



Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932

*Prevention rather than cure:
the emergence and first stage
of the Centros de Higiene
Infantil in Mexico City,
1922-1932*

Mercedes Alanís

Posdoctorante, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina/
Facultad de Medicina/Universidad Nacional Autónoma de México.
Calle Jade #31, entre calles Joyas y Tesoro, Colonia Estrella,
Delegación Gustavo A. Madero
CP 07810 – México – México
mercedesalanis21@gmail.com

Recebido para publicação em agosto de 2012.

Aprovado para publicação em agosto de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015005000004>

ALANÍS, Mercedes. Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.391-409.

Resumen

Este trabajo aborda las principales características del surgimiento y primeros diez años de funcionamiento de los Centros de Higiene Infantil, establecimientos dependientes del Departamento de Salubridad Pública desde 1922 en la Ciudad de México y que tuvieron como objetivo atender a las madres, desde el periodo de gestación, y a los niños, desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Revisa las acciones que dieron origen a este proyecto y su consolidación. Analiza la estructura de estos Centros, las características de las madres y los niños que atendieron, así como las funciones que realizaron médicos y enfermeras enfatizando la noción de prevención de las enfermedades infantiles, para finalmente mostrar un primer balance acerca de los alcances y limitaciones que tuvieron.

Palabras clave: Centro de Higiene Infantil; atención médica; enfermeras visitadoras; salud infantil; cuidados maternos.

Abstract

This article deals with the main features of the emergence and first ten years of the Centros de Higiene Infantil, facilities run by the Departamento de Salubridad Pública from 1922 on in Mexico City with the goal of providing care for mothers from pregnancy onwards and children from birth to two years of age. It reviews the actions that gave rise to this project and how it became established. It analyzes the structure of these centers, the characteristics of the mothers and children seen there and the functions performed by doctors and nurses, stressing the notion of preventing childhood illnesses, and ends with a first assessment of the effects and limitations of these centers.

Keywords: Centro de Higiene Infantil; medical care; visiting nurses; child health; maternal healthcare.

“El Centro de Higiene Infantil tiene por misión cuidar de la salud de los niños, aconsejara las madres y enseñarles la mejor manera de atenderlos, de evitar las enfermedades infantiles y de formarlos sanos y vigorosos para que sean el orgullo de su familia, de su Estado y de su Patria” (Cartas..., 1935). Estas fueron las palabras con las que concluyó una serie formada por doce cartas escritas en 1935 por el Departamento de Salubridad Pública que tuvieron la finalidad de ser entregadas a las madres una vez que nacía su hijo, una cada mes, para que recibieran consejos sobre el cuidado del pequeño durante su primer año de vida. Estas palabras sintetizan de manera clara los objetivos y el sentir de uno de los proyectos más trascendentes, aunque aún poco estudiado, que tuvo lugar entre 1922 y finales de los años 1940, para mejorar la salud materna e infantil en México: los Centros de Higiene Infantil.

A partir de la década de 1920, al término de la lucha armada revolucionaria mexicana y con el país más pacificado, las autoridades se interesaron en que los gobiernos emanados del movimiento revolucionario actuaran para que la población mexicana estuviera sana. En particular, centraron sus esfuerzos en la salud materna e infantil, por lo que se comenzó a articular una mayor atención asistencial hacia este grupo de la población en el país. Ésta comenzó con propuestas elaboradas desde distintos foros que plantearon la ampliación de los servicios médicos que se brindaban a madres y niños pequeños en los dispensarios médicos, cabe mencionar que para principios de la década de 1920 eran escasos.

El presente escrito se centra en un aspecto de esa atención médica materna e infantil, en las principales características del surgimiento, organización, personal y actividades que tuvieron lugar durante los primeros diez años de funcionamiento de los Centros de Higiene Infantil, principalmente en la capital del país como parte del proceso de institucionalización de la atención médica materna e infantil de México, tomando como eje las labores que se articularon desde el Departamento de Salubridad Pública, organismo que elaboró buena parte de los discursos y de los proyectos de salud que se centraron en el grupo que consideraron un pilar importante de la población y a la vez uno de los más vulnerables a la enfermedad y la muerte: el materno infantil. Aquel que abarcó a las madres, desde el periodo de gestación, y a los niños, desde el nacimiento hasta los dos años de edad.

Este sector de la población presentaba altos índices de mortalidad. Una tarea prioritaria de las autoridades de salubridad fue disminuirlos. Cuestión que se puede apreciar también en otros países latinoamericanos, como Costa Rica, Chile o Uruguay, por señalar algunos ejemplos (Velázquez, 2010; Zárate Campos, Godoy Catalán, 2011; Birn, 2006). Fue así como las autoridades gubernamentales, junto con grupos de profesionistas como los médicos, entretejieron discursos y acciones que cristalizaron en la institucionalización y generalización de normas, reglas y preceptos que en este texto se analizan por medio de una revisión, sobre todo en diversas fuentes primarias, para conocer la estructura de los Centros de Higiene Infantil, (en adelante CHI), sus principales funciones, reflexionar en torno a sus alcances y limitaciones y brindar una primera aproximación sobre cuál fue su impacto en la salud materna e infantil en la década de estudio.

Surgimiento y expansión de los Centros de Higiene Infantil

Esteban Rodríguez Ocaña (2003, p.27-28) ha señalado que desde las últimas décadas del siglo XIX se posicionó al niño en el centro de diversas políticas en las que se mezclaron “aspectos económicos y poblacionales, las preocupaciones raciales, los cambios sentimentales ... y el amor maternal”. En este proceso, la medicina “desempeñó un lugar relevante, contribuyendo a estructurar el nuevo mundo infantil”. Consideramos, al igual que Rodríguez, que, en efecto, la amplia labor de los médicos en distintos foros contribuyó decisivamente en la construcción de un modelo de infancia que repercutió en el siglo XX.

De los diversos agentes que se involucraron en la protección y asistencia de la niñez, tanto en diversos países europeos como del continente americano, tales como funcionarios gubernamentales, abogados, ingenieros y profesores, los médicos destacaron durante las primeras décadas del siglo XX por medio de sus avances en la higiene, la puericultura, la pediatría y la eugenesia. Como señala la historiadora colombiana, Susana Romero (2007, p.617-618), esto implicó que los debates internacionales introdujeran “una incipiente noción sobre los niños como sujetos de derecho; en un comienzo ese derecho era el de recibir la protección de instituciones públicas y privadas contra la explotación laboral y para la obtención de mejores condiciones de salud”.

En este contexto, durante las primeras décadas del siglo XX, en México, los médicos conformaron un grupo de profesionistas que, por una parte, gozó de los privilegios ofrecidos por el sistema de educación nacional – impulsado y apoyado por el Estado – que les permitió lograr avances científicos, actualizar sus conocimientos y fortalecer el inicio de las especializaciones médicas, como fue el caso de la pediatría. Por otra parte fue un grupo que prestó sus servicios al Estado en diversos establecimientos públicos que atendían a la población materna e infantil.¹ Tal fue el caso en febrero de 1921, cuando retomando experiencias de las últimas décadas del siglo XIX, como ha estudiado Carrillo (1999, 2005), se realizó uno de los primeros esfuerzos para “colaborar activa y eficazmente en bien de la salud de los niños” por medio de la creación del Servicio de Higiene Escolar, instrumentado por el Departamento de Salubridad Pública para trabajar en conjunto con los ayuntamientos y las escuelas existentes en el Distrito Federal (Malda, 1921, p.150-151).

Esta propuesta respondía a un interés que se vivía en diversos países respecto a los niños: “Nunca como ahora, la protección de la infancia, sobre todo en su primera edad, constituye una de las principales preocupaciones de los gobiernos” (Guajardo, 1921, p.364). Sentir que guio el desarrollo del Segundo Congreso Internacional para la Protección de la Infancia que se llevó a cabo en Bélgica, en junio de 1921.

Entre los variados temas y propuestas que se abordaron en este foro, llamó la atención de los médicos Eusebio Guajardo y Rafael Santamarina – delegados mexicanos al mismo – “la opinión generalizada de los asistentes de que uno de los medios más eficaces para reducir la mortalidad infantil era proteger a los niños en su primera infancia por medio de consultorios de niños de pecho, con sus anexos “gotas de leche” y un pequeño dispensario para suministrar algunos medicamentos a los niños enfermos”. Además de la formación de enfermeras para higiene maternal e infantil (o visitadoras de la infancia), “consideradas

como las mejores auxiliares del médico en la propaganda y en la enseñanza práctica de la puericultura” (Guajardo, 1921, p.363, 372).

El doctor Guajardo opinó que si este modelo se había llevado a la práctica con buenos resultados en ciudades como París, sería

de desearse que entre nosotros, en toda la extensión de nuestra República, se generalicen los consultorios para niños de la primera infancia, medio de los más eficaces para contrarrestar la terrible mortalidad infantil ... Son nuestros deseos que los datos sean de alguna utilidad a nuestra Patria y que de alguna manera se haga algo práctico entre nosotros, en bien del mejoramiento en el que únicamente radica nuestro porvenir.²

Y efectivamente, este modelo de consultorios materno infantiles atendidos por médicos y enfermeras visitadoras constituyó un elemento medular en el modelo de atención médica infantil a lo largo de las décadas de 1920-1940, primero en la ciudad de México y posteriormente en distintos estados de la República, que como hemos señalado este escrito sólo se centra en sus primeros años.

La puesta en marcha de los CHI respondió en buena medida a estas sugerencias, así como las que se expresaron en el Primer Congreso Mexicano del Niño que se llevó a cabo en la capital de la República Mexicana a finales de 1920 y principios de 1921. El médico Isidro Espinosa de los Reyes (1921, p.29-33) presentó el trabajo “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en el que propuso fundar, en la ciudad de México, clínicas de pre y post natalidad, con el fin de proteger al niño, aumentar los índices de natalidad y mejorar las condiciones físicas de los nacidos. Así, unos meses posteriores a la realización de este Congreso, el Departamento de Salubridad Pública, del que los médicos Gabriel Malda y Alfonso Pruneda eran jefe y secretario, respectivamente, aceptó esta propuesta y comisionó precisamente a Isidro Espinosa para visitar clínicas de esta índole en Estados Unidos (Relatoría..., 1930).

Al regreso de dicha comisión se le encargó la organización, instalación y dirección de la primera clínica que abrió sus puertas en noviembre de 1922 y se le denominó Centro de Higiene Infantil Eduardo Liceaga. Este CHI tenía como fin “combatir con más eficacia la morbilidad y la mortalidad infantil” y vigilar el “desarrollo de esta ardua labor de profilaxis y de protección a la infancia en la República” (Stern, 2002, p.301). Al poco tiempo este CHI fue insuficiente para atender a quienes solicitaban consulta, por lo que fue preciso establecer un segundo CHI, llamado “Manuel Domínguez”, que se inauguraba en septiembre de 1923.

Por varios años estos dos CHI, que se ubicaron en el centro de la ciudad de México, ofrecían consultas a mujeres embarazadas y sus niños en los dos primeros años de vida. En 1929, con motivo de una reorganización dentro del Departamento de Salubridad Pública, se estableció el Servicio de Higiene Infantil y quedó bajo la dirección de Espinosa de los Reyes. Ese mismo año, se creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, una asociación presidida por la esposa de Emilio Portes Gil, presidente de la República. Dicha Asociación privada conjuntó esfuerzos de grupos de particulares y de organismos públicos con el fin de proteger a la infancia mexicana. En sus inicios la Asociación tuvo un amplio radio de acción, por lo que supervisaba y promovía las labores de los CHI, aunque eran parte de la estructura y recursos del Departamento de Salubridad Pública. Los CHI cobraron auge y en mayo de 1929 se inauguraron cinco más. En la colonia de Peralvillo entró en funciones

el Centro Juan Duque de Estrada. Poco después abrió sus puertas el Centro Francisco de P. Carral, en la colonia de Santa María. El quinto Centro llevó el nombre de “Luis E. Ruiz” y se ubicó en la calzada de Balbuena. Dicho Centro contaba además con un comedor maternal, destinado a ministrar a las mujeres embarazadas, carentes de recursos, un alimento durante el día. El sexto Centro se llamó Juan María Rodríguez y se ubicó en la colonia de los Doctores. Finalmente, el Centro Manuel Gutiérrez se instaló en la colonia Anáhuac.³

La ubicación de estos Centros de Higiene Infantil en la ciudad de México no fue casual, sino que se erigieron precisamente en aquellos sitios en los que había mayor densidad de población y generalmente de escasos recursos. En suma, en “las barriadas más populosas y pobres” – retomando las palabras del médico Ignacio Chávez. Por otra parte es importante señalar que la ubicación de los CHI también siguió la organización territorial del Distrito Federal, por lo cual se establecieron en las municipalidades y delegaciones (Hernández Franyuti, 2008, p.183-184). Así, para 1930 ya funcionaban Centros de Higiene Infantil en las delegaciones Azcapotzalco, Guadalupe Hidalgo, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Mixcoac, San Ángel, Tacuba, Tacubaya, Tlalpan y Xochimilco. De acuerdo con los informes oficiales funcionaban “con notables resultados” (Informe..., 1930, p.25-26).

Se instalaron Centros de Higiene y sub comités de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia en varios estados de la República para extender el campo de acción, principalmente aquellos en que ya había una estructura sanitaria: en Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Hidalgo, Puebla, Michoacán, Jalisco, Morelos, Guerrero, Chiapas, Tabasco, Yucatán, Veracruz, Durango, Tlaxcala, Nayarit y Colima (México, 1930, p.11).

Estructura de los Centros de Higiene Infantil

Isidro Espinosa expresó, con motivo de la inauguración del primer CHI en 1922, que esperaba

fuera un núcleo de donde partieran las enseñanzas de las prácticas de higiene, tendientes a mejorar las condiciones higiénicas de la habitación y del individuo, aprovechando la concurrencia de madres embarazadas y de niños asistentes a las consultas de postnatalidad para divulgar, durante el tiempo de estancia en la clínica, las enseñanzas higiénicas al mismo tiempo que por medio de las visitadoras sociales, se llegaba al domicilio de las mismas, la enseñanza práctica de los métodos de higiene, para mejorar las condiciones físico-sociales de la comunidad (Relatoría..., 1930).

Al revisar la documentación que se conserva sobre los CHI, uno se puede percatar de que efectivamente, desde su creación, se plantearon, en dos espacios, metas ambiciosas para mejorar las condiciones de salud de la población materna e infantil. Por un lado funcionaron como el espacio público en que médicos y enfermeras brindaban asistencia médica a mujeres y niños que acudían a consulta. Por otro lado, más allá del espacio público, al llegar hasta el espacio privado del hogar cubrieron una función social al brindar enseñanzas de higiene y puericultura.

Los CHI brindaban dos servicios. La consulta prenatal y la consulta postnatal. A la cabeza se encontraba el director, un médico especialista en puericultura y pediatría que, además de las consultas, dirigía el trabajo del personal administrativo, de los médicos, enfermeras visitadoras

y parteras tituladas. Personal que se encargaba de la consulta a mujeres embarazadas, a niños pequeños y del servicio de laboratorio (México, 1989, p.44).

El servicio de higiene prenatal atendía a mujeres embarazadas, quienes debían presentarse periódicamente para ser atendidas en las mejores condiciones de aseo personal que pudieran. Una vez que recababan sus datos personales desde la primera consulta, les tomaban rutinariamente la presión arterial, una muestra de orina – para conocer los niveles de albúmina y glucosa para descartar enfermedades como la diabetes –, una muestra de sangre para practicar la reacción de Wassermann y determinar si tenían sífilis y por lo tanto necesitaban tratamiento médico.

En el servicio de higiene postnatal se revisaba periódicamente a los bebés, desde el momento de su nacimiento hasta los dos años de edad. Los pesaban y vigilaban su crecimiento, particularmente el régimen de alimentación, higiene personal y de la habitación y aplicación de vacunas. Este servicio contaba con el apoyo de la provisión de leche o las llamadas “gotas de leche”. Ambos servicios buscaban conservar la buena salud de las madres, prepararlas para el momento del parto – que se les insistía fuera asistido por personal de salubridad – y vigilar la salud de los niños pequeños. Esto con el objetivo de fondo de disminuir los índices de mortalidad infantil.

Sin embargo, con frecuencia las mujeres dejaban de asistir a las consultas en ambos consultorios y por lo tanto la labor de los CHI estaba limitada. Fue así como las enfermeras visitadoras se convirtieron en el vínculo entre el espacio público de los CHI y el privado de los hogares. Su principal función era localizar en sus domicilios a aquellas mujeres que habían dejado de asistir a las consultas para entablar un diálogo y seguir impartiendo consejos de higiene, averiguaban los motivos de las faltas, sugerían cambios en el orden social o moral, y sobre todo, las convencían sobre las ventajas de regresar a las consultas para su control, de seguir los tratamientos para la sífilis, de tener el parto en un hospital y de revisar el crecimiento de los infantes.

Desde un inicio estos CHI brindaron atención médica gratuita a aquellos amplios sectores de la población que por su condición económica no contaba con los recursos necesarios para pagar consultas médicas privadas. De allí que la propaganda enfatizara que los servicios que brindaban eran gratuitos. Se recalca que si no se tenían los medios para pagar consultas médicas se visitarían los CHI. Otra ventaja que los médicos encontraron en estos establecimientos era que en un solo espacio se atendían a dos grupos de edad, lo cual debía alentar a las mujeres para asistir junto con sus pequeños, tal como expresó el médico Rafael Carrillo, director del Centro Manuel Domínguez.

Dadas las condiciones económicas del público que concurre a los Centros de Higiene, donde las madres menesterosas y trabajadoras no pueden acudir a dos instituciones distintas (Centros de Higiene y Dispensarios) para tratar a su hijo y a ellas mismas, por falta de dinero para transportarse o porque no disponen de tiempo porque algunas de ellas son sirvientas, tengo la convicción de que atendiendo a la madre y a su hijo en el Centro hacemos una obra benéfica (Oficio..., 1929c, f.7).

Pero no bastó con que se contara con una estructura y personal especializado para atender a esas madres que describió Rafael Carrillo. Estos CHI tuvieron que hacerse “visibles” para la población. En varios de los edificios donde se albergaron colocaron rótulos con letras grandes

que indicaban que allí se daban consultas gratis a mujeres embarazadas y a niños menores de dos años, para que fueran notorios a los vecinos y transeúntes. El siguiente recurso fue repartir – de acuerdo con los registros del Departamento de Salubridad – cientos de hojas de propaganda en los alrededores de estos establecimientos.

Los diversos informes y memorias oficiales que dan cuenta del devenir de estos CHI señalan que desde sus inicios fueron bien acogidos por la población y que con el paso del tiempo atendían cada vez a más mujeres y niños. Aun así es posible encontrar evidencias que muestran una realidad distinta. Por lo menos durante la década de 1920 la población no acudió en las grandes cantidades que se aludieron. En 1929 los CHI “Manuel Gutiérrez” y “Juan Duque de Estrada” solicitaron autorización a Isidro Espinosa, jefe del Servicio de Higiene Infantil, para reducir el horario de las consultas “en vista del escaso número de niños y mujeres que concurren hasta la fecha en ese Centro a su cargo, y con el objeto de facilitar a dichas personas su inscripción, ruego a usted atentamente que mientras no se tenga suficiente número de personas a quienes consultar, las horas de admisión sean de 8 a 11” (Oficio..., 1929b, f.17).

Por otra parte, la falta de recursos se convirtió en una limitante. Varios de los CHI abrieron sus puertas con muy buenas intenciones, pero con poco personal, instrumental y presupuesto del Departamento de Salubridad y, en ocasiones, no pudieron atender a la población que se presentaba. La documentación que se conserva deja ver constantemente que los CHI solicitaban a las instancias correspondientes más material, pues era insuficiente con el que contaban y, en ocasiones, sufrían incluso de desabasto, como fue el caso de inyecciones para tratar la sífilis. Al respecto, el Centro Luis E. Ruiz, en febrero de 1930, informó que muchos de los niños que concurrían allí se iban sin recibir la atención que su estado requería y que no se les podía hacer curaciones por falta de elementos (Oficio..., 1929d, f.1).

A pesar de estas limitaciones, los CHI siguieron funcionando con los recursos humanos y materiales con que contaban. De hecho fue iniciativa propia del personal actuar para retener y aumentar el número de consultas. Se fijaron cartelones en las paredes de algunos CHI invitando a las asistentes a rifas mensuales o con motivo de festividades como navidad o fin de año. El personal se organizaba y cooperaba para dar donativos de ropa, dulces y juguetes, con lo que se intentó motivar a las madres a que siguieran asistiendo puntualmente, como se tiene noticias por lo menos de los Centros Francisco de P. Carral y Manuel Gutiérrez.

Estas ocasiones de mayor concurrencia eran aprovechadas para brindar pláticas y conferencias, repartir folletos sobre higiene e incluso se llegaron a proyectar algunas películas que abordaban diversos aspectos de la salud y la higiene, como “Cuidados a los niños”, “Aurora boreal”, “Frivolidades” de la casa Fox, “Falso pudor” y “Caballo gris”, cedida por la casa Metro Goldwin-Meyer Corporation (Oficios..., 1929, f.4-7).⁴

Educando “madres obedientes”

Los médicos lograron proyectar un discurso que los legitimó para dirigir y tutelar los cuidados que las madres brindaban a sus hijos. Para los médicos, las funciones de la madre y el padre estaban bien definidas. A una le correspondía directamente la crianza de los hijos y al otro la provisión del hogar: “Una madre sana quiere decir buena leche de pecho. Un padre

sano quiere decir sostén debido para la familia” (Folleto..., 1922, f.3). Y en ese contexto, uno de los adjetivos con que los médicos calificaron constantemente a las madres fue ignorancia. Es frecuente encontrar en la documentación de la época la expresión “la ignorancia de las madres” para atribuirles en última instancia la responsabilidad de la mortalidad infantil.

Este discurso se puede apreciar con claridad en 1928, cuando las autoridades gubernamentales interesadas en ampliar los servicios de asistencia infantil enviaron un cuestionario a cada municipio de los estados de la República. Se buscaba conocer cuáles eran sus causas y proponer soluciones. El cuestionario inducía de alguna forma las respuestas, pues a la pregunta “¿A qué se atribuye la elevada mortalidad infantil?” la primera opción era “la ignorancia de las madres”, seguida de la alimentación, asistencia médica, higiene y el “poco o nulo conocimiento de las parteras”. En ese sentido no sorprende que – entre muchos – el presidente municipal de Meoqui, en el estado de Chihuahua, no dudara en contestar: “Sí, la mayor parte de las madres carecen de asistencia médica y por ignorancia de las mismas, es a mi criterio la causa de la mortalidad infantil” (Oficio..., 1929e, f.3).

Con este criterio inducido, la solución que se propuso era la presencia de médicos y de parteras tituladas, que pudieran corregir la conducta de las madres y dejarlas bajo su tutela. “Según la consulta de algunos médicos de esta ciudad, se necesitaría, para combatir la elevada mortalidad infantil, educar a las madres sobre este particular, pues muchas de ellas, aun cuando se les ministre la asistencia médica gratuita, su ignorancia no les permite ocurrir al médico y el niño perece” (Oficio..., 1929f, f.21).

Un año después, en 1929, con la puesta en marcha de varios CHI, como ya se mencionó, los médicos reforzaron la idea de que las madres debían acudir a recibir sus consejos y así no expondrían su salud ni la de sus hijos.

Si usted no quiere correr los peligros a que está expuesta una mujer que no se cuida durante el embarazo y no quiere exponer al niño cuando nazca a peligros mayores, acuda al Centro de Higiene Infantil Juan María Rodríguez, y recibirá consejos adecuados de los médicos especialistas en la materia. Si usted tiene niños menores de dos años y desea que un especialista vigile su alimentación y crecimiento, tráigalo al Centro donde será atendido con todo cuidado. Tenemos a disposición de las personas que concurren al Centro de Higiene baños gratuitos (Oficio..., 1929g, f.18).

Las mujeres que acudían a consulta fueron denominadas en general como “enfermas”, se esperaba que asistieran puntualmente y se presentaran en buenas condiciones higiénicas – por lo que la mayoría de los CHI contaba con regaderas – para revisarlas durante su embarazo y canalizarlas para que tuvieran el parto en algún hospital, como la Casa de Maternidad de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. Sin embargo, en carteles fijados en las paredes de los CHI, se especificaba que podían acudir a esta Maternidad sólo si habían sido tratadas por lo menos cuatro meses en el CHI, pues consideraban vital este tiempo para dar seguimiento a la gestación y aconsejar sobre los cuidados del recién nacido. Situación que generó varias quejas por parte de aquellas mujeres que no cumplían los requisitos para ser atendidas en dicha Maternidad.

Sin duda, un motivo que debió hacer que varias mujeres dejaran de asistir a las consultas fue el recibir tratamiento contra la sífilis. Éste consistía en la aplicación de inyecciones de mercurio o arsénico, conocidos como neosalvarsán y sulfarsenol.⁵ A pesar de que los médicos

sabían que existía un riesgo en su aplicación – pues podían producir abortos y en caso extremo la muerte – las aplicaban y afirmaban que tenían buenos resultados.⁶ Además, las inyecciones no eran bien recibidas por las “enfermas”, como se aprecia en el informe de un médico: “He observado que dicha sustancia es intensamente dolorosa, por experiencia que he practicado en adultos” (Oficio..., 1929a, f.57). El Departamento de Salubridad estaba interesado en curar el mayor número de sifilíticos, por lo que la ciudad de México contaba con varios dispensarios antivenéreos, a los que se sumaron estos CHI y se esperaba que este modelo se propagara por toda la República mexicana.⁷

Por lo tanto, la visión del personal de los CHI era que la aplicación de las inyecciones como parte de las consultas simplificaba procesos, pues sabían que cuando se les remitía a dispensarios para recibir el tratamiento, las mujeres lo abandonaban pues no acudían por falta de tiempo o dinero. En este sentido, resultaba más eficiente atenderlas en los CHI, a la vez que consideraban que hacían una obra humanitaria y contribuían a la disminución de la mortalidad infantil pues se atacaba una enfermedad que se consideraba tenía consecuencias hereditarias directas y graves, la llamada “heredosífilis”, como han señalado respectivamente Alexandra Stern (2002, p.295) y Carrillo (2002, p.40).

Algunos médicos se sensibilizaron ante la negativa de las mujeres de obedecer sus prescripciones. Se percataron de que era la “pobreza notoria de las madres” lo que les impedía comprar los utensilios, alimentos, leche o medicinas prescritas. Por lo que los CHI intentaron, hasta donde les fue posible, brindárselos junto con las enseñanzas teóricas.

Formando niños sanos

Los niños que asistían a la consulta de postnatalidad eran por lo general los hijos de las mujeres atendidas en los servicios de prenatalidad. A las madres se les instruía para que vigilaran el desarrollo de sus hijos, higiene y alimentación. En hojas de registro kardex se anotaban los datos personales del niño y la razón de la consulta: cambio de alimentación, enfermedad o solamente para recibir los consejos del médico o consultar el estado de salud del niño. Se registraban las observaciones del médico y las indicaciones que daba a la madre. La hoja con la que se quedaba la madre llevaba impreso en el reverso “Diez consejos útiles para madre” y en interior un registro para el peso del niño en cada consulta.⁸

Los niños pequeños o lactantes eran llevados en promedio a su primera consulta entre los 15 o 20 días después de su nacimiento. Los medían y pesaban para verificar que su crecimiento fuera acorde al de su edad. Se interrogaba a las madres sobre cuáles habían sido sus cuidados durante el embarazo, si había asistido a los CHI, dónde había tenido el parto, si tenía alguna enfermedad venérea – en especial sífilis – y si había recibido tratamiento para combatirla, además de enfatizar la importancia de la alimentación materna sobre la artificial.

A pesar de que el personal de los CHI consideraba que el servicio que brindaban era de gran utilidad, una de las quejas de los médicos fue que las madres no llevaban a los niños con la frecuencia que se les aconsejaba. Más bien, asistían sólo para recibir atenciones médicas curativas. Así, aunque la intención de las autoridades del Departamento de Salubridad era que los CHI brindaran atención mayormente preventiva, de seguimiento y control del crecimiento del niño, en la práctica eran espacios para atender a niños enfermos, situación que intentaron

cambiar al difundir que era importante procurar una buena higiene para prevenir que los niños no se enfermaran y de esta forma ganar en el terreno educativo, lo que hoy en día se asocia con la prevención de enfermedades.⁹

Y esta causa que origina la ignorancia de las madres acerca de la necesidad de vigilar al niño antes que se enferma, motiva el que nos veamos en la necesidad, muy a nuestro pesar, de tener que recibir un buen número de niños enfermos, hijos de estas madres, o de otras, que no recibieron la atención del consultorio de prenatalidad. Afortunadamente, este número de niños tiende a decrecer, y se atribuye esta reacción favorable en gran parte, a la educación higiénica y al trabajo constante y abnegado de nuestras visitadoras sociales (Relatoría..., 1930, f.17).

Los médicos de los CHI buscaron llevar un control del niño sano y prevenir que se enfermaran al aconsejar a sus madres, lo que sin duda debió representar un reto, pues una queja de médicos como Federico Gómez, director del Centro Francisco de P. Carral, era que muchas mujeres dejaban de llevar a sus hijos cuando estaban sanos, lo que imposibilitaba al personal del CHI llevar un registro del desarrollo de los infantes. Por esa razón se recaló que eran necesarios los consejos del médico y las enfermeras visitadoras para que los niños estuvieran sanos. Para este fin se mandaron hacer tableros que se fijaron en la fachada de dicho CHI con las siguientes leyendas: “Traiga usted a su hijo aunque esté sano aquí le diremos como ha de alimentarlo para que no se enferme”; “Pesando a su niño cada ocho días sabrá usted si se desarrolla normalmente, tráigalo usted a pesar”.

Aunque se promovió el control del niño sano, por lo general los niños llegaban a los CHI por enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias, para recibir la vacuna contra la viruela, tratamiento para la heredosifilis y por debilidades congénitas o nacimientos prematuros. En menor medida se atendían curaciones de urgencia como quemaduras, infecciones umbilicales o heridas. Como los CHI no contaban con una infraestructura para atender a niños enfermos, los enviaban a otros establecimientos del Departamento de Salubridad y de la Beneficencia, donde sí se atendían enfermedades de los ojos, oídos, piel, vías respiratorias, cuestiones bacteriológicas y en los CHI solo se vigilaba la evolución del padecimiento. Ante esta situación se sugirió que los CHI contaran con un modesto arsenal quirúrgico para realizar pequeñas intervenciones a los infantes que lo requerían y así evitar enviarlos a otros establecimientos y simplificar trámites administrativos.

Cuando la salud de los niños era delicada o tenían fiebre y no podían ser llevados al CHI, se esperaba que la madre acudiera para dar cuenta de la evolución de la salud del hijo. Si esto no ocurría, la enfermera visitadora se desplazaba hasta el hogar para vigilar que el niño estuviera bien cuidado y que se siguieran las instrucciones del médico. Por supuesto se esperaba que los niños regresaran al CHI una vez superada la enfermedad.

De esta forma la figura materna cobró en sí misma una gran responsabilidad en la crianza y el cuidado de la vida de sus hijos. Existió una argumentación que pareciera culpabilizaba a las madres de los males que les acaecían. De hecho los formatos en que se consignaban las defunciones de los infantes, además de señalar desde qué fecha se había llevado al niño al CHI, contaba con el rubro “madre obediente” donde el médico indicaba si a su consideración lo había sido o no. En ese contexto ella tenía responsabilidad de la muerte de su hijo por no haber seguido los preceptos médicos o por no recibirlos oportunamente. Ante la mirada

médica, las madres “no obedientes” eran las que carecían de asistencia y dirección médica y acudían con parteras no certificadas, mostraban falta de higiene y alimentaban a sus hijos en exceso o con escasez.

En este sentido las madres fueron constantemente objeto de un lenguaje combativo en términos de lucha y de salvación: “la cuna es peligrosa”, “redoble su vigilancia”, “no permita”, “huya de las medicinas cuando no son recetadas”, “las moscas son el mayor enemigo de los niños”. En consecuencia, los médicos propagaron reglas y preceptos de higiene, por lo que resultaba que “el aire libre, de preferencia en el campo o en el jardín, el sol y el agua, es la trinidad que salva al niño” (Texto..., 1929, f.2).

De los factores que podían alterar la salud de los niños, sin duda, la alimentación fue la preocupación central. Se buscó mejorar la nutrición de las madres y sus hijos, a la vez que se aconsejaba la lactancia materna. Se debatieron con frecuencia las ventajas y desventajas entre amamantar al pequeño o alimentarlo con leche de vaca y fórmulas artificiales. Al respecto resulta tajante el segundo punto del folleto “Diez mandamientos para que el niño conserve su salud”:

Nunca desespere de amamantar a su niño y nunca lo destete sin el consejo médico. Recuerde que un destete durante el verano pudiera significar un entierro en el otoño. El niño de pecho tiene muchas más probabilidades de conservarse sano y de vivir que un niño criado con botella. La leche materna es el derecho que le corresponde al niño.¹⁰ La naturaleza dispuso que el niño se criara con la leche materna. Si usted engaña a la naturaleza, pagará la pena (Folleto..., 1922, f.3).

Los médicos procuraron vigilar de cerca la alimentación infantil durante los dos primeros años de vida, pues consideraban que allí radicaba una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. La normaron, tanto si era materna, artificial, mixta o la denominada “mercenaria”, es decir aquella encargada a nodrizas que no habían sido vigiladas y autorizadas por las autoridades sanitarias. Para tener un mayor control de la calidad de la leche en el caso de la alimentación artificial, se convirtió en una prioridad para el Departamento de Salubridad y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia el establecimiento, desde 1929, de una Provisión de Leche o “gota de leche” que sirviera de modelo para replicarlo por el país.¹¹

De esta forma, cuando el médico llegaba a la conclusión de que un trastorno de nutrición en un infante se debía a que su madre no podía amamantarlo o a la mala calidad del alimento suministrado y la madre manifestaba no tener los recursos necesarios para adquirir lo que le prescribía, se enviaba a la visitadora para que rindiera un informe sobre las condiciones económicas de la madre. Si se comprobaba la falta de recursos, el médico autorizaba que la Provisión de Leche ministrara el alimento que necesitaba el infante con el fin de no generar más gastos para la madre y disminuir la mortalidad infantil (México, 1989, p.65).

Médicos y enfermeras, los vigías de la salud

“No debe usted escuchar los consejos de sus vecinos acerca del cuidado y tratamiento de su niño. Ellos están bien dispuestos, pero no saben. Los médicos y enfermeras son las únicas personas que le aconsejarán debidamente” (Folleto..., 1922, f.7). Este último de los “diez mandamientos” para conservar la salud del niño encuadra el pensamiento que se difundió

en los CHI, donde, constantemente, se enfatizó que contaban con personal autorizado para ejercer su profesión y atender a madres y niños.

Médicos y enfermeras encontraron en estos CHI un espacio para su aprendizaje y formación como alumnos de las carreras de medicina, de partera y de los cursos de enfermeras visitadoras de la Escuela de Salubridad Pública. La concurrencia de mujeres embarazadas e infantes permitió que los alumnos llevaran clínicas de higiene prenatal y postnatal. Algunos aprovecharon los datos clínicos para la elaboración de ponencias que presentaron en foros nacionales y congresos internacionales, como los Panamericanos del Niño (ver Guy, 1998). También escribieron artículos médicos que se publicaron en el *Boletín del Departamento de Salubridad y Asistencia*, en el *Boletín de la Beneficencia Pública* o en la *Revista Mexicana de Puericultura*. Incluso se escribieron tesis profesionales.

Los médicos fueron los responsables de guiar el funcionamiento de los CHI, como se ha mencionado. Sin embargo, su influencia quedaba limitada al espacio del consultorio. Fue así que la labor de las enfermeras visitadoras cobró relevancia, al convertirse en el eslabón entre el espacio público médico y el espacio privado del hogar. Como ha señalado Claudia Agostoni, “el trabajo de las enfermeras visitadoras fue de primera importancia, debido a que se les confirió la tarea de acudir a los hogares y llevar en forma directa, clara y precisa las enseñanzas de la medicina preventiva” (Agostoni, ene.-jun. 2007, p.90). Su labor las convirtió en las auxiliares, responsables de vigilar el espacio doméstico, para transformar la morada familiar en un espacio propicio para la medicina doméstica, como ha señalado Donzelot (1990, p.13-48).¹²

La persuasión fue el adjetivo que definió a estas enfermeras encargadas de crear hábitos de higiene en la población. En cada CHI había entre tres y cinco visitadoras y cada una debía realizar un promedio de cinco visitas diarias, pero su labor resultaba insuficiente. De allí que cuando no les daba tiempo de asistir a todos los hogares previstos o cuando les quedaban muy retirados del CHI enviaran tarjetas postales invitando a las mujeres a regresar a las consultas. En otras ocasiones su labor se dificultaba pues los datos proporcionados por las mujeres no eran claros o eran erróneos, por lo que no las podían localizar, o sucedía que era difícil acceder a las viviendas, pues las colonias no estaban todavía urbanizadas.

Una vez superados estos percances, las enfermeras visitadoras difundieron sistemáticamente en los domicilios reglas de higiene y de puericultura, ese saber que se presentó como científico y racional en contraposición a los saberes populares e “irracionales” que estaban ampliamente difundidos entre la población, como ha señalado Boltanski (1974, p.15). Por eso, las autoridades sanitarias confiaban en que la labor de los médicos y las visitadoras podrían modificar hábitos y formas de vida, considerados irresponsables, insalubres o contrarios a los postulados de las ciencias médicas, como ha señalado Agostoni.

Estas enfermeras no se limitaron sólo a brindar consejos higiénicos, sino que trataron de incidir en la forma de vivir de las familias que visitaban. Una vez que se ganaban la confianza de los miembros de la familia, indagaban el estado civil de las mujeres, si vivían en amasijos, si estaban casadas por lo civil o por lo religioso o si las habían abandonado. Insistían en la importancia de que las parejas estuvieran casadas ante el registro civil, por lo que apoyaron campañas prenupciales desde diciembre de 1930, así como el registro de los niños ante el Registro Civil. También intentaron cambiar el comportamiento de aquellos hombres que según

ellas no trataban a las mujeres como era debido, los ayudaban a buscar trabajo e insistían en que los niños asistieran a la escuela.

Trataban de influir para remitir a los enfermos a los hospitales y reportaban irregularidades que pudieran afectar la salud de las familias, como la falta de alcantarillado o pavimentación de las calles. Buscaban beneficiar a la población, como sucedió en la delegación Magdalena Contreras cuando se solicitó que la gerencia de las fábricas La Magdalena y Santa Teresa instalaran un departamento de cuna, donde las madres no tuvieran que dejar los niños “abandonados” en sus hogares, donde pudieran permanecer vigilados y que a las obreras se les concedieran unos minutos para alimentar a sus hijos. Esto remediaría las frecuentes enfermedades gastrointestinales que presentaban estos niños que acudían al CHI de esa delegación (Oficio..., 1929h, f.6). En suma, se trató de “una labor moralizadora, no sólo higiénica” (Agostoni, ene.-jun. 2007, p.114).

Cuando las enfermeras visitadoras lograban que una madre fuera constante en sus visitas al CHI y que pusiera en práctica los consejos médicos era considerado una “conquista”. Cuando las mujeres dejaban de asistir y las enfermeras conseguían que regresara al CHI se consideraba una “reconquista”, tal como las calificó y elogió Espinosa de los Reyes. Las autoridades médicas las mostraron como trabajadoras incansables – más cercanas a una especie de heroínas – que se esmeraban en cumplir su misión a pesar de los obstáculos o resistencias de la población.

Durante la década de 1930 continuó la labor de divulgación de los conocimientos científicos de los médicos de estas enfermeras. De hecho, las autoridades sanitarias intentaron que llegaran a aquellos lugares de la República en que no se contaba con amplios servicios de salud ni hospitalarios. Al respecto, Carrillo (2002, p.48) ha señalado que las enfermeras cumplieron una labor importante durante el sexenio cardenista: “Para 1935 inicialmente más de 1.500 enfermeras visitadoras fueron enviadas a las comunidades y luego, cada año, se agregarían 100 nuevas enfermeras a ese trabajo, en un intento por cumplir con el objetivo del Plan Sexenal de tener una enfermera por cada 10 mil habitantes”.

Ellas continuaron su función como intermediarias entre el médico y la madre y entre ésta y su familia en la búsqueda del mejoramiento individual y colectivo de la sociedad. Esto al persuadir a las parejas para contraer matrimonio, al brindar conferencias en los CHI y repartir propaganda, al continuar con las enseñanzas a domicilio y vincular a las futuras madres con las maternidades y los establecimientos de beneficencia (Indicaciones..., 1931, f.21-25).

El fin de la primera etapa de los Centros de Higiene Infantil

A partir de 1929, además de lo ya expuesto, los CHI ampliaron sus labores para abarcar a un mayor número de la población. Formaron clubes de madres, ofrecieron cursos de puericultura para que las mujeres conocieran principios sobre cuidado infantil, higiene, economía doméstica, aseo del hogar, vestido y alimentación. Aan así, en 1931, un periódico capitalino denunció irregularidades en los CHI, como no atender a la clase verdaderamente menesterosa y a quienes vestían ropas sucias, o que las medicinas estaban agotadas. Espinosa de los Reyes contestó tajantemente a estas acusaciones y recalcó que los barrios donde se ubicaban los CHI no eran de gente acomodada y que los baños de regadera eran parte de la

educación higiénica. Este tipo de notas periodísticas contrastan con otras muchas de tono elogioso que hablaban de la aceptación de la población.¹³

Sin embargo, para 1931, los CHI en las delegaciones no estaban dando los frutos que las autoridades esperaban, por lo que se pensó en separarlos de las delegaciones. Una de las principales dificultades que seguían enfrentando era la carestía de recursos humanos y materiales. Pero el elemento decisivo fue cuando el Departamento de Salubridad decidió en 1932 independizar el Servicio de Higiene Infantil – del cual dependían hasta ese momento los CHI – de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. A partir de ese momento los CHI dependieron directamente del Departamento de Salubridad, con lo que se dio un paso importante en el proceso de institucionalización de la asistencia materna e infantil en México (México, 1933, p.20). La historia de estos establecimientos no terminó allí, sino que se ajustaron a una reestructuración, continuaron y consolidaron sus labores por más de una década, no sólo en la capital sino en varios estados de la República Mexicana, lo que les permitió alcanzar a mayor población. Pero eso será tema de otro escrito.

La documentación consultada sobre los CHI afirmaba que en su primera década atendieron a miles de mujeres y niños. No se cuenta con suficientes reportes y estadísticas, además de que en ocasiones la información que brindan resulta contradictoria. Más allá de los números, lo cierto es que difundieron normas de higiene materna e infantil que buscaban cambiar gradualmente algunos hábitos en la población. Los sectores que contaban con menos recursos económicos acudieron cada vez más a estos establecimientos médicos. Con base en este primer acercamiento, consideramos que su importancia radica en que fueron implementando acciones para cambiar la visión sobre el cuidado de la salud y, más que curar, buscaban prevenir la enfermedad y fomentar la vigilancia médica de las embarazadas y el control del niño sano. Con esto se buscaba consolidar el desarrollo nacional.

Como un primer proyecto que atendió a la población materna e infantil en México en el siglo XX, sus primeros años no estuvieron exentos de inconsistencias. Por una parte, los CHI fueron supervisados por diversas instituciones, aunque siempre fueron parte de la estructura del Departamento de Salubridad Pública. Por otra parte, la falta de recursos económicos y humanos limitó sus funciones, aunque no impidió que médicos y enfermeras se esforzaran por dar una buena atención a madres y niños. La forma en que se dirigían a las madres también variaba, pues querían brindarles consejos durante el embarazo y sobre el cuidado del infante, pero también llegaron a generar discursos que las colocaba en un papel de receptoras de los consejos médicos a los que debían obedecer. Posturas que se pueden apreciar en forma paralela y no como que una prevaleciera sobre la otra o que se contradijeran.

Siempre tuvieron claro un ideal, el mismo con que empezaban sus “mandamientos” para conservar la salud de los niños: “Las enfermedades de la infancia son los enemigos de los niños, son también el obstáculo mayor para el desarrollo del país, su progreso y su fuerza. Hagamos de nuestra patria un símbolo de salud y fuerza. Busquemos a nuestros niños un futuro saludable y vigoroso” (Texto..., 1929, f.4).

NOTAS

¹ En opinión de Francisco Arce Gurza, los avances en el campo de la salud en la época “se explican en buena medida por el apoyo institucional que ofreció el gobierno a la comunidad científica desde los años de la revolución. La salud pública era finalmente un “objetivo revolucionario [por lo que] el avance científico en el terreno de la Medicina fue cada vez más dependiente del apoyo gubernamental y de la creación institucional” (Arce Gurza, 1982, p.282-283).

² Guajardo agregó que en ciudades como París las madres se daban cuenta de la utilidad de visitar estos consultorios. También aludió a la experiencia que se dio en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, en el norte de México, donde “existió un consultorio de esta naturaleza que funcionó con regularidad por cerca de dos años; su estadística demuestra, con claridad, el interés creciente de las madres para ocurrir no tan sólo para aliviar algunas dolencias de sus hijos, sino para escuchar los consejos de cómo debían dirigir la alimentación de ellos de una manera racional” (Guajardo, 1921, p.373).

³ La Asociación Nacional de Protección a la Infancia, 1929-1932, funcionó como una asociación privada que coordinó buena parte de los establecimientos que asistían a la niñez, tanto en la Beneficencia Pública como en los de Salubridad. A partir de ese año la atención a la niñez cobró auge a nivel nacional. A pesar de su corta existencia, continuaron surgiendo distintas asociaciones o comités que siguieron implementando labores a favor de la infancia mexicana, conformando con el paso del tiempo lo que hoy es un amplio sistema de protección a la infancia con un alcance nacional. Los nombres de los CHI correspondieron a los de distintos médicos dedicados a la obstetricia o la pediatría, ya desaparecidos para ese entonces, y fueron elegidos como un homenaje y “ejemplo para nuestros jóvenes médicos, para despertar en ellos el entusiasmo por todo lo que se refiere al cuidado del niño” (Relatoría..., 1930, f.8).

⁴ Para el tema del cine, la educación higiénica y la propaganda en salubridad pública, ver Gudiño Cejudo (2008, 2009).

⁵ El salvarsán, el neosalvarsán y el sulfarsenol fueron productos que tuvieron una amplia difusión entre los médicos y en ocasiones sus distribuidores se anunciaban en publicaciones periódicas, como fue el caso de *Medicina – Revista científica mensual de la Escuela Nacional de Medicina*, en 1922.

⁶ La pregunta obligada es ¿cuántas mujeres fueron sometidas a estos tratamientos? La documentación consultada ofrece pocas cifras, muy aisladas, algunas veces contradictorias y en otras se antojan demasiado elevadas. Por ejemplo, en 1927, es decir 4 años después de su fundación, los médicos que trabajaban en el CHI “Manuel Domínguez” afirmaban que se habían inyectado cerca de seis mil embarazadas y, en el mismo documento, señalan que fueron cerca de siete mil con neosalvarsán y unas 800 con sulfarsenol y los niños se cuentan en diez mil (Trabajo..., 1927).

⁷ Las mujeres fueron objeto especial de estos procedimientos médicos: “En la embarazada se impone la investigación relacionada con la sífilis, cuando más pronto se haga el diagnóstico, mejor será, hay que usar todos los medios clínicos y de laboratorio. Hay que hacer un interrogatorio y reconocimiento clínico-serológico del marido. En los antecedentes de la mujer se insistirá en los abortos, niños muertos, gemelidad, sintomatología general de sífilis, investigación de estigmas, personales y familiares. Es por demás decir que se hará clínica obstétrica completa. En el Centro de Higiene Manuel Domínguez se hace esta clínica en cada una de las embarazadas que a él concurren, incluyendo (peso de la enferma, mediciones pélvicas, análisis periódicos de orina, anotación periódica de tensión arterial y cuando se creen necesarios análisis de laboratorio, investigación de gonococos, treponema, bacilo de Koch, reacción de Wassermann en la sangre o líquido céfalo raquídeo). Caso de encontrar diagnóstico positivo de la sífilis se instituye el tratamiento de la embarazada, aconsejando también el tratamiento del marido si hay sospechas o certeza de que adolezca de la misma enfermedad. El tratamiento de la mujer encinta debe hacerse lo más enérgico y lo más pronto posible, para lograr que el producto reciba el menor tiempo posible la sangre parasitada de la madre” (Trabajo..., 1927, f.19).

⁸ El folleto “Diez mandamientos para que el niño conserve su salud” fue editado en 1922 y se comenzó a distribuir de forma gratuita en el CHI “Eduardo Liceaga”. Fue utilizado para brindar a las madres consejos básicos en el cuidado de sus hijos, tales como la lactancia, la limpieza y su relación con el medio ambiente. Este folleto siguió vigente por varios años, aunque con pequeñas variantes en el título y de hecho fue reeditado en 1929 para servir como propaganda en las campañas de protección nacional de la infancia (Folleto..., 1922, f.1-3).

⁹ Este interés de los médicos por desarrollar entre la población la idea de una medicina preventiva en lugar de una correctiva ha sido abordado en extenso por Claudia Agostoni (Agostoni, 2001, ene.-jun. 2007, 2009).

¹⁰ Esta idea continuó vigente los siguientes años. El doctor y general José Siurob (1936, p.12), jefe de Salubridad, en 1936, afirmó que “todo recién nacido o lactante es el dueño legítimo del producto del seno materno ... ninguna madre lactante puede disponer del producto de su seno para otra finalidad que la de amamantar a su propio hijo”.

¹¹ Desde finales del siglo XIX, países como Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos implementaron programas de asistencia infantil para fomentar la buena alimentación en momentos de crisis severa y de carestía, como fue la Primera Guerra Mundial, a principios del siglo XX. Tomando el ejemplo francés, estos programas se conocieron como “La Gota de Leche”. Médicos, como Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Aquilino Villanueva e Isidro Espinosa, se interesaron en la aplicación de este modelo en México y que tuviera una función cualitativa y no sólo cuantitativa. Para el caso decimonónico, ver Carrillo (2008). Para 1920-1930, ver Viesca Treviño (2008) e López Ferman (2007).

¹² La figura de la enfermera visitadora cobró relevancia en las primeras décadas del siglo XX en diversos países, como se expuso en el Segundo Congreso Internacional para la Protección de la Infancia de 1921. Allí, la presidenta de la Sociedad Maternal parisiense “La Pauponiere” propuso que se reglamentara la labor de un grupo de auxiliares en el cuidado infantil. Sostuvo que era necesario crear “un cuerpo de enfermeras visitadoras de higiene infantil, reclutado, de preferencia, entre las parteras y las antiguas discípulas de las escuelas normales de institutrices” (Guajardo, 1921, p.365). Serían las encargadas de la vigilancia de la higiene infantil ejercida a domicilio. Por lo tanto, debían prepararse como visitadoras competentes en puericultura y “la garantía de esta competencia” sería el respaldo de un certificado o diploma (Guajardo, 1921, p.365).

¹³ En el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (AHFM-UNAM), en el fondo Aquilino Villanueva, se encuentra guardada una centena de recortes periodísticos de la época donde se puede ver el tratamiento de la prensa en general ante las labores de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y de los CHI. Ejemplo de algunas de las ideas que se plasmaron: “Las madres de familia han comprendido la labor del Departamento de Salubridad, que no es otra, en dichos Centros, que la de velar por la salud de los niños en su primera infancia ... Sin que exista presión de ninguna naturaleza, las madres de familia han ido llevando a sus hijos, si están enfermos, para que se les atienda, y si están sanos, para que pueda formarse la curva de su peso, que acusa el estado de salud. No duda el Departamento de Salubridad que si en seis meses concurren cincuenta mil personas los Centros de Higiene infantil, poco a poco irá aumentando este número, por la educación que se está dando a las madres no sólo por medio de folletos, sino también de una manera práctica y que les ha permitido comprender todo el beneficio que reciben sus hijos al ser tratados constantemente por un médico durante la primera infancia, que es la más peligrosa para la vida de los pequeñuelos” (Archivo..., s.d.).

REFERENCIAS

- AGOSTONI, Claudia.
Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940. In: Speckman, Elisa; Agostoni, Claudia; Gonzalbo, Pilar (Coord.). *Los miedos en la historia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Históricas/El Colegio de México/Centro de Estudios Históricos. p.149-173. 2009.
- AGOSTONI, Claudia.
Las mensajeras de la salud: enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n.33, p.89-120. ene.-jun. 2007.
- AGOSTONI, Claudia.
El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas. In: Agostoni, Claudia; Speckman, Elisa (Ed.). *Modernidad, tradición y alteridad: la Ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*. (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 37). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas. p.97-111. 2001.
- ARCE GURZA, Francisco.
El inicio de una Nueva Era, 1910-1945. In: Arce Gurza, Francisco et al. *Historia de las profesiones en México*. México: Programas Educativos. p.223-379. 1982.
- ARCHIVO...
Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM. Fondo Aquilino Villanueva. (AHFM-UNAM, México). s.d.
- BIRN, Anne-Emanuelle.
O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.13, n.3, p.675-708. 2006.
- BOLTANSKI, Luc.
Puericultura y moral de clase. Barcelona: Editorial Laia. 1974.

CARRILLO, Ana María.

La alimentación “racional” de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y lactancia artificial. In: Tuñón, Julia (Comp.). *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*. México: El Colegio de México. p.227-280. 2008.

CARRILLO, Ana María.

Vigilancia y control del cuerpo de los niños: la inspección médica escolar (1896-1913). In: Cházaro, Laura; Estrada, Rosalina (Ed.). *En el umbral de los cuerpos: estudios de antropología e historia*. Guadalajara: El Colegio de Michoacán/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. p.171-207. 2005.

CARRILLO, Ana María.

Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud. In: Fajardo Ortiz, Guillermo et al. *Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*. México: Organización Panamericana de la Salud/ Universidad Nacional Autónoma de México/ Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. p.17-64. 2002.

CARRILLO, Ana María.

El Servicio de Higiene Escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882. *Revista Mexicana de Pediatría*, v.66, n.2, p.71-74. 1999.

CARTAS...

Cartas emitidas por el Departamento de Salubridad Pública. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, c.10, exp.14. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1935.

DONZELOT, Jacques.

La policía de las familias. Valencia: Pre-textos. 1990.

ESPINOSA DE LOS REYES, Isidro.

Apuntes sobre puericultura intrauterina. Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño, México. *El Universal*, p.29-33. 1921.

FOLLETO...

Folleto Diez mandamientos para que el niño conserve su salud. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.1, f.3. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1922.

GUAJARDO, Eusebio.

Informe acerca del Segundo Congreso Internacional para la protección de la infancia, reunido en Bruselas del 18 al 21 de junio, que rinde al Departamento de Salubridad el Dr. Eusebio Guajardo, presidente de la Delegación Mexicana a dicho Congreso. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, v.1, n.7-12, p.352-373. 1921.

GUDIÑO CEJUDO, María Rosa.

Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960: del papel a la pantalla grande. Tesis (Doctorado en Historia) – El Colegio de México, México. 2009.

GUDIÑO CEJUDO, María Rosa.

Educación higiénica y consejos de salud para campesinos en el sembrador y el maestro rural, 1929-1934. In: Agostoni, Claudia (Coord.). *Curar, sanar y educar*. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. p.71-97. 2008.

GUY, Donna J.

The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in Latin America. *Journal of Family History*, v.23, n.3, p.272-291. 1998.

HERNÁNDEZ FRANYUTI, Regina.

El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994. México: Instituto Mora. 2008.

INDICACIONES...

Indicaciones del cuerpo de trabajadoras sociales del servicio de higiene infantil. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.9, exp.10, fs.21-25. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1931.

INFORME...

Informe general del Departamento de Salubridad Pública. México: SPI. 1930.

LÓPEZ FERMAN, Lilia Isabel.

La leche de vaca en la dieta infantil de la ciudad de México, 1920. In: Herrera Feria, María de Lourdes (Coord.). *Estudios sociales sobre la infancia en México*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. p.199-219. 2007.

MALDA, Gabriel.

Bases para la organización del servicio de higiene escolar: correspondencia entre el Departamento Superior de Salubridad y el H. Ayuntamiento de la Ciudad de México. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, v.1, n.1-6, p.150-151. 1921.

MÉXICO.

Departamento de Salubridad Pública. *Organización y funcionamiento del Servicio de Higiene Infantil*. México: Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 1989.

MÉXICO.

Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el año fiscal julio 1932-junio 1933*. México: Departamento de Salubridad Pública. 1933.

MÉXICO.

Departamento de Salubridad Pública. *Informe general del Departamento de Salubridad que comprende las labores llevadas a cabo durante la administración del C. Lic. Emilio Portes Gil, siendo jefe del Departamento el C. Dr. Aquilino Villanueva*. México: Departamento de Salubridad Pública. 1930.

OFÍCIO...

Oficio de Gonzalo Septién a Isidro Espinosa. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.2, exp.18, f.57. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México).1929a.

OFÍCIO...

Oficio de Isidro Espinosa al director del CHI "Manuel Gutiérrez". Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.24, f.17. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929b.

OFÍCIO...

Oficio de Isidro Espinosa de los Reyes a Rafael Carrillo. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.27, f.7. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México).1929c.

OFÍCIO...

Oficio del dr. Enrique Baz a Isidro Espinosa. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.23, f.1. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929d.

OFÍCIO...

Oficio del presidente municipal de Meoqui al Departamento de Salubridad Pública. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.11, f.3. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929e.

OFÍCIO...

Oficio del presidente municipal de Sayula al Departamento de Salubridad Pública. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.11, f.21. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929f.

OFÍCIO...

Oficio de Manuel Cárdenas de la Vega a Isidro Espinosa de los Reyes. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.11, f.18. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929g.

OFÍCIO...

Oficio de Rodolfo Ayala a Isidro Espinosa. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.30,

f.6. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929h.

OFÍCIOS...

Oficios del CHI Manuel Gutiérrez a Isidro Espinosa. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.24, f.4-7. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929.

RELATORÍA...

Relatoría, sin autor. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.4, exp.21. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1930.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban.

La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v.23, p.27-36. 2003.

ROMERO, Susana.

Un siglo de legislación sobre infancia en América Latina: un cuadro cronológico. In: Rodríguez, Pablo; Mannarelli, María Emma (Coord.). *Historia de la infancia en América Latina*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. p.615-632. 2007.

SIUROB, José.

Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia: protección a mujeres y niños. *Salubridad – Órgano del Departamento de Salubridad Pública*, v.6, n.1, p.11-17. 1936.

STERN, Alexandra.

Madres conscientes y niños normales: eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario 1920-1940. In: Cházaro G., Laura (Ed.). *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*. Zamora: El Colegio de Michoacán/ Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo. p.293-336. 2002.

TEXTO...

Texto del folleto de propaganda de protección a la infancia. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.1, f.2-4. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1929.

TRABAJO...

Trabajo de Armando L. Valenzuela y Roberto Romero para el Séptimo Congreso Médico Latinoamericano. Fondo Salubridad Pública, secciones Higiene e Higiene Infantil. AHSSA, f.SP, s.HI, v.1, exp.9. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México). 1927.

VELÁZQUEZ, María Carmela.

Las políticas y directrices del Estado para mejorar la salud de la niñez, Costa Rica 1870-1930. In:

Martínez Barbosa, Xóchitl (Coord.). *Historia de la medicina en el siglo XXI: distintas voces*. México: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. p.149-160. 2010.

VIESCA TREVIÑO, Carlos.

La *Gota de Leche*: de la mirada médica a la atención médico-social en el México posrevolucionario. In: Agostoni, Claudia (Coord.). *Curar, sanar y educar: enfermedad y*

sociedad en México, siglos XIX y XX. México: UNAM/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. p.195-217. 2008.

ZÁRATE CAMPOS, María Soledad; GODOY CATALÁN, Lorena.

Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, supl., p.131-151. 2011.

