: Matemáticas Aplicadas, Contabilidad, Ciencias Físico-Naturales, Dibujo e Historia del respectivo Arte. Finalmente, procura la preparación teórico-práctica en el oficio de su elección (Escuela de Artes y Oficios, 1932).

Una institución a cargo de la Junta y con los mismos principios de instrucción y enseñanza de oficios, especialmente para niñas, fue la Escuela Taller para Mujeres, inaugurada en 1913 bajo decreto legislativo con el fin de “presentar (...) un establecimiento modelo en el cual la mujer se eduque convenientemente” (Junta de Beneficencia de Quito, 1914: 259). Para 1915, se registra que en el establecimiento se educan 67 niñas pobres:

que significan otras tantas personas restadas al vicio y a la degradación, pues, sabido es por todo que la prostitución de la mujer depende de la falta de amparo del abandono en que siempre se la ha tenido y la carencia de educación y medios que le suministren una existencia decorosa (Junta de Beneficencia de Quito, 1915d: 196).

Así, la Escuela Taller se convierte en la obra enfocada especialmente en la instrucción y protección de las niñas más importante de la Junta, ya que es una institución, a diferencia de las escuelas de los Orfanatos, que está desligada de la administración religiosa. Las niñas acceden a una formación que les permitirá garantizarse un medio de supervivencia, evitando el mal social máximo, la prostitución, mismo que contribuía a la degeneración de la raza y del cual, la mujer debía ser alejada a través de la educación y el trabajo. Sin embargo, a los pocos años de su creación, se vislumbró problemas causados principalmente por la insuficiencia en las instalaciones y maquinarias que les permitiera cumplir con los objetivos planteados por la Junta para ejercer como uno de sus proveedores de vestidos para las casas de asistencia:

Digo esto, por cuanto hace más de dos meses que se le encargó la confección de los vestuarios para los niños de la Quinta de San Vicente de Paúl; y, cuando se creía que hubieran procurado hacerlos prontamente, para hacer notorio que en dicho establecimiento se trabajaba con asiduidad y que superaba a los análogos regentados por religiosas me he encontrado que hasta la fecha no han entregado un solo vestido, siendo así que pudieron haberse trabajado siquiera dos o tres diarios, a la mano, aún cuando no tuvieran, como afirman, máquinas para confeccionarlos (Junta de Beneficencia de Quito, 1914: 259-260).

Ante los ineficientes resultados visibilizados por la falta de maquinaria, las críticas al establecimiento por miembros de la Junta eran cada vez más frecuentes, poniendo en duda una de las principales obras de instrucción para mujeres pobres establecido por el gobierno liberal, considerando que los resultados no correspondían a los esfuerzos realizados por la Junta, ya que en la Escuela Taller se invertía un presupuesto superior al destinado a las casas regentadas por religiosos. A pesar de las críticas, la Junta invirtió

en la implementación de una lavandería y un lugar para planchado, así como el mejoramiento de las instalaciones, principalmente en el área de dormitorios cuyas condiciones eran la causa frecuente de enfermedades en las niñas.

En este sentido, el trabajo de la Junta respecto a la protección de la infancia no se limita al asilo y la atención médica, sino que a pesar de las dificultades, tanto administrativas como económicas, busca dar a los niños y niñas a su cargo una educación que le garantice una vida digna a través del trabajo. Y es en un contexto de luchas sociales y reivindicación obrera donde se visibilizaron y surgieron nuevas propuestas en torno al rol del niño dentro de la sociedad, es así que el movimiento artesanal rescatará en su discurso ideas sobre la dignificación a través del trabajo, en las que se busca la integración de niño, específicamente del pobre, mediante la asignación de roles laborales incompatibles con su edad que le permitirían crecer, desarrollarse y dignificarse (Luna Tamayo, 2008):

La infancia debe trabajar, para habituar el cuerpo y fortalecer los músculos (...) es el trabajo, el llamado a dignificar a la humanidad, ya que hizo su aparición en el mundo junto con el hombre, y desde entonces, le acompaña en todas las edades: en la niñez dándole hábitos, inspirándole sanas costumbres; en la adolescencia, desterrando los vicios, contrarrestando el naciente impulso de las pasiones durante la juventud (...)("Actas del Segundo Congreso Obrero Nacional," 1920: 280 citado por Luna, 2008)

El trabajo adquiere un valor de formación en los niños ya que no solo contribuye a su dignificación, sino que ayuda a su desarrollo físico e intelectual; así mismo, se lo considera como una alternativa correctiva para alejarlos del vicio y la degradación. Si bien es cierto, estas ideas se difunden fuertemente durante la década de los 30, no significa que fueran recientes, ya que existen debates en los que el trabajo y educación se funden como base de la formación de los niños, especialmente en los hijos de padres obreros o pobres. Es así que dentro de las instituciones a cargo de la JBQ, la enseñanza de un oficio es parte esencial del proceso educativo, a fin de entregarles los recursos necesarios para vivir dignamente y contribuir a la sociedad, una vez que abandonaran estas instituciones.

La idea de trabajo como forma de redimir a la mujer se discutió ampliamente como una solución al creciente problema relacionado con la prostitución. Los estudios y discursos sobre prostitución destacan que la mujer que se dedicaba a dicha actividad no

lo hacía por voluntad propia, y en muchas ocasiones se justificaba en la necesidad, la falta de trabajo o las malas compañías como los factores que la llevaron a caer en este vicio (Vaca, s.f.). La principal causa de prostitución estuvo relacionada con el tema económico, ya que se consideraba que buena parte de las mujeres que la ejercían provenían de hogares en evidente estado de abandono físico y moral, donde no sólo carecían de elementos indispensables para la subsistencia, sino que no tenían orientación familiar adecuada ni educación. Este tipo de ambientes malsanos, sin orden ni guía, constituyeron un peligro latente para las niñas debido a la temprana familiarización con actividades sexuales y delictivas (Haro, 1937). Por otra parte, Vaca afirma que seguido de la miseria y falta de trabajo, el abandono constituye un elemento importante que condiciona a la mujer a prostituirse, de modo que entre el 50 y 60 % de estas mujeres fueron huérfanas o abandonadas a temprana edad, y no recibieron la asistencia adecuada por lo que se vieron obligadas a ganarse la vida por sí mismas, sin ni siquiera tener la más básica instrucción. Es así que la instrucción técnica, brindada por las escuelas de las casas de asistencia, a las niñas y señoritas estuvo enfocada en convertirlas en mujeres trabajadoras y virtuosas, para que eviten ocuparse en actividades que contribuyan a la degeneración social (Goetschel, 1999, 2007).

3.5 Conclusiones

A modo de conclusión, la Junta de Beneficencia, en materia de protección a la infancia, se centró en la extensión de becas y beneficios para la atención de niños y jóvenes cuyos padres no pudieran encargarse de su bienestar físico, moral e intelectual. En el caso de niños abandonados, la JBQ estableció la prioridad en la enseñanza de oficios para disuadirlos de conductas poco morales, la vagancia y los vicios. La principal preocupación de esta institución era la de contribuir con hombres y mujeres virtuosos, que con su trabajo construirían nación. Por lo que el médico dejó de ser visto como un profesional encargado de curar, para asumir un rol activo como guía y consejero de la sociedad, además de convertirse en el perforador de modelos de normalidad. De esta manera, el médico emprendió una campaña “evangelizadora” en la que la higiene se presentaba como la salvación de la enfermedad. En este sentido:

Si antes, la asistencia y la ayuda a los pobres se hacía a través de la iglesia, teniendo a las monjas y sacerdotes como representantes, ese papel lo tomaría el

médico sirviéndose del discurso de ciencia, siendo éste el nuevo “sacerdote”, moralizador y puente entre patria y pueblo. La asistencia sería entonces civil (gratuita), aristocrática y con el trabajo remunerado de empleadas vigiladas por las Señoras (Pardo, 2008: 267).

Las reformas liberales, conjuntamente con la Ley de Asistencia Pública, dieron paso a una serie de cambios relacionados con la asistencia social y la protección de la infancia, donde el papel del médico tomó importancia y se convirtió en una autoridad en la sociedad, en cuanto era quien buscaba controlar los factores causantes de muerte y enfermedad, a través de la aplicación de la higiene y la práctica sanitaria, a fin de reducir los índices de mortalidad materno-infantil, causado en gran parte por el desconocimiento de prácticas de higiene, mala alimentación, precariedad en las condiciones del entorno, pobreza de los padres, trabajo, etc.

Tanto los Dispensarios de niños como las Gotas de Leche se constituyeron como campo de acción de la práctica puericultora y de especialistas en el tratamiento de las enfermedades del niño. De modo que a través de estos servicios se buscaba suplir las falencias técnicas relacionadas con el cuidado metódico y ordenado del niño y que fue la primera causa de mortalidad infantil. En efecto, los servicios de atención médica materno-infantil cumplieron, además, con una labor educativa dirigida a las madres, a través de la cual se pretendía llevar nociones de higiene y puericultura a todos los estratos sociales.

La desatención de la infancia abandonada representó una de las principales causas para la degeneración social y se concibió como el puente para ingresar a la vida delictiva, en este grupo se concentrarían las características negativas de la sociedad como: el analfabetismo, la mendicidad, la prostitución, etc. De modo que el establecimiento y creación de nuevos espacios para la protección de la infancia, buscaban atender a la infancia abandonada a través de procesos ordenados y guiados por un grupo de profesionales capacitados. Sin embargo, la dinámica de estas instituciones aisló al niño y lo sometió a estructuras jerarquizadas y espacios ausentes de intercambio social que les permitiera un correcto desarrollo y crecimiento. Debido a que estos asilos mantuvieron nociones y prácticas tradicionales de caridad, de modo que el cuidado del niño se limitaba a cubrir necesidades elementales como salud y

educación, dejando de lado las afectivas, ya que no eran consideradas importantes para su desarrollo.

4. Capítulo IV: Espacios en disputa, Escuela y Medicina. La higiene como nueva práctica científica para la defensa del niño.

La transición de la Junta de Beneficencia a la Asistencia Pública permitió cambios significativos en lo referente a la Sanidad en el Ecuador, ya que esta institución actuó ante las precarias condiciones del país, en infraestructura, saneamiento urbano y asistencia social (Chávez & Perugachi, 1987). Este cambio buscaba crear un sistema de salud pública y mejorar las condiciones sanitarias, urbanas, comerciales y educativas del país. Es en este contexto que se plantea la necesidad de reformar, por una parte, las casas de asistencia y las prácticas aplicadas para el cuidado de la infancia abandonada; y por otra, introducir en las escuelas nociones de higiene para el mejoramiento de las condiciones materiales y corporales para la formación de individuos productivos que desarrollaran un trabajo digno (Sáenz Obregón, Saldarriaga, & Ospina, 1997:111).

En este capítulo nos acercaremos a las diferentes instituciones y servicios anexos a la Higiene Escolar, para comprender cómo se define el niño a partir de su relación con la escuela y la práctica higiénica.

4.1 Sistema Nacional de Sanidad

El surgimiento y creación de organismos estatales en palabras del historiador peruano Marcos Cueto (2005: 50) “fue el resultado de un proceso racional de expansión del poder central, un correlato de procesos sociales paralelos como la secularización de la sociedad y la urbanización, y tuvo cierta continuidad con las autoridades médicas que existían desde el período colonial”. En América Latina, el proceso de expansión de poder del conocimiento médico significó a su vez la institucionalización de la salubridad, mismo que se vio fuertemente influenciado por las propuestas ideológicas europeas, establecidas por la sanidad ilustrada de finales del siglo XVIII enfocada principalmente en la aplicación de medidas sanitarias en ciudades como París, Lima entre otras. También se inspiraron en el modelo francés de los Consejos de Higiene y Salubridad cuyo principal objetivo fue la centralización de las actividades del Estado relacionadas con la salud pública.

En efecto, en las primeras tres décadas del siglo XX, en Ecuador se crean diversas entidades con el propósito de “regular los comportamientos sanitarios, educar a la población en materia de higiene y castigar a los infractores de las normas sanitarias” (Araméndiz & Mendoza, 2013:103), en las dos ciudades más importantes, Quito y Guayaquil. La creación del Departamento de Higiene Escolar, institución anexa a la Dirección de Estudios el 16 de julio de 1916, buscaría organizar, coordinar y regular las actividades que tengan por objeto asegurar la salud del escolar ecuatoriano. Al mismo tiempo, se constituyó como el organismo que administraba los recursos e insumos destinados a la dotación de dispensario médicos y odontológicos, campañas sanitarias y de vacunación, la instalación de comedores escolares y la inspección de la infraestructura para garantizar ambientes adecuados para el aprendizaje. En este sentido, la aplicación y divulgación de la higiene no sólo se concentraba en los centros de atención médica, sino que establecía un estrecho vínculo con la escuela, ya que es en este espacio en el que se podía generar una verdadera conciencia sanitaria. “En 1925 se organiza el “Servicio Sanitario Nacional” encargado de dirigir las actividades de prevención y control de las enfermedades infecto-contagiosas, las campañas de vacunación, higiene escolar, etc.” (Puertas, Herrera, & Aguinaga, 2004: 2). Para el año de 1935, se presenta el Proyecto de Ley del Servicio Sanitario en el que se establecieron departamentos especializados para el desarrollo de actividades guiadas por normas de higiene y sanidad, siendo el departamento de protección a la infancia el encargado, a través de su sección de puericultura, de la vacunación y la higiene escolar (Sub dirección General de Sanidad del Ecuador, 1935).

Sinardet afirma que los factores que permitieron el desarrollo de la higiene en el Ecuador fueron: primero las reformas sociales propuestas tras la Revolución Juliana que buscaban proteger y servir al pueblo, y el contexto de crisis nacional de los treinta que encontró en la educación un instrumento civilizador y de desarrollo del país (Sinardet, 1999). Fue a través de la aplicación y difusión de la higiene y los estudios sanitarios que se buscaba el propósito común de modelar al ciudadano ideal, previniéndolo, alertando y educando a la población sobre los riesgos de la ignorancia, la pereza, la insubordinación y la enfermedad (Cruz Barrera, 1992). En este sentido, se consideraba que la escuela obligatoria y gratuita surgió como respuesta desde el Estado y los reformadores sociales en busca de una alternativa al “espacio natural” de los niños

(familia) y un mecanismo de integración social, lejos de las calles y las fábricas. De este modo se propuso la necesidad de transformar en el imaginario el niño trabajador y de la calle, por la del niño escolarizado, y la consideración de la morbilidad y mortalidad infantil como un problema fundamental de la Salud Pública que era necesario paliar a través de las luchas sanitarias y medidas sociales y reformadoras (Ballester & Balaguer, 1995; Rafael Huertas, 2008).

Fue a partir de este hecho que se inició un proceso de medicalización de la escuela y la infancia, en el que el médico adquirió igual importancia que el maestro, y el niño fue sometido a dispositivos de control y disciplina, generando nuevas formas de clasificación en función del sistema escolar.

4.1.1 Higiene Escolar

La higiene se consolidó como un elemento de vital importancia en la escuela a partir de inicios del siglo XX dando paso al concepto de higiene escolar, cuya labor se asociaba con el estudio y solución de problemas escolares y tenía como objetos el niño, el medio en el que aprendía, y los materiales que utilizaba para cuidar y corregirlos a través de la aplicación de un régimen higiénico y el estudio de las reglas aplicadas a las escuelas y alumnos (Réboli, 1930). Con el fin de “mejorar el aspecto higiénico-pedagógico y sanitario de los escolares” (Rivadeneira, 1934:275).

En este sentido, la higiene no sólo se asume como una materia dentro del plan de estudios para generar reflexión entre los escolares sobre la importancia de aplicar normas de aseo, sino que también sería “la centinela privilegiada del conjunto social a partir del control y la vigilancia de los individuos” (Cordoví Núñez, 2012:101), y fue a través de la educación que la higiene ejercería acciones preventivas para el saneamiento e intervención de los ambientes de interacción infantil. De modo que se establece la necesidad de aplicar medidas higiénicas en las escuelas primarias, las secundarias, las técnicas (artes y oficios), y entre los estudiantes universitarios, destacándose, además, la importancia de la actividad física y la educación moral (Burnet, 1933: 237).

En Ecuador, el liberalismo destacó la importancia de la escuela para el progreso y el mejoramiento de la sociedad, y la concibió como “el motor del desarrollo, por lo que pretendió introducir la civilización en la vida cotidiana de los alumnos”. (Sinardet, 1999:412). Los manuales de higiene expresaban “la concepción de infancia, de hombre

y de las formas como debía orientarse su formación y desenvolvimiento de acuerdo con los criterios de médicos, higienistas e intelectuales vinculados al discurso socio-biológico”, que se constituyó “en una nueva estrategia política de control médico y biológico de la población” (Noguera, 2002:278). De este modo, los manuales de higiene y civilidad fueron considerados como textos de lectura obligatoria, con los cuales, además de aprender los principios de higiene y comportamiento, inculcaban en el niño, sentimientos de pertenencia y valores cívicos (Goetschel, 2007). En este sentido, Rosemarie Terán destaca la afirmación hecha por Gabriela Ossenbach “de que la escuela laica fue el vehículo de difusión de un nuevo imaginario que identificó el laicismo con patriotismo”, razón por la cual la educación laica habría estado relacionada con la idea de formación de una identidad nacional moderna (Terán Najas, 2006).

En consecuencia, los manuales y tratados de higiene, civilidad y urbanidad se constituyeron en los principales medios para la divulgación, promoción y aplicación de la práctica higiénica en las escuelas. Sin embargo, estos textos no sólo fueron material para la enseñanza de los principios de higiene a los niños, sino que “los manuales de higiene pretendieron constituirse en guía para la formación pedagógica del maestro, para el cuidado y perfeccionamiento de los escolares, y más ampliamente, para la orientación de la nación hacia la civilización y el progreso” (Goetschel, 2007; Noguera, 2002:207). Es así que, los manuales abarcaron tres áreas principales de interés: la higiene corporal, la higiene de las casas-escuelas y la higiene del horario de clase.

Durante las tres primeras décadas del siglo XX, la higiene escolar buscaba, a través de la aplicación de los principios de higiene privada y social, el mejoramiento de las condiciones en el proceso educativo de los niños, para reducir los índices de morbilidad escolar y contribuir al correcto aprendizaje. Según sus principios, la enseñanza de la higiene en los niños constituye la base del desarrollo de la sociedad, ya que al crecer, tanto el niño como la niña, practicarán los hábitos adquiridos durante su vida estudiantil para la vida familiar. Es por esto que la higiene escolar plantea su campo de acción en torno al niño y sus relaciones con los compañeros; el aseo personal y buscará el mejoramiento del precario estado de salud a través de la organización del Cuerpo Médico Escolar. También considerará las estrategias para el reingreso en caso de ausencia por enfermedad; pondrá atención al ambiente que le rodea y tomará en cuenta

aspectos como la infraestructura, ubicación, iluminación, calefacción; y el mobiliario donde se destaca la funcionalidad de las mesas y sillas. Esto, busca ayudar a la prevención de las llamadas enfermedades escolares y su diseminación en la población escolar⁶⁰ las mismas que eran causadas, según los médicos por el estado de sus instalaciones principalmente:

(...) ningún establecimiento de instrucción primaria podrá cumplir debidamente su misión, alcanzar su fin, si los edificios escolares, el lugar en donde se encuentran y el material de que están provistos, son deficientes en número, en capacidad o en cuanto a sus condiciones higiénicas o se hallan en esas deplorables circunstancias, ofreciendo a los escolares, en edificios construidos especialmente para la enseñanza primaria: aseo, comodidad, luz, aire (Himmelman, 1919:41).

Así, los organismos encargados de la instrucción pública debían garantizar que las condiciones de los edificios y el mobiliario destinados a la enseñanza cumplieran con los estándares para la construcción y distribución de espacios. Sin embargo, las condiciones antihigiénicas de los locales escolares eran un tema recurrente en los informes de las visitadoras escolares, inspectores sanitarios, así como, en artículos médicos y pedagógicos. Las visitas a los locales educativos buscaban mostrar su estado higiénico para establecer medidas de mejoramientos en el caso de necesitarlo, así como darle mantenimiento a aquellas que cumplen con la normativa. Por ejemplo, uno de los informes dice que:

En virtud de lo dispuesto por su autoridad, me es honroso manifestar a usted que he visitado la Escuela de Niñas “24 de Mayo”, acerca de la cual cumplo con el tener de elevar a su conocimiento el siguiente informe:

El local, como es conocido, reúne cuantas condiciones higiénicas prescribe la ciencia modera para esta clase de agrupaciones, pues es amplio, bien ventilado y distribuido convenientemente. El número de educandas matriculadas en el plantel es de 345. De estas alumnas concurren en la actualidad 245, encontrándose el resto atacadas de gripe y sarampión, según datos que conserva la Dirección. Además, cuatro de las profesoras se encuentran en la actualidad imposibilitados de concurrir a sus labores por enfermedades (Campos, 1933: 93).

⁶⁰ Entre las principales enfermedades escolares tenemos: enfermedades parasitarias del cuero cabelludo, pediculosis o enfermedad de los piojos, enfermedades de la piel como la sarna, enfermedades infecciosas como la rubiola, viruela, sarampión y escarlatina; enfermedades respiratorias como la laringitis, infecciones tíficas y paratíficas endémicas, la otitis y las oftalmías purulentas (Chacón, 1936).

Según el informe, la escuela cuenta con instalaciones higiénicas; sin embargo, un buen grupo de estudiantes no asisten normalmente a clases, a causa de enfermedades como la gripe y el sarampión, evidenciando que alguno de los procedimientos para evitar el contagio de enfermedades no fue aplicado, en el ambiente escolar o familiar, ya que los manuales recomiendan que los niños diagnosticados con enfermedades contagiosas y respiratorias debían ser aislados inmediatamente para recibir atención médica (Chacón, 1936). No obstante, es preciso señalar que los brotes epidémicos sufridos en la década del 30, afectaron notablemente a la salud de los niños en edad escolar. En efecto, el Servicio Estadístico de Información Internacional de la Dirección General de Sanidad registró un elevado número de casos de enfermedades respiratorias, solo en el mes de Agosto de 1931 se atendieron 2215 casos de gripe, 75 de tosferina y 91 de tuberculosis (Servicio Estadístico de Información Internacional, 1931:231). Además, la ciudad de Quito enfrentó la presencia de la epidemia del sarampión en 1933, afectando en un inicio a los barrios de la Loma y San Marcos, extendiéndose hacia el norte de la ciudad (Rodas Chaves, 2006:34). De modo que la presencia de enfermedad, en este caso, no se la puede atribuir únicamente a las condiciones relacionadas con la infraestructura o negligencia en los procedimientos para evitar el contagio en las aulas.

De hecho, más de un inspector escolar manifestó que no es necesario un edificio con instalaciones suntuosas, sino lo importante es la funcionalidad, la ubicación de la misma y, sobre todo, que cumpla con los requerimientos expresados en los tratados de higiene moderna. Además, los informes de los visitantes escolares permitían conocer la realidad sobre el estado de salud de los niños, niñas y sus maestros; así como las medidas tomadas para contrarrestar enfermedades y la posterior reinversión tras el periodo de convalecencia. Empero, la ubicación del plantel es un tema trascendental, este aspecto determinaría la distancia que deben recorrer los escolares desde sus hogares hasta la institución y de regreso, mientras más cerca de su lugar de residencia se encuentre la escuela se reducen los largos trayectos que obligan a los niños a desertar de la escuela o asistir con claros signos de fatiga. Por otra parte, era importante que la escuela no se encuentre en un lugar con fuentes de ruido o cerca de algún elemento que constituya peligro para la salud

física o moral del niño, de modo que era responsabilidad de los vecinos del sector, padres de familia, médicos y maestros el alertar a las autoridades sanitarias o estatales sobre posibles peligros. Tal es el caso del oficio en el que el médico de asistencia gratuita municipal, en el que expone la presencia de pozos que representan una amenaza para la salud tanto de los niños de las escuelas cercanas como de los vecinos del sector. En la carrera Olmedo, a pocos metros de las Escuelas Espejo y 24 de Mayo, “existen tres pozos infectos e inmundos que son un diario peligro para los niños. Pido cegarlos, o por lo menos notificar a la Sanidad para que haga diaria desinfección” (Abelardo, 1922: 93f.).

El depósito de basura y otros desechos en la vía pública fue una de las preocupaciones constantes de los habitantes de Quito, ya que se establecía un punto en el que las personas debían apilar los desechos domésticos para su posterior recolección. Sin embargo, esto se convirtió en un problema cuando los puntos de depósito eran lugares cercanos a instituciones de instrucción ya que aumentaban los riesgos de alterar la salud de los niños y niñas que acudían a dichas instituciones, de las personas que transitaba por dichos espacios, de los vecinos y de los dueños de locales comerciales del sector, debido principalmente a “los malos olores, o sea por las fuertes emanaciones de efluvios mefíticos que amenaza e incómoda al público produciendo a la vez, estorbos al trajín, y repúgnate y asqueroso aspecto” (González, 1923: 114f.). En este sentido, la participación de los padres y vecinos en la vigilancia de las condiciones higiénicas que rodean a la escuela colaborando con el trabajo del maestro significó la obtención de mejores resultados para la protección de la infancia: “los padres deben darse cuenta de que, siendo la casa de escuela el segundo hogar de los niños, a todos nos incumbe estudiar y mejorar el ambiente escolar” (Kemp, 1928:804). La idea de la escuela como “segundo hogar” empieza a ser usada en los manuales de convivencia y civilidad, y supone la superación de su concepción antigua como un espacio cerrado, que caracterizó a los internados. En efecto, la escuela obligatoria o abierta introdujo una serie de cambios en las estructuras sociales, ya que contribuyó a la difusión del “sentimiento de infancia” y más tarde el de familia (Varela & Álvarez-Uría, 1991). Este hecho, “posicionó a la infancia como un nuevo cuerpo social” (Satriano, 2008:4), sujeto al poder de los adultos. Es así que, se le asignaron características relacionadas con la

fragilidad, la necesidad de protección e instrucción, las mismas que justificarían las obligaciones de la familia y del maestro, así como, las acciones y políticas de Estado.

En efecto, la escuela no solo se limita a la instrucción de los niños y niñas, sino que se propone ofrecer en lo posible un ambiente adecuado para ellos, al ser el lugar en el que pasan la mayor parte de su día y su vida, por lo que las instituciones encargadas de la educación y sus problemas, constantemente buscarían mejorar las condiciones estructurales del edificio y adecuarlo según las exigencias higiénicas. En el informe a la Nación de 1932, el Ministro de Educación Pública expuso los trabajos realizados en los edificios destinados para la educación de varios planteles del país, entre ellos la Escuela 10 de Agosto de Quito, “se han construido servicios higiénicos y duchas; un tramo de edificios de dos pisos, para la dirección; comedor y cocina para el servicio de desayuno escolar; un tendido cubierto, para teatro al aire libre” (Ministerio de Educación Pública, 1932: 210). Con esto se garantizaría un ambiente higiénico y salubre para los niños y niñas que asistían a dicha escuela, además de dotarle de espacios en los que se pueda controlar varios aspectos que contribuyen al correcto desarrollo físico, intelectual y moral.

Otro aspecto importante de la higiene escolar estuvo relacionado con los horarios de clases. En este punto, se abordó dos elementos principales: la introducción de la enseñanza de la higiene como materia y los tiempos de clases y recreo bajo consideraciones higiénicas (Cordoví Núñez, 2012), con el objetivo de evitar la fatiga mental en los niños a consecuencia de la carga horaria del escolar. De modo que se siguiere que las materias que requirieran de mayor esfuerzo intelectual fueran impartidas en las primeras horas de la mañana, mientras que materias como dibujo, historia, otras consideradas “fáciles” se las dictaría al final de la jornada (Noguera, 2002). Así mismo, se propuso optar por una jornada escolar reglamentada en 4 horas o más, dos jornadas extraescolares: una en casa de 15 horas, y una fuera de casa en la que desarrolla sus relaciones sociales propias de 5 horas. Las escuelas tipo internado organizarían sus horas de trabajo de forma que se juntaran las jornadas escolar y extraescolar en casa. Las jornadas extraescolares en casa se suponen de interés teniendo en cuenta que el niño tiene un régimen sedentario durante su jornada de estudio (Restanio, 1925).

Los manuales destacan la importancia de la actividad física como elemento indispensable para el desarrollo físico y moral del niño. Esto permitió la introducción de una tendencia pedagógica que enfrentó la “concepción quietista” de las escuelas, y que propuso la importancia del desarrollo físico para la formación de ciudadanos sanos y fuertes (Cordoví Núñez, 2012). La efectividad de la actividad física estaba determinada por el sexo y la edad, es decir, no todos los ejercicios y deportes eran aptos para todos. Además, se considera indispensable que se realice al aire libre para contrarrestar los efectos del sedentarismo y el hacinamiento en el que se instruían los niños y niñas.

Según algunos médicos e higienistas, no deja de contribuir a propagar entre los niños la tisis, la vida sedentaria de la escuela (que se acentúa más tratándose de las niñas), la falta e insuficiencia en ella del ejercicio físico y la respiración de un aire húmedo, viciado por la aglomeración y alterado por una calefacción defectuosa (De Alcántara, 2003: 7).

La educación física fue una de las innovaciones propuestas por los modelos pedagógicos de la escuela al aire libre y la escuela activa, cuyas “prácticas apuntaban al fortalecimiento del cuerpo, el contacto intenso con el aire y el sol, el desarrollo de hábitos cotidianos de disciplina, higiene personal y conducta y una alimentación adecuada” (Billorou, 2008).

En la tercera década del siglo XX, una de las afecciones comunes en los escolares y en la población en general fue la tisis o tuberculosis, constituyéndose como la segunda causa de muerte en el Ecuador. El desarrollo de esta enfermedad obligó al estado ecuatoriano, a través de la Dirección de Sanidad y la Asistencia Pública, a crear la Sección de Lucha Antituberculosa y el Centro de Estudios de Tuberculosis en 1934. Varios autores la consideran una enfermedad social, debido a que las precarias condiciones de vivienda, nutrición y educación, influyen directamente al brote de dicha afección. En efecto, para prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a los niños en las escuelas, en 1935 el jefe de la Campaña Antituberculosa, sugiere emprender una cruzada de Lucha contra la enfermedad, y pide que se ordene a los Médicos Escolares “hacer un examen médico general a los niños de las escuelas fiscales con el objetivo de constatar a los que necesiten de tratamiento reconstituyente por sus condiciones de salud precarias y en consecuencia propicios a contraer la tuberculosis” (Dirección de

Campaña Antituberculosa, 1935: 347 f.), esto por las constantes peticiones y reclamos realizados por los rectores de los planteles educativos. Así mismo, propone que los niños que necesiten tratamiento sean enviados al dispensario de la Sección Antituberculosa.

Los estudios sanitarios y médicos mencionan a la desnutrición como una de las causas más comunes entre los afectados por la tisis, y consideraban que su prevención como “una función de la higiene social” (Burnet, 1933: 235). En este sentido, la lucha contra esta enfermedad no solo contemplaba la función terapéutica, sino que cree importante la acción preventiva, a través de prácticas profilácticas como la administración de vacunas (BGV) y el saneamiento de las viviendas y escuelas. Por esta razón, no sólo se pretendió que la construcción de edificios se basará en la premisa de ser un lugar “sano y educativo” (Restanio, 1925:135), sino que la nutrición de los niños y niñas fuera la correcta para evitar enfermedades y propiciar el correcto aprendizaje, además de las medidas tomadas para evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas:

(...) ha conminado a los médicos para que cumplan con su obligación de denunciar las enfermedades infecto-contagiosas; ha notificado a los padres o guardadores para que hagan vacunar a los niños contra la viruela; ha ejercido un control en las escuelas para que los maestros no admitan a los niños convalecientes de enfermedades eruptivas; a prevenido en los hogares la obligación que tiene que hacer atender los médicos a los niños que ha carecido de asistencia, sobre todo en la epidemia de sarampión y en relación con la Oficina de Desinfección ha procedido a la hospitalización de enfermos sospechosos de afecciones infectocontagiosas (Oficina de Higiene Municipal, 1933: 9).

Como mencionamos anteriormente, en la década de 1930, la ciudad de Quito y el Ecuador en general enfrentaron varias epidemias de enfermedades infecto-contagiosas que afectaron principalmente a los sectores populares, donde predominaban las malas prácticas alimentarias, la falta de hábitos de higiene y precarias condiciones de los edificios de habitación e instrucción. Este hecho provocó un elevado porcentaje de la ausencia por enfermedad en las escuelas, principalmente por que aquellos niños con sospecha de: viruela, sarampión, tosferina, fiebre tifoidea o tuberculosis, debían ser aislados en lazaretos u hospitalizados para recibir tratamiento. Como una medida

preventiva se solicitaba la vacunación, especialmente en sectores en los que se haya diagnosticado alguna enfermedad infecciosa:

El señor Jorge Romero, Director de la Escuela de niños N° 36 de Chillogallo, telefónicamente comunicó hoy a este despacho que en la mencionada población está causando estragos la viruela. En esta virtud, estimaré que usted se sirva disponer que se vacune a los escolares de Chillogallo y dictar las providencias que fueran necesarias (Dirección de estudios de la Provincia de Pichincha, 1934: 211f).

Las denuncias de casos de enfermedades infecto-contagiosas se realizan por los Médicos Escolares quienes además debían elaborar “una lista de los niños pretuberculosos” (Dirección de estudios de la Provincia de Pichincha, 1934a: 218), a fin de seleccionar aquellos en condiciones de enviarlos a las Colonias Escolares para la recuperación de su salud. Otra medida para evitar la propagación de enfermedades fue la clausura temporal de las instituciones que presentaran casos de niños con algún tipo de afección infecto-contagiosa (Izquierdo, 1934: 220). En este sentido, el trabajo de los servicios de higiene escolar “comprende el examen médico de los niños y de los maestros a plazos fijos, y se interesa en particular en la nutrición de los escolares y, en todo lo posible, en el tratamiento dentario” (Burnet, 1933:237), la inspección de los planteles educativos a través de los que se pone en conocimiento las necesidades de las escuelas (Ministerio de Educación Pública, 1932), para el planteamiento de objetivos con miras a mejorar las instalaciones, mobiliario y materiales, y reducir las posibilidades de brotes epidémicos en los escolares, a través de procesos de desinfección y buenas prácticas alimentarias e higiénicas.

4.1.2 Comedores escolares

Una de las alternativas propuestas para combatir la desnutrición en los niños en edad escolar fue la instauración de servicios de comedor. A decir verdad, los médicos concordaban en que los problemas sociales eran en gran parte debido a la alimentación insuficiente y mal direccionada. En efecto, Sánchez afirmaría que “los trastornos de la nutrición repercuten en el desarrollo físico en general” (1928:82), de modo que la hipoalimentación y la desnutrición causan en el organismo un desgaste lento y progresivo que a largo plazo se expresa en ciudadanos débiles y enfermos. Sobre esto, Garcés comentó que en el Ecuador, el derecho a no morir de hambre era un mito (Garcés, 1937:224), debido principalmente a tres factores: las condiciones salariales de

los ecuatorianos impedían tener un racionamiento alimentario adecuado, los precios de los alimentos superaban la capacidad económica de los ciudadanos y la manipulación antihigiénica de los alimentos contribuía a aumentar las posibilidades de enfermedad (Suárez, 1934).

Los informes y publicaciones médicas demuestran que el niño de clase urbana en edad escolar no recibe los nutrientes necesarios para el desarrollo de sus capacidades. Entre las publicaciones más importantes encontramos el libro “*Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas*” (1934) del Doctor Pablo Arturo Suarez. En este estudio planteó que no sólo hay deficiencias en la alimentación del niño, sino que hay hambre, porque en gran medida el escolar acude a clases sin desayuno, y su alimentación se limita al almuerzo y la merienda en porciones mínimas (Garcés, 1937:225; Suárez, 1934). En efecto, las principales consecuencias de la mala alimentación en los niños se expresan en enfermedades degenerativas, la reducida expectativa de vida en 33 años comparado con países europeos cuyas expectativas de vida sobrepasan los 50 años; el retraso mental y deficiente aprovechamiento escolar; la talla con promedio bajo y la disminución del peso.⁶¹ De hecho, Alejandro Andrade Coello (1938) consideraba que los niños enfermizos, aquellos que se fatigaban a la menor actividad eran considerados estudiantes mediocres, indisciplinados, ya que al estar cansados todo el tiempo descuidaban sus tareas, llegaban con retraso y sin alegría, de modo que se los catalogaba como perezosos; sin saber que en realidad estaban agotados. Esta reflexión denota un elemento importante: la debilidad física como causa de fracaso escolar, y una forma de combatir esta condición negativa fue a través de la realización de exámenes y la creación de servicios como los comedores escolares.

En este sentido, se estableció el servicio de desayuno escolar con el objetivo de llegar a la infancia desvalida, y en especial, a los niños y niñas que debían recorrer grandes distancias para llegar a sus escuelas, y “que toman el desayuno y no regresan a sus hogares para almorzar” (Burbano, 1937: 25), razón por la cual permanecían con hambre la mayor parte del tiempo. Los informes destacan que a partir de 1930, se notó

⁶¹ Según estudios relacionados con la pobreza, en los países considerados “ricos” los niños no mueren a causa de enfermedades consideradas evitables como infecciones respiratorias, sarampión, infecciones digestivas o desnutrición, ya que estos países desarrollaron políticas influenciadas por ideas eugenésicas, que de una u otra forma, lograron combatir los “males sociales” y fortalecer su sistema de salud pública (Spicker, Alvarez Leguizamón, Por, & Marcelo Ibarra Sonia Alvarez Leguizamón, 2009).

un considerable incremento de asistentes a este servicio. Por lo que se estableció “en Quito, el Comité de “Socorros al Niño” que ofrecía [el] desayuno escolar a los alumnos de las escuelas Brasil, García Moreno, Isabel La Católica, Numa Pompilio Llona y Mercedes González” (Mosquera, 1932: 94). Con esta obra se pretendía enseñar al niño a alimentarse, proporcionarle un régimen que cubriera las necesidades nutricionales de acuerdo a su edad. En el caso chileno, la incorporación del servicio de alimentación escolar en las aulas fue una de las acciones implementadas por el Estado para captar la atención de la sociedad, especialmente en los sectores populares, y favorecer la escolaridad de los niños, ya que en las primeras décadas del siglo XX, las condiciones económicas y sociales de propiciaron el aumento de la delincuencia y el trabajo infantil en Chile (Peña, 2012)⁶².

Una de las acciones emprendidas en estos servicios fue la integración del niño en las labores de preparación y manipulación de los alimentos, con lo que se buscaba empoderarlos en la realización de actividades familiares, y motivarlos a ejercer como intermediarios y difusores de las prácticas higiénicas y alimentarias en sus hogares. Las tareas se designaban según la edad, por ejemplo: los mayores servían a los menores, esto les permitía tener una conciencia de cooperación hasta en las actividades más pequeñas. Sin embargo, la labor de comedores escolares no podía depender de la buena voluntad y las buenas intenciones por lo que el señor José Montero, delegado de la Dirección General de Higiene Escolar consideraba que:

[...] para que su finalidad esencial sea efectiva precisa de una organización financiera adecuada, científica, que consulte el valor nutritivo de sus componente, que aseguren buena nutrición, calorías suficientes, y energías vitales, que hagan del escolar un individuo apto para la aplicación de los modernos métodos educacionales, y aseguren su rendimiento (Montero, 1936).

No era suficiente la creación de comedores escolares, esta labor debía aplicarse bajo los preceptos modernos de higiene y acogerse a un modelo administrativo eficaz, ya que una buena organización permitiría ofrecer, sin problemas, a sus beneficiados raciones alimenticias higiénicamente preparadas con un aporte calórico adecuado, que

⁶² En Chile, la instalación de “ollas infantiles” antecedió a la creación de comedores escolares. Según se relata, en 1908, un sacerdote empezó a preparar el almuerzo, en el colegio, para un grupo de niños “extenuados por la flacura y el hambre”, quienes, al no tener que comer en el almuerzo, permanecía en la calle esperando la jornada vespertina de clases (Catalán, 2002:75).

contribuiría a captar las enseñanzas impartidas en la escuela. Es así que, el 25 de diciembre de 1933, se estableció el servicio de comedores gratuitos para escolares pobres, por iniciativa del señor Leopoldo Chávez, al que concurren 50 niños pobres provenientes de escuelas fiscales (Villamar, 1934: 88). Esta obra pretendía atender a un grupo de niños, que eran seleccionados mediante el análisis de las condiciones, económicas y laborales de sus padres, y la situación de su familia, y se beneficiaban del servicio hasta terminación de la escuela primaria. Se estableció, además una visita semanal del médico para determinar las condiciones de salud de los niños y dispensar consejos sobre la selección y distribución de alimentos (Montalvo, 1934). En efecto, cualquier medida o disposición que tenga como fin el mejoramiento de las condiciones físicas, intelectuales y morales del niño en edad escolar debían ser avaladas y vigiladas por el médico para asegurar su correcto funcionamiento.

Sin embargo, y a pesar de las disposiciones emitidas para enfrentar la desnutrición en niños en edad escolar, para 1936, el Ministerio de Educación informó que un 90% de los alumnos se hallaban en condiciones de insuficiencia alimentaria, lo cual perjudicaba su desarrollo integral (Boletín de higiene escolar, 1936). La realidad de los niños en edad escolar se resume en la presencia de algún tipo de enfermedad, debido a condiciones de hipo alimentación y miseria. Las alarmantes cifras de desnutrición infantil, llevaron a plantearse, a nivel latinoamericano, la creación de varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales para el apoyo en la atención alimentaria y nutricional (Bernal, 2008). Estas instituciones, además de aportar a la reducción de la mortalidad infantil, asumieron la responsabilidad de estudiar y corregir las problemáticas que se impedían un correcto desarrollo del niño, a través de la práctica higiénica en las escuelas y la prevención de enfermedades, principalmente relacionadas con la mala alimentación (Billorou, 2008). El discurso médico señala, más de una vez, la relación entre nutrición y crecimiento, como la base de la acción de la higiene escolar, ya que el desarrollo biológico e intelectual del niño dependía en gran parte de la alimentación. En efecto, la acción de los comedores escolares no debía limitarse a la distribución de raciones alimenticias, sino que debía contribuir a prevenir y combatir los factores que generaban debilidad física y mental en los escolares. Empero, en la década de 1930, la mayoría de países se encontraban en crisis, por lo que el trabajo de estas instituciones se veía limitado. Un claro ejemplo fue los problemas relacionados con la

elaboración del menú, ya que se consideraba escaso y con porciones que no satisfacían las necesidades nutricionales y energéticas.

El menú que en el comedor se destina para cada alumno es sumadamente escaso, no constituye la ración alimenticia necesaria para que el educando equilibre su proceso de asimilación y desasimilación. Dos porciones de arroz blanco con una patata y una tasa de chocolate, constituye toda la alimentación, de la misma que es sumamente desvitaminada para niños que trabajan y estudian durante el día (De Fárrandiz, 1938:339).

Si bien es cierto, los comedores escolares y el servicio de desayuno escolar buscaban contribuir al fortalecimiento de los niños mal nutridos, los informes provenientes de varias instituciones revelan que en realidad estaban lejos de conseguir los objetivos establecidos. Según los manuales de higiene escolar, el menú del escolar debía elaborarse a fin de cubrir sus condiciones de desarrollo. Razón por la cual, su alimentación debía ser rica en sustancias calcáreas, vitaminas, hidratos de carbono, azúcares, grasa, sales minerales, elementos que evitarán deformaciones del esqueleto y lo alejarán de la amenaza de la desnutrición (Garcés, 1937), y que además, le permitiera la realización exitosa de actividades, tanto físicas como intelectuales, que le fueran asignadas. En conclusión, “el anhelo renovador, exige educar e instruir y para ello, precisa disponer individuos bien alimentados y mejor nutridos” (Montero, 1936:364).

Ante esto, el Estado, a través del Ministerio de Educación hizo visible una serie de disposiciones para combatir los principales males que, de alguna manera, impedían el desarrollo y el aprendizaje. Basta mencionar que muchos reportes indican que niños y niñas presentaban signos visibles de depresión, tristeza, descuido en su presentación personal o acudían a la escuela mal vestidos, aspectos que se veían reflejados en la evaluación de su aprovechamiento académico. En Argentina (1906), por ejemplo se implementó una medida llamada la “copa de leche”, la que consistía en entregar un vaso de leche por día a los alumnos. Dos años más tarde, surgiría la “miga de pan”, que pretendió complementar el vaso de leche con un pan. El fin de estas iniciativas fue la previsión de la desnutrición, a través del suministro de comidas adicionales y refrigerios (Billorou, 2008).

En función de demostrar como influía la alimentación en el aprovechamiento de los niños en edad escolar, en 1937, Enrique Garcés realizó un estudio en el que comparaba las calorías consumidas y el rendimiento escolar

Escolares	Su alimentación en calorías	Aprovechamiento en sus estudios			
		Sobresaliente	Bueno	Regular	Malo
2%	500	0%	25%	25%	50%
22%	800	12,20%	31%	42%	15,50%
44.5%	1243	12%	34,40%	36,60%	12,60%
23.5%	1698	19%	34,40%	38%	12,60%

1 Cuadro realizado por el Doctor Enrique Garcés del análisis de la alimentación en los escolares pobres de Quito

El anterior cuadro refleja la realidad alimentaria de los escolares pobres en Quito, donde se denota una clara relación entre la cantidad de la alimentación y el aprovechamiento escolar. Los resultados arrojados demuestran que la población escolar no supera el consumo un promedio de 1800 calorías diarias, cuando la cantidad ideal que un niño de entre ocho a once años debe consumir es de 2040 calorías (Garcés, 1937:225), revelando la gravedad de la hipo-alimentación y su influencia en el rendimiento en la escuela. En efecto, un 2% de los escolares consume apenas 500 calorías y su aprovechamiento se califica de malo. El aprovechamiento de los escolares pobres fluctúa entre el bueno y el regular a medida que suben los indicadores de consumo de calorías, sin embargo, solo un 19% llega al sobresaliente⁶³. La conclusión a la que llegó este estudio fue que no era posible estudiar cuando lo único en lo que se piensa es en comer, de ahí la necesidad de establecer, mantener y mejorar los servicios de desayuno y comedor escolares.

⁶³Los estudios realizados en 1928 por los médicos escolares, con colaboración de las visitadoras de higiene escolar, en Argentina, revelaron que de un total de 215.000 niños, 30.412 (14%) llegaban a las aulas con una alimentación insuficiente y 4.268 (2%) no habían consumido alimento alguno en su hogar (Billorou, 2008:179).

4.2 Servicios de Higiene Escolar en Quito

En los años treinta, en los países de América del Sur, la eugenesia y la medicina social (higiene) se establecieron como ciencias al servicio de la política e influyeron en la definición de la identidad nacional (Scarzanella, 1998). En efecto, la higiene escolar estaba fuertemente asociada con ideas eugenésicas del mejoramiento de la sociedad, la civilización y el progreso, ya que se planteó la tarea de “conservar en lo posible niños sanos y robustos” y que contribuyan en la defensa, “la mejora y el progreso de la de la colectividad” (Chacón, 1936: 21)⁶⁴.

En Ecuador, el servicio de Higiene se estableció “con el objeto de poner en práctica los principios científicos que tienden a la conservación de la salud y defensa de los niños en la época escolar” (Ministerio de Educación Pública, 1936: 3). El Departamento de Higiene Escolar se instituyó en Quito, en 1917, como el organismo de control integral del desarrollo del niño dentro de la escuela con el fin de garantizar que cumpla con “la curva biológica” (Sanz, 1942). Para este efecto, los servicios de Higiene Escolar contaría con personal médico, especialistas en diferentes ramos, ayudantes, visitantes de higiene, enfermeros, peluqueros y más el personal administrativo que fuere necesario. Con estos departamentos o servicios se pretende mantener un estado integral de salud en los estudiantes, además de controlar plagas y enfermedades como infestaciones de piojos o viruela. Es así que, la educación higiénica debe tender a: valorar y defender la vida, inculcar el sentimiento de pertenencia a una colectividad, respetar y defender a sus semejantes (Boltanski, 1970).

4.2.1 Dispensarios Escolares

El dispensario escolar cumple con la función de atender enfermedades y dolencias médicas y dentales de los estudiantes, y la distribución de medicamentos. Está conformado por un médico general y un odontólogo. Por su parte, el servicio de psicopedagogía, constituiría un pilar fundamental del departamento de higiene, ya que se encargaba de determinar “las causales para el estancamiento de un alumno en sus tareas” y establecer si dicho retraso era “debido a un mal estado orgánico o alguna

⁶⁴ En América, la eugenesia se instaló en un contexto en el que se creía que hay que favorecer a los grupos humanos superiores y “evitar la decadencia de la raza producto de la conmiseración y protección que algunas sociedades brindan a esos grupos inferiores que, además, se reproducen en mayor cantidad (Palma, 2008).

deficiencia de carácter psicológico, por enfermedades hereditarias o adquiridas (“El Cumplimiento de un deber,” 1936:4). Así, el dispensario médico se concibe bajo la premisa de la defensa del niño escolar desvalido, así lo expresó el Ministro de Educación Pública, Luis Villamar, en su informe a la nación de 1934:

A las escuelas públicas concurren niños cuyos organismos debilitados y minados por taras patológicas merecen especial atención y tratamiento por los médicos escolares, así como la concesión gratuita de medicamentos y útiles sanitarios, sin dejar, por otro lado de ejercitar una acción intensa y constante en divulgar conocimientos elementales de aseo y prácticas de higiene por medio de conferencias y publicaciones sencillas que lleguen a los más humildes y apartados lugares de la Republica (Villamar, 1934:80-81).

Como muchas instituciones de este tipo, el dispensario médico escolar brinda atención curativa, además cumple con una labor educativa como parte de los principios preventivos, principalmente porque es en la etapa escolar en la que se puede modelar fácilmente el carácter de los niños y está en juego su desarrollo físico e intelectual (Boltanski, 1970), por ende debe ser aprovechado para instruir en él las nociones de higiene y cuidado del cuerpo, y así asegurar la salud de los futuros ciudadanos y madres de familia (Peluffo, 1930). De modo que el médico escolar adquiere importancia en cuanto se le asignan objetivos fijos y su labor se extiende más allá de dar tratamiento a los maestros y uno que otro niño, y la entrega de certificados (Corral, 1936). En efecto, el papel del médico cambia a una acción de prevención sobre la acción curativa, por lo que su participación en el ámbito escolar inicia con la inspección higiénica de los locales y recomendación de las medidas a adoptarse para corregir las deficiencias de los edificios y mobiliario (Loza, 1953). Entre las tareas del médico escolar podemos mencionar la realización de un examen de la condición física del niño, el mismo que permitía evaluar su estado intelectual y moral, para esto debía exigir la presencia de los padres para llenar la ficha de antecedentes médicos y personales, y así explicar las dolencias encontradas en sus hijos. El médico escolar debía dictar conferencias sobre educación sanitaria a los alumnos, profesores y padres de familia⁶⁵; controlar la alimentación de los estudiantes en los establecimientos; llevar la estadística diaria de su trabajo y enviar informes mensuales a la Dirección de Sanidad. La importancia de dictar

⁶⁵ Cada tres meses el Médico debía impartir una conferencia sobre los auxilios de urgencia para atender accidentes de los alumnos, y sobre el buen uso del botiquín escolar, además de los cuidados profilácticos que deben aplicarse en caso de epidemias (Bastidas, 1924).

conferencias a los estudiantes, padres de familia y profesores, radicó en la consideración de la higiene corporal del docente como un recurso disciplinario, a través del cual se transmitían y formaban hábitos tanto en los maestros como los niños (Cordoví Núñez, 2012). El maestro no sólo educaba, sino que se convierte en un modelo, al cual los estudiantes deben seguir.

En cuanto lo relacionado con el local y la organización del dispensario, debemos destacar que el servicio médico, según Garcés, debe constituirse como un ente completo y preparado para cubrir las necesidades de los escolares, por lo que debería estar organizado por: un servicio de antropometría e Higiene física, docencia de higiene individual y social, educación biológica, servicio médico general, servicio odontológico, servicio de enfermería, práctica higiénica para en la enseñanza de tareas del hogar y maternología) (Garcés, 1937). Sin embargo, ya sea por limitaciones económicas o de espacio, el servicio escolar se ha visto reducido a un dispensario gratuito para niños con un solo médico que pretende cubrir todas las necesidades escolares. Aun así; las escuelas que tuvieran las posibilidades de implementar un departamento clínico debían equipado con unas 3 o 5 camas, los más indispensables implementos de cirugía menor, útiles de laboratorio etc, para de esta forma, complementar el examen físico registrado en las ficha escolar con un seguimiento y vigilancia médica, que permitiría la rápida acción en caso de proliferación de enfermedades infecto-contagiosas. De este modo, las provincias de Pichincha y del Guayas para 1934 contaban con dos médicos, un dentista, un peluquero, una enfermera y una ayudante de la Oficina Dental cada una (Villamar, 1934: 81).

La elaboración de la ficha escolar es una de las principales preocupaciones del médico y enfermeras escolares, ya que es en este documento que se registra todas las condiciones y observaciones de “carácter médico y antropométrico que permitiría constatar si hay un rompimiento en el equilibrio entre la función del crecimiento y la función mental” (“El Cumplimiento de un deber,” 1936: 3), las mismas que ayudarán a determinar las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como corregir las casusas del “estancamiento escolar”. Palma destaca la afirmación de Rossi en la que se considera que este tipo de fichas permitirían (...) una más racional y científica clasificación y graduación de los alumnos” a través de la cual se podían aplicar

procedimientos profilácticos para prevenir y tratar enfermedades sociales (Rossi, 1936: 3 citado por Palma et al., 2009).

Este carné fue un documento generalizado para todas las escuelas, y constaba de dos hojas impresas a lado y lado. La primera estaba destinada para datos generales como nombre, lugar y fecha de nacimiento, domicilio, escuela, director y médico inspector. En la segunda, se registraba el examen clínico y estaba dividida en tres partes: enfermedades anteriores y actuales; estado general, estado externo e interno; y consideraciones antropométricas como peso, talla. En la tercera página hay cuatro preguntas sobre: el estado intelectual, si ha sido vacunado contra la viruela, tifoidea o revacunado contra las dos enfermedades, y un espacio para observaciones. La última, muestra una tabla de medición de peso, talla y capacidad torácica (Servicio de Higiene Escolar de Quito, 1925)⁶⁶. La información contenida en la ficha escolar era de carácter privado y de uso exclusivo del médico escolar para la elaboración de estadísticas y planes de contingencia para afrontar las afecciones de los niños, además como soporte para la exposición de sus trabajos de investigación relacionados con la morbilidad y mortalidad infantil en etapa escolar. En efecto, en 1935 se realizó una investigación antropométrica desde 1928 a 1934 y los resultados insistieron en la presencia de problemas de anemia, enfermedades digestivas y parásitos, alimentación deficiente, problemas dentales, promiscuidad en los hogares e inadaptación a los edificios escolares (Sinardet, 1999).

La implementación de fichas para el seguimiento y control del desarrollo del niño fue una preocupación constante de la comunidad médica, influenciada especialmente por las ideas eugenésicas de progreso, así podemos destacar el caso argentino, en el que se propone la implementación de una ficha Biotipológica en las escuelas y la introducción del maestro como asistentes escolares en la confección y análisis de las fichas (Palma et al., 2009). En efecto, se sugiere la reformación de las carreras de pedagogía, y se incluyera en la preparación de los maestros nociones básicas de antropometría, psicología, etc.

⁶⁶ Ver Anexo

A diferencia de la ficha escolar en el caso ecuatoriano, el contenido de la propuesta de ficha biotipológica argentina era más completa y exhaustiva, ya que para su aplicación se necesitaba de un examen clínico y psicológico. En la ficha biotipológica se registraban aspectos como: la herencia fisiológica del alumno, patológica, los datos de consanguinidad; el biotipo constitucional del niño, las medidas del cuerpo, las características raciales en el que se tomaba medidas del cráneo, color de piel, forma de la nariz, entre otros. Además contaba con un espacio para el estudio del ambiente doméstico, la evaluación del grado cultural, moral y de higiene familiar; incluía también, un estudio de la conducta, memoria, atención y formas de pensamiento. No obstante, varios intelectuales argumentaron en contra, al considerar que la ficha se basaba en supuestos hipotéticos no científicos, además de ser impracticable en las escuelas por la extensión y profundidad que requerían los exámenes. En efecto, las fichas fueron “un intento para clasificar, jerarquizar, organizar e intervenir sobre la heterogeneidad de la población”, y de este modo, “evitar la degeneración de la raza y la desviación moral a través de la acción científica. (Palma et al., 2009: 9-17).

4.2.2 Dispensario de Higiene Dental

En la década de 1930, las enfermedades dentarias se estiman en porcentajes elevados en las estadísticas a nivel mundial. En el caso ecuatoriano, los estudios técnicos determinaron que el 85% de la población infantil adolecían de innumerables males, siendo el principal las caries, esto debido en gran parte por la centralización de los servicios dentales en las grandes ciudades, hecho que contribuye a la dificultad de conseguir que los niños acudan a este tipo de servicios. (Garcés, 1937). La importancia de acudir a los servicios de atención dental radica en la relación que tienen las enfermedades de la dentadura con otras afecciones, tales como la fiebre reumática, artritis, pericarditis, flebitis, peritonitis, meningitis, neumonía, entre otras (Peluffo, 1930: 25). En este sentido, los altos indicadores de casos de caries reflejan aspectos sociales como la pobreza, y la anti-higiene como las principales causas de enfermedades dentales que a su vez, derivan en trastornos físicos y mentales causados por la repercusión de los trastornos orgánicos.

La práctica odontológica se caracterizaba por su acción curativa, descuidando casi por completo la práctica preventiva o profilaxis buco-dental escolar, misma que no

debía limitarse en la entrega de instrucciones individuales al niño, sino que se complementaba por medio de conferencias, folletos, entre otros (Peluffo, 1930: 32).

El servicio de higiene dental debe asumir el papel de difusor escolar y popular, de modo que en las escuelas vigilara los efectos de las prácticas higiénicas y aplicarlos en la educación de los niños de áreas rurales. En este sentido, los Gabinetes Dentales Escolares debían brindar atención gratuita a los alumnos de los establecimientos de instrucción primaria y normales subvencionados por el Estado, estos servicios se extendían a la población en general por lo que los alumnos y maestros de clase acomodada debían pagar por el valor de los materiales dependiendo de las tarifas establecidas. Los dispensarios o gabinetes dentales necesitaban de dos tipos de equipamiento dental, uno fijo y un portátil utilizado para las giras rurales y misiones odontológicas.

El Dispensario Dental estaba constituido por un dentista jefe quien era el encargado de supervisar las actividades en el gabinete, ayudar en la elaboración de fichas escolares, divulgación de principios de higiene bucal, organizar las “giras rurales” y seleccionar a los dentistas obligados a prestar sus servicios. Un dentista auxiliar, encargado de efectuar las “giras rurales”, conservar en buen estado el gabinete, llevar estadísticas de los trabajos realizados; y un ayudante a cargo de la mecánica dental, llevar la contabilidad del material, mantener en buen estado los equipos entre otras actividades (Ministerio de Educación Pública, 1936).

4.3 Higiene moral: niños anormales y delincuentes

La aplicación de la psicopedagogía resultaba un área de estudio nuevo en el país, sin embargo, aporta enormemente en la elaboración de perfiles mentales de los estudiantes, a través de la aplicación de test mentales con la colaboración de profesores normalistas. Los médicos creían necesaria la intervención de los maestros en las investigaciones psicopedagógicas, ya que es el maestro quien nota los primeros signos de alarma en el niño dentro del aula, y lo remite al médico para la valoración física e intelectual. “El examen de la condición física del niño está directamente vinculado a su desarrollo intelectual y moral” (Andrade Coello, 1938: 7).

El discurso psicopedagógico se consolida en Europa en los primeros años del siglo XX, sin embargo, su uso se remite a inicios del siglo XIX y correspondería a un proceso caracterizado por dos determinantes: 1° el aparecimiento y uso del método científico basado en la doctrina del positivismo y, 2° la reciente preocupación por las infancia en los campos de la Salud, integridad y la educación. Estos determinantes permitirían la proliferación de estudios que toman como objeto de estudio la infancia, generando el aparecimiento del movimiento a nivel internacional llamado Child Study (Moreu, 2002). Es así pues que, la psicología encuentra en la infancia un campo idóneo para la experimentación y la comprobación, mientras que en el campo educativo se van abriendo las puertas de las aulas de escuelas y centros de beneficencia a los médicos, ya que se evidencia la generación de diversas tipologías de alumnos, hecho que dificultaría una enseñanza homogénea. Este hecho fijaría el dominio del discurso sobre normalidad y anormalidad, razón por la cual, el médico o psicólogo dirigía sus esfuerzos a encontrar fijaciones mentales, diagnósticos sobre salud mental y clasificar a los niños. Todo esto con el fin de “separar a los niños anormales para su mejor tratamiento y educación en instituciones especializadas” (Moreu, 2002: 18).

La preocupación por un modelo pedagógico específico para niños con deficiencia física y mental aparece en Europa en la tercera parte del siglo XIX, misma que se consolidada a la par de las teorías de regeneración social, en las que el niño funge el papel esencial para la reconstrucción de la sociedad, como el ente a ser intervenido, protegido y corregido (Endara, 1919; R Huertas, 1998). En este contexto, la medicina higienista cobra especial interés, en cuanto la aplicación de una higiene moral⁶⁷, encaminada principalmente al mejoramiento de la raza. De hecho, el proyecto educativo Velasquista (1935), estuvo influenciado por la idea de asistencialismo escolar colombiano, cuya finalidad era “moralizar al pueblo” para defenderlo de los vicios a través del fortalecimiento del sentimiento religioso, que regeneraba física y mentalmente y redirigía sus potencialidades hacia la producción y el trabajo dignificante (Sinardet, 1999)⁶⁸.

⁶⁷ La higiene moral consideraba los actos personales, pasiones, vida intelectual, educación, religión y moral (Cruz Barrera, 1992).

⁶⁸ Durante los años treinta, el asistencialismo escolar en Colombia estuvo asociado a la idea de la escuela “regenerativa”, cuya finalidad era “moralizar al pueblo, defendiéndolo de sus propios vicios y

En este sentido, la escuela se fundamenta con una esencia normativa, que dotara a la sociedad y la patria de los elementos humanos, física y mentalmente preparados para contribuir con el progreso de la nación. A su vez, su influencia normativa actúa diagnóstica los individuos potencialmente no productivos o peligrosos que deben ser corregidos para evitar un fortalecimiento de una personalidad motivada por vicios morales o físicos. Con esto, se pretende integrarlos a través de escuelas de reeducación o tratamientos médicos que corrijan dichas deficiencias; sin embargo, se establecerá un debate en cuanto el proceso de reeducación, pues estaba enfocado únicamente en alcanzar los estándares preestablecidos, sin considerar las consecuencias en la personalidad del niño sometido al escrutinio tanto de maestros, padres y médicos.

La escuela constituye uno de los espacios de mayor control, respecto a la normalidad, ya que, si el diagnóstico presentado por el departamento de psicopedagogía, y en muchos casos, del maestro directamente, en el cual se le atribuye al niño una deficiencia de rendimiento escolar debe ser sometido a un proceso de corrección. El niño con bajo rendimiento escolar no solo se convierte en una potencial mala influencia en su entorno, sino que su condición puede estar relacionada o a su vez, generar problemas de comportamiento. El niño es separado para iniciar el proceso de restauración de sus capacidades intelectivas o físicas, dependiendo del diagnóstico, y puede ser reinsertado en las dinámicas sociales y educativas una vez que ha vuelto a cumplir con la norma.

En efecto, la escolarización obligatoria definió diversas categorías infantiles en relación a las dificultades para seguir la norma escolar, por ejemplo: los niños con ligeras deficiencias o aquellos con dificultades para adaptarse a los ritmos escolares; los niños locos o con deficiencias severas, y que eran incapaces de integrarse al ámbito escolar, finalmente, los niños difíciles, que se negaban y ponían resistencia a la escolarización (Rafael Huertas, 1998, 2008). De modo que la escuela sirvió para la observación y el diagnóstico precoz de la infancia anormal, pero para su tratamiento se crearon instituciones de corrección pedagógica en las primeras décadas del siglo XX; sin embargo, durante el siglo XIX, la tutela de los niños con deficiencias mentales

fortaleciendo su sentimiento religiosos, a la vez se regeneraba mental y físicamente para darle cauce a sus potencialidades hacia la producción y el trabajo dignificante” (Sinardet, 1999).

estuvo a cargo de instituciones psiquiátricas, en salas especiales o en hacinamientos indiferenciados con adultos ⁶⁹. Por su parte, (70) Lafora destacó la importancia del papel del maestro en el diagnóstico precoz de las deficiencias mentales del niño, para establecer dicha diferenciación, se basa “el insuficiente rendimiento escolar del alumno o en su inadaptabilidad a la escuela.” (Lafora:1917:165). De este modo, el retraso escolar se convertiría una preocupación de los médicos y educadores, que intentarán encontrar causas, tanto biológicas como psicológicas, a la inadaptación y las dificultades de aprendizaje (Rafael Huertas, 2008).

En este proceso de categorización, varios autores, sustituyeron la designación de “infancia degenerada” por la de “infancia anormal”, sin que eso significará introducir modificaciones en la valoración moral de estos niños. En lugar de eso, los sujetó a la jurisdicción científica de médicos y pedagogos, así como a la de criminólogos y psiquiatras. De tal forma que el niño anormal, es tratado y concebido bajo viejos conceptos degeneracionistas. En todo caso, el interés por redefinir a la infancia anormal, buscaba desmedicalizar a los niños con deficiencia mentales⁷⁰, a través de mediciones de la inteligencia, y parámetros como la edad o el manejo del lenguaje. De hecho, las nuevas definiciones del niño, que están estrechamente relacionadas con las actividades escolares, permiten que sea el maestro el primero en detectar las deficiencias menos profundas. Algunas de las categorías usadas para clasificar al niño fueron: “idiota vegetativo”, “débil superior”, deficientes mentales. La última categoría mantuvo expresiones como: idiota, imbecil y débil mental, a las que redefinió usando la “habilidad en el manejo del lenguaje hablado y escrito como criterio clasificatorio”(Huertas, 2008: 73)⁷¹.

⁶⁹ En Quito, el Hospicio y Manicomio San Lázaro fue la institución encargada de asilar aquellos casos diagnosticados con algún tipo de enfermedad o deficiencia mental, ahí convivían con pacientes adultos, y sin recibir un tratamiento (Landázuri Camacho, 2008). Es necesario mencionar que esta institución acogía eventualmente a niños huérfanos y pobres, cuando las casas de asistencia especializadas no tenían espacio.

⁷⁰ Entre 1906 y 1909, Sante de Sanctis, publicó trabajos en los que propone una nueva categoría apoyada en los paradigmas psiquiátricos, el niño loco. Este niño debía considerarse bajo el concepto de demencia precoz, ya que presentaban algunos síntomas característicos de dicha enfermedad como perturbaciones graves del carácter y las actitudes, inestabilidad extrema de atención, entre otras. (Se Sanctis, 1908:9 citado por Huertas, 2008: 74)

⁷¹ El niño idiota es aquel que no puede comunicarse a través del lenguaje verbal, no puede expresar su pensamiento verbalmente o entender el pensamiento verbalmente expresado, sin que sea causado por una alteración en la audición. El término imbecil se aplica a los niños que no pueden comunicarse mediante el lenguaje escrito, siempre y cuando no sea causado por alteraciones en la visión o miembros superiores

Por su parte, Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría definen dos tipos de infancia anormal, que sería las más usadas en el siglo XX : la infancia anormal, propiamente dicha y la infancia delincuente (Varela y Álvarez-Uría, 1991:213). La infancia anormal se caracterizaba por ser parte del sistema escolar pero no lograr adaptarse a las normas, o por su incapacidad para asimilar los conocimientos; mientras que la infancia delincuente se caracterizó por poner resistencia a la escolarización y vivir, principalmente, en la calle. La infancia anormal delincuente representaba las caracterizaciones negativas que los manuales de puericultura, higiene, comportamiento y urbanidad, se habían empeñado en advertir era necesario evitar, lo contrario al ciudadano ideal. En efecto, la designación de anormal fue usada con un sentido despectivo.

Por otra parte, un grupo de médicos propondrá la creación de escuelas especializadas para niños con problemas de aprendizaje, considerando las deficiencias físicas y mentales. En España se creó la Escuela Central de Anormales, en la que se buscaba trabajar en la reeducación de los niños con retraso o anomalía mental, el adiestramiento de médicos y maestros, y la divulgación de los conocimientos para el tratamiento y solución del problema de los niños mentalmente deficientes. En Quito, la idea de una educación especializada para los niños con deficiencias o anomalías físicas e intelectuales permanece como ideal por alcanzar, planteado por médicos y ciertos maestros. En 1936, el doctor José Cruz Cueva, en su tesis de grado en Medicina titulada *Psiquiatría Infantil*, visibiliza la necesidad de espacios educativos acordes a las diversas capacidades de los niños que no cumplen con los parámetros de normalidad planteados por las instituciones de salud, higiene y educación. Reconoce que existen espacios de asilo y reeducación, pero advierte que los programas propuestos tanto en Europa como países latinoamericanos son poco conocidos en el país, por lo cual se estaría trabajando en base a un programa de reeducación caduco.

En este sentido, en el año de 1932, se establece la primera escuela para anormales en Quito, especializada para niños ciegos. Esta institución se encarga de la enseñanza de niños ciegos con un número de 11 asistentes. Para este efecto, se ha adoptado el Braille como “sistema para la enseñanza de lectura y escritura, y para este efecto se formó dos

que le impidan adquirir esta forma de lenguaje (Huertas, 2008).

secciones: aquellos que perdieron la vista después de saber leer y escribir, y aquellos ciegos de nacimiento que carecen de toda noción de lectura y escritura” (Ministerio de Educación Pública, 1932: 225).

Por su parte, las Escuelas de Trabajo y reformatorios se consolidan como los espacios de reeducación por excelencia, donde se busca corregir al niño con problemas de conducta, reprimir al delincuente y prevenir futuros desvíos morales y sociales. Estas instituciones, representadas principalmente por las escuelas correccionales buscan “la regeneración de la infancia rebelde, viciosa y delincuente”, a través de la asistencia y protectorado, la labor de redención y la tutela posterior a la intervención (Mendía, 1991: 5). En efecto, a la Escuela de Trabajo de Quito, “ (...) concurren niños delincuentes, niños que no se subordinan al mandato del hogar, niños abandonado por los padres y hasta aquellos que por extremada pobreza se hallan incapacitados para concurrir a las escuelas ordinarias” (Ministerio de Educación Pública, 1932:220). Sin embargo, la heterogeneidad de los alumnos que asisten al reformatorio limita el trabajo reeducativo, porque el programa experimental está diseñado para afrontar y corregir conductas establecidas, y en la ciudad no se cuenta con el personal especializado para su aplicación. Aun así, en el informe del ministro de educación pública de 1932 asegura que se han visto resultados favorables motivados principalmente por el compromiso expresado por los maestros.

Sin embargo, ¿Qué fomentaba la delincuencia infantil? En 1937, el Dr. José Cruz Cueva expuso en un artículo titulado *Nuestra infancia desvalida y delincuente* (1937), que la delincuencia era una consecuencia de conmociones políticas, revoluciones y guerras, ya que, según expresa el autor, estaría comprobado que “la locura de las multitudes, la vida en las trincheras, el alcoholismo, la masturbación, la sífilis, la insolación, etc., son causas más que suficientes para que el organismo de los padres se altere”, y sus hijos nazcan con estigmas de degeneración (Cruz Cueva, 1937: 11). Sin embargo, varios autores concuerdan que los ambientes de inestabilidad política no determinan por sí solos el aumento o disminución de la población delincencial, ya estaría determinado por factores como el abandono de los padres y la pobreza, principalmente. En efecto, el autor expone varios casos de internos de la Escuela de Trabajo para determinar y analizar las principales razones de la naturaleza delictiva.

Juan Haro, en su libro “*Desvíos de la conducta en la Infancia*” (1936), presenta un estudio de tipo psicopedagógico y social de los niños que son ingresados a planteles de reeducación, centrándose en sus hogares y en ellos mismos. En este estudio se considera como anormal a todo niño que es ingresado para reeducación, sin distinguir entre delincuente, abandonado o por bajo rendimiento escolar, a diferencia de los planteamientos expresados por Rafael Huerta (1991) quien hace una distinción entre tres grupos: delincuente, abandonada y anormal, dotándole a cada una de una caracterización específica. Haro, considera que la infancia anormal se define por su relación con la escuela y su nivel de adaptabilidad a los sistemas de normalización en ella vigentes; sin embargo, se cree que el bajo rendimiento escolar, así como, la ausencia de escolaridad pueden llevar a un niño a convertirse en un delincuente, además, el niño abandonado o en peligro es potencialmente un delincuente debido a la precariedad en la que vive:

El niño mal nutrido, sin hogar verdadero que le guie y le proteja; muchas veces crecido en el arroyo, en la más compleja abyección, carente de escolaridad o apenas ésta, ha modificado en forma escasa su personalidad; es susceptible de caer más fácilmente que otros en la vagancia, el vicio y la delincuencia.(Haro, 1937: 7)

Tanto Haro como el mismo director de la Escuela de Trabajo, consideran la importancia de proteger a los niños para evitar la degeneración de la sociedad y así contribuir positivamente a su desarrollo. Sin embargo, Manuel María González, el director de la Escuela de trabajo, en el mismo año (1937) aclara en el Reglamento de la Institución que solo aquellos niños con problemas escolares, conductuales o policíacos pueden ingresar a este espacio de reeducación, previo la presentación de un certificado médico o policial, y tras el diagnóstico del encargado del área de psicopedagogía. Esta disposición buscaba evitar la sobrepoblación en la institución y sobretodo aplicar programas especializados, bajo la idea de la “fuerza reformadora del trabajo” (González, 1937: 5)

La instrucción primaria introduce practicas direccionadas al mejoramiento tanto intelectual como físico de los niños, así pues, aparecen las materias de educación física, relacionado con la normalidad y la disciplina, higiene escolar, y el recurso de textos escolares adaptados para cada uno de los niveles escolares, que intentan suplir todas las necesidades de los niños en cuanto actividades cotidianas y del hogar, su entorno

natural y social, etc. Dichas prácticas y recursos utilizados para el “adiestramiento”, partiendo de la concepción del niño como un ser biológico, psicológico y producto social, promovían la creación y fortalecimiento de una idea de nación (Goetschel, 1999).

4.4 Conclusión

A modo de conclusión, la instauración de la higiene se convierte en un instrumento estatal útil para combatir la mortalidad y morbilidad infantil, y garantizar que el niño se convierta en un ciudadano que contribuirá al desarrollo del Ecuador, además de constituirse como el dispositivo moralizador y de regeneración social, el mismo que encuentra en la educación y el trabajo la forma de combatir las enfermedades sociales, principales causas de la degeneración racial. En este sentido, la escuela se constituirá como un espacio de construcción del orden social, civilización y normalización, y sobretodo fungirá como un ente que clasifica y define a la infancia, a partir de su relación nuevos conceptos como la medición de la inteligencia (Huertas, 1998).

La Higiene Escolar no se limitó a la práctica profiláctica, sino que asumió la tarea de vigilar el cumplimiento de las normas de salubridad de los edificios escolares, y aún más importante el tratamiento y control de las conductas infantiles, a través de discursos y regulaciones disciplinarias avaladas por una autoridad científica. En efecto, la introducción de conceptos como la educación física, el control de la alimentación y el aseo buscaban disciplinar y regular el cuerpo infantil y social, con el fin de crear una sociedad ordenada, sana y útil.

Los servicios de Higiene Escolar en Quito, además, de detectar las urgencias en la salud de los escolares, se esfuerzan por levantar un diagnóstico preciso de salubridad de las escuelas además, evaluaban el rendimiento escolar. Estos servicios fueron concebidos e influenciados por las ideas eugenésicas de progreso y mejoramiento de la raza, por lo que se centró en el levantamiento y análisis de información antropométrica y social, con el fin de clasificar e intervenir en el cuerpo estudiantil y social, según las necesidades sugeridas por los resultados de los estudios antropométricos.

5. Conclusiones

Esta investigación ha permitido examinar la forma en la que se construyó la imagen moderna de la infancia, y posterior clasificación y diferenciación, a partir de la interacción del discurso médico con la familia, el Estado y la escuela. Se muestra cómo en medio de la institucionalización de la higiene, a inicios del siglo XX, varias sociedades particulares y estatales asumieron la tarea de proteger a la infancia, a través de la creación de programas y servicios de asistencia social y médica que cuestionaron prácticas tradicionales y buscaron, de una u otra forma, expandir las nociones científicas relacionadas con el cuidado del niño, las prácticas sanitarias, etc.

La investigación estudió el caso de Quito en un período caracterizado por la inestabilidad política y económica, la marcada influencia de la Iglesia Católica en la sociedad, la participación activa de médicos en la elaboración de políticas públicas y la creciente preocupación en el ámbito del bienestar social. En la década de 1910 se materializaron varios proyectos propuestos por las reformas liberales, como la creación de dispensarios para niños, la Escuela Taller para Mujeres, entre otros. No obstante, la influencia de la Iglesia en ámbitos como la educación se mantuvo hasta mediados del siglo, aproximadamente. La década de 1920 se vio marcada por la presencia de epidemias como la gripe en 1923, la movilización social en busca de mejorar las condiciones de vida y en contra de las medidas económicas tomadas por el gobierno en 1922, la instalación de la Junta de Gobierno en 1925 tras la revolución Juliana, y el posicionamiento del médico Isidro Ayora como presidente en 1929. Estos acontecimientos contribuyeron positivamente en la elaboración de políticas públicas relacionadas con la salud, sanidad, trabajo y la protección de la infancia. Finalmente, la década de 1930, se caracterizaría, además de la inestabilidad política, por los logros alcanzados en materia de salud pública y las campañas sanitarias para erradicar epidemias, y la emisión del primer Código de Menores en 1938, que delimitó nuevas definiciones de la infancia en relación con el sistema jurídico.

Ahora bien, es importante destacar que desde la historiografía y la literatura especializada, la infancia tuvo una importante transformación en la percepción social,

en el que dejó de verse como una etapa de transición a la adultez y pasó a pensarse como un momento de la vida en el que debía adquirirse las características adecuadas para ser un “buen ciudadano”. Este cambio permitió, además, el surgimiento de movimientos de reforma y protección influenciados por ideas eugenésicas para el mejoramiento de la sociedad, alcanzar el progreso y combatir los altos índices de mortalidad y morbilidad infantil a finales del siglo XIX e inicios del XX.

Una vez planteadas algunas consideraciones generales retomaré algunas cuestiones básicas que se desarrollaron a lo largo de la investigación, las mismas que me permitirán contestar las preguntas expuestas en el planteamiento del problema.

El discurso médico y las políticas públicas relacionadas con el control y protección de la infancia.

¿Cómo se define la infancia en el discurso médico y políticas públicas relacionadas a su control y protección?

Un elemento presente durante toda la discusión de este trabajo de investigación fue el discurso médico presente en los argumentos sobre la protección de la infancia, y su influencia en la creación de políticas públicas y en la sociedad en general. El principal problema de inicios del siglo XX fue la disminución en la natalidad y los altos índices de mortalidad infantil que afrontaban las naciones, sin excepción. En Quito, la mortalidad infantil era alarmante, y los médicos asumieron la tarea de buscar la solución a este problema.

Fue así que los servicios de salud destinados a controlar y erradicar enfermedades, a fin de reducir los índices de mortalidad materno-infantil causado en gran parte por el desconocimiento de prácticas de higiene, mala alimentación, pobreza, condiciones insalubres de vivienda y trabajo, etc., llevaron a los médicos a plantearse métodos de control poblacional que contribuyeran: 1) al mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad en general y 2) garantizar el desarrollo integral del niño, para lo cual, establecieron espacios de discusión académica y pretendieron extender sus propuestas a la población, a fin de difundir la necesidad de educar a la

mujer, para la crianza correcta del niño, prestando especial atención a los conceptos y prácticas de higiene.

En efecto, el discurso médico se ocupó de definir las cualidades que el niño debía poseer para convertirse en un ciudadano sano y útil, que contribuyera al progreso de la nación, y a la par se determinó la responsabilidad de la madre como eje principal para alcanzar dicho objetivo. Esta nueva caracterización del niño en la sociedad resultó de las transformaciones ideológicas de finales del siglo XVIII, descritas por autores como Aries (1987) y Varela (1991) quienes consideran al niño como una institución en constante construcción a partir de su relación con la familia y la escuela. Tanto Aries (1987) como Demause (1982), consideraban los cambios en las relaciones entre los padres y los hijos como una pieza importante que visibilizaba la transformación ideológica en la sociedad respecto al niño. Si bien este trabajo de investigación no se centró en analizar dichas relaciones es importante mencionarlo, ya que la familia y en especial la madre, aparecieron dentro del discurso médico como un elemento formador en el desarrollo del niño, al igual que la escuela. Estas instituciones se convirtieron, además, en campos de acción de la medicina a través de la higiene. En este sentido, el niño se visualizó como el futuro de las naciones y la necesidad de establecer políticas públicas para su protección y evitar su “degeneración” a causa de los males sociales.

A partir de estas consideraciones es importante destacar que es imposible pensar al niño sin antes pensar el papel de la mujer como madre. De modo que en las primeras décadas del siglo XX y tras la Revolución Liberal, la instrucción femenina buscó dotar a la mujer de conocimientos sobre cultura general, además de algunos que le permitirían introducirse en el ámbito laboral y de aquellos considerados propios de su género en los que se incluían nociones sobre puericultura y nutrición. Es así como se configuró la imagen moderna de la mujer-madre como maestra de valores y civilidad, y poseedora de conocimientos científicos para el cuidado y crianza de los hijos, características que influirían en el desarrollo del niño. La maternidad dejó de ser vista como algo natural, se la re conceptualizó como algo que debía ser aprendida, aplicada bajo las consideraciones médicas, y el parto se lo consideró como una emergencia obstétrica. Por lo cual, el período de gestación debía ser monitoreado bajo la premisa de que la protección de la infancia incluiría las políticas de protección a la madre, principalmente

de aquellas trabajadoras. Estas medidas buscaban evitar y disminuir características negativas que pudieran adquirir los niños, ya sea por condiciones hereditarias, ambientales o sociales y corregirlas en lo que fuera posible.

En efecto, la familia y la escuela determinaron los lineamientos principales para clasificar al niño dependiendo de su relación con dichas instituciones, además no fue únicamente el discurso médico el que se encargó de definir al niño, sino que disciplinas como la pedagogía, el trabajo social, la psicología, etc., también delimitaron un ideal de infancia y conceptualizaron las variables de la infancia a partir del peligro al que estaban expuestas o podrían representar. Esta clasificación estableció los parámetros para educar, asistir o corregir según las necesidades del cada grupo.

Institucionalización de la higiene en el Ecuador en el tratamiento de la infancia.

La preocupación higienista surgió en el marco del proceso de industrialización de los países, en los que los obreros trabajaban y vivían en condiciones de insalubridad haciendo que su salud se deteriorara rápidamente. En el caso de nuestro estudio, pudimos evidenciar que el principal problema que afrontaba la ciudad era el crecimiento poblacional a consecuencia de las migraciones posteriores a las guerras liberales, que convirtieron a Quito en una ciudad insalubre en la que crecía la mendicidad. Si bien es cierto, las primeras medidas sanitarias e higiénicas estaban enfocadas en mejorar las condiciones del comercio y la urbanidad, luego se expandió al cuerpo social con especial interés en la atención y cuidado del niño. Por otra parte, las reformas liberales permitieron la introducción de la mujer en el campo laboral, hecho que fue duramente criticado por médicos, grupos conservadores y la misma sociedad, al considerar que la mujer-madre trabajadora descuidaba el hogar, en especial, el cuidado de los hijos e iba en contra de la naturaleza al dedicarse a actividades que iban en contra de su constitución biológica y necesitaba protección. En efecto, en Quito la higiene logró institucionalizarse a través de los servicios de atención médica, los de higiene escolar y gracias a la influencia de los médicos en el ámbito político.

Si bien es cierto, las reformas liberales permitieron introducir la enseñanza de nociones de higiene y puericultura dentro de los planes de estudio destinados para la

instrucción femenina, la forma más efectiva de llegar a la población fue a través de los servicios de atención médica estatales y privados, quienes asumieron la tarea de educar a las madres sobre los cuidados elementales y metódicos de los hijos, buscando evitar la debilidad física y mental de los niños. Fue en estos espacios en los que se controlaba el desarrollo del niño y además, se evaluaba las habilidades y conocimientos que poseían sus madres. De hecho, se instauraron concursos de puericultura de iniciativa pública y privada en los que se premiaba a la madre cuyo hijo presentara los mejores indicadores de desarrollo tras la realización de una serie de exámenes, y cuyo principal objetivo fue difundir la idea de proteger al niño mediante la vigilancia de su higiene y alimentación. Estos concursos tuvieron buena acogida en la sociedad, ya que según los informes de instituciones como la Sociedad Protectora de la Infancia afirmaban que en muchos casos los resultados terminaron en empate debido a que cada año, más niños presentaban un buen desarrollo.

Por su parte, los servicios de higiene escolar se especializaron en la detección, tratamiento y prevención de enfermedades en el ámbito escolar. No obstante, la labor de la higiene escolar no fue exclusivamente corporal, sino que se extendió al aspecto cognitivo y mental, al adjuntar servicios anexos de psicopedagogía con los cuales se buscaba garantizar el correcto desarrollo físico a la par de un buen rendimiento académico, que para la época era el indicador de un adecuado progreso en el proceso educativo. Los exámenes de rutina, las fichas escolares, las campañas higiénicas, las mediciones antropométricas y de inteligencia, así como, la inserción de la actividad física como asignatura importante se convirtieron en los mecanismos para controlar al niño en el ambiente escolar. Estos mecanismos de control estuvieron influenciadas por los preceptos de higiene y disciplina que se buscaban fomentar en la población y aplicar especialmente en el tratamiento del cuerpo infantil. No era de extrañarse que los manuales de puericultura aplicados para la instrucción de las niñas y madres, y los tratados de urbanidad insistieran en la importancia del cuidado metódico del niño en los primeros años de vida, la formación de hábitos para el cuidado del cuerpo y su fortalecimiento en la escuela, y la conducta como un determinante de un buen desempeño escolar. En efecto, en 1937 se anexó el Departamento de Higiene Escolar al Ministerio de Educación bajo el cual se fortalecerían las políticas y programas sanitarios propuestos por la Dirección de Sanidad para los servicios de higiene escolar.

Finalmente, la participación de médicos en el ámbito político permitió la creación de políticas públicas enfocadas en la formación de un sistema de salud gratuito para la población, en primera instancia dirigida hacia la población de bajos recursos y obreros, extendiéndose con el tiempo a otros espacios sociales. De modo que las instituciones estatales y privadas estaban conformadas o supervisadas por médicos, quienes gestionaban el mejoramiento desde una mirada higienista de la infraestructura física de los locales de atención y asistencia social como aquellos a cargo de la Junta de Beneficencia y posteriormente, la Junta Central de Asistencia. No obstante, la principal preocupación de médicos e higienistas se centró en la necesidad de capacitar al personal encargado de los servicios de atención social, principalmente aquellos con función asilar, ya que estos espacios fueron considerados por mucho tiempo lugares insalubres en los que la integridad de los niños y personas acogidas peligraba.

El Estado y las instituciones de protección de la infancia.

En el texto pudimos evidenciar la participación estatal en la protección de la infancia, a través del decreto de leyes y reglamentos con los que se buscaba que el niño tuviera un ambiente adecuado para su desarrollo, así como, una familia, educación y acceso a servicios de salud. No obstante, el Estado tuvo que asumir, en muchas ocasiones, la responsabilidad de cuidado, crianza y educación de niños y niñas provenientes de hogares pobres que lograban probar la imposibilidad para mantener a los hijos, así como en los casos de orfandad o abandono. En efecto, las principales medidas tomadas desde el Estado para la protección de la infancia se centraron en asilar en sus casas de asistencia a los niños y niñas que por cualquier circunstancia estuvieran en peligro físico o moral, ya sea por el abandono o ausencia de sus padres o cuidadores encargados.

Las casas de asistencia especializadas en el asilo de niños y niñas cumplieron con el objetivo de educarlos en oficios y convencidos que a través del trabajo se lograría alejarlos de los vicios, inculcarles el trabajo como forma de redimirse en la sociedad, como medio honrado de ganarse la vida, y de esta forma contribuir de forma positiva al desarrollo del país. En este sentido, las casas de asistencia con función asilar como los hospicios u orfanatos, sirvieron como espacios para la formación de lo que Eduardo Kingman (1998) designó como “servidumbre urbana” en Quito. En efecto, las niñas

eran instruidas en labores domésticas o podían escoger un oficio. Sin embargo, fue muy popular la práctica de recomendar niñas como sirvientas en casas aristócratas, práctica ejercida por las religiosas encargadas de la administración, a pesar de las constantes negativas contestaciones por parte de los miembros de la Junta de Asistencia Pública a las peticiones para la entrega de niñas para el trabajo doméstico.

La creación de servicios especializados para la atención pediátrica fue sin duda una obra que contribuyó en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas, así como garantizar el acceso a tratamientos oportunos y medicina, lo que ayudó a reducir los índices de mortalidad. En este contexto, la estadística cobró importancia para el control poblacional y la creación de políticas públicas, ya que permitió tener un registro casi exacto de valores demográficos como la mortalidad, natalidad, etc, para comparar y saber el impacto real de la aplicación de políticas y programas de protección.

No obstante, la creación de instituciones y leyes para la asistencia de la infancia no fueron las únicas medidas tomadas por el Estado, ya que organizaría a la par campañas sanitarias y nutricionales con el fin de reducir los índices de morbilidad y desnutrición en niños en edad escolar, principalmente. De modo que el Estado apoyó la labor de iniciativas privadas como la de la Sociedad Gota de Leche, o la creación de comedores escolares para niños de escasos recursos.

¿Existieron tensiones entre la definición e implementación de políticas públicas sobre la infancia?

Durante el periodo de estudio, el país estuvo atravesado por crisis económicas, inestabilidad política y social, hechos que visibilizaron una serie de tensiones a la hora de aplicar políticas públicas en general, y no fue la excepción con aquellas relacionadas con la infancia. En este caso en concreto, fue notable los desacuerdos expuestos por los médicos de la Junta de Beneficencia respecto a la labor de la Sociedad Gota de Leche, al afirmar que era más el mal que se les hacía a los niños al entregar a sus madres leche de origen animal presuntamente contaminada o alterada en sus propiedades nutricionales. Además, añadieron que el fin de la institución había sido tergiversado, y en lugar de promover la lactancia materna como la primera y la mejor opción para el

desarrollo de los hijos, en la Gota de Leche se transmitía la idea errónea de la alimentación artificial, mixta o a cargo de nodrizas. De modo que se introdujo la idea de la mala madre como aquella que pudiendo cumplir con su deber de alimentar a su hijo le niega su derecho, y lo expone al peligro de una muerte prematura. Por otra parte, si bien la Ley Sobre el Trabajo de Mujeres y Menores y de protección a la Maternidad (1928) ordenaba el establecimiento de horarios y facilidades para que las madres trabajadoras pudieran dar de lactar a sus hijos, la realidad fue otra. Según los informes de médicos como Enrique Garcés destacaban que los empleadores no cumplieron con las disposiciones expuestas por la ley.

Un problema recurrente a la hora de aplicar las políticas para la protección de la infancia fue la falta de recursos económicos que imposibilitaron el cumplimiento de programas de educación o afectaron los sistemas de salud. En efecto, entre 1914 y 1920 la Junta de Beneficencia de Quito, principal institución encargada de la protección física y moral de niños y niñas de familias pobres, abandonadas o huérfanos, enfrentó una serie de reclamos por el incumplimiento en el pago de los presupuestos asignados a las casas de asistencia a su cargo. Este hecho permitió a los miembros de la Junta de Beneficencia cuestionarse sobre sus responsabilidades con la labor de protección de la infancia.

Un tema de discusión recurrente fue la aplicación de políticas con influencia eugenésica para el mejoramiento de las condiciones físicas y mentales de los ciudadanos, siguiendo el ejemplo de países como Perú, Chile, México o Estados Unidos en donde se propuso controlar la migración y la "degeneración de la raza" a través de medidas restrictivas para la libre movilización de determinados grupos sociales, o aquellas para el control del matrimonio y la natalidad. No obstante, las propuestas de los médicos ecuatorianos, en su mayoría, no pasaron del discurso, logrando de manera incipiente la aplicación de políticas de atención pre-natal e impulsaron la obligatoriedad de los controles para el seguimiento del desarrollo del niño. Las propuestas relacionadas con el matrimonio y el control de natalidad tuvieron una fuerte oposición por los sectores más conservadores al considerar que dichas medidas atentaban contra la moral y además, promovía la promiscuidad, la prostitución y la ilegitimidad de los hijos.

Ahora bien, se puede decir que a pesar de la participación de los médicos en la elaboración de políticas públicas, los lineamientos de su discurso basado principalmente en la aplicación de principios eugenésicos, de higiene y disciplina, no fueron aplicados en el caso ecuatoriano, principalmente por la oposición de grupos conservadores. Sin embargo, se lograron varias conquistas en materia de salud pública y en la atención médica especializada en niños con servicios como los dispensarios para niños pobres, las extensiones de clínica infantil en ciertos hospitales, los consultorios para lactantes y las gotas de leche, en donde no sólo se veló por la integridad física, sino que contribuyó con la difusión de los preceptos de higiene entre las madres a través de clases prácticas, charlas y entrega de manuales de puericultura. Además, se establecieron los dispensarios de higiene escolar y consultorios dentales, en un principio a cargo de la Dirección de Sanidad y en 1937 se anexó al Ministerio de Educación.

En todo caso, los discursos sobre protección de la infancia definen al niño como un ser incompleto que necesita de cuidado y está sometido al control de un adulto, que preferentemente es la madre. De ese modo, se consideró la relación madre-hijo como un elemento que no puede serpearse, es decir, no se puede hablar del niño sin la madre y viceversa. En este sentido, autoras como Clark (1995; 2012) y Goetschel (1999;2007) ha centrado varios trabajos de investigación en el análisis de las relaciones de género, y han tomado como objeto principal a la mujer, y la imagen del niño como un elemento complementario en la construcción de las dinámicas sociales. Por otra parte, esta nueva definición de la infancia permitió generar una conciencia social sobre las necesidades del niño para convertirse en un adulto sano, fuerte y apto para contribuir con su nación. En efecto, se consideró al sistema educativo como la forma para interiorizar en el niño conocimientos generales y específicos, a través de un régimen disciplinario estricto en un espacio establecido para su vigilancia y control permanente.

Por su parte, Cortés (2001) concuerda con la premisa de Phillippe Ariès (1987) sobre el proceso de internación de la infancia y la pérdida de su libertad, ya que si bien es cierto el sistema escolar buscaba formar al niño para la vida, éste fue sometido al mismo tiempo al escrutinio permanente de quienes asumen la tarea de instruirlo. En efecto, instituciones como las casas de huérfanos se constituyeron bajo los fundamentos de asilar y educar a aquellos niños encargados al Estado para su cuidado y crianza. Sin

embargo, fueron duramente criticadas por la sociedad y en especial, por los grupos de protección de la infancia al considerar que eran ambientes inapropiados para el desarrollo de los niños, además de estar al cuidado de personal no capacitado, lo que aumentaba las posibilidades de enfermedad y muerte en estas casas de asistencia. Sin duda el encierro institucionalizado fue una de las prácticas estatales más comunes para el tratamiento de la infancia.

Esta investigación abordó, de forma general, varios aspectos de la protección de la infancia desde el discurso médico, con lo cual se ha podido responder las preguntas iniciales y ha dado paso a la vez a establecer nuevos cuestionamientos. La historia de la infancia es amplia y al ser este trabajo uno de los primeros acercamientos historiográficos y para cumplir con los requerimientos de extensión, varios temas han quedado fuera del análisis y podrían constituirse como entradas para nuevas investigaciones. Así pues, mencionaré algunas de las preguntas que surgieron de la lectura de las fuentes primarias. ¿Cuáles fueron los objetivos y programas dispuestos en el establecimiento de los campamentos vacacionales para niños pre tuberculosos? ¿Cuál fue la posición del Estado ecuatoriano sobre el tratamiento de la infancia peligrosa? ¿Cuáles fueron los alcances de las leyes relacionadas con la protección de la infancia? ¿Existieron tensiones ante la propuesta de establecer la materia de educación sexual en escuelas y colegios como parte de los programas de higiene moral y eugenesia?

6. Anexos

Imágenes



Un futuro ciudadano ecuatoriano

(Edad: 18 meses; peso: 22 libras; lactancia: materna)

*Quando hay hombres fuertes no existen naciones débiles.
Las madres que cuidan amorosamente de sus hijos, ennoblecen
la sublime misión de la maternidad y trabajan por el engran-
decimiento de la Patria.*

Un futuro ciudadano ecuatoriano



**Un niño atrépsico a quien su madre abandonó
por servir de nodriza de otro niño**

(Edad: 18 meses; peso: 11 libras; alimentación:
destetado a los tres meses)

Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones. Las madres que inhumanamente abandonan a sus hijos, reniegan de la sublime misión de la maternidad y labran la ruina de la Patria.

Un niño aprépsico a quien su madre abandono por servir de nodriza de otro niño.

Concejo Municipal de Quito

(SERVICIO MEDICO)

FICHA ESCOLAR

h = 1841

Núm ~~186~~

Nombre

Jairal Sánchez

nacido en

Quito

el *2* de *abril*

de 192*1*

Domicilio: Calle *Cotopaxi*

Núm *41*

Escuela *Espejo*

calle *Drueto*

Núm *12*

Director Sr

Carlos Garcia

Médico Inspector Dr

Angel A. Goran

Nota:—Esta ficha escolar no debe, con ningún pretexto, entregarse a otra persona que no fuere el Médico Inspector de la Escuela. Cuando el alumno abandonare el Establecimiento, la ficha será remitida a su familia, bajo sobre cerrado.

Ficha Escolar 184. Folio 34v. Archivo de la Medicina Quito. Fondo Sanidad.

Examen clínico verificado el de
de 192.....

Enfermedades anteriores y actuales

Sarampión Escarlatina Viruela Varicela Tos ferina
Parotiditis Fiebre tifoidea Paratifoidea Disenteria Laringi-
tis Bronquitis Afecciones diversas

Estado general *bueno*

Piel *normal*

Cuero cabelludo *21*

Boca y dentición *4 m.*

Sistema linfático *ganglios submaxilares*

Amígdalas *izquierda hipertrofiada*

Vegetaciones adenoides

Esqueleto y articulaciones

Columna vertebral

Pulmones { derecho

{ izquierdo

Corazón *normal*

Aparato digestivo

Sistema nervioso

Oídos { derecho

{ izquierdo

Ojos { derecho

{ izquierdo

Peso

Talla metro centímetros

Perímetro torácico

Ficha Escolar 184. Folio 34r . Archivo de la Medicina Quito. Fondo Sanidad.

Talla												Peso											
Cm.	6	7	8	9	10	11	12	Kgm.	6	7	8	9	10	11	12								
155								45															
								44															
								43															
								42															
150								41															
								40															
145								39															
								38															
140								37															
								36															
135								35															
								34															
130								33															
								32															
								31															
125								30															
								29															
120								28															
								27															
115								26															
								25															
110								24															
								23															
105								22															
								21															
100								20															
								19															
95								18															
								17															
								16															
								15															

CAPACIDAD TORACICA							
AÑOS	Expiración Máxima	Inspiración Máxima	Diferencia	AÑOS	Expiración Máxima	Inspiración Máxima	Diferencia
6				10			
7				11			
8				12			
9							

Ficha Escolar 184. Folio 35r. Archivo de la Medicina Quito. Fondo Sanidad.

7. Bibliografía

Fondos Documentales

AHM Archivo Historia de la Medicina

AHUCE Archivo Histórico Universidad Central del Ecuador

BPUCE Biblioteca Pontificia Universidad Católica del Ecuador

BMCE Biblioteca del Ministerio de Cultura del Ecuador

BAEP Biblioteca Aurelio Espinoza Pólit

BFLACSO Biblioteca Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Fuentes Primarias

Campos, I. (4, Mayo, 1933). Informe de la visita realizada a la Escuela de Niñas “24 de Mayo.” *Informe que el director general de Sanidad eleva al señor director del ramo. 1932-1933.* Fondo Sanidad. SA0192. AHM, Quito.

Cervantes, J. (17, Mayo, 1915). Informe del señor Cervantes sobre las casas que están bajo su inspección. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia 1915.* Fondo Asistencia Pública. AP1828. AHM, Quito.

Cruz Cueva, J. (1936). *Psiquiatría Infantil.* Tesis para obtener el título en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Central del Ecuador. N° 32. AHUCE, Quito.

De Fárrandiz, F. (1937). *Informe de la visita efectuada a la Escuela de Trabajo. Decretos y Reglamentos 1937-1939. Dirección de Higiene Escolar.* Fondo Sanidad. AHM, Quito.

Dirección de Campaña Antituberculosa. (Febrero, 1935). Oficio N° 327. Se pide que se ordene a los médicos escolares realizar el examen médico a los niños de escuelas fiscales. *Oficios Recibidos.* Fondo Sanidad. SA0693. AHM, Quito.

Dirección de estudios de la Provincia de Pichincha. (1934a). Comunicación N° 145. Indicaciones para la realización de una lista de niños pretuberculosos. *Comunicaciones Dirección de Sanidad.* Fondo Sanidad. SA0868. AHM, Quito.

Dirección de estudios de la Provincia de Pichincha. (30, Enero, 1934b) Comunicación N° 56: Pide dictar providencias para evitar contagio viruela en Chillogallo. *Comunicaciones Dirección de Sanidad.* Fondo Sanidad. SA0868. AHM, Quito.

- Flores, N. (1903). Carta de la Señora Natalia Flores al presidente de la Junta de Beneficencia. *Comunicaciones Recibidas 1903-1904*. Fondo Asistencia Pública. AP0209. AHM, Quito.
- González, M. (1923). *Informe por los reclamos de los vecinos de las carreras Flores, Pereira, Luis Felipe Borja y de las otras adyacentes. Oficios Recibidos: Subdirección de Sanidad*. Fondo Sanidad. SA0741. AHM, Quito.
- Izquierdo, R. (1934). Petición de la señorita Rosario Izquierdo para la clausura temporal de la escuela predial N° 20 por presentarse casos de fiebre tifoidea. *Comunicaciones Dirección de Sanidad*. Fondo Sanidad. SA0868. AHM, Quito.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (1927). Estadísticas enero 1927 - junio 1927. Fondo Asistencia Pública. AP1743. AHM, Quito.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (9, Agosto, 1929a). Sesión ordinaria del 9 de Agosto de 1929. *Libro de Actas de La Junta Central de Asistencia Pública de Quito 1929*. Fondo Asistencia Pública. AP0088. AHM, Quito.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (23, Julio, 1929b). Sesión ordinaria del 23 de julio de 1929. *Libro de Actas de la Junta Central de Asistencia Pública de Quito 1929*. Fondo Asistencia Pública. AP0088. AHM, Quito.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (14, Enero, 1930). Sesión ordinaria de 14 de enero de 1930. *Libro de Actas de La Junta Central de Asistencia Pública de Quito 1929*. Fondo Asistencia Pública. AP0088. AHM, Quito.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (1934). Registro de pacientes del Dispensario Marzo 1934 / Enero 1935. Fondo Asistencia Pública. AP1559. AHM, Quito.
- Junta de Asistencia Pública de Quito. (23, Diciembre, 1931). Sesión del 23 de diciembre de 1931. *Libro de Actas de la Junta Central de Asistencia Pública de Quito 1930*. Fondo Asistencia Pública. AP0084. AHM, Quito.
- Junta de Beneficencia de Quito. (27, Noviembre, 1914). Sesión del 27 de Noviembre de 1914. *Libro de Actas de Sesión de 1914*. Fondo Asistencia Pública. AP1122. AHM, Quito.
- Junta de Beneficencia de Quito. (10, Abril, 1915a). Sesión del 10 de abril de 1915. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia de Quito 1915*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.

- Junta de Beneficencia de Quito. (15, Abril, 1915b). Sesión del 15 de abril de 1915. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia de Quito 1915*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.
- Junta de Beneficencia de Quito. (15, Enero, 1915c). Sesión del 15 de enero de 1915. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.
- Junta de Beneficencia de Quito. (6, Mayo, 1915d). Sesión del 6 de mayo de 1915. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia 1915*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.
- Junta de Beneficencia de Quito. (12, enero, 1920). Sesión del 12 de enero de 1920. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia 1920*. Fondo Asistencia Pública. AP1828. AHM, Quito.
- Oficina de Higiene Municipal. (1933). Informe de la Oficina de Higiene Municipal a la Comisaría de la Zona Central de Sanidad. *Informe que el director general de Sanidad eleva al señor director del ramo. 1932-1933*. Fondo Sanidad. SA0192. AHM, Quito.
- Montalvo, A. (8, Marzo, 1923). Oficio dirigido por el Presidente Municipal de Quito al Subdirector de Sanidad. *Oficios Recibidos: Subdirección de Sanidad*. Fondo Sanidad. SA0741. AHM, Quito.
- Montero, J. (1936). *Alimentación Escolar. Decretos y reglamentos relacionados con la Higiene Escolar*. Fondo Sanidad. AHM, Quito.
- Muela, J. (1903). Petición de señor José Muela al presidente de la Junta de Beneficencia. *Comunicaciones Recibidas 1903-1904*. Fondo Asistencia Pública. AP0209. AHM, Quito.
- Rivadeneira, C. (1934). *Comunicación N° 285. Contesta oficio N° 820, de 11 del presente mes. Dirección General de Sanidad Pública: Poder Ejecutivo, Legislativo y Ministerios*. Fondo Sanidad SA0210. AHM, Quito.
- Santos, R. (1932). Exposición de motivos sobre reformas a la Ley de Asistencia Pública. *Comunicaciones Dirigidas a La Dirección de Sanidad*. Fondo Sanidad. SA0682. AHM, Quito.
- Servicio de Higiene Escolar de Quito. (1925). Ficha Escolar. Fondo Sanidad. SA0285. AHM, Quito.

- Servicio Estadístico de Información Internacional. (1931). *Estadísticas del mes de Marzo de 1931. Dirección General de Sanidad Pública: Congreso, Poder Ejecutivo, Legislativo y Ministerios*. Fondo Sanidad. SA0890. AHM, Quito.
- Suárez, P. A. (1931). Opinión del Doctor Pablo Arturo Suárez en Sesión del 23 de Diciembre de 1931. *Libro de Actas de La Junta Central de Asistencia Pública 1930*. Fondo Asistencia Pública. AP0084. AHM, Quito.
- Sub dirección General de Sanidad del Ecuador. (1935). Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad e Higiene aprobado por la segunda conferencias de directores sanitarios reunida en la capital de la República. Quito. *Oficios Despachados*. Fondo Sanidad. SA0676. AHM, Quito.
- Terán, T. (1915). Reglamento interno para el Dispensario gratuito para niños pobres. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia 1915*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925a). Comunicación 310. Indicándole ciertas observaciones hechas por el Sr. Secretario de la Beneficencia con respecto a la Escuela del Orfanato. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925b). Comunicación N° 299. Que solo puede asilar en el Orfanato al niño de 3 años. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925c). Comunicación N° 308. Nombre Médico ad-honorem del Dispensario de Niños. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925d). Comunicación N° 484. Remitiéndole el Informe anual de la Junta. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925e). Comunicación N° 792. Que se puede remitir al Hospicio a los niños que le indica hasta que haya lugar en el Orfanato. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925f). Comunicación N°642. Indicaciones respecto a la enseñanza de gimnasia. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*.

- Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925g). Comunicación N°696. Páguese al Doctor M. Villacís por dos visitas médicas al Orfelinato. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925h). Comunicado N° 22: Ordena al Teniente Castillo siga dando clases de gimnasia a los niños del Orfelinato. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1925i). Libro de comunicaciones correspondiente al año de 1925 y 1926. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1926a). Comunicación N° 100. Hasta cuando se dicte el presupuesto de la Junta para 1926, pague \$150 mensuales al habilitado del Orfelinato por conservación de 10 niños en el instituto "Don Bosco. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Terán, T. (1926b). Comunicación N° 349. Se sirva indicar para concurso de títulos científicos para proveer cargos de médico del Dispensario de Niños y del Hospital de Cayambe. *Comunicaciones Recibidas Correspondientes Al Año de 1925 Y 1926*. Fondo Asistencia Pública. AP1509. AHM, Quito.
- Villamar, A. (1915). Sesión del 16 de Noviembre de 1915. *Libro de Actas de La Junta de Beneficencia de Quito 1915*. Fondo Asistencia Pública. AP1123. AHM, Quito.

Fuentes Primarias Publicadas

- Actas del Segundo Congreso Obrero Nacional. (1920). *Pensamiento Popular*.
- Alarcón, M. (1926). *Recuerdos de amor o consejos a mis hijas (la educación de la mujer)*. Quito: Tipografía y Encuadernación Salesianas.
- Albornoz, M. (1931). *Informe del Ministro de Gobierno y Previsión Social a la Nación 1930-1931*. Quito: Imprenta Nacional.
- Andrade Coello, A. (1938). *El niño*. Quito: Imprenta Ecuador.
- Andrade Marín, C. (1929). *Protección de la Infancia en el Ecuador*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Andrade Marín, C. (1932). *Lo que toda madre debe saber* (3ra ed.). Quito: Imprenta Caja del Seguro.

- Arteaga, C. A. (1923). Discurso pronunciado en la inauguración del nuevo local de la “Gota de Leche”. *Conferencias Y Discursos*. Quito: Imprenta Nacional.
- Ayora, I. (1905). Leyes Biológicas y sus aplicaciones en Patología y Terapéutica. En *Anales de la Universidad Central del Ecuador*; XIX (136), 297-306. Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Ayora, I. (1927). A las maestras. En *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (pp. IX–X). Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Bastidas, A. (1924). *Contribución al Estudio de la Protección Infantil en el Ecuador y Demografía Nacional*. Quito: Imprenta Municipal.
- Bastidas, A. (1932). *La ilegitimidad, factor de letalidad infantil*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Cabanilla Cevallos, F. (1929). *Contribución al Estudio de la Mortalidad Infantil en Guayaquil*. Guayaquil: Imprenta “El Diario.”
- Carrión, M. A. (1938). *Divulgación de Higiene*. Quito: Imprenta Caja del Seguro.
- Chacón, L. (1936, Julio). Enfermedades Escolares. *Boletín de Higiene Escolar*, 1(1), 21–23.
- Congreso de la República del Ecuador. (1914). Se dispone que la Junta Nacional de Beneficencia establezca en el Hospital General de Quito una Clínica Infantil y un Dispensario para niños pobres. *Registro Oficial*, III (636), 2293–2300.
- Congreso de la República del Ecuador. (1937a). Reforma a la Ley de Registro Civil. *Registro Oficial*, II (420-421), 321–336.
- Congreso de la República del Ecuador. (1937b). Refórmese el Art. 269 del Código Civil, sobre reconocimiento de hijos ilegítimos. *Registro Oficial*, II (420-421), 327.
- Congreso Nacional del Ecuador. (1928). Ley sobre el trabajo de mujeres, niños y protección de la maternidad. *Registro Oficial* 763. Quito: Registro Oficial.
- Congreso Nacional del Ecuador. (1938). Código de Menores. Quito: Imprenta del Ministerio de Gobierno.
- Corral, V. (1936, Julio). Breves consideraciones sobre el papel del médico escolar. *Boletín de Higiene Escolar*, 1(1), 8–12.
- Cruz Cueva, J. (1937). Nuestra infancia desvalida y delincuente. *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría Y Disciplinas Conexas*, 1(1), 9–38.

- Dávila, L. (1923). La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil. *Anales de La Universidad Central Del Ecuador*, 199–254.
- Delgado Capeans, R. (1925). *La Protección de la Infancia en el Ecuador*. Quito: Editorial Chimborazo de V, A. Cabrera.
- Departamento de Higiene Escolar. (1936, Julio). El Cumplimiento de un deber. *Boletín de Higiene Escolar*, 1(1), 1–4.
- Dirección General de Higiene Escolar. (1936). *Boletín de Higiene Escolar*. Quito: Imprenta Nacional.
- Endara, J. (1919). Psicología y Pedagogía. *Revista Del Centro de Estudiantes de Medicina*, 2(3-4), 38– 48.
- Escuela de Artes y Oficios. (1932, Marzo). Ciencia y Trabajo: Revista de la Escuela de Artes y Oficios. I. Quito: Imprenta de la Escuela de Artes y Oficios.
- Espinoza Tamayo, A. (1914). Consejos a las Madres: Cartilla higiénica de puericultura. Guayaquil: Imprenta “La Reforma.”
- Estrada Coello, J. (1931). Informe Anual de la Sociedad Protectora de la Infancia correspondiente al año 1930. Guayaquil: Imprenta Mercurio.
- Ferriere, S. (1926). Las obras de Protección a la Infancia en la América del Sur por la Señorita Suzana Ferriere. *Anales de La Universidad Central Del Ecuador*, 36(255), 189–198.
- Garcés, E. (1937). Por, para, del niño. Quito: Talleres Gráficos de Educación.
- González, M. M. (1937). *Reglamentos de la Escuela de Trabajo*. Quito: Imprenta de la Escuela de Trabajo Quito.
- Haro, J. (1937). *Las desviaciones de la conducta en la infancia*. Quito: Talleres Gráficos Nacionales.
- Himmelmann, W. (1919, Abril). La Escuela: Los edificios, el mobiliario y los útiles. *Educación: Revista Mensual*, 1(2), 41–45.
- Idrobo, M. A. (1934). *Homenaje a la Madre: obra de utilidad práctica para las madres de familia*. Quito: Talleres Gráficos Nacionales.
- Junta Central de Asistencia Pública de Quito. (1928). Informe de la Junta Central de Asistencia Pública 1928 (1927). Quito: Talleres Gráficos de “El Comercio.”
- Junta de Gobierno Provisional. (1926a). Registro Oficial 182, Ley de Asistencia Pública. Quito: Registro Oficial.

- Junta de Gobierno Provisional. (1926b). Ley de Sanidad Pública. *Registro Oficial* 242. Quito: Registro Oficial.
- López, E. (1942). *Opúsculo de Puericultura: Principios generales para el cuidado, crianza, higiene y pedagogía infantil*. Quito.
- Mateus, A. (1927). Carta de Alejandro Mateus dirigida al Dr. Carlos Sánchez, junio 11 de 1927. En *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (p. 2). Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Mil sures para mujeres que sepan cuidar a sus hijos. (1944). *Ultimas Noticias*. Quito.
- Ministerio de Educación Pública. (1932). *Informe que el Ministro de Educación Pública presenta a la Nación*. Quito: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Educación Pública. (1936). *Reglamento General de Higiene Escolar de la República*. Quito: Talleres Gráficos Nacionales.
- Ministerio de Instrucción Pública. (1924). *Informe que le Ministro de Instrucción Pública, Justicia, Beneficencia, Agricultura, etc., presenta a la Nación*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales.
- Montalvo, A. (1934). Reglamento del Comedor Escolar Gratuito. *Informe Presentado Por El Ministro de Educación Pública a La Nación*. Talleres Tipográficos Nacionales.
- Montero, J. (1936). *Alimentación Escolar. Decretos y reglamentos relacionados con la Higiene Escolar*. Quito.
- Mora y Martínez, S. (1915). Estadística y Demografía Nacionales. En *Miscelánea: trabajos para el primer Congreso Médico-Ecuatoriano* (pp. 41–61). Guayaquil: Librería e Imprenta Gutenberg.
- Mosquera, A. (1932). La realidad infantil en el Ecuador. En *La ilegitimidad, factor de letalidad infantil* (pp. I–II). Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Páez, F. (1935). Refórmese el Código Civil, determinándose la situación legal de los hijos nacidos fuera del matrimonio. *Registro Oficial*, 1(46), 16.
- Rendón de Mosquera, Z. (1948). La mujer en los diversos Organismos Humanos. En A. M. Goetschel (Ed.), *Orígenes del feminismo en el Ecuador* (pp. 103–110). Quito: FLACSO Ecuador.
- Rivadeneira, C. (1934). *Comunicación N° 285. Contesta oficio N° 820, de 11 del presente mes. Dirección General de Sanidad Pública: Poder Ejecutivo, Legislativo*

y Ministerios. Quito.

Sánchez, C. (1923). Protección a la Infancia. *Anales de La Universidad Central Del Ecuador*, XXXI(246), 58–64.

Sánchez, C. (1928). *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.

Sanz, J. P. (1942). Estado Actual de la Higiene Escolar en el Ecuador. Quito: Talleres Gráficos de Educación.

Sociedad de las Señoras de la Caridad de Quito. Estatutos de las Señoras de la Caridad de Quito (1914). Ecuador: Registro Oficial.

Suárez, P. A. (1934). *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.

Vásconez Cuvi, V. (1925). *Actividades Domésticas y Sociales de la Mujer*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales.

Villamar, L. (1934). *Informe del Ministro de Educación Pública a la Nación 1934*. Quito: Talleres Gráficos Nacionales.

Fuentes secundarias

Andrade Coello, R. (1918). Educación de la mujer. En A. M. Goetschel (Ed.), *Orígenes del feminismo en el Ecuador* (pp. 299–302). Quito: FLACSO Ecuador.

Ariès, P. (1987). El descubrimiento de la infancia. In *El niño y la vida familiar en el Antiguo régimen* (pp. 82–110). Madrid: Taurus.

Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América latina moderna. *Asclepio*, 54(2), 41–60. <http://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>

Astudillo Espinosa, C. (1981). *Páginas Históricas de la Medicina Ecuatoriana*. Quito: Instituto Panamericano de Geografía e Historia.

Ballester, R., & Balaguer, E. (1995). La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v15p177.pdf>

Bengoechea, B. G., & Pedro-Viejo, A. B. (2013). El derecho del niño a vivir en familia. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas Y Sociales*, 67(130), 175–198.

Bernabeu-Maestre, J. (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. *Revista de Demografía Histórica*, (XXI), 167–193. Recuperado de

- http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20319/1/Bernabeu_Analisis_historico_mortalidad.pdf
- Bernal, J. (2008). Investigación en alimentación y nutrición para la toma de acciones en la política pública en Venezuela. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 21(212), 91–100.
- Billorou, M. J. (2008). El surgimiento de los comedores escolares en la Pampa en crisis. *Quinto Sol*, ISSN-E 0329-2665, N°. 12, 2008, Págs. 175-200, (12), 175–200.
- Billotey, D. (1915). La mujer como educadora. Recuperado de http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/106235/Monitor_7028.pdf?sequence=1
- Birn, A.-E., Pollero, R., & Cabella, W. (2014, Septiembre 22). No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://www7.tau.ac.il/ojs/index.php/eial/article/view/929/965>
- Bisig, E. (2001). La Relación Estado Familia e Infancia en la Argentina -El Proceso de Construcción de la Infancia. *Red de Bibliotecas Virtuales de Ciencias Sociales de América Latina Y El Caribe de CLACSO*, 14. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/bisig.pdf>
- Boltanski, É. (1970). *La medicina escolar*. Barcelona: Planeta.
- Blanco, O. (2009). Biopolítica, espacio y estadística. *Ciencia Política*, (7), 26–47.
- Boltanski, É. (1970). *La medicina escolar*. Barcelona: Planeta.
- Breilh, J. (1987). *Ciudad y muerte infantil* (2da ed.). Quito: CEAS.
- Breilh, J., & Paz y Miño, J. (2011). *El proceso juliano*. Quito: Corporación Editora Nacional - Universidad Andina Simón Bolívar.
- Briolotti, A., & Benítez, S. (2014). Medicina, higiene mental y saber psi en la construcción de la maternidad y la infancia en la Argentina: un análisis a través de la revista Madre y Niño (1934-1935). *Universitas Psychologia*, 13(5), 1709–1719. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13nspe5/v13nspe5a05.pdf>
- Burnet, E. (1933). Principios de la profilaxis antituberculosa. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, (58), 235–241. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/10303>
- Catalán, N. A. V. (2002). *Historia de la pediatría chilena: crónica de un alegría*.

- Editorial Universitaria. Recuperado de https://books.google.com/books?id=eRC_uJ1i7fEC&pgis=1
- Chávez, H., & Perugachi, S. (1987). *Sanidad e Higiene de la Ciudad de Quito en los años de 1926 a 1967*. Título para obtener el título en Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Enfermería. Quito.
- Clark, K. (1995). Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910 – 1945). En M. Moscoso (Ed.), *Palabras del Silencio: las mujeres latinoamericanas y su historia*. (p. 407). Cayambe: Abya-Yala.
- Clark, K. (2005). Feminismos estéticos y antiestéticos en el Ecuador de principios del siglo XX: un análisis de género y generaciones. *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, (22), 85–105. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/1757/1/RP-22-ES-Clark.pdf>
- Clark, K. (2012). *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*. University of Pittsburgh Press.
- Cordoví Núñez, Y. (2012). Cuerpo, pedagogía y disciplina escolar en Cuba: dispositivos de control desde los discursos higienistas (1899-1958). *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, (56), 96–136.
- Cortés, J. (2001). Principales visiones sobre la construcción socio-histórica de la infancia. In *Infancia y derechos humanos: discurso, realidad y perspectivas* (p. 189). Santiago: Corporación Opción.
- Cruz Barrera, N. E. (1992). La higiene y la política sanitaria en el porfiriato. Su difusión y ejercicio en Puebla. *La Palabra Y El Hombre*, (83), 255–273. Retrieved from <http://hdl.handle.net/123456789/1576>
- Cueto, M. (2005). Instituciones sanitarias y poder en América Latina. Retrieved April 12, 2016, from <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v25/02119536v25p47.pdf>
- Cura, M. del. (2008). Los niños anormales en la España del primer tercio del siglo XX: La construcción psico-pedagógica de una nueva categoría infantil. In R. Huertas (Ed.), *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal* (p. 366). Barcelona: Editorial CSIC.
- De Alcántara, P. (2003). *Tratado de higiene escolar: guía teórico-práctica*. Recuperado Abril 13, 2016, de <http://biblioteca.org.ar/libros/89682.pdf>
- De Uzcateguá, M. (1952). *Apuntes para una historia de la Protección y los Servicios*

- Sociales en el Ecuador*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- Delgado, B. (2000). *Historia de la Infancia*. Barcelona: Ariel.
- Delgado García, G. (1998). Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24(2), 110–118. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Demause, L. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza.
- Donzelot, J. (1987). El complejo tutelar. In *La policía en las familias* (pp. 99–168). Madrid: Anagrama. Recuperado de <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/El-complejo-tutelar.pdf>
- Durkheim, É. (1975). *Educación y sociología*. (J. Muls, Ed.). Barcelona: Península.
- De La Torre, P. (1996). El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Procesos, Revista Ecuatoriana de Historia*, (8), 20. Recuperado de http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/1253/1/RP-08-ES-De_la_Torre.pdf
- Estrella, E. (1980). *Medicina y Estructura Socio-Económica*. Quito: Belen.
- Estrella, R. (2013). *Breve historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión.
- Febvre, L. (1974). *Combates por la historia* (3rd ed.). Barcelona: Ariel.
- Flor Aguayo, J. (2012). *Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años atendidos en el dispensario médico parroquial y la guardería “Días Felices” del cantón Yaguachi*. Universidad de Guayaquil. Recuperado de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1134/1/Medidas_educativas_para_la_prevenccion_de_desnutricion_en_menores_de_5_años_,_Dra._Jina_Flor_A..pdf
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fustillos Toapanta, M. I. (2015). La visión de la educación bethlemita de la comunidad en Tulcán: perspectiva histórica. Tesis para obtener el título Maestría en Administración Educativa, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Área de Educación. Quito.
- García Méndez, E. (1994). La Legislación de menores en América Latina: Una doctrina en situación irregular. En *Derecho de la Infancia y Adolescencia en América*

- Latina: de la situación irregular a la protección integral*. Brasilia: UNISEF.
- García, J. C. (1981). Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educación, Medicina Y Salud*, 15(1), 75–118. Recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3175/Educacion medica y salud \(15\), 1.pdf?sequence=1#page=75](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3175/Educacion_medica_y_salud_(15),_1.pdf?sequence=1#page=75)
- García, J. C. (2016). La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1).
- García, V. (1987). *El menor ante el delito*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Jurisprudencia, Facultad de Jurisprudencia, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito
- Gavilanes, R. (2007). *Análisis de los Sistemas de Atención Infantil. Caso Programa de Operación de Rescate Infantil-Programa Nuestros Niños*. Tesis para obtener el título de Maestría en Políticas Públicas y Gestión, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Quito
- Goetschel, A. M. (1999). Educación e imágenes de la mujer en los años treinta: Quito-Ecuador. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 3(28), 401–410. Recuperado de [http://www.ifeanet.org/browsers/envio_pdf.php?url=http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/28\(3\)/401.pdf&peso=621280§or=Google](http://www.ifeanet.org/browsers/envio_pdf.php?url=http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/28(3)/401.pdf&peso=621280§or=Google)
- Goetschel, A. M. (2002, August). Familia y educación doméstica. Quito en la primera mitad del siglo XX. *Ecuador Debate*, 73–86.
- Goetschel, A. M. (2007). *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas: Quito en la primera mitad del siglo XX*. (FLACSO, Ed.) (1° ed.). Quito.
- Gómez, C. A. (2012, Septiembre 1). Puericultura, higiene y control natal. La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922. *Revista Historia Autónoma*. México D.F. Recuperado de <https://revistas.uam.es/historiaautonoma/article/view/424>
- Hallo, D. (2015). Mortalidad Infantil en el Ecuador. Recuperado Marzo 4, 2016, de <http://es.scribd.com/doc/94098372/Mortalidad-Infantil-en-El-Ecuador#scribd>
- Harari, R., Ghersi, R., & Comi, N. (2000). *Trabajo y salud en Ecuador. Antecedentes, experiencias y perspectivas*. Quito: Abya-Yala. Recuperado de [http://dspace.unm.edu/bitstream/handle/1928/12943/Trabajo y Salud en](http://dspace.unm.edu/bitstream/handle/1928/12943/Trabajo_y_Salud_en)

- Ecuador.pdf?sequence=1
- Heredia, M. (1949). *La Gota de Leche*. Tesis para obtener el título de Licenciado de Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.
- Higgins, J. (1941). *La tuberculosis en el Ecuador*. Quito. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/13275/v21n2p126.pdf?sequence=1>
- Huertas, R. (1998). Niños degenerados. Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio siglo (*). *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, (18), 157–179.
- Huertas, R. (2008). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Editorial CSIC. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=IhNXHZ7E_y0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Instituto Interamericano del Niño, la N. y A. (2005). *Congreso Panamericano Del Niño*. (I.-A. C. Institute., Ed.). Montevideo.
- Jiménez de Asúa, L. (1984). *Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia*. (7th ed.). Buenos Aires: Depalma.
- Kemp, G. (1928). Higiene Escolar. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 7(7), 804–807. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/13746>
- Kingman Garcés, E. (2008). *La ciudad y los otros: Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Kingman Garcés, E. (1996). De la beneficencia de antaño a la auténtica caridad (Estudios). *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, 99–117. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/1248>
- Landázuri Camacho, M. (2004). *Juana Miranda, fundadora de la maternidad de Quito*. Quito: Banco Central del Ecuador.
- Landázuri Camacho, M. (2008). *Salir del Ecierro: Medio siglo del Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”*. Quito: Banco Central del Ecuador.
- Lis, I. P., & Rodrigo, C. R. (2002). *Redimir la inocencia. Historia, marginación infantil y educación protectora*. Santiago de Chile: Universitat de València. Recuperado de https://books.google.com/books?id=1HP-IWS_id8C&pgis=1

- López, E. (1942). *Opúsculo de Puericultura: Principios generales para el cuidado, crianza, higiene y pedagogía infantil*. Quito.
- López, J. M. (2000). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza.
- Luna Tamayo, M. (2005). La moral y la identidad de los ecuatorianos en los textos escolares de inicios del siglo XX. En *Los manuales escolares como fuente para la historia de la educación en América latina* (pp. 127–142). Madrid: Editorial UNED.
- Luna Tamayo, M. (2008). Trabajo Infantil y Educación en el Primer Código de Menores en el Ecuador, 1900-1940. *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, 57–74.
- Luna Tamayo, M. (2013). Estudio introductorio: Crisis y cambios de la economía ecuatoriana de los años 20. En *Crisis y cambios de la economía ecuatoriana de los años 20* (pp. 17–45). Quito: Banco Central del Ecuador.
- McGraw, J. (2007). Purificar la Nación: eugenesia, higiene y renovación moral racial de la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930. *Revista de Estudios Sociales*, (27), 62–75.
- Mac-Lean y Estenos, R. (1951). La Eugenesia en América. *Revista Mexicana de Sociología*, 13(3), 359. Recuperado de <http://doi.org/10.2307/3537669>
- Mendia, R. (1991). Los orígenes del educador social: aproximación histórica en Euskadi. En *El Educador Social: presente y futuro*. Bilbao: Los libros de la Catarata.
- Montero Pedrera, A. M. (1998). Origen y desarrollo de las escuelas de artes y oficios en España. *Historia Y Educación*, (17), 319–330.
- Moreu, Á. (2002). Los Orígenes de la Psicopedagogía: El concepto y el término. *REOP*, 17–29.
- Moreno, K. (2016). *El Concepto de Degeneración en la Medicina Social Ecuatoriana 1900-1940; la Práctica Eugenésica como posible salida a una “Sociedad en Proceso Degenerativo.”* Tesis para obtener el título de Sociología, Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Naranjo, P. (2005). *La Revolución Juliana y el Gobierno de Ayora*. (Crear Gráfica, Ed.).

- Quito: Comisión Nacional Permanente de Conmemoraciones Cívicas.
- Noguera, C. E. (2002). Los manuales de higiene: instrucciones para civilizar al pueblo. *Revista Educación Y Pedagogía*, XIV (34), 227. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13nspe5/v13nspe5a05.pdf>
- Oficina Sanitaria Panamericana. (1934). Bienestar de la Madre y del Niño. *IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, 91. Recuperado de http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CSP/CSP9_2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1955). *Administración de los servicios de Higiene Maternoinfantil. Segundo Informe del Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil*. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37272/1/WHO_TRS_115_spa.pdf
- Pacheco, P. P. V. (2014). Un proyecto de modernidad católico: el Ecuador de García Moreno, *I*(2), 155–182.
- Paladines, C. (1998). *Historia de la educación y del pensamiento pedagógicos ecuatorianos*. Quito: Ediciones UPS.
- Palma, H. A. (2005). Consideraciones historiográficas, epistemológicas y prácticas acerca de la eugenesia. In M. Miranda & G. Vallejo (Eds.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. (pp. 115–145). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Palma, H. A. (2008). Eugenesia y Educación en la Argentina. In A. Carbonetti & R. González Leandri (Eds.), *Historias de salud y la enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX* (pp. 231–152). Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-CONICET.
- Palma, H. A., Gómez, J. A., & Vincenzo, D. (2009). Biotipología, eugenesia y orden social en la Argentina de 1930 a 1943. *Eä-Journal*, *1*(2), 21.
- Pardo, J. (2008). La expresión de la biopolítica: dos momentos en la historia contemporánea; la Puericultura de fines del siglo XIX en Chile y la discusión eugenésica liberal de Habermas en la Alemania del siglo XXI. *Revista Enfoques*, *VI*(9), 263–274.
- Paredes Borja, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pareja Diezcanseco, A. (1991). *Breve historia del Ecuador* (Vol. 2). Quito: Planeta.
- Pavez Soto, I. (2012). Sociología de la Infancia : las niñas y los niños como. *Revista de*

Sociología N° 27, 27, 81–102.

- Paz y Miño, J. (2010, Abril). Breve descripción del desajuste político y económico entre 1925-1947: de la Revolución Juliana a “La Gloriosa.” *Boletín Del Taller de Historia Económica*, (3), 7. Recuperado de http://puce.the.pazymino.com/DESAJUSTE_1925-1947.pdf
- Paz y Miño, J. (2013). *La Revolución Juliana en Ecuador (1925-1931). Políticas Económicas*. Quito: Ministerio Coordinador de Política Económica.
- Peluffo, L. A. (1930). Higiene Dental Escolar. *Monitor de la Educación Común*, 25–36. Recuperado de http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/108754/Monitor_9296.pdf?sequence=1
- Piaget, J. (1972). *El lenguaje y el pensamiento en el niño : estudio sobre la lógica del niño*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Pinto, M. M. (1909). Carta del señor Manuel María Pinto al presidente de la Junta de Beneficencia. *Libro de Comunicaciones Recibidas*. Quito.
- Peña, M. (2012). El niño como sujeto: El caso de la Infancia y niñez en Chile en el siglo XX, 10.
- Pollock, L. (1993). *Los niños olvidados: : relaciones entre padres e hijos de 1500 a 1900*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Réboli, D. F. (1930). Higiene Escolar. Recuperado de <http://repositorio.educacion.gov.ar:8080/dspace/handle/123456789/108843>
- Restanio, A. (1925). Higiene escolar : [el edificio escolar], 132– 136. Recuperado de <http://repositorio.educacion.gov.ar:8080/dspace/handle/123456789/107984>
- Rodas Chaves, G. (2006). *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX*. Quito. Recuperado de [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3813/1/PI-2006-02-Rodas-Las enfermedades.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3813/1/PI-2006-02-Rodas-Las%20enfermedades.pdf)
- Rodas Chaves, G. (2011). Visión histórica de la antinomia salud-enfermedad Enfermedades en Quito y Guayaquil Siglos XIX y XX. In C. Gangotena (Ed.), *Aportes para la interculturalidad en la salud*. (pp. 123–142). Quito: Universidad Andina “Simón Bolívar.” Recuperado de [http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Vision historica de la antinomia salud-enfermedad.pdf](http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Vision%20historica%20de%20la%20antinomia%20salud-enfermedad.pdf)

- Rodríguez-Ocaña, E., Ortiz Gómez, T., & García-Duarte Ros, O. (1985). Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España. *JANO: Medicina Y Humanidades*, 24(663-H), 1066–1072. Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/23350/1/Esteconsultorios_lactantes.pdf
- Román, M. (2010). *Eugenesia y puericultura. La higiene y la salud materno-infantil en el primer Congreso Mexicano del Niño de 1921. Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México, 1876-1930*. Tesis para obtener el título de Maestría en Historia, Facultad de Historia, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Rubio Vela, A. (1990). Infancia y marginación. En torno a las instituciones trecentistas valencianas para el socorro de los huérfanos. *Revista D'història Medieval*, (1), 111–153.
- Rubio Vela, A., & Consuelito Tino, A. (1982). La asistencia hospitalaria infantil en la Valencia del siglo XIV: pobres, huérfanos y expósitos. *DYNAMIS. Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 2, 159–191.
- Rubio, G. (1948). *Servicios e Instituciones Sociales en el Ecuador*. Quito: Talleres Gráficos Nacionales.
- Sáenz Obregón, J., Saldarriaga, O., & Ospina, A. (1997). *Mirar la Infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946* (Vol. 2). Bogotá: Colciencias.
- Santos Sancristán, M. (2008). Los inicios de la protección a la infancia en España (1873- 1918). Murcia: IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica. Recuperado de [http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los inicios de la proteccion infancia.pdf](http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los_inicios_de_la_proteccion_infancia.pdf)
- Satriano, C. (2008). El lugar del niño y el concepto de infancia. *Extensión Digital: Revista de La Secretaria de Extensión Universitaria - Facultad de Psicología.*, 3, 1–6. Recuperado de <http://extensiondigital.fpsico.unr.edu.ar/files/satriano-n3-2008.pdf>
- Scarzanella, E. (1998). Criminología, Eugenesia y Medicina Social en el debate entre científicos argentino e italianos (1912-1941). En H. Cancino Troncoso & C. de Sierra (Eds.), *Ideas, cultura e historia en la creación intelectual latinoamericana, siglos XIX y XX* (p. 464). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Schonhaut, L. (1930). *Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría*.

- Revista Chilena de Pediatría*, 1(4), 213–216. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n1/art12.pdf>
- Sigerist, H. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=bdNTyh_wgUkC&oi=fnd&pg=PA7&dq=historia+de+la+salud+publica&ots=NA0t6en1ux&sig=GQhdnYatndx1O tga92D-h2bwwiM
- Sinardet, E. (1999). La preocupación higienista en la Educación ecuatoriana en los años treinta y cuarenta. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 28(3), 411–432.
- Sowell, D. (2001). *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira: Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-century Andes*. Washington D.C: Rowman & Littlefield.
- Spicker, P., Alvarez Leguizamón, S., Por, T., & Marcelo Ibarra Sonia Alvarez Leguizamón, P. (2009). *Pobreza: Un glosario internacional / edición literaria a cargo de*. (P. Spicker, S. Alvarez, & D. Gordon, Eds.). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO.
- Suárez Araméndiz, M. A., & Monsalvo Mendoza, E. A. (2013). La higiene y el progreso. La institucionalización de la burocracia sanitaria en Manizales. 1920-1940. *Anuario de Historia Regional Y de Las Fronteras*, 99–125. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rahrf/v18n1/v18n1a06.pdf>
- Terán Najas, R. (2006). La Educación Laica y El Proyecto Educativo Velasquista en El Ecuador, 1930-1950. *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, 23, 39–55. Recuperado de <http://revistaprocesos.ec/ojs/index.php/ojs/article/view/218/287>
- Trueba, Y. de P. (2014). Familias pobres, niñas y benefactoras. Estrategias y expectativas en el centro y sureste de la provincia de Buenos Aires a principios del siglo xx. *Revista Páginas; Vol. 6, Núm. 12 (2014): LA CONSTRUCCIÓN COTIDIANA DE LO JUSTO. TRABAJO, DERECHOS Y GÉNERO. ARGENTINA, SIGLO XX; 27-40, 6(12), 27–40*. Recuperado de <http://200.3.120.225/bitstream/handle/2133/4634/376-1462-1-PB.pdf?sequence=1>
- UNESCO. (2011). *Políticas Públicas para la Infancia*. (F. Cousiño & A. M. Foxley, Eds.). Santiago de Chile: Comisión Nacional Chilena de Cooperación; UNESCO. Recuperado de

[http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/politic
aspublicas.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/politic
aspublicas.pdf)

- Vaca, V. H. (n.d.). *La prostitución en el Ecuador*. Quito: Editorial Universitaria.
- Valencia Flores, J. L. (2005). *Análisis estadístico multivariado para determinar el tipo de formación que brindan los colegios de la ciudad de Guayaquil*. Tesis para obtener el título de Licenciado, Departamento de Ciencias Matemáticas, Escuela Superior Politécnica del Litoral. Guayaquil. Recuperado de <http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/5892>
- Valenzuela, D. H. (2015). La Problemática de la Orfandad en el Chile del Siglo XIX. Una mirada al rol del Estado. *Revista de Gestión Pública*, IV(1), 25–42.
- Vallejo, S. (1995). *El Hogar de Tránsito de Quito: una alternativa institucional de rehabilitación para adolescentes infractores?* Tesis para obtener el título de Licenciatura en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.
- Varela, J., & Álvarez-Uría, F. (1991). *Arqueología en la Escuela*. Madrid: Ediciones Endymion.
- Vásquez Quezada, M. E. (2011). *Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito*. Tesis para obtener el título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Estudios de Género y Desarrollo, Departamento de Estudios de Género y la Cultura, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Sede Ecuador. Quito.
- Velasco, M. (2011). La salud de la población: medio siglo de cambios. In *Estado del país: Informe cero-Ecuador 1950-2010* (pp. 323–342). Quito: FLACSO Ecuador.

Consultas en internet

- Áviles Pino, E. (2016). Victoria Vasconez Cuvi. Recuperado Enero 29, 2017, de <http://www.encyclopediadelecuador.com/personajes-historicos/victoria-vasconez-cuvi/>
- Bruckmann, M., & Dos Santos, T. (2008). Los movimientos sociales en América Latina: un balance histórico. Recuperado Julio 6, 2016, de <http://www.cetri.be/Los-movimientos-sociales-en?lang=fr>