

**Del oficio de cuidar a la estructuración de la formación en el arte del cuidado: la
emergencia de las escuelas de enfermería en Colombia en las dos primeras décadas del
siglo XX**

Autor

Nataly Castellanos Sánchez

Trabajo presentado para optar al título de Magister en Educación

Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Bogotá – Colombia

2018

**Del oficio de cuidar a la estructuración de la formación en el arte del cuidado: la
emergencia de las escuelas de enfermería en Colombia en las dos primeras décadas del
siglo XX**

Autora

Nataly Castellanos Sánchez

Directora

Olga Cecilia Díaz Flórez

Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Bogotá – Colombia

2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a la vida por permitirme cruzar el momento presente y el prelude a este resultado final en medio de las aulas de clase de la maestría, la lucha contra mi cansancio, quebrantos de salud, obstinación e incluso la procrastinación... No fue nada fácil.

A mi hija, porque a pesar de dejarle tantas tardes para ir a estudiar, tantas noches para ir a trabajar, porque a pesar de que el cansancio muchas veces no me permitió jugar con Ella; siempre tiene a su disposición la sonrisa y el amor en su mirada que me motiva a seguir adelante cada instante de mi vida.

A mi Tía Marta porque sin su apoyo incondicional, su lealtad y cada momento en el que está a la vanguardia del cuidado de Valeria y de mi casa; yo no hubiera podido cursar la maestría y salir en la búsqueda de la construcción de esta tesis.

A mi Madre por siempre creer en mí, por su ánimo para seguir adelante y levantarme cuando yo pensé que no podía seguir. También por ayudarme en la búsqueda de fuentes bibliográficas aun sin tener idea del tema.

A mi Esposo, por su amor y su paciencia, sobre todo por eso, por tanta paciencia. Por poder brindar a nuestra Valeria la compañía, la aventura y diversión en medio de mi ausencia.

A mi Hermano por motivarme a estudiar esta maestría y en esta Universidad su casa, por ser mi compañía en esta travesía y compartir las angustias y las alegrías que nos permitieron

sentarnos en el mismo salón de clases dos años. Por su visión aterrizada y crítica que me sirve de impulso en muchos momentos de mi vida.

A mi Padre porque siempre está donde yo lo necesito siendo la muestra de la lealtad incansable.

A mi Tío José por sus valiosas asesorías referentes a la historia política, económica y social de Colombia desde su rol de Magister en Ciencias Sociales.

A la directora de tesis Olga Cecilia Díaz por su espera, comprensión, ánimo y por cada sugerencia a la forma y fondo de este documento, por su exigencia.

A W.F por su compañía.

Al Grupo de Historia de la Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional: Consuelo Gómez, Ana Luisa Velandia, Clara Munar, Yanet Parrado, Carolina Manosalva, porque su producción bibliográfica fue el mapa que me permitió llevar a cabo la escritura de esta investigación y por permitirme integrarme en su grupo en la búsqueda de que estudiantes y profesionales de enfermería se empoderen de su historia.

Al programa de Maestría en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional por cada espacio de discusión que me dio la posibilidad de adquirir nuevos saberes aplicables a la enfermería y a su devenir histórico.

DEDICATORIA

A Laura Valeria.

Por ser el motivo que me impulsa a seguir abrazada fuertemente al mundo, por ser la fuente de mi inspiración y proyección hacia el futuro.

Por ser la muestra del amor puro y de que los sueños se hacen realidad.


Por hacer extraordinaria mi vida y porque lo que más feliz me hace en todo el mundo es ser tu mamá.

“Hay que recuperar, mantener y transmitir la memoria histórica, porque se empieza por el olvido y se termina por la indiferencia”

José Saramago

“...sólo los contenidos históricos pueden permitir recuperar el clivaje de los enfrentamientos y las luchas que los ordenamientos funcionales o las organizaciones sistemáticas tienen por meta, justamente, enmascarar. De modo que los “saberes sometidos” son esos bloques de saberes históricos que estaban presentes y enmascarados dentro de los conjuntos funcionales y sistemáticos, y que la crítica pudo hacer reaparecer por medio, desde luego, de la erudición”

Michel Foucault (2000). *Defender la Sociedad*, p. 21. *Énfasis propio*

 UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL <small>REALIDAD. ALTERNATIVAS.</small>	FORMATO	
	RESUMEN ANALÍTICO EN EDUCACIÓN - RAE	
Código: FOR020GIB	Versión: 01	
Fecha de Aprobación: 10-10-2012	Página 1 de 6	

1. Información General	
Tipo de documento	Tesis de Maestría de Investigación
Acceso al documento	Universidad Pedagógica Nacional. Biblioteca Central
Título del documento	Del oficio de cuidar a la estructuración de la formación en el arte del cuidado: la emergencia de las escuelas de enfermería en Colombia en las dos primeras décadas del siglo XX
Autor(es)	Castellanos Sánchez, Nataly
Director	Díaz Flórez, Olga Cecilia
Publicación	Bogotá. Universidad Pedagógica Nacional, 2018. 147 p.
Unidad Patrocinante	Universidad Pedagógica Nacional
Palabras Claves	ENFERMERÍA; EDUCACIÓN; MEDICALIZACIÓN; POBLACIÓN; DISCIPLINA; GOBIERNO DE LA VIDA

2. Descripción
<p>La presente investigación histórica identifica y analiza los acontecimientos que dieron lugar a la emergencia de la educación de enfermería en Colombia durante las dos primeras décadas del siglo XX, previo al surgimiento del primer programa de educación en enfermería en el país. Este proceso se identifica como parte de las estrategias de medicalización impulsadas en la época, es decir como una práctica de gobierno dirigida a la gestión de la población en medio de los albores del dispositivo higiénico en el ámbito nacional. En tal sentido, se exploran los discursos que van configurando y formalizando los procesos de formación, los cuales van desplazando la idea del cuidado como un oficio doméstico inmerso dentro de prácticas caritativas, el empirismo y las tradiciones populares que no estaban legitimadas por el discurso médico.</p> <p>Esta tesis pretende dar cuenta de cuáles fueron las condiciones que favorecieron la emergencia de las escuelas de enfermería como ámbitos de formación en Colombia en las dos primeras décadas del siglo XX en relación con la coexistencia de unas prácticas de gobierno y técnicas disciplinarias orientadas hacia el cuidado de la salud de la población, y unos saberes que le dieron su fundamento. Así mismo permite distinguir que acontecimientos darán lugar a la formulación de unos problemas y los modos de enfrentarlos respecto a educar en el cuidado de la salud en Colombia, a finales del siglo XIX e inicios del XX, en el contexto de los procesos de medicalización promovidas en este período</p>

En primer lugar, para reconocer las necesidades que hicieron emerger la educación en enfermería en Colombia en medio del discurso médico, es necesario reconocer la confluencia de diversos factores como la feminización de los cuidados, las características atribuidas a las cuidadoras como mujeres plenas de virtudes y valores religiosos; los legados de subordinación al saber del médico que hacían del cuidado de los enfermos un oficio a finales del siglo XIX; los cuales van a hacer posible el tránsito del ejercicio de una labor empírica a la necesidad de una formación especializada en el arte de cuidar. En segundo lugar, es pertinente identificar los acontecimientos que conducen a formular algunas soluciones a los problemas y necesidades de gestión de la población en Colombia a finales del siglo XIX, relacionadas con la precariedad en los manejos de la enfermedad y la emergencia de educar en el cuidado de la salud en el contexto de un capitalismo naciente en el país. Aquí se identifican algunos discursos de orden político, religioso y social, así como otras condiciones históricas que se van a producir en las primeras décadas del siglo XX, cuya confluencia aporta algunas respuestas a dicha emergencia. En tercer lugar, una vez fue considerada la enfermería necesaria en el país es indispensable reconocer el tipo de discursos y saberes que empezaron a formar parte de los manuales usados en su educación, y cómo ellos hacen parte de la coexistencia de técnicas disciplinarias y dispositivos de seguridad orientados a gobernar la población. En ellos veremos cómo se promueven formas de constitución de la subjetividad de la enfermera que harán parte de unas prácticas de gobierno que buscan no solamente promover el cuidado del otro sino el gobierno de sí.

3. Fuentes

Fuentes primarias

Acosta de Samper, S. (1878a). “La mujer” *Revista quincenal*. Editorial, p.1. Primera edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1878b). “La mujer” *Revista quincenal*. La Caridad, p. 117. Quinta edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1878c). “La mujer” *Revista quincenal*. La Instrucción Pública, pp.125-127 Sexta edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1879). “La mujer” *Revista quincenal*. Galería de mujeres virtuosas y notables, pp. 228-235 Décima edición. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1895). *La mujer en la sociedad moderna*. Paris, Francia: Garnier hermanos, librereros editores. Recuperado de <https://archive.org/details/lamujerenlasoci00samppgoog/page/n9>

Archivo de la Provincia de Bogotá, Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación. Sindicatura 135, Folios 7, 12, 13.

Barberi, J. I. (1914a). *Manual de Enfermeras*. Primer Curso. Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene. Bogotá: Imprenta Eléctrica.

Barberi, J. I. (1914b). Manual de Enfermeras. Segunda parte. Nociones de Medicina, Cirugía y Farmacia. Tercera Parte. El arte de la Enfermera. Bogotá: Imprenta Eléctrica

Bejarano J. (1948). Historia y Desarrollo de la Enfermería en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XVII, Numero 1.*

Bouquet, E. (1929). La esterilización de los anormales. *Glosario Medico. Año II Numero 12 pp.252-254.* Manizales, Colombia; Clínica de Santa Inés.

Buendía, JM (1897). Carta de solicitud al Ministro de Instrucción pública sobre la necesidad de educar enfermeras y comadronas. Archivo Central Histórico de la Universidad Nacional de Colombia. Registro 32, folio 79-81

Calderón, L., Jiménez López, M. (1913). Necesidad de escuelas nacionales de enfermeras y comadronas. Memorias del Segundo Congreso Médico de Colombia. Enero 19 a 26, pp.114-118.

Carrasquilla, R. (1898) Informe del Ministerio de Instrucción Pública al Congreso Nacional en sus sesiones de 1898. Bogotá, Colombia. Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos.

Código civil de 1887 (Ley 57 Sobre adopción de Códigos y unificación de la legislación Nacional). Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39535>

Constitución política de la Republica de Colombia 1886. Edición oficial. Bogotá, Colombia: Imprenta de Vapor de Zalamea HS

Congreso de Colombia. Ley 39 de 1903 “Sobre la Instrucción pública”. Recuperado de http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-102524_archivo_pdf.pdf

Congreso de Colombia. Ley 83 de 1914. Por la cual se reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1790273>

Congreso de Colombia. Ley 28 de 1932 “Sobre reformas civiles”. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1584147>

Consejo Nacional Legislativo. Ley 30 de 1886 “Por la cual se crea la Junta Central de Higiene” Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1787392>

Decreto 592 (1905). Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Medicina. Recuperado de https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-102519_archivo_pdf.pdf

Decreto 227 (1933). Por el cual se dictan disposiciones sobre enseñanza secundaria para señoritas. Recuperado de http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/subpage/mujer/mujer/Leyes%20Mujer%20PDF/DecretoEl_Concordato_1887.pdf

Recuperado de https://www.cec.org.co/sites/default/files/WEB_CEC/Documentos/Documentos-Historicos/1973%20Concordato%201887.pdf

García, P. (1914). La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo. *Revista de Higiene. Año VI, (I), 88. 161.176*

Gómez, J. (1898). *Las epidemias de Bogotá.* Bogotá, Colombia: Imprenta de La Luz.

Gómez, L. (1928). Interrogantes sobre el progreso de Colombia. P 1-26. Recuperado de https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/3537/3639

Grillo, M. (1903). *Emociones de la Guerra.* Bogotá, Colombia: Librería de Julio S. Grillo.

Ibáñez P. (1884). Memorias para la Historia de la Medicina en Santa fe de Bogotá, Colombia. Imprenta de vapor Zalamea hermanos

López de Mesa (1920). Problemas de la raza en Colombia. Volumen 2. Bogotá, Colombia. Biblioteca de Cultura.

Montaña E. (1911) Algunas consideraciones de los Hospitales de Bogotá. *Gaceta Médica. (1) 3, 49-52. (1)4, 73 -80*

Muñoz G. (1893) Mortalidad de los niños en Bogotá. Colección de escritos presentados en el primer Congreso Médico Nacional. Bogotá julio 20 de 1893. Revista Anales de la Academia Nacional de

Medicina. Tomo 1. Entrega 1. pp.99

Pedraza (1954). *La enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo* Bogotá, Colombia: Editorial Minerva.

Revista “El Educacionista”. Serie II de octubre de 1891. Bogotá, Colombia. Universidad Republicana.

Rengifo, C. (1893). *Lactancia*. Bogotá, Colombia: Imprenta de Medardo Rivas

Tirado C. (1911). Reglamentación del ejercicio de la medicina. *Gaceta Médica* (1) 11, 271-274

Touvenaint, (1896). *Manual de la enfermera y la Comadrona*. Traducido al castellano por el Dr. J.B Londoño. Medellín, Colombia: Imprenta del departamento.

Fuentes secundarias

Álvarez M. (2015). *Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. (Tesis de pregrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá.

Amezcu, M. (2009) Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Revista Index de enfermería*. (18) 2. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001

Ávila, I. (2015). Biopolítica (afirmativa) y cuidado feminista. Memorias virtuales Seminario Internacional género y cuidado: teorías escenarios y políticas. pp. 60-75. Recuperado de https://www.academia.edu/26293199/El_cuidado_feminista_como_biopol%C3%ADtica_afirmativa

Ariza, E. (2015) *Nodrizas, madres, médicos: Medicalización de la lactancia en Bogotá 1869-1945* (Tesis de pregrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá

Bello, J (2015). Relación médico- paciente, una aproximación filosófica a la clínica. Recuperado de <https://gilbelloblog.wordpress.com/2015/02/12/relacion-medico-paciente-una-aproximacion-filosofica-a-la-clinica/>

Bermúdez, S. (1993). El “bello sexo” y la familia durante el siglo XIX en Colombia. *Historia Crítica*. N°8 pp. 34-51 Recuperado de: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/histcrit8.1993.02>

Buitrago, P. (2015). Higiene y protección en la formación de maestros para la infancia *Revista Educación y Ciencia - Número 18*. 29-42. Recuperado de: <https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/001/1418/2/TGT-168.pdf>

Caporale, S (1995). Foucault y el feminismo: ¿un encuentro imposible? *Anales de Filología Francesa*, (7), 5-18. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesff/article/view/17921/17271>

Carmona, I. (2015). Arqueología y genealogía en Michel Foucault. *En Clave Social*. (4) 1, 62-70. Recuperado de: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/EN-Clave/article/view/952>

Casas, A. Marquez, J.(1999) Sociedad médica y medicina tropical en Cartagena del siglo XIX al XX. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* (26). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/16767>

Castro Carvajal, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*, (1), p. 157-188. doi: <https://doi.org/10.18046/recs.i1.405>

Castro Carvajal, B. (2011). Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Revista investigación y educación en Enfermería*; (29) 2, 267 — 285. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/1052/105222400015.pdf

Castro Carvajal, B. _ (2014). La escritura de las monjas francesas viajeras en el siglo xix. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. (41) 1, 91-126. DOI:

<https://doi.org/10.15446/achsc.v41n1.44765>

- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por los temas, conceptos y autores*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Castro-Gómez, S. (2007a). ¿Disciplinar o poblar? La intelectualidad colombiana frente a la biopolítica (1904-1934). *Nómadas*, 26, 44-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1051/105115241006.pdf>
- Castro-Gómez, S. (2007b). Razas que decaen, cuerpos que producen. Una lectura del campo intelectual colombiano (1904-1934). *Biopolítica y formas de vida*. p 109- 141. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, S. (2009). *Tejidos Oníricos: movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana
- Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá, Colombia. Siglo del Hombre Editores / Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Confessor, A. (2015). Influencia del poder disciplinar en la formación y en la práctica del profesional de enfermería: una reflexión foucaultiana. *e-universitas*. (1) 2261-2270
- Cohen, L. (1997). El bachillerato y las mujeres en Colombia: acción y reacción. *Revista Colombiana de educación*. N°35. Recuperado de: revistas.pedagogica.edu.co/index.php/RCE/article/download/5419/4446/
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid, España: Ed. McGraw-Hill.
- Díaz, J. (2016) Traducción de la Clase del 7 de enero de 1981- Subjetividad y Verdad. Michel Foucault. Documento no publicado.
- Díaz, O. (2018). *Las competencias en la educación superior. Debates contemporáneos*. Bogotá, Colombia: Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE-Universidad Pedagógica Nacional.
- Echeverry de Pimiento, S. (2003). Enfermería el arte y ciencia de curar. *Revista Actualizaciones En Enfermería*, pp. 35- 45. Recuperado de <https://encolombia.com> > Revista Academia Nacional de Medicina > Academia M. 063
- Ehrenreich (1973). *Brujas, parteras y enfermeras*. Version traducida al español, Barcelona, España: Editorial La Sal.
- Fajardo, C. (2003). Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. Recuperado de: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_historia_matronas.pdf
- Felacio, L. (2011). La Empresa Municipal del Acueducto de Bogotá: creación, logros y limitaciones, 1911-1924. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la cultura*. (38) 1, 109-140. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/23183/35952>
- Fernández, L. (2000). Roles de género. Mujeres académicas ¿conflictos?. *Revista de ciencias sociales*, (43) 88, 63-75, Recuperado de <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wpcontent/uploads/2015/01/Roles-de-genero-y-mujeres-academicas.compressed.compressed-1.pdf>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%20F3n.pdf>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, España. Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. México. Siglo XXI

editores.

Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires, Argentina. Tusquest editores.

Foucault, M. (1994). *La Hermenéutica del Sujeto*. Madrid, España. Ediciones La Piqueta.

Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2004). *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2006). *Seguridad territorio y población*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2009) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México. Fondo de cultura económica.

Ferreira, Y. (2003). Desarrollo histórico de los estudios de enfermería en Cartagena de Indias. Recuperado de: repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/1119/1/enfermeria.pdf

Fuster, N. (2012). La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. Contextos n. 28. <http://www.umce.cl/joomlatoolsfiles/docmanfiles/universidad/revistas/contextos/N28-04.pdf>

Gabilondo, A. (1999). La creación de modos de vida. En: *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*. Vol. III, pp. 9-35. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Gaitán Cruz, Hermana María Cecilia (1999). *La enfermería en Colombia: Orígenes de audacia y compromiso*. Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Galvis, E. (2012). Una lectura de la libertad en Michel Foucault. Reseña del libro Foucault on Freedom de Johanna Oksala. *Revista de estudios sociales. Volumen (43)*, p 182-186, DOI: 10.7440/res43.2012.17

Gallo, O. y Márquez, J. (2011). La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquia, 1910-1950. *Revista Historia y Sociedad*. 20, pp. 57- 89. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/172527247/4-La-mortalidad-infantil-y-la-medicalizacion-de-la-infancia>

Garcés, L y Giraldo, C. (2013) El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*. (14)22, 187 - 201 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>

Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización. Segunda parte. *Revista Catedra paralela*, 4. pp. ¿? Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00052f001t1.pdf

Gómez, E. (2012). La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Revista Aquichan*. Vol.12, pp. 42-52. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2081/2691>

Gómez Martínez, E. (2013). Curiosidades y más curiosidades de la Regeneración. *Revista Credencial Historia*. Recuperado de: <http://www.revistacredencial.com/credencial/historia/temas/curiosidades-y-mas-que-curiosidades-de-la-regeneracio>

Gómez, E y Montalvo, A. (2013) Enfermería en Cartagena 1900-1920. Palobra. N| 13, 124-142. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5077592.pdf>

Gómez Ochoa, A. (2015) *La salud como una práctica pedagógica en Colombia 1920- 1990*. (Tesis doctoral) Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá.

Gómez Serrano C, Munar C, Parrado Y, Urbano G, Rodríguez M, Vargas E & Velandia 2011). *Tres escuelas una historia. La formación de enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia 1920 - 1957*. Bogotá. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería

Guerra, Y. (2016). Vejez, envejecimiento y eugenesia en Colombia. Consideraciones históricas. *Revista Latinoamericana de Bioética*. (16) 2, 140-161

Hernández, C. Sellán, S, Maldonado E. (2013). Las coordinadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad. *Revista Enfermería Universitaria*. (10) 4, pp. 133-138. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a5.pdf>

Hernández, E. Pecha, P. (2003). *La Universidad bogotana y la enseñanza de la medicina en el siglo XIX. Entre la precariedad, la inestabilidad política y la miseria de las guerras civiles*. Bogotá, Colombia. Círculo de lectura alternativa.

Herrera, C. (2011). Educación física y biopolítica: un asunto de género en la escuela colombiana. En *La Invención Del Homogymnasticus Fragmentos Históricos Sobre La Educación De Los Cuerpos En Movimiento En Occidente*. P 497-527. Buenos Aires, Argentina. Editorial Prometeo.

Herrera, C. Ojeda, C. (2016). El amor y aquello de ser mujer?: aproximaciones a la configuración de lo femenino en la escuela colombiana (siglos XIX y XX). *Actualidades pedagógicas*. N°67, pp. 115-133. Recuperado de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ap/article/view/3733/2936>

Jaramillo, C. (1987). Las Juanas de la Revolución. El papel de las mujeres y los niños en la Guerra de los mil días. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Número 15, p. 211-230, 1987. ISSN electrónico 2256-5647. ISSN impreso 0120-2456. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/36110/37534>

Lapeña, E. (1993). *El temperamento melancólico. Hacia una alquimia posible del arte*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Laza, C. (2007). "De mujeres cuidadoras a enfermeras: Apartes de la historia de una disciplina". *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 10, fascículo 1,36-41, Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-101/de_mujeres-cuidadoras_1/

Londoño, P. (1995) Las colombianas durante el siglo XIX. *Revista Credencial Historia*. Número 68. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/agosto95/agosto2.htm>

Manosalva C. (2014). *¿De la subordinación a la autonomía? Proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia de 1920 a 1958* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Manosalva C. (2015). Género, enfermería y cuidado. Políticas educativas y el proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia, primera mitad del siglo XX En: Memorias virtuales Seminario Internacional género y cuidado: teorías escenarios y políticas. p 329-348.

Martínez, E (2012). *Cómo estudiar anatomía*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.

Marquardt, (2011). Estado y constitución en la Colombia de la Regeneración del Partido Nacional 1886-1909. *Revista Ciencia política*. Vol. 6, 11, pp. 56-81. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/41501>

Medina, José Luis (1999) *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona, España: Editorial Leaters.

Moral, P. (2008). El cuerpo del deseo. El discurso médico medieval sobre el placer sexual. *Studium Medievale: Revista de Cultura visual - Cultura escrita*. N°1,, 136-147. Recuperado de: <http://www.academia.edu/3397200/>

Moral, P. (2010). Espacios femeninos. El proceso de legitimación masculina del saber y las

prácticas sanitarias femeninas. En: *La transformación de enfermería. Nuevas miradas para la historia*. pp.75-93. Madrid, España. Editorial Comares.

Noguera, C. (2003) *Medicina y política - Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín, Colombia: Fondo editorial Universidad EAFIT.

Ospina A, Sáenz J, Saldarriaga O. (1997). *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946, Volumen 2*. Medellín, Colombia: Ediciones Foro Nacional por Colombia.

Ovejero A, Pastor J. (2001) La dialéctica saber/poder en Michel Foucault un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela. *Revista Aula abierta*. N°77 pp. 99-110. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45498.pdf>

Palma, E. (2017). Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. *Revista habanera de ciencias médicas*. (16) 3. Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1274/1813>

Patiño, J. (2016). El hospital universitario. *Revista de la Facultad de Medicina*, (64) 4, 595-596. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/55881>

Pardo, M. (2006). Reseña: Santiago Castro - Gómez. La Hybris del punto cero. Ciencia Raza e Ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). *Revista Tabula Rasa*. Número 4. p. 339-346. ISSN 1794-2489. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n4/n4a17.pdf>

Pinilla, A. (2015). Sujetos y orden social en la política educativa de las primeras décadas del siglo XX. *Revista Historia y Sociedad*. Número 29, p 43-60. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/issue/view/4234/showToc>

Prado, L. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. (36) 6, 835-845. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Quevedo, E. (1990). *La Salud en Colombia. Análisis sociohistorico*. Bogotá. Colombia: Editorial Presencia.

Quiceno, H. (2012). *Crónicas Históricas de la Educación en Colombia*. Bogotá, Colombia: Cooperativa editorial Magisterio.

Restrepo, L. (1995). Parteras, Comadronas y médicos. La Instauración de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. (44),140, 33 -42. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/upb/article/view/4670>

Restrepo, L. (2006). *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1870-1930*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.

Restrepo Zea, (2006). *Régimen de atención en el Hospital San Juan de Dios: ordenanzas y relaciones: Bogotá, 1868-1876*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Reyes, C. (1995) Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX, el hogar y el trabajo, escenarios de las mayores transformaciones. *Revista Credencial Historia*, Edición 68: 1-20. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-68/cambios-en-la-vida-femenina-durante-la-primera-mitad-del-siglo-xx>

Rodríguez, J. (2012). Acueducto de Bogotá, 1887-1914: Entre público y privado. *Revista Credencial Historia*. Número 267. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-267>

Rose, N. Políticas de la vida (2012). En: *Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Argentina: UNIPE: Editorial Universitaria.

Roslan, Y. (2015). Sujetos silenciados en el ámbito hospitalario. Propuesta desde un enfoque narrativo. *Revista de trabajo social Margen*, 78. pp. 1-6. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen78/roslan78.pdf>

Saldarriaga, O. (2003). *Del oficio de maestro. Prácticas y teorías de la pedagogía moderna en Colombia*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.

Sánchez, F. (1989). Historia de la Ginecología y Obstetricia en Colombia. EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Volumen XL No. 4. p 261-271. Recuperado de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2495>

Sánchez, L. (1981). Hospital de La Misericordia 6 de mayo de 1906 - 6 de mayo de 1981. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. Volumen XXXIX No. 3 Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/21959>

Sánchez, S. (2002). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.

Saurith, V. (2015). *Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Segura, P (2010). El ideal femenino de Soledad Acosta de Samper. Un análisis de los “Estudios históricos sobre la mujer en la civilización” de la revista La mujer. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Sepúlveda, J. (2016). Michel Foucault: Tecnologías de gobierno y prácticas de libertad. Últimos desplazamientos. Renovadas problematizaciones. *Perspectivas Metodológicas* / (2) 18, 123-135. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/1253/1084>

Torres, J. (2010). La mujer en la segunda mitad del siglo XIX Una sombra presente. *Goliardos. Revista estudiantil de Investigaciones Históricas*, Número 12, p. 53-6. ISSN impreso 2145-986X. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/gol/article/view/45166/46522>

Urias, B. (2003) Eugenesia y aborto en México (1920-1940). *Revista Debate Feminista*. (15) 27, 305-323
 Recuperado de: http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027_18.pdf

Vaticano. Catecismo de la Iglesia Católica, aprobado por la Carta Apostólica LAETAMUR MAGNOPERE 1997. Recuperado de http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/lettera-apost_sp.html

Vázquez, Fa (2009). De la microfísica del poder a la gubernamentalidad neoliberal. Nota sobre la actualidad filosófico-política de Michel Foucault. *Contrahistorias. La otra mirada de Clío*. pp. 71-92. Recuperado de <http://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/9165>

Velandia, A. L. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Velandia, A. L. (2002). Influencia de la “cuestión femenina” en la educación de enfermería en Colombia. *Revista Investigación y Educación en enfermería*. (20) 1, 36-52. Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16741>

Velandia, A. L. (2016). *Historia de la enfermería en Colombia. Segunda edición revisada y complementada*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Villegas A. (2007). Nación, intelectuales de élite y representaciones de degeneración y regeneración, Colombia 1906-1937. *Revista Iberoamericana*. 28-01, 2011: 7-24 Recuperado de: <http://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/iberoamericana/article/viewFile/842/525>

Veyne, P. (1984) *Como se escribe la Historia. Foucault revoluciona la historia*. Madrid, España. Alianza Editorial.

4.Contenidos

La tesis está dividida en tres capítulos. Los dos primeros, permiten determinar las condiciones que favorecieron la emergencia de las escuelas de enfermería como ámbitos de formación en Colombia en las dos primeras décadas del siglo XX. El tercero, explica la formulación de unos problemas y los modos de enfrentarlos respecto a educar en el cuidado de la salud en Colombia a finales del siglo XIX e inicios del XX, en el contexto de los procesos de medicalización promovidas en este período. En el capítulo 1 se identificarán las prácticas orientadas al encauzamiento y el cuidado de los cuerpos desde la búsqueda de la sumisión de la mujer cuidadora a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Se trata de un sucinto análisis de cómo las diversas prácticas y discursos encaminados al cuidado de los enfermos y el direccionamiento de sus conductas, que se privilegiaron en la etapa previa a la formalización de la educación en enfermería, obedecían a las condiciones atribuidas a las mujeres de inferioridad, condición social, sumisión al hombre en términos de acceso al saber y la influencia de comunidades religiosas, vinculados a los ideales impartidos por la iglesia católica respecto a la mujer como modelo de caridad y de virtud. Con relación a los discursos religiosos, el capítulo permite comprender la influencia de la Congregación de las Hermanas de la Presentación procedente de Francia, sobre las primeras pautas del cuidado organizado a nivel intrahospitalario en nuestro país.

En el capítulo 2 se mostrará cómo a finales del siglo XIX hasta 1903, la tradición oral por parte de las religiosas, los médicos y las mismas mujeres practicantes de la partería y el cuidado empírico, así como el seguimiento de instrucciones básicas dadas a través de manuales de partería, escritos por médicos internacionales traducidos al español, eran las prácticas privilegiadas para educar en el oficio del cuidado y predominantemente en el arte de ser partera. Para esta época, debido a la influencia de los modelos biológicos y científicos europeos sobre la medicina nacional, las comadronas y parteras se convirtieron en una amenaza para el ejercicio médico y se demostró estadísticamente que también lo eran para la vida de las madres y los recién nacidos. De esta manera, la educación en el oficio de cuidar se trataba de un conjunto de instrucciones que no estaban oficialmente ligadas a ninguna institución educativa y que estaba relacionada tanto con el rol atribuido a las mujeres en la sociedad de entonces, como al advenimiento del higienismo en el país. En este capítulo se dará cuenta de las prácticas relacionadas con la medicalización de la población inmersas dentro del dispositivo higiénico que se privilegió en Colombia y que, a su vez, sirvieron como pautas para la planeación de la educación en enfermería en los primeros cursos de formación.

El capítulo 3 se ocupa de describir los primeros cursos de enfermería creados gracias a la voluntad de algunos médicos de marcada influencia en el despliegue de políticas de control sobre la vida de la población. Estos cursos se desarrollaron en los hospitales y en colegios femeninos de algunas ciudades y dependían de la instrucción de las religiosas y de los mismos galenos. El tercer apartado de esta investigación analiza, a partir del discurso contenido en los manuales de formación, cómo este tipo de educación hacía parte de lo que Foucault (2000) estudió como la coexistencia de técnicas disciplinarias y las estrategias de regulación de la población o gobierno de la vida.

5. Metodología

La perspectiva teórica y metodológica que organiza el estudio es arqueológica y genealógica desarrollada por Michel Foucault, lo cual implica tanto el análisis de las prácticas, en este caso del cuidado y de la educación en el mismo, como la ubicación de las condiciones en las que se “problematiza” el cuidado y su profesionalización en Colombia.

Teniendo en cuenta la definición de arqueología planteada por Castro (2004) como “una historia de las condiciones históricas de posibilidad del saber” (p. 38), la descripción de los documentos de archivo que aluden a las prácticas de cuidado generadas por las mujeres de finales de siglo XIX e inicios del XX, las prácticas médicas que hicieron posible emerger los primeros cursos de enfermería y los discursos estructurados bajo el saber médico que dieron las pautas de cuidado de las enfermeras hacia la población, posibilitan mostrar cómo se dio lugar a unos saberes que constituyeron las bases de la enfermería moderna y de los discursos en torno al arte de cuidar.

La perspectiva arqueológica permite identificar también las formaciones discursivas relacionadas con la higiene como acontecimientos, que han de constituir las verdades reguladas socialmente; describe sus signos, sus efectos, sus manifestaciones, sus enunciados, sus especificidades, sus legitimidades, sus rupturas y discontinuidades. (Carmona, 2015).

De acuerdo con Sepúlveda (2016), la genealogía en esta investigación es posible distinguirla en tanto se realizan los análisis de los ejercicios de poder inmersos dentro de la formación de enfermería y su discurso; relaciones de saber/ poder entre hombres y mujeres, entre médicos, hermanas de la caridad y las enfermeras y entre las enfermeras con sus sujetos de cuidado. En tal sentido, se trata de una “historia de las relaciones de poder”, como Castro (2004) define la genealogía, que posibilitará un análisis del poder desde la gubernamentalidad o el análisis histórico de las condiciones materiales que dan lugar a la “formación de la «población» como campo de intervención gubernamental; esto es, “se ocupará del modo en que las tecnologías liberales se harán cargo del gobierno sobre la vida en las sociedades occidentales” (Castro-Gómez, 2010, p. 63).

6. Conclusiones

En Colombia el cuidado era visto como un oficio a finales del siglo XIX y carecía de una educación estructurada; ello estuvo sujeto a coyunturas espacio-temporales, intereses políticos y condicionamientos religiosos que representaban un retraso en comparación con países europeos que ya formaban enfermeras para cuidar bajo lineamientos científicos y biologicistas desde mediados del siglo XIX. Dichas coyunturas fueron determinantes para obtener como resultado la relación de subordinación de las enfermeras ante los médicos enmarcada dentro del saber/poder, la manifiesta connotación religiosa que se le endilgó a la práctica del cuidado de los enfermos y la negación de posibilidades de acceso a saberes más especializados, en contraposición a los que sí podían esgrimir los hombres, y en particular los médicos.

Los factores ligados a la vocación religiosa y a la discriminación de género a las que las mujeres estaban sujetas en términos de acceso al saber para las últimas décadas del XIX, motivaron a algunos médicos, en medio de la urgencia del movimiento higienista y la entrada del capitalismo al país, a contar con personal femenino que les ayudara con la ejecución de sus tratamientos dentro del hospital como nuevo espacio terapéutico que redefinió el estatuto del enfermo; que facilitaran el cuidado de sus pacientes en los hogares y que a través de ellas se les reconociera como únicos portadores del saber en la comunidad ante la amenaza de prácticas empíricas y tradicionales como

las que ejecutaban las parteras y las nodrizas. Por tanto y como parte de la práctica de gobierno dirigida a la gestión de la población en las que era el saber médico era el único reconocido para definir políticas de control basados en un discurso científico, se impulsa la creación de cursos en los que se buscó formar mujeres capaces de cuidar bajo la obediencia ciega y la promoción de aquellas virtudes que representaban un ejemplo a seguir.

El saber de la enfermera consistía en aceptar la verdad que el médico le ofrecía, debilitando las prácticas ancestrales que configuraron el cuidado como un oficio y haciendo de la dinámica de institucionalización de la educación en enfermería un saber sometido; muestra de ello fueron los lineamientos escritos por los médicos que dispusieron el perfil de las cuidadoras de inicios del siglo XX bajo el que la enfermera se convierte en la reproductora del discurso higiénico a través del cuidado, con el fin de configurar sujetos útiles y productivos a la economía de la nación. En este sentido, el saber de la enfermera es el ejemplo fehaciente de la coexistencia de las tácticas de orden disciplinar y las estrategias de gestión de la población.

Elaborado por:	Castellanos Sánchez, Nataly
Revisado por:	Díaz Flórez, Olga Cecilia

Fecha de elaboración del Resumen:	16	10	2018
--	----	----	------

Tabla de contenido

Introducción.....	21
--------------------------	-----------

Capítulo 1:

Saberes y prácticas de formación en torno al cuidado de los cuerpos, a propósito de la enfermería como oficio.....	35
---	-----------

1.1. La mujer virtuosa y subordinada al saber patriarcal: condición para el ejercicio del cuidado sobre los cuerpos.....	40
--	----

1.1.2. De la hegemonía del saber médico y su influencia en el oficio de cuidar.....	47
---	----

1.2 Caridad cristiana, altruismo y compromiso: Papel de las hermanas de La Congregación de la Presentación en la profesionalización de la enfermería en Colombia.....	58
---	----

Capítulo 2:

Prácticas de formación para el cuidado de la población.....	68
--	-----------

2.1 La higiene como dispositivo de seguridad en Colombia a inicios del siglo XX.....	68
--	----

2.2. Factores que contribuyeron a la emergencia del dispositivo higiénico en Colombia a principios del siglo XX.....	72
--	----

2.3. La higiene como defensa de la degeneración racial.....	79
---	----

2.3.1 La medicalización de las mujeres (parteras y parturientas).....	84
---	----

2.3.1.1. Del problema de la morbilidad materno-infantil y el control sobre las comadronas.....	87
2.3.1.2. Los niños, blanco de la medicalización.....	105
2.3.1.2.1. Del problema de la malnutrición de los lactantes y el control sobre las nodrizas y las madres.....	109
Capítulo 3:	
Prácticas discursivas de las primeras escuelas de enfermería en Colombia, entre la coexistencia de las técnicas del poder disciplinar y la gestión de la población.....	113
3.1 La creación de las escuelas de enfermería como estrategias para la medicalización de la población	113
3.2 La enseñanza del arte de cuidar.....	121
A modo de cierre.....	144
Referencias.....	147

Introducción

Yo diría que, a la mayoría de las grandes elaboraciones de las grandes preguntas teóricas que nos hacemos, siempre hay una pregunta histórica que le es asociada de una forma privilegiada... No se puede, me parece, llevar una teoría sobre lo que es la ciencia en general, sin asociarle una pregunta histórica que es en cierta forma la sombra que se lleva”.

Michel Foucault.¹

Foucault a través de varias de sus obras (2000, 2004, 2006, 2007, 2009) permite distinguir cómo el gobierno de los otros y el gobierno de sí se hacen posibles a través de diversas tecnologías de poder y por diferentes espacios. De manera particular, en *Vigilar y Castigar* (2009), el autor nos presentó la transición y la coexistencia del cuerpo disciplinado y el cuerpo gobernado, el control del cuerpo individual y el cuerpo social. Así mismo, en sus obras *Defender la sociedad* (2000), *Seguridad, territorio y población* (2006) y el *Nacimiento de la biopolítica* (2007) configuró una lectura particular sobre cómo la población se convierte en objeto de gobierno a partir de distintos modos de fabricar, producir y gestionar la libertad de los individuos y las colectividades desde el cálculo de estrategias, seducciones y coerciones, dentro de una cultura del peligro y del manejo del riesgo.

En tal contexto analítico, la búsqueda de la garantía de seguridad involucra, por ejemplo, discursos relacionados con el cuidado de la salud, la prevención de la enfermedad y de las diversas formas de intervención sobre el cuerpo que promovieron hábitos saludables como formas de vida; prácticas que hoy nos resultan incontrovertibles, que se han interiorizado y naturalizado desde los argumentos de la ciencia, que se han constituido como sistema de

¹ Clase del 7 de enero de 1981- Subjetividad y Verdad. Traducción hecha por Juan Guillermo Díaz Bernal, mayo de 2016.

obligaciones y que para consolidarse como discursos de la “normalidad” superaron un sinnúmero de circunstancias a través de la historia.

Así, en cada hogar, cada escuela o universidad, tanto en los ámbitos laborales como en el hospital se han transmitido, promovido y rutinizado este tipo de prácticas que tienen como finalidad mantener el equilibrio entre el cuerpo y el alma a través del encauzamiento de la conducta, y conservar el equilibrio y el orden social, a partir de asuntos como la disminución del impacto de las epidemias, de la violencia o la regulación de la morbimortalidad, lo cual favorece un espacio útil y productivo y lo que permite, tal como lo afirma Castro-Gómez (2010) que “los individuos cultiven autónomamente el deseo de «vivir mejor» y «progresar» mediante la puesta en marcha de juegos de libertad económica (producción y consumo)” (p. 41).

Todo lo anterior confluye en una regulación política de la vida, o como la denominaré provisionalmente Foucault (2000), una biopolítica² que en la búsqueda de potenciar y maximizar la vida acude a dispositivos de seguridad, esto es, un conjunto de discursos, instituciones, reglas, leyes, sistemas de obligaciones encaminadas a resolver unas urgencias, identificar una serie de acontecimientos probables, generar un cálculo de costos, una distribución espacial y los mecanismos que permitan determinar lo que es óptimo, lo que resulta aceptable (Foucault, 2006, 2009; Castro-Gómez, 2010).

² De acuerdo con Foucault (2000) la biopolítica es el conjunto de estrategias que revelan el tránsito hacia un poder que asume como función administrar la vida: “el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir fue remplazado por el poder de hacer vivir” (p. 167). Según Castro-Gómez (2011), el concepto de biopolítica fue usado por Foucault de manera provisional para dar paso a un proyecto más ambicioso denominado la historia de la gubernamentalidad. En estos trabajos la noción de gobierno de la vida fue sustituido por gestión de la población, en cuya analítica del poder la conducción de la conducta está inmersa dentro de la acción de agentes externos al sujeto y dentro de las acciones realizadas por el sujeto mismo. Desde esta perspectiva, “el poder es visto como un ‘juego de acciones sobre acciones’ y ya no como un conjunto de relaciones de dominación” (Castro-Gómez, 2011, p. 10).

En suma, se trata de prácticas de gobierno que van dirigidas a la gestión de la población y que, al mismo tiempo, son consentidas por los sujetos como consecuencia de las ideas y los deseos fundados en estilos de vida que, en el marco temporal en el que se desarrolla esta tesis, estaban suscitados por el ingreso de la nación al capitalismo.

Dentro de estas prácticas de gobierno, que resultan de interés para la presente investigación, se destacan la higiene del cuerpo y el alma, así como la formación de los sujetos que contribuirían a impulsar prácticas de cuidado y autocuidado, cuyo discurso circuló de manera muy influyente al finalizar el siglo XIX e inicios del XX y aún hoy, como parte de esa naturalización, transita en la escuela, en el hospital y en la comunidad en general. Este discurso higienista y la formación de sus agentes como estrategia del Estado, tanto para impulsar unas ideas de modernidad en los albores del siglo XX, como por la necesidad de hacer frente a las epidemias que azotaban a los trabajadores y amenazaban la economía de exportación (Castro-Gómez, 2007a), no hubiese podido introducirse sin el influyente papel de las instituciones de salud, del concurso de las “ciencias de la vida” y de los intelectuales hegemónicos (médicos, higienistas)³ que buscaban la formación de profesionales en salud para que ellos, a su vez, contribuyeran a propender por el bienestar de los individuos y de la población a través de la difusión y el cumplimiento de esas prácticas de higiene. En cierto sentido diríamos que la educación de estos profesionales, en el caso particular de la enfermería, se configura como respuesta a la acción de gobernar la vida, a la conducción del cuerpo y el alma para generar sujetos sanos, útiles económicamente a la sociedad y capaces de autogobernarse.

³ De acuerdo con Castro_ Gómez (2007): “Los médicos empezaron a verse a sí mismos como los nuevos apóstoles de la República [...] Ellos eran ahora los encargados de continuar la obra de aquellos mártires de la patria y de señalar a la nación el camino del *progreso bio-social*, ya que éste requería de un pueblo sano, trabajador y bien alimentado” (énfasis del autor, p. 45).

Así, la introducción de conceptos que progresivamente van a aparecer en la formación de profesionales de la salud, tales como control de natalidad, mortalidad, morbilidad, endemias, epidemias, vacunas, nutrición y dietética, ejercicio, riesgo, prevención, puericultura, etc., permiten, a partir de intervenciones fundamentadas encauzar⁴ a los enfermos, los locos, los niños, las madres, la raza misma para que el cuerpo adquiriera fuerza y utilidad en una sociedad del trabajo.

Bajo esta perspectiva, la presente investigación busca dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles fueron las condiciones que favorecieron la emergencia de las escuelas de enfermería como ámbitos de formación en Colombia en las dos primeras décadas del siglo XX en relación con la coexistencia de unas prácticas de gobierno y técnicas disciplinarias orientadas hacia el cuidado de la salud de la población, y unos saberes que le dieron su fundamento? Así mismo ¿Qué acontecimientos dieron lugar a la formulación de unos problemas y los modos de enfrentarlos respecto a educar en el cuidado de la salud en Colombia, a finales del siglo XIX e inicios del XX, en el contexto de los procesos de medicalización promovidas en este período?

Para responder a estos interrogantes es necesario dar cuenta, en primer lugar, de distintos factores, como la feminización de los cuidados y las características atribuidas a las cuidadoras, a quienes se conciben como mujeres plenas de virtudes y valores religiosos, así como los legados de subordinación al saber del médico que hacían del cuidado de los enfermos un oficio a finales del siglo XIX. La conjunción de estas condiciones permite dar cuenta del tránsito del ejercicio de una labor empírica a la necesidad de una formación en el

⁴ Las tecnologías y el tipo de reflexividad que ellas configuran se orientan a hacer posible el encauzamiento de las conductas gracias a prácticas que se han gubernamentalizado.

arte de cuidar que dará lugar a la emergencia de la enfermería como profesión a principios del siglo XX.

En segundo lugar, las preguntas que organizan la investigación nos llevan a identificar los acontecimientos que hicieron posible formular algunas soluciones a los problemas y necesidades de gestión de la población en Colombia a finales del siglo XIX, relacionadas con la precariedad en los manejos de la enfermedad y la emergencia de educar en el cuidado de la salud que fueron el resultado de unas prácticas orientadas a posibilitar el gobierno de la vida en el contexto de un capitalismo naciente en el país. Aquí se identifican algunos discursos de orden político, religioso y social, como condiciones históricas de las primeras décadas del siglo XX y cuya confluencia aporta algunas respuestas a la emergencia de la enfermería como ejercicio de cuidar y como profesión que inicialmente fue vista como un apéndice de las prácticas médicas articulada a sus saberes y a prácticas de influencia francesa y norteamericana.

Como tercer aspecto vinculado a las preguntas, esta investigación pretende identificar y tematizar el tipo de discursos y saberes que configuraron la formación de la enfermera, una vez fue considerada necesaria en el país, tanto desde la normatividad planteada en las dos primeras décadas del siglo XX, como desde las orientaciones de las prácticas de enfermería agenciadas, particularmente desde los manuales usados en su educación, con el fin de identificar cómo la formación de las enfermeras daba lugar a la coexistencia de técnicas disciplinarias y dispositivos de seguridad orientados a gobernar la población, en las que la constitución de la subjetividad de la enfermera incluía un lugar en la reproducción de esas prácticas de gobierno.

Es importante precisar que si bien el primer curso de enfermería nace en la ciudad de Cartagena en 1903, es en Bogotá donde se crea la mayoría de los cursos para enfermeras entre 1906 y 1920, año en el que en las universidades de Cartagena y Nacional de Colombia surgen los primeros programas de instrucción para enfermeras adscritos a las Facultades de Medicina, denominados Escuelas de Enfermería. También cabe anotar que en 1903, posterior a la declaración del restablecimiento del orden público en Colombia, luego de la Guerra de los Mil Días y de la separación de Panamá, el 26 de octubre se expide la Ley 39 “Sobre la Instrucción pública”⁵ que ha de marcar la pauta en la formación profesional en el mismo periodo de estudio de esta investigación, pues se trató de la primera Ley de educación del siglo XX.

Para llegar a establecerse como un programa educativo dentro de las universidades hacia 1920, la enfermería dejó de ser una simple actividad con vocación altruista, de cuya instrucción los médicos eran los encargados, gracias a acontecimientos como la entrada del movimiento eugenésico e higienista en el país, los efectos de la Guerra de los mil días, el posicionamiento de la mujer en la sociedad, los cambios económicos, sociales y políticos que los periodos de entreguerras marcaron en la nación, entre otros fenómenos cuyo entrecruzamiento se describirá y analizará en esta investigación.

⁵Según la historiografía de la enfermería en Colombia elaborada por Pedraza (1954), el primer curso de enfermería se hace realidad con la creación del Taller Municipal de Artes y Labores Manuales. Con relación a este tipo de educación, la Ley 39 de 1903, en sus artículos 16 al 22, establece la normativa relacionada con la creación, el objeto y las personas a su cargo. La ley señala la instrucción en manufacturas, agricultura, oficios mecánicos, u otro “arte u oficio por lo menos, que, según las necesidades, las condiciones y las costumbres de la respectiva localidad, convenga difundir de preferencia en ella” (Artículo 17), lo que demuestra que la enfermería era vista como un oficio y que se crea de acuerdo con las necesidades poblacionales en torno a la higienización.

Por estas razones, esta investigación histórica abarca principalmente el periodo de 1903 a 1920, época en la que surgen los primeros cursos de formación en enfermería adscritos a hospitales y a colegios, regentados por médicos específicos, hasta que surge el primer programa de educación en enfermería en algunas instituciones universitarias.

La perspectiva teórica y metodológica que organiza el estudio es arqueológica y genealógica desarrollada por Michel Foucault, lo cual implica tanto el análisis de las prácticas⁶, en este caso del cuidado y de la educación en el mismo, como la ubicación de las condiciones en las que se “problematiza” el cuidado y su profesionalización en Colombia, teniendo en cuenta la precisión que nos formula Castro-Gómez (2010, p. 29):

Las prácticas (discursivas y no discursivas) son acontecimientos: emergen en un momento específico de la historia y quedan inscritas en un entramado de relaciones de poder. Solo hay prácticas en red. Para Foucault, no existen prácticas que sean independientes del conjunto de relaciones históricas en las cuales funcionan. Por eso, aunque las prácticas son singulares y múltiples, deben ser estudiadas como formando parte de un ensamblaje, de un dispositivo que las articula.

La arqueología y la genealogía propuestas por Foucault encierran dos tipos de análisis históricos que permiten vislumbrar cómo el saber está permeado por el poder, cómo los juegos de verdad se fueron construyendo y deconstruyendo a través del tiempo con el objeto de dar cuenta del presente (Carmona, 2015); y así poder responder, en este caso en particular, ¿cómo se ha llegado a lo que es la enfermería como profesión hoy en Colombia?

⁶ Al decir de Veyne (1984) se trata de una “historia de las prácticas en que los hombres han visto verdades y de estas luchas en torno a esas verdades” (p.237). Para este autor: Toda historia es arqueológica por naturaleza y no por elección: explicar y hacer explícita la historia consiste en percibirla primero en su conjunto, en relacionar los supuestos objetos naturales con las prácticas de fecha concreta y rara que los objetivan y en explicar esas prácticas no a partir de un motor único, sino a partir de todas las prácticas próximas en las que se asientan (p. 237).

Castro (2004) define la arqueología como “una historia de las condiciones históricas de posibilidad del saber” (p. 38). Se trata de la descripción de los documentos de un archivo que encierran las prácticas de unos sujetos en determinado momento histórico -de ninguna manera lineal o como coincidencias cronológicas- y por tanto, pretenden “mostrar cómo la historia (las instituciones, los procesos económicos, las relaciones sociales) puede dar lugar a tipos definidos de discurso” (p. 40).

(Carmona, 2015 refiere que la arqueología estudia las formaciones discursivas vistas como acontecimientos, que han de constituir las verdades reguladas socialmente o normas; describe sus signos, sus efectos, sus manifestaciones, sus enunciados, sus especificidades, sus legitimidades. Un saber cómo un conjunto de enunciados en movimiento.

Según Sepúlveda (2016) el momento de transición de un método arqueológico al genealógico, se traduce en pasar de los análisis de las normas o de los discursos tomados como verdades, al análisis de los ejercicios de poder inmersos dentro de esas formaciones discursivas. En tal sentido, se trata de una “historia de las relaciones de poder”, como Castro (2004) define la genealogía, es la que posibilitará un análisis del poder desde la gubernamentalidad.

En Foucault, la historia de la gubernamentalidad ha de entenderse como el análisis histórico de las condiciones materiales que dan lugar a la “formación de la «población» como campo de intervención gubernamental entre los siglos XVII y XVIII”; en tal sentido, el trabajo histórico de Foucault “se ocupará del modo en que las tecnologías liberales se harán cargo del gobierno sobre la vida en las sociedades occidentales” (Castro-Gómez, 2010, p. 63).

Castro-Gómez (2010) aclara que para Foucault la historia debía pensarse como un enfrentamiento de fuerzas, no sólo entre los Estados sino también entre sujetos en su vida

cotidiana, a lo que llamo “microfísica del poder”. Partiendo de esta idea, el propósito de la genealogía es “realizar un análisis del modo en que tales fuerzas producen saberes, objetos de conocimiento, instituciones, prácticas y sujetos enmarcados en un juego perpetuo de vencedores y vencidos” (p. 23).

Por su parte, Carmona (2015) acota que la genealogía no pretende mostrar el pasado a través de una continuidad sino analizar la historia en medio de rupturas, discontinuidades y las problematizaciones o las emergencias; contrario a lo que se hace desde el análisis tradicional de la historia. El autor plantea:

En la genealogía se pretende encontrar el punto de quiebre, el punto de inflexión, donde lo formulado ya no es la memoria sino el olvido; [...] es rastrear la huella, la marca, pero no el origen en sí mismo o por sí mismo, como pretendiendo darle una continuidad a la historia (p. 69).

Esta perspectiva genealógica, permite esclarecer las luchas que encierran, como lo diría Foucault (2000) el “acoplamiento de los conocimientos eruditos y las memorias locales, acoplamiento que permite la constitución de un saber histórico de las luchas y la utilización de ese saber en las tácticas actuales” (p. 22), dicho de otro modo, la genealogía da cuenta de los *saberes sometidos* como los llamo el autor y es precisamente los provenientes de las prácticas de la enfermería, antes de su formalización en las instituciones de enseñanza, un ejemplo de este tipo de saber.

Los saberes sometidos, Foucault (2000) los define como:

[...] toda una serie de saberes que estaban descalificados como saberes no conceptuales, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, saberes jerárquicamente

inferiores, saberes por debajo del nivel del conocimiento o de la cientificidad exigidos. Y por la reaparición de esos saberes de abajo, de esos saberes no calificados y hasta descalificados: el del psiquiatrizado, el del enfermo, el del enfermero, el del médico [...] —ese saber que yo llamaría, si lo prefieren, *saber de la gente* (y que no es en absoluto un saber común, un buen sentido sino, al contrario, un saber particular, un saber local, regional, un saber diferencial, incapaz de unanimidad y que sólo debe su fuerza al filo que opone a todos los que lo rodean) —, por la reaparición de esos saberes locales de la gente, de esos saberes descalificados, se hace la crítica. (p. 21, énfasis del original).

En esta dirección, para reconocer los discursos en torno a la necesidad de la enfermería y su enseñanza, para explorar los saberes relacionados con el cuidado de la población de finales del siglo XIX e inicios del XX y analizar las relaciones de saber / poder en las que estaban inmersas las cuidadoras para la misma época, se acude a fuentes primarias tales como el manual para parteras y enfermeras traído de Francia y traducido en 1896 en Medellín, el manual de formación de la primera escuela de enfermeras de la capital dividido en dos tomos; leyes, decretos, cartas de médicos y gobernantes que hacen alusión a la necesidad de personal de enfermería en Colombia; artículos de revistas escritos por mujeres de finales del siglo XIX; relatos de la guerra de los mil días; ponencias médicas que relacionan las problemáticas de la población gracias a las cuales se ancla el discurso higiénico en el país y que narran los acontecimientos bajo los que emergen las primeras escuelas de enfermería.

Se hace también uso de fuentes secundarias que citan esos acontecimientos y complementan la perspectiva metodológica de la investigación. Estas fuentes secundarias incluyen historiografía de la enfermería, el papel de la higiene y eugenesia como discursos predominantes en la época de estudio, tesis de maestría, doctorado y artículos indexados que analizan los planteamientos

de Foucault, tales como dispositivo de seguridad, técnicas disciplinarias, tácticas de regulación de la población y algunos de los textos escritos por autor que sustentan estas nociones.

En tal sentido, el análisis de las prácticas discursivas que le darán forma años más tarde a la educación profesional en enfermería y de las que se dará cuenta en esta investigación se desarrollarán en tres capítulos:

En el capítulo 1 se identificarán las prácticas orientadas al encauzamiento y el cuidado de los cuerpos desde la búsqueda de la sumisión de la mujer cuidadora a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Se trata de un sucinto análisis de cómo las diversas prácticas y discursos encaminados al cuidado de los enfermos y el direccionamiento de sus conductas que se privilegiaron en la etapa previa a la formalización de la educación en enfermería, las cuales obedecían a las condiciones atribuidas a las mujeres de inferioridad, condición social, sumisión al hombre en términos de acceso al saber y las comunidades religiosas, vinculados a los ideales impartidos por la iglesia católica respecto a la mujer como modelo de caridad y de virtud. Este análisis posibilitará comprender la transición de unas prácticas centradas en un oficio a la necesidad de una formación especializada en los inicios del siglo XX. Con relación a los discursos religiosos, el capítulo permite comprender la influencia de la Congregación de las Hermanas de la Presentación procedente de Francia, sobre las primeras pautas del cuidado organizado a nivel intrahospitalario en nuestro país.

En el capítulo 2 se mostrará cómo a finales del siglo XIX hasta 1903, la tradición oral por parte de las religiosas, los médicos y las mismas mujeres practicantes de la partería y el cuidado empírico, así como el seguimiento de instrucciones básicas dadas a través de manuales de partería escritos por médicos internacionales traducidos al español, eran las

prácticas privilegiadas para educar en el oficio del cuidado y predominantemente en el arte de ser partera. Para esta época, debido a la influencia de los modelos biológicos y científicos europeos sobre la medicina nacional, las comadronas y parteras se convirtieron en una amenaza para el ejercicio médico y se demostró estadísticamente que también lo eran para la vida de las madres y recién nacidos. De esta manera, la educación en el oficio de cuidar se trataba de un conjunto de instrucciones que no estaban oficialmente ligadas a ninguna institución educativa y que estaba relacionada tanto con el rol atribuido a las mujeres en la sociedad de entonces, como también al advenimiento del higienismo hacia el interior del país, que, entre otras cosas, también serviría como forma de control de las prácticas que dicho modelo consideraba erróneas en el cuidado de la salud.

Es este capítulo se dará cuenta de las prácticas relacionadas con la medicalización de la población inmersas dentro del dispositivo higiénico que se privilegió en Colombia y que, a su vez, sirvieron como pautas para la planeación de la educación en enfermería en los primeros cursos de formación. Castro (2004) acota que el término medicalización hace referencia a este proceso que se caracteriza por “la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico” (p. 377). Germain (2007), define la medicalización como una tecnología de poder propia del saber médico mediante la cual se interviene sobre el cuerpo, la conducta, las prácticas sociales de los individuos con el objeto de ejercer control sobre los mismos con funciones de normalización, lo que a su vez contribuye al desarrollo del poder (del biopoder) del Estado en tanto para este, el cuerpo cobra valor al representar la fuerza de trabajo y de producción.

Restrepo (1995), a propósito de sus estudios históricos sobre la instauración de la obstetricia en Medellín entre los años 1870-1920, destaca este vínculo entre medicalización y los

propósitos productivos, al afirmar que “el futuro y la prosperidad de los países estaban íntimamente ligados a una población numerosa, sana y virtuosa [...] un cuerpo sano es altamente productivo” (p. 35) por tanto se medicaliza para controlar el cuerpo con fines económicos.

El capítulo 3 se ocupa de describir los primeros cursos de enfermería creados gracias a la voluntad de algunos médicos de marcada influencia en el despliegue de políticas de control sobre la vida de la población. Estos cursos se desarrollaron en los hospitales y en colegios femeninos de algunas ciudades y dependían de la instrucción de las religiosas y de los mismos galenos. El tercer apartado de esta investigación analiza, a partir del discurso contenido en los manuales de formación, cómo este tipo de educación hacía parte de lo que Foucault (2000) consideró respecto a la complejidad del dispositivo disciplinar al hacer parte de las tecnologías de poder para la gestión de la población, sin excluir la disciplina, sino que la engloba: “Tras un primer ejercicio del poder sobre el cuerpo que se produce en el modo de la individualización, tenemos un segundo ejercicio que no es individualizador sino masificador, por decirlo así, que no se dirige al hombre/cuerpo sino al hombre-especie” (Foucault, 2000, p. 220).

Estos análisis permitirán dar cuenta de unas formas particulares que adquieren las prácticas de gobierno en nuestro contexto en una coyuntura histórica particular y que dan lugar al desarrollo prácticas discursivas y no discursivas consideradas como verdades. A su vez, esta investigación permite comprender de qué modo la formación de profesionales en enfermería se transforma en una estrategia del gobierno de la vida, puesto que hace parte de aquellas tecnologías de gobierno como aclara Castro-Gómez (2010), retomando los planteamientos de Foucault, que

[...] Se ubican en una *zona de contacto* entre dos familias tecnológicas distintas: aquellas que determinan la conducta de los sujetos (sujeción) y aquellas que permiten a los sujetos dirigir autónomamente su propia conducta (sujetivación) [...] pueden servir, entonces para crear estados de dominación política o para favorecer prácticas de libertad (p. 39).

En este sentido, diríamos que el cuidado está inmerso o bien dentro de prácticas que buscan dirigir la conducta de otros, tales como la higienización de la población, la medicalización, el poder del cuerpo sobre el otro; o bien para conducirse a sí mismo, ya que la enfermera debe fomentar en los individuos prácticas de autocuidado.

Para poder entender la enfermería contemporánea como profesión es preciso como lo dice el epígrafe “asociarle una pregunta histórica que es en cierta forma la sombra que se lleva” y esa pregunta histórica fundamento de esta investigación, pretende comprender los discursos que le han dado fundamento a esta profesión y al énfasis atribuido al cuidado, de tal manera que sea posible contar con otros modos de leer nuestra historia.

Capítulo 1.

Saberes y prácticas de formación en torno al cuidado de los cuerpos, a propósito de la enfermería como oficio

“Resulta casi imposible definir fronteras entre la evolución de la enfermera y la evolución de la mujer porque (sic) el cuidado es innato en la mujer, en la madre que amorosamente vela el sueño de su hijo y apacigua su dolor; en la hija que cuida a sus padres y hermanos; en la mujer que consuela y abnegadamente cuida a su hombre [...] pero (sic) ¿cuándo esta mujer-cuidadora incorporó el conocimiento a ese cuidado desinteresado? ¿Cuándo se volvió enfermera?”

Echeverry de Pimiento, 2003.

La pregunta por la emergencia de una profesión como la enfermería no puede entenderse sin situar los distintos tipos de prácticas y saberes que van a posibilitar la demanda y el reconocimiento de una necesidad de una formación especializada en relación con el cuidado del enfermo y la organización hospitalaria, así como el conjunto de saberes que le van a dar su fundamento. En torno a estas problematizaciones, es posible identificar un primer corpus de análisis basado en los discursos elaborados a finales del siglo XIX que se producen en distintos órdenes: en el plano de la política se destacan los reordenamientos jurídicos que instauran la Constitución de 1886, el código civil del año 1887 y la ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene. Por su parte, en el plano institucional, resaltan los discursos de la comunidad religiosa pionera en la formación de enfermería en el país, la comunidad de las Hermanas de la Presentación que llegaron a Colombia en 1873, así como los discursos que van a sustentar la importancia y necesidad de las distintas escuelas de enfermería que se van a institucionalizar en el país a comienzos del siglo XX. En la

confluencia de los discursos sociales, políticos y religiosos también se van a destacar las orientaciones que asimilan el cuidado de la familia al cuidado del enfermo y, por esa vía, los modos en que el rol femenino que desempeña la mujer en el hogar se proyecta al hospital.

Este tipo de lectura se relaciona con la manera de comprender el proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia planteado por Gómez (2012), quien destaca que “factores como la feminización de los cuidados, el orden vocacional y religioso, los legados de subordinación a la profesión médica, entre otros, han generado ataduras que evitan que se apropie como una profesión liberal y autónoma” (p. 47). Estos factores van a dar cuenta del tránsito de una praxis empírica a una formación experimentada y fundamentada, aunque aún joven para ser reconocida como ciencia.

Bajo esta perspectiva, es importante destacar cómo el cuidado se ha constituido en un pilar en el ejercicio profesional de la enfermería y ha sido especialmente atribuido a las mujeres. Tal como lo analiza Velandia (2002), en su estudio historiográfico sobre la cuestión femenina en la educación de enfermería, cuidar es una práctica social inmersa dentro de un contexto socio cultural que se convirtió en una obligación normativa, naturalizada y difícilmente cuestionada, que ha estado basada en el acompañamiento y la sumisión a otro con el fin de preservar la vida. Así mismo, la suposición de que la enfermería es un arte para ser ejercido exclusivamente por la mujer está anclada, tal como lo señala Manosalva (2014), por un lado, al contexto de la vida privado desde la representación del cuidado en sus roles de maternidad, en la atención a la familia en donde se halla subordinada al hombre; y por otro, en el “ámbito público”, aquel en el que el médico es el encargado de la supervisión del trabajo de la enfermera para quien los preceptos religiosos también tienen una marcada influencia.

Esta idea de subordinación de la mujer estaba bien arraigada a finales del siglo XIX y se expresaba en los medios de comunicación de aquella época, producidos por las mismas mujeres gracias a la influencia liberal que regía la nación y que les permitió escribir; y cuyos contenidos, sin embargo, tenían un carácter conservador que reivindicaban tanto las diferencias entre hombre y mujer en una lógica de oposición, como la importancia de que unos y otros fuesen útiles a la sociedad. La revista “La mujer” dirigida y en gran parte escrita por Soledad Acosta de Samper⁷, en su primera edición (1878a) designa:

Veámoslo. La diferencia que hay entre la vida de un hombre y la de una mujer es ésta: la primera es externa y la otra interna; la del hombre es activa, la de la mujer pasiva. *Él* tiene que buscarla fuera; *ella* la encuentra en su casa. Sin embargo, los dos caminos son igualmente honorables y difíciles. Sea como fuere y como lo dispongan las costumbres ambos deben seguir con dignidad y con el propósito de ser útiles, el camino que les ha trazado la Providencia. (p. 16, destacados del texto original).

Según Reyes (1995), el ideal femenino en la sociedad colombiana para el año en que se publicó esta revista y para las primeras décadas del siglo XX, fue vinculado con la virgen María, lo que comprometía a las mujeres con las virtudes de castidad, abnegación y sumisión⁸.

⁷ Segura (2010) en su investigación, “El ideal femenino de Soledad Acosta de Samper. Un análisis de los “Estudios históricos sobre la mujer en la civilización” de la revista La mujer”, describe a la directora y autora de la misma como “una de las mujeres más relevantes del siglo XIX en Colombia por su amplia producción, literaria y periodística [...] fue la única hija de General Joaquín Acosta y Carolina Kemble. Su padre fue un reconocido militar que combinó las armas con las letras[...] su madre, se sabe que nació en Nueva Escocia, Canadá, motivo por el cual Soledad Acosta recibió una muy nutrida mezcla de pensamiento, porque por una parte recibía la influencia española, católica, y por otra el pensamiento anglosajón y protestante [...] se casa con José María Samper, [...] quien desde muy joven había publicado diversos poemas y artículos políticos que apoyaban el liberalismo radical, pensamiento que para la época cobraba fuerza. Fue con quien ella comienza a escribir sus propias compilaciones.” (p.19-20).

⁸ Torres (2010) precisa que durante el siglo XIX la mujer aparte de ser considerada como objeto sagrado imitación de María, también era considerada como un objeto de placer, es decir, como Eva. En cualquiera de los

En estos discursos religiosos, la enfermería se vio ligada al ejercicio de la caridad cristiana⁹ basada en los principios de amor y ayuda al prójimo¹⁰. El cuidado era visto como una obra de salvación del alma para quien desempeñaba el rol de cuidador, un sacrificio de amor hacia quien lo necesitara (Hernández, Maldonado y Sellan, 2013). Un ejemplo de caridad cristiana es el de la comunidad de los Hermanos Obregones en España, que en sus Reglas y Constituciones (1623) establecen:

[...] con toda voluntad al servicio de los pobres en todos los Hospitales, cárceles, armadas, exercitos, y otras partes donde nos embiare quien puede; procurando así su salud espiritual, por los medios de que usa la Iglesia, en el qual exercicio debemos buscar la salvación de nuestras almas con la divina gracia, teniendo tan solamente delante de los ojos el premio de nuestro Señor, sin aguardar ninguno humano; y puesta la consideración en que cada uno de los pobres que se curare, o remediare reprenda la perdona de Christo, por cuyo amor lo hacemos” (Hernández, *et al.*, 2013, p.136).

Pese a que esta construcción de concepto de caridad se dio dos siglos y medio antes del contexto que se está describiendo en este trabajo de investigación, el mismo diario de Acosta

dos casos era dependiente de los hombres que la rodeaban, por cuanto se pensaba que ella no podía tomar sus propias decisiones por la debilidad atribuida a su carácter y su escaso o casi nulo razonamiento. Así, ser mujer era equivalente a ser menor de edad, pasiva e incluso demente.

⁹ La tercera parte del Catolicismo de la Iglesia Católica, que se denomina “la Vida en Cristo”, en su artículo 7, define la caridad como una “virtud teologal por la cual amamos a Dios sobre todas las cosas y a nuestro prójimo como a nosotros mismos por amor de Dios” [...] dice además que “La caridad tiene por frutos el gozo, la paz y la misericordia. Exige la práctica del bien y la corrección fraterna; es benevolencia; suscita la reciprocidad; es siempre desinteresada y generosa; es amistad y comunión” (Catecismo de la Iglesia Católica, aprobado por la Carta Apostólica LAETAMUR MAGNOPERE, 1997).

¹⁰ Según Echeverry de Pimiento (2003), alrededor del año 1500 d. C, se configuró el desarrollo de la enfermería organizada en el que mujeres y hombres brindaban el cuidado caritativo, amoroso y desinteresado a los enfermos y desvalidos, tal como lo promulgaban las obras de misericordia “las cuales abarcaban las necesidades básicas humanas: dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos. La regla de oro de la práctica de la nueva fe no era ser cuidado, sino cuidar, por lo que el cuidado de los enfermos y afligidos se elevó a un plano superior, convirtiéndose en una vocación sagrada, en un deber declarado de todos los hombres y mujeres cristianos” (2003, p. 177).

de Samper (1878b), permite distinguir que pese al transitar del tiempo, la caridad seguía siendo para finales del siglo XIX de la misma importancia que antaño, pues era el medio a través de cual se podía lograr la salvación del espíritu y el alcance de Dios; por lo mismo, debía promoverse en toda actividad que incluyera el cuidado:

¿Qué corazón de mujer no se conmueve a la vista del [...] enfermo azotado por el sufrimiento? Este cuadro (sic) de dolor [...] debe inflamar nuestra alma y disponerla para llevar el pan del cuerpo a los desgraciados [...] La verdadera caridad no se limita a dar una limosna. La verdadera caridad es aquel amor santo y desinteresado a Dios y al prójimo, por Dios mismo que, nos obliga a perdonar las injurias, a soportar con paciencia mil debilidades, sacrificándonos en lo posible por los demás. Enseñemos a nuestros hijos a practicar la verdadera caridad (p. 108-109)

La tercera característica que Gómez (2012) expone luego de la feminización de los cuidados y de la influencia religiosa en la configuración del sujeto enfermera; es la subordinación del conocimiento de enfermería a la hegemonía de la práctica y el discurso médico. La preocupación por los problemas del cuerpo, la salud y la fuerza productiva de los individuos, el crecimiento de la investigación y de los hospitales a mitad del siglo XIX conllevan a la medicalización de occidente (Foucault, 1977). Para responder a las necesidades de la sociedad y del mismo cuerpo médico en términos laborales e investigativos, este gremio se vio en la obligación de entrenar mujeres que les ayudaran en su labor; damas que no les juzgaran, discernieran u opinaran (Laza, 2007). Bajo estas consideraciones, podría asumirse que nace la enfermería como un oficio con una connotación subordinada, cuyo objetivo era auxiliar al galeno antes que al enfermo, pues los médicos hacían parte de los entes reguladores del campo de la salud y ejercían el poder que les confería su saber. Tal como lo destaca Gómez (2012): “Por años el desarrollo científico de la medicina fue protagónico y dominó el campo

de la salud, regulando la práctica sanitaria, al igual que la práctica de profesiones más débiles” (Gómez 2012, p. 47).

Si bien los tres factores antes descritos están íntimamente entrelazados, se profundizará en cada uno de ellos a continuación, con el objetivo de dar cuenta de los discursos sobre el cuidado guiado hacia el cuerpo enfermo previo al surgimiento de la iniciativa de educar enfermeras en Colombia. Además, dicha caracterización de la feminización de los cuidados, la hegemonía médica, y la manera particular del ejercicio de poder que ejerce el cristianismo en la educación de las primeras cuidadoras en la nación, permiten examinar el modo en el que el cuidado del enfermo configura ciertas formas de gobierno de los individuos.

Según Gaitán (1999) en esta época estos tres factores hacen parte del modo en que las enfermedades comunes eran atendidas en los hogares por curanderos y personal empírico; las personas más pobres morían en casa o eran llevadas de forma tardía a los hospitales en donde no se brindaban tratamientos efectivos y en su lugar, era el sitio que albergaba la muerte. Los ricos eran atendidos en sus casas y rara vez acudían a los hospitales, pues su solvencia económica les permitía la asistencia médica domiciliaria y la asesoría en los cuidados en ausencia de esta.

1.1 La mujer virtuosa y subordinada al saber patriarcal: condición para el ejercicio del cuidado de los cuerpos

Colliere (1993) destaca que el acto de cuidar no siempre ha sido propio de un oficio y aún menos de una profesión y que las prácticas de cuidado buscan responder ante la premura de hacer que la vida persista en medio de la presencia de las necesidades, la enfermedad y la muerte. Al respecto, la autora ubica los distintos actos en que se manifiesta el cuidado:

Asegurar la supervivencia era –y sigue siendo- un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: *cuidar de*. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc. (p. 7).

Estos actos cotidianos del cuidado han hecho parte del ejercicio doméstico inmerso dentro de muchos de los comportamientos, roles y relaciones de poder construidos social, cultural e históricamente y que han naturalizado la constitución de una subjetividad femenina a la que le han atribuido características que contribuyeron a mantener la subordinación de la mujer y a justificar sus múltiples condiciones de desigualdad frente a los hombres (Fernández, 2000). Un ejemplo de ello, lo da “La Mujer”, revista quincenal bogotana que pese a estar dirigida por la Señora Soledad Acosta de Samper y estar escrita por mujeres y para mujeres; señalaba que su objetivo era:

No solo agradar a la mujer, sino [...] alentarla en el cumplimiento de sus obligaciones, y procurarle dos veces por mes un corto solaz, en medio de la vida de arduos deberes íntimos y ocupaciones domésticas que es el fondo de la existencia de las mujeres de nuestra patria, en todas las jerarquías sociales. (Acosta de Samper, año, p. 1)

Esta cita es una muestra del distanciamiento por parte de las mujeres de las últimas décadas del siglo XIX de ejercer algún tipo de resistencia o de contraconducta¹¹ a esa forma naturalizada en la que estaba concebida la esencia de su vida y sí en cambio enseña la

¹¹ Se refiere a las luchas contra formas de sujeción por una nueva subjetividad (Duarte, 2012). Según Díaz (2018) “las contraconductas remiten a las luchas que operan en contra de los procedimientos implementados para conducir a otros, desde una relación inmanente” (p. 22).

expectativa de un imaginario colectivo que contribuía a configurar sus prácticas. Sin embargo, no se puede omitir el hecho de que atreverse a escribir y publicar artículos en un periódico pudo ser de cierta manera una acción contraria a muchas de las voluntades patriarcales comunes de la época¹², en tanto un ejercicio escritural permite los cuestionamientos que quizá posibilitaron el preámbulo de diversas controversias futuras que posteriormente contribuyeron a debatir el ejercicio de saber / poder basado en la relación dominación-sumisión.

Al hacer mención a las tendencias predominantes de las voluntades patriarcales sobre las mujeres, no se pretende dejar de señalar que el ejercicio escritural para el caso de esta revista, según Segura (2010) pudo estar también influenciado por algunos de los hombres y clérigos de ese tiempo como estrategia de poder, incitando a ciertas mujeres a escribir y convirtiéndolas así en instrumento de encauzamiento de sus conductas y las conductas de otras si se tiene en cuenta que los discursos como los de este medio de comunicación buscaban contribuir a la construcción de la identidad de la mujer ideal de finales del siglo XIX y acentuar concepciones ya establecidas.

Otro ejemplo de estos discursos relacionados con la construcción de la naturalizada subjetividad de la mujer de finales del siglo XIX, se lee en el número 10 de la misma revista, en el apartado “Galería de mujeres virtuosas y notables”, donde Acosta de Samper (1879) cita ejemplos de mujeres destacadas de otras nacionalidades como la italiana Rosa Ferruci y

¹² Para 1895, casi dos décadas después de la Revista la Mujer, Acosta de Samper ya invitaba a sus lectoras a no casarse si no lo consideraban prudente pese a su fervor y gran respeto al catolicismo: “las hará comprender que si el matrimonio es ley santa de la Providencia, él no es indispensable para la dicha de la mujer, que ésta olvidándose de las pasiones terrestres, podrá vivir honradamente, aunque sea pobre, si es activa, laboriosa e instruida, le enseñara a valerse por sí misma, de manera que si no encuentra un hombre virtuoso para unirse a él, la mujer puede existir sin los lazos matrimoniales y sola, sin necesidad de que un hombre trabaje para darle la subsistencia, porque ella misma se la ganara fácilmente por medio de labores honorables. Una vez que la mujer comprenda que puede rechazar al hombre vicioso, egoísta y de mal carácter, y al mismo tiempo hacerse valorar por sus virtudes y laboriosidad,; la sociedad se reformara indudablemente (p IX-X)

recomienda a las lectoras las reglas de vida necesarias para “delinear el carácter de la mujer virtuosa en varias situaciones excepcionales de la vida” (p. 229); “perfeccionarse y cumplir con sus deberes religiosos, sociales y domésticos” (p. 231), lo que denota cómo las mujeres de esta época estaban demarcadas a partir de ideales eclesiásticos y patriarcales difícilmente cuestionables¹³.

Pese a todo lo anterior, Segura (2010) anota que Acosta de Samper es el ejemplo de cómo con el pasar de los años y derivado del ejercicio escritural, las ideas de sumisión fueron convirtiéndose en motivación y emulación para otras mujeres en torno a las posibilidades y gratificaciones que conlleva ejercer otros roles, especialmente para aquellas mujeres que carecían de recursos. En 1895 escribe el libro *La mujer en la sociedad moderna* en el que reitera que aunque la mujer requiere sin duda de la práctica de la religión y sus mandatos, puede cumplir con papeles iguales a los ejercidos por los hombres en beneficio de la sociedad. En su libro cita un sinnúmero de ejemplos de mujeres que en Europa, América e incluso Colombia tuvieron la osadía de rebelarse y lograr profundos cambios pese a ser mal vistas y juzgadas. En el apartado *Mujeres Bienhechoras*, Acosta de Samper trae a colación las descripciones de las mujeres de diversos hospicios¹⁴ de París elaboradas por el periodista Maxime Du Camp, en las que se señala que el cuidado de los enfermos hace parte de esas

¹³ Soledad Acosta de Samper en la mayoría de los artículos de la revista *La Mujer* (1878- 1881), advierte que era una mujer fuertemente influenciada por el cristianismo y sus mandatos, los que ella consideraba eran el camino para “regenerar la sociedad” (1879, p 234). Ella enlista las reglas o ideales de la época, que sin duda representan un control patriarcal y sumisión a las autoridades eclesiásticas y al hombre, los cuales enuncia como recomendaciones para perfeccionarse y cumplir con tres tipos de deberes: religiosos, sociales y domésticos: “Dios me ve. Amar tiernamente la religión y la Iglesia católica. Pedir a Dios la fe y la constancia de los mártires, Socorrer a los pobres por amor a Dios. Ser sumisa y dócil con sus maestros. Callarse cuando se siente de mal humor. No leer nunca un libro sospechoso. Temer más al pecado que a la muerte”. (Acosta de Samper, 1879, p. 232).

¹⁴ Las instituciones de beneficencia no solo eran hospitales, también incluían asilos para indigentes y locos, orfanatos, ancianatos y todo tipo de casas y comedores comunales. Es decir, era el mecanismo por excelencia para la asistencia” (Hernández, *et. al.* 2011, p.41).

labores de las mujeres contemporáneas con las que se puede subsistir y contribuir a la salvación de otros.

La autora presenta dos tipos de mujeres dispuestas a cuidar de los enfermos para finales del siglo XIX: las religiosas y las mujeres laicas; ambas las considera opciones de igual importancia, pese a que para Maxime Du Camp no lo planteara de ese modo. La autora retoma la perspectiva que formula el periodista:

La religiosa es en tanto más madre en sus funciones de hospitalaria, cuanto que no lo ha sido en realidad. Esto es lo que no han comprendido aquellos buenos libres pensadores que pretenden obligar a los hospitales de Paris a que tengan enfermeras *laicas*. ¡Que palabra y que acción tan bárbara! ¡Si, conozco a esas enfermeras laicas, las he visto en actividad, y sé cuántas botellas de ajenjos y de golosinas contienen sus bolsillos! (p. 117).

En cuanto a las mujeres laicas, Acosta de Samper (1895) ejemplifica el caso de aquellas dedicadas al cuidado de los enfermos como es el caso de las damas del Calvario, una asociación de mujeres predominantemente viudas y otras mujeres de la alta sociedad parisense sin ningún voto religioso como exigencia, que a mediados del siglo XIX crearon hospicios que albergaban enfermos de males incurables, a los más miserables y desdichados sociales y que los médicos consideraban casos perdidos. Las narraciones de Acosta de Samper las describen como enfermeras, y con relación a las más adineradas refiere: “las enfermeras pagan cierta cuota mensual por el derecho a servir a los enfermos¹⁵, como viajeras de la beneficencia alojadas en la gran fonda de la caridad” (p. 126).

¹⁵ Es interesante este contexto que contrasta con la realidad del país, en donde las enfermeras de inicios del siglo XX, que se formaron en las escuelas creadas por médicos, pertenecían a las más bajas clases sociales y usaban el cuidado como un modo de subsistir.

Acosta de Samper (1895) describe el oficio de cuidar así:

Las enfermeras toman en sus brazos estos seres, que casi no tienen nada de humano y los sacan al jardín para que respiren mejor aire. [...] Ellas saben administrar el hidroclicrato de morfina, y conocen a fondo la manera de administrar las inyecciones. Los médicos nunca tienen gran compasión de aquellas enfermedades incurables, que consideran como un error de la naturaleza; pero en el caso que los remedios son ineficaces, las palabras afectuosas son un consuelo¹⁶. Es preciso pensar en el enfermo y no en la enfermedad. (128-129)

A partir de estos textos es posible analizar en primer lugar, que incluso en Europa, donde los adelantos en todos los campos del conocimiento en relación con los desarrollos nacionales eran significativos, las mujeres encargadas del cuidado de los enfermos lo hacían como parte de un oficio doméstico que estaba fundamentalmente basado en virtudes como la piedad, la benevolencia y el servicio, sin requerir para ello mayor instrucción, como Acosta de Samper lo señala para describir al resto de mujeres de su libro: médicas, músicas, literatas, maestras, etc. Según este texto, la enfermería era percibida como un oficio apto para cualquier mujer independiente de su clase social que quería llevar a cabalidad los principios de la cristiandad. Para el caso de Colombia este oficio era ejercido en mayor parte por las comunidades religiosas como lo planteaba el periodista y por mujeres de bajos recursos en la búsqueda de supervivencia, como lo veremos más adelante en otras citas de esta investigación.

Los relatos de la escritora colombiana, permiten discrepar en segundo lugar, que en nuestro país claramente se seguían los mismos lineamientos franceses que apuntaban a que

mayoritariamente, en los hospitales eran las religiosas quienes debían encargarse de los enfermos y que las laicas eran solo útiles en los hospicios o en los mismos hogares de los desvalidos (Barberi, 1914a); en cualquier caso, cuidar implicaba contar con virtudes y capacidades con que los hombres no contaban, como por ejemplo, para el cuidado directo de sus semejantes en su miseria:

Y no solamente limpiaban y curaban las llagas; sino que, usando amables palabras, lavaban y peinaban a aquellas desgraciadas, cuya fetidez casi no podían soportar los médicos enseñados a esas faenas.” (Acosta, 1895, p 131).

En el estudio realizado por Manosalva (2014), se muestra precisamente cómo hacia finales del siglo XIX, se asoció a la “condición femenina” características como la abnegación, el sacrificio y la sumisión. Así mismo, en tanto se concebía como una profesión a desempeñar “naturalmente” por las mujeres, se esperaba que el rol del cuidado que asumía en el hogar se extrapolara al cuidado del enfermo en los hospitales u hospicios. En una dirección semejante, Medina (1999), señala que para la misma época, la diferenciación de los roles que se establecen entre la enfermera y el médico eran: la primera se ve como una madre sumisa, obediente, mientras que el segundo, como la cabeza de familia. “Por lo tanto, como si fuera una esposa o una madre, la función de la enfermera fue confinada a la subordinación del saber médico y determinada con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad y obediencia (Medina, 1999, citado por Manosalva, 2014, p. 72).

De esta manera es posible abordar el análisis de la historia de enfermería en Colombia identificando las estructuras que configuran las relaciones de saber /poder dentro del campo de la salud en el que los discursos de verdad eran producidos por los médicos como cabeza del sistema de salud e higiene de finales del siglo XIX; es decir esos discursos científicos y

sus prácticas traducidas en técnicas, donde el cuidado era visto por los galenos como un procedimiento más.

1.1.2. De la hegemonía del saber médico y su influencia en el oficio de cuidar

La relación saber /poder que es posible describir en las prácticas educativas que para finales del S. XIX mediaban entre el médico y las mujeres que primordialmente se encargaban de cuidar a las parturientas y a los enfermos de los hospitales, estaban marcadas por un desigual acceso al saber científico de la época, dependiendo del lugar que ocupaban en el ámbito institucional y laboral. Así, los médicos daban instrucciones a mujeres seglares y a las hermanas de la caridad, indicándoles aquellas técnicas específicas que se relacionaban con el cuidado directo de los enfermos y de las parturientas ofreciéndoles explicaciones de carácter científico muy limitadas. Las siguientes citas, en orden cronológico, sustentan esta situación la cual prevalece desde finales del S XIX hasta incluso cuando se adelanta el primer curso de enfermería en Bogotá para 1914:

Numerosas enfermeras, sobre todo cuando la edad les ha dado experiencia, se creen autorizadas para modificar las indicaciones del médico, algunas veces aun a ejecutar prescripciones de su propia iniciativa. Esta es una tendencia enojosa y por desgracia frecuente; *el médico debe conservar toda la responsabilidad de la curación* [...]. Es conveniente que la enfermera consulte con el médico algunos puntos de detalle; y que acepte las observaciones que le haga; pero el que ella modifique el tratamiento por su propia autoridad –además de la responsabilidad que acarrea inútilmente– la hará merecedora de la reconvención del médico, quien perderá toda la confianza depositada en ella. (Touvenaint, 1896, p. V) Énfasis propio.

[...] Ya que me es posible en el puesto que desempeño, empezar a mejorar en el sentido indicado, la condición de nuestras parturientas, [...] concertéis un plan de estudio de la Obstetricia. [...] *Ese plan, en mi concepto, debe estibarse más en la práctica que en la teoría.* (Carrasquilla, 1898, p. 25)

“La enfermera debe [...] tener *cierta instrucción científica*, no con el objeto de reemplazar el médico en su oficio, sino para ser una ayuda inteligente y no una ayuda maquinal” (Barberi, 1914a, p. 5, énfasis propio).

Los énfasis que se han agregado en el relato de estas prescripciones revelan cómo los médicos buscaban ser los portadores de la verdad y los únicos responsables de la curación, mientras que a la enfermera se le delega la labor de obedecer y restringir su labor a las prácticas de cuidado, dominando los saberes estrictamente necesarios a su labor.

En medio de la nueva forma de concebir la clínica, no como un espacio para morir sino para curar, proveniente de los movimientos higienistas del final de siglo XIX, los médicos se convirtieron en portadores de los discursos que apoyaban la transformación de una sociedad obsoleta a una sociedad moderna a través del pilar de la buena salud. En este contexto discursivo la enfermera es considerada solo un instrumento que lleva a cabo parte de ese plan de cambio y que por lo mismo no merecía más que conocer lo necesario para su ejecución. Este poder médico hace parte de las prácticas de gobierno en los que se naturaliza una relación de inferioridad de la mujer, en la que ella no merecía más de lo que el hombre le permitía ser, en este caso, la enfermera no merecía más de lo que el médico le permitía ser. Estas prácticas generan vínculos indisociables entre el saber y el poder, a tal punto que no existe poder sin una constitución de un saber y viceversa:

Ejercer el poder crea objetos de saber, los hace emerger, acumula informaciones, las utiliza [...] El ejercicio del poder crea perpetuamente saber e inversamente el saber conlleva efectos de poder [...] No es posible que el poder se ejerza sin el saber, es imposible que el saber no engendre poder. (Foucault, 1979, pp. 99-100).

La formación de enfermeras para finales del siglo XIX estaba enfocada esencialmente en el oficio de la partería¹⁷ y en menor importancia en el cuidado de enfermos internos en los hospitales, porque allí la labor era casi exclusiva de las Hermanas de la Caridad, lo cual no significaba que no se instruyeran mujeres seglares. Para este momento histórico en el país esa labor educativa no estaba vinculada a ninguna institución universitaria sino únicamente al hospital, a cargo de las religiosas, los médicos, las mujeres de la alta sociedad¹⁸ e incluso las

¹⁷ Desde el punto de vista del gobierno de la vida, es pertinente preguntarse el por qué la partera y su oficio fueron considerados inicialmente más importantes por el Estado en relación con la emergencia de la enfermera. A lo largo de esta investigación es posible distinguir que en un principio la preocupación estaba en regular la práctica popular de la comadrona antes que en educar a la enfermera; posteriormente surge la idea de fusionar la formación de ambas, hasta que alrededor de los años treinta del siglo XX, la comadrona deja de ser certificada. Es muy posible que, y de acuerdo con Restrepo (1995), el interés de la hegemonía médica y el Estado por las parteras y comadronas tuviese que ver con que al ser ellas quienes traían los niños al mundo, debía regularse su labor, de tal modo que se evitaran las muertes en el momento del alumbramiento y se garantizará a la nación el futuro, papel muy importante en relación con quienes cuidaban a los enfermos y miserables, pues por su condición no eran considerados agentes económicos para la nación.

¹⁸ Acosta de Samper es un ejemplo del papel que cumplían algunas mujeres de la alta sociedad con sus escritos respecto a la educación de las niñas, especialmente de los sectores pobres. Aunque no tuvo influencia directa con la educación de las cuidadoras de la salud, con relación a la instrucción de las niñas pobres, resaltan las jerarquías y negación del acceso a ciertos saberes deseables para ellas, de tal modo que asumieran el único destino que se les atribuía: servir y ser madres laboriosas dotadas predominantemente de un saber religioso y unos saberes prácticos para la vida cotidiana.

Por ejemplo, en el artículo “La instrucción pública en Cundinamarca”, la autora crítica la utilidad de las escuelas Normales que según ella, pocas horas dedicaban a la religión y sí muchas a historia natural, calistenia, geometría etc.

En sus preceptos se hace manifiesto el ideal de una mujer que no busque formarse y opte por la rebeldía como había ocurrido en 1871 con la Comuna de París y que había producido un movimiento insurreccional en el que las mujeres habían tenido un importante liderazgo que la autora consideraba un peligro para este país:

“Ah! señores encargados de la Instrucción pública. Dudamos que ninguno de vosotros miraría con gusto una nación de mujeres, cuyo ejemplo fuese el de París durante la *Comuna!* Y sin embargo, nuestras mujeres del pueblo serán peores, mil veces peores, porque son menos civilizadas, menos instruidas y más brutales que las parisenses.” (Acosta, 1878, p. 125).

mismas enfermeras a través de la tradición oral y la divulgación de la experiencia. Ello los convertía en “maestros artesanos” en cuya misión de apostolado, el modelo de amor era considerado el “constituyente ontológico del hombre” y el sustento de toda actividad pedagógica (Saldarriaga, 2003, p. 269). De este modo, estos maestros, no iban más allá de la instrucción en reglas, virtudes, conceptos básicos y trasmisión de prácticas rutinarias que buscaban hacer de las enfermeras un objeto de ayuda a las hermanas y a los médicos dentro del espacio hospitalario, los hospicios y las casas de los enfermos.

A propósito de la acción de las hermanas de la caridad instruyendo mujeres seculares y pobres, el médico e higienista Josué Gómez (1898) describe que una de las acciones para hacer “afluir riquezas metálicas” hacia el país y propender por su civilización estaba, entre otras cosas, en perfeccionar los conocimientos que permitieran hacer crecer los hospitales:

Fomentar esas escuelas de niñas que disimuladamente regentan las Hermanas de la Caridad en la planta baja del hospital y en los puntos más oscuros y recónditos de este, y ampliar sus ocupaciones de modo que sea más que los simples soldados del asco, de la caridad como seres instruidos en el cuidado racional y disciplinado de los enfermos ¿no es hacer algo grandioso a los que no conocen ni madre ni padre? Sería obra que a manos llenas se bendijera por los seres necesitados desde el centro hasta el último rincón del país. (Gómez, 1898, p. 77).

“¿A qué viene pues, la enseñanza para las maestras de *catorce materias diferentes*, las cuales en su vida volverán a practicar? ¿No es eso también una burla? O se pretende enseñar a las hijas de las cocineras, a las aldeanas, a las carboneras, a las trabajadoras del campo, canto, calistenia, cosmografía, geometría e historia? Acaso no sería mucho más provechoso que aprendieran a leer, a escribir, contar, algo de gramática y ortografía, y *costura lavado, aplanchado, arte culinaria e higiene*, para poder ser madres de familia laboriosas y servir en las casas y a quienes se les pueda entregar? Además ¿Qué puede valer toda aquella instrucción sin nociones de religión? (Acosta, 1878, p.127).

El oficio del cuidado “racional y disciplinado” través de la instrucción, era el papel atribuido a niñas pobres, muchas de ellas huérfanas, para quienes aprender esta ocupación representaba una oportunidad de supervivencia y de evasión a las posibilidades de sucumbir en los vicios. Esta “obra” implicaba además la salvación del alma tanto para quien instruyera y condujera a las huérfanas en las acciones propias del cuidado, como para las pobres niñas, de tal modo que emplearan adecuadamente su tiempo y no cayeran en la miseria y la disipación.

Estas relaciones de saber / poder, claramente estaban demarcadas por la condición socioeconómica, pues la élite era quien no solamente tenía acceso a distintos tipos de conocimiento sino que también definía las posibilidades de la educación de las mujeres. Convenía además que las élites tuviesen el máximo control en la instrucción de la prole ya que ello representaba un riesgo de sublevación y resistencia. Castro Carvajal (2008) al respecto afirma:

En la segunda mitad del siglo XIX, la pobreza surge como una preocupación importante de la época [...] tal vez, entre otras cosas, por la visibilidad de la pobreza en los principales centros urbanos y por el temor, muchas veces expresado de que el país se acercara a la situación de pauperismo europeo y que por lo tanto surgieran levantamientos parecidos a los de la comuna de París” (p. 157).

Por su parte, la revista “El Educacionista, en su Serie II de octubre de 1891, sustenta los argumentos relacionados con la labor de los maestros de entonces aplicables a la instrucción médico – enfermera así:

[...] esta labor de la instrucción consiste en vaciar las almas en el molde del deber, en el molde de la verdad; es necesario desarrollar el espíritu y fortificar el carácter. Esta es la síntesis [...] *Dar los medios de pensar*, formar en la juventud un criterio que le aleje del

mal, vigorizarla para que resista el despotismo de uno mismo, que es el vicio, o al despotismo de otros, que es la abyección, todo esto comprende esta labor. (p. 1, énfasis propio).

Respecto a la filiación médica, Laza (2007) señala que el cuidado era definido por el precepto y las disposiciones de los galenos y pese a su importancia, el valor y el reconocimiento social de las enfermeras era casi nulo; aunque es una lectura desde el presente, la autora describe la situación de las cuidadoras de finales del siglo XIX y principios del XX:

Eran formadas técnicamente por los médicos quienes les impartían mínimas nociones y elementos de anatomía, medicina y cirugía, siendo en consecuencia una formación muy limitada y progresiva. Esta capacitación estaba basada en las necesidades del médico y en la enseñanza de prácticas que le facilitaran el trabajo, por lo cual no existía una transmisión adecuada y completa de conocimientos del médico a la auxiliar de este. La formación no implicaba un proceso formal [...] era considerada como neutra en su actividad y sin ningún tipo de derechos, sólo con la obligación de servir al médico y al enfermo. (p. 38).

Mediante la filiación médica es posible también caracterizar que el saber de la enfermera se generaba en el ámbito asistencial por parte de quienes se dedicaban a curar a los pacientes, similar al saber que el “maestro producía dentro del ámbito escolar por hombres directamente ligados a la enseñanza” (Saldarriaga, 2003, p. 269). De este modo, el saber de la enfermera estaba constituido por la verdad ofrecida por el médico directamente ligado a la curación y el tratamiento de los enfermos lejos de aulas de clase u otras instituciones especializadas en educación.

Se instala en este tipo de práctica el vínculo entre saber-poder-verdad, tal como lo analiza Ovejero (2001) desde la obra de Foucault: la verdad trae consigo una voluntad de poder¹⁹, verdad que no es más que una justificación para exigir conformidad y sumisión. Para la enfermera de aquella época, “la obediencia absoluta era la piedra angular y el estado de subordinación ante las consideraciones superiores del trabajo y el bienestar de los enfermos; era la razón y el fin esencial del hospital” (Sánchez, 2002, p. 160).

Además, si se tiene en cuenta que el acceso a la educación en Colombia estuvo circunscrito a los hombres hasta 1933 cuando el Gobierno declaró a través del Decreto 227 el acceso al bachillerato a las mujeres y su consecuente ingreso a la universidad²⁰ (Cohen, 1997); hasta entonces eran ellos quienes monopolizaron el conocimiento en todos los campos y produjeron discursos a los que no se les permitió acceder a las cuidadoras: “Las sanadoras de antaño se vieron reducidas a la condición de enfermeras²¹; cuidadoras de enfermos en los hospitales

¹⁹ Ovejero hace referencia al siguiente apartado de la obra de Foucault: “Creo que esta voluntad de verdad basada en un soporte y una distribución institucional, tiende a ejercer sobre los otros discursos [...] una especie de presión y como un poder de coacción. Pienso en cómo la literatura occidental ha debido buscar apoyo desde hace siglos sobre lo natural, lo verosímil, sobre la sinceridad, y también sobre la ciencia en resumen sobre el discurso verdadero [...] como si la palabra misma de la ley no pudiese estar autorizada en nuestra sociedad, más que por un discurso de verdad” (Foucault, 1994, pp.18 - 19).

²⁰ De acuerdo con Cohen (1997), aunque el decreto fue promulgado hacia 1933, solo hasta 1936 se graduó la primera mujer bachiller en el país: Maruja Blanco Cabrera. El 10 de diciembre de 1934, se presentó al Congreso de la República un proyecto de ley para que las mujeres pudieran ingresar a la universidad. Al hacer la búsqueda de los datos de las mujeres que acceden a las universidades posterior a este decreto, es curioso leer en la historiografía de la Universidad Nacional de Colombia, que el primer ingreso de la mujer en el país fue hacia 1935 cuando Gerda Westendorp fue admitida en la carrera de medicina luego de cursar su bachillerato en Europa; en tanto, objetivamente, la mujer ingreso al campus 11 años antes, cuando en 1924 se abren las puertas de la Escuela de Comadronas y Enfermeras anexa a la Facultad de Medicina, que ya había sido decretada desde 1920. Una vez más esta situación corrobora la concepción (incluyendo las autoridades en educación y las mismas enfermeras) de que siendo enfermería vista como un oficio, no requería para su aprendizaje conocimientos especializados y por tanto no era reconocida como un programa universitario pese a enseñarse en una de sus sedes. Solo hasta 1955, la Universidad Nacional de Colombia, mediante el Acuerdo 64 del 8 julio de 1955 otorga los primeros diplomas de Enfermera General y de Obstetricia, pues antes de ello solo se les entregaba a aquellas mujeres un Certificado de Idoneidad en Enfermería (Gómez Serrano, Munar, Parrado, Urbano, Rodríguez, Vargas & Velandia, 2011).

²¹ Según lo plantea Velandia (1995), magas, brujas, hechiceras, sacerdotisas, comadronas, sanadoras del siglo XIX demostraban con gran pericia la manera de tratar enfermos, embarazos, partos, dolores del alma y del cuerpo, inflamaciones, entre otras afecciones de los más pobres; lo que las convirtió en una amenaza para la

donde callada, silenciosamente ejecutan las ordenes de erudición masculina. Les arrebataron ancestrales conocimientos, y con ellos el derecho a la palabra” (Velandia, 1995, p. 35).

Es preciso aclarar que aunque la descripción de Velandia pareciera omitir cualquier contraconducta en las relaciones de saber / poder entre médicos y enfermeras, no todas las parteras y cuidadoras se sometieron a la hegemonía patriarcal pues de lo contrario, no hubiese prevalecido la necesidad del Estado y de la élite de medicalizar las mujeres y los niños incluso en la segunda década del siglo XX como se describirá en el siguiente capítulo. .

En el libro *La Historia de la enfermería en Colombia*, Pedraza (1954) describe precisamente las cualidades que debían caracterizar a la enfermería de principio de siglo, particularmente hacia 1903 cuando el médico Rafael Calvo hace apertura del primer curso de enfermeras a nivel nacional, las cuales no solo contemplan el cuidado del cuerpo, sino también del espíritu y evidencian la representación de la subjetividad de aquellas mujeres a quienes el poder de los hombres, dibujaban un manojito de virtudes e inocua esencia:

La enfermería exige a quienes la practican responsabilidad, abnegación, inteligencia²² y generosidad, cualidades inherentes a quienes cuidan de la salud de los demás, pero la

iglesia católica, pues estas confiaban más en su sentido que en la fe que promulgaba la doctrina y en una amenaza para los médicos en tanto sus prácticas eran contrarias a los objetivos del movimiento higienista, La prueba y el error, la causa y el efecto; su “magia” eran los métodos que hacían de ellas mujeres activas, creadoras, cuidadoras pero al mismo tiempo peligrosas para una sociedad cuya tradición concebía a la mujer sumisa, pasiva y silenciosa.

²² Es curioso que los médicos catalogaran la inteligencia como un requisito para ser enfermera si se tiene en cuenta que durante el siglo XIX, ésta era considerada un valor eminentemente masculino y la moral un valor estrictamente femenino (González, 2015). De todas maneras es necesario mencionar que este concepto de inteligencia estaba más arraigado hacia los años 70 del siglo XIX de acuerdo con las descripciones de la autora en su artículo relacionado con la educación de las mujeres en Colombia a finales del siglo XIX, donde también resalta la incapacidad del hombre como institutor para enseñar oficios de carácter femenino, haciendo especial referencia a los maestros de escuela pero que claramente en el lugar del médico hay una excepción pues fue bajo la hegemonía de la medicina que se adquieren los fundamentos científicos del cuidado de enfermería.

enfermería exige verdaderos sacrificios. Así se explica cómo crece con el tiempo la admiración por Florence Nightingale²³, el tipo de mujer que encarna la dulzura, bondad y diligencia del alma femenina, para servir a quien sufre quebrantos del cuerpo que por fuerza involucran también al espíritu” (p. 6).

En cuanto a la construcción de esa subjetividad, Bazzini (1995) considera que los análisis de las relaciones de saber /poder, pueden también analizarse desde los conceptos de sexualidad desarrolladas por Foucault, pues la producción de los discursos sobre el género, han contribuido en la individualización de los sujetos, encasillándolos en su sexo lo que a su vez funciona como una verdad única. De esta manera, la enfermera es categorizada y se apropia de su identidad a partir de su femineidad con la consecuente naturalización del cuidado.

Las relaciones de subordinación de la mujer colombiana de finales del S XIX estaban también ratificadas a través del ordenamiento jurídico, por tanto las leyes también contribuían a esa construcción de la subjetividad femenina:

Para 1903, la educación en Colombia generaba una paradoja respecto a la mujer, pues pretendía concederle un papel de inclusión en miras a forjar una sociedad civilizada pero, al mismo tiempo, la limitaba a enseñarle nada más que lo necesario para desempeñarse adecuadamente en el hogar.

²³ A propósito de Florence, pionera de la enfermería Moderna, Acosta de Samper (1895) la menciona en su libro de *La mujer en el mundo moderno*, como parte de “las mujeres filántropas y escritoras participes de la emancipación política de la parte femenina de la sociedad” (p 187) mas no describe como llevó a cabo esa emancipación. Florence Nightingale fue quien en Londres, sustituye el modelo del cuidado al enfermo basado en virtudes y religiosidad por una enfermería que requería para su formación del conocimiento científico. “Entre sus méritos destacan la demostración de la importancia que otras ciencias, como la estadística, [...] para controlar, aprender y mejorar la asistencia hospitalaria. Fue pionera en la recogida, almacenamiento y uso de la información para analizar y gestionar la atención al paciente; precursora de una informática sanitaria sostenible y ubicua. Florence modeló una nueva profesión para las mujeres extraída de siglos de ignorancia y superstición” (Martínez, Narváez, Pérez, 2010. p.299)

La Constitución de 1886, elaborada en el periodo de la denominada regeneración²⁴ cuyos líderes eran exclusivamente conservadores y liberales moderados, expone en su artículo 15, las delimitaciones que disponen el reconocimiento como ciudadanos a un limitado grupo de sujetos en función de su edad, género y ocupación: “Son ciudadanos Colombianos los varones mayores de veintiún años, que ejerzan profesión, arte y oficio, o tengan ocupación lícita y otro medio legítimo y conocido de subsistencia”, excluyendo a la mayoría de quienes conformaban en su momento a la sociedad colombiana: mujeres, niños, niñas, adolescentes, pobres, desempleados, criminales. La mujer no era considerada ciudadana y mucho menos apta para ejercer algún otro oficio distinto a las labores propias del mantenimiento de su casa y la reproducción, de acuerdo con el discurso dominante de la iglesia católica. Al respecto Quiceno (2012), señala que la Constitución de 1886, fue realmente la constitución del poder moral, el poder soberano de la iglesia dentro del Estado –predominantemente conservador– y que buscaba educar al hombre como un ser católico a partir de la transformación de la escuela pública en la escuela cristiana, pero no a la mujer.

El código civil de 1887 (ley 57) en sus artículos 176, 177 y 178, alude al poder patriarcal sobre la mujer. Los artículos versan así:

Artículo 176: “El marido debe protección a la mujer y la mujer le debe obediencia al marido.

²⁴ Según Gómez (2013) la Regeneración, fue el periodo comprendido entre 1886 a 1903 cuyo máximo artífice fue Rafael Núñez, miembro del liberalismo independiente o moderado que en conjunto con el conservatismo, buscaron reformar el modo de gobierno luego del caos producido por el liberalismo radical que pretendió abolir la fuerte influencia de la iglesia católica en los designios del Estado. El restablecimiento del mandato por parte de los liberales independientes y conservadores hicieron de Colombia en este periodo, una nación gobernada bajo los principios de la religión católica, el centralismo y el autoritarismo.

Artículo 177: “La potestad patrimonial es el conjunto de derechos que las leyes conceden al marido sobre la personas y bienes de la mujer.

Artículo 178: “El marido tiene derecho de obligar a la mujer a vivir con él y a acompañarlo a donde sea que trasladen su residencia”.

De acuerdo con la revisión realizada por Bermúdez (1993), el periodo de la Regeneración empeoró las condiciones de la mujer tal como se enuncia en los ordenamientos jurídicos de esa época. La autora afirma que casarse, hacía a “la mujer incapaz jurídicamente y con ello adquiriría una condición similar a la de los niños o los dementes” (p. 41). La casada perdía con su matrimonio los derechos que en cambio la mujer soltera sí tenía en relación con las posibilidades de tener propiedades o conseguir responsabilidades económicas mediante obligaciones civiles, como por ejemplo algunas formas de trabajo siempre y cuando fueran consagradas a Dios. Bermúdez (1993) anota que a la mujer sin compromiso marital se le exigía ser virgen físicamente y el convento se convertía en una perfecta opción para desempeñarse socialmente.

En este orden de ideas, aprender y trabajar la enfermería a finales del siglo XIX e incluso hasta la tercera década del XX²⁵, pudo haber sido para las mujeres colombianas no solo una oportunidad de subsistencia sino también una alternativa frente al matrimonio o la vida religiosa en el convento; sería una forma de buscar conservar sus derechos civiles sin dejar de cumplir con sus naturalizados deberes religiosos y los sentimientos de amor que por décadas han configurado las prácticas discursivas sobre las mujeres en torno al servicio de la

²⁵ En 1932, con la Ley 28 “Sobre reformas civiles” se suprime toda potestad marital o control que la ley le atribuía al marido sobre su mujer y sus bienes, lo que permitió a la mujer la libre administración y disposición de sus propiedades.

vida (la maternidad, el cuidado del hogar, las obras de caridad, etc.). Tal como lo destacan Herrera y Ojeda (2016):

El amor no fue exclusivo de un tipo de relación mediada por el vínculo matrimonial, puesto que no todas las mujeres se casaban; aquellas que no lo hacían por su condición económica y social podían dar rienda suelta a su amor maternal –que también era profesado desde instituciones como la Iglesia y el Estado–, en favor tanto de los niños, como de los desamparados, enfermos o ancianos. (p. 124).

1.2 Caridad cristiana, altruismo y compromiso: Papel de las hermanas de La Congregación de la Presentación en la profesionalización de la enfermería en Colombia

Velandia (1995) en su historiografía sobre la enfermería en Colombia destaca que la tradición religiosa en Colombia marcó definitivamente el desarrollo de esta profesión en el país, especialmente por el papel de las congregaciones de los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios y las hermanas de la Presentación, quienes ejercieron la enfermería en las instancias hospitalarias y allí mismo, a través de la tradición oral que daba cuenta de las prácticas dieron inicio a la educación en enfermería a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX.

Los hermanos de la orden de San Juan de Dios arribaron a Cartagena en 1768 y crearon hospitales como el San Pedro, posteriormente el San Juan de Dios en la Hortúa, el Hospital San Rafael, el Manicomio Nacional, –hoy Clínica de la Paz–, pero al ser expulsados en 1835 bajo las reformas de Francisco de Paula Santander, en cuyo periodo de gobierno se da inicio a las luchas entre iglesia y Estado, dichas instituciones pasaron a ser dirigidas por la Gobernación de la Provincia de Bogotá y otros burócratas y a ser atendidas por damas de la caridad que, en materia de cuidado para enfermos, no estaban tan preparadas para ello, salvo

algunas que habían sido entrenadas por religiosos.(Velandia,1995). Estos hospitales, sin una adecuada administración, fueron usados como lugares de albergue para mendigos, pobres y hombres y mujeres de dudosa moral, y en menor medida para el tratamiento de enfermos, para quienes era un lugar donde la cura figuraba como una utopía dada la ausencia de personal capacitado y material suficiente para encontrar alivio; el hospital entonces era más bien un destino para morir (Patiño, 2016).

Hasta 1873 el poco personal que brindaba atención a los enfermos era constituido por hombres y mujeres seculares, Según Restrepo Zea (2006), los hombres ejercían la función de mayordomos, enfermeros mayores o enfermeros menores y particularmente las mujeres recibían de las damas filantrópicas y de estos enfermeros – sus superiores-, instrucciones sobre los ejercicios domésticos que implicaban el cuidado de las instalaciones y de los enfermos²⁶:

Les enseñaban la ejecución de tareas propias de la atención de los enfermos, y de manera análoga, aprendían los demás oficios requeridos para el funcionamiento del hospital, entre ellos la preparación de alimentos, la elaboración de remedios, el lavado de ropas y la limpieza de las instalaciones (Gómez Serrano, et al, 2011, p. 26).

²⁶ Restrepo Zea (2006) en su libro Régimen de atención en el Hospital San Juan de Dios, describe las ordenanzas allí presentes desde 1868 hasta 1876. La autora relaciona los papeles de los hombres como cuidadores directos de los enfermos. El mayordomo era quien se encargaba del hospital y supervisaba que los enfermeros y enfermeras cumplieran a cabalidad su trabajo. Los enfermeros mayores eran los encargados de determinadas enfermerías o servicios y del personal subalterno que hubiese en ellos ejecutando las órdenes del mayordomo o el Síndico. Los enfermeros menores eran los encargados de la atención de los locos y debajo de su eslabón estaban los y las sirvientes que incluían a las enfermeras, las cuales eran necesarias en tanto por pudor y tradición solo atendían a las pocas enfermas que acudían al hospital:

“ Corresponde a los sirvientes de uno i otro sexo, hacer la limpieza i preparar las tizanas i demás medicamentos de esta clase en sus respectivos departamentos estando sujetos en todo a los enfermeros mayores que les señalaran en el servicio” (p 134).

En este mismo año (1873), pese a la influencia de la política radical²⁷ en Colombia, del anticlericalismo del presidente Manuel Murillo Toro y de su gobierno; y, teniendo en cuenta la solicitud de la Junta General de la Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca que se expondrá más adelante en la carta del síndico de la Beneficencia de Cundinamarca al cónsul de Colombia en Francia; la Congregación de las hermanas de la Presentación ingresa a Colombia. Esta congregación, ya famosa por ser símbolo de progreso, tenía una calificada misión en salud con amplios conocimientos profesionales en cuanto al cuidado de los enfermos y una nueva visión en términos de organización hospitalaria (Gaitán, 1999. p. 45). Así, llegan al país las primeras enfermeras certificadas como tal en Francia, país considerado más idóneo por el gobierno nacional²⁸ en el ejercicio de la medicina, lo cual se traduce en la

²⁷ Régimen político presente entre 1863 y 1886. Su objetivo era la construcción de una sociedad civil cuya moral fuera únicamente basada en principios laicos, la libertad, la razón y el progreso material. Tenía como ideal la laicización de la enseñanza que propendía por la independencia de las personas de toda influencia religiosa de manera que la escuela prescindiera de la educación católica. En esta coyuntura histórica, los bienes de la iglesia pasaron a ser bienes del Estado como propiedad libre y circulante, se generó una lucha por la libertad de cultos y la oposición al poder absoluto de la curia romana sobre el clero. Así mismo, los radicales estaban en contra del fanatismo de la religión porque alienaba el pueblo y acusaban a la iglesia de rechazar los postulados en favor de la democracia (Gaitán, 1999. p. 45).

²⁸ Francia resultaba más idóneo para el gobierno nacional porque, aunque en Colombia para esta época se buscaba la laicización de la enseñanza, aun las elites gubernamentales consideraban importante la influencia de la Iglesia Católica en los procesos de instrucción femenina, lo cual se hace evidente con la llegada de las hermanas francesas si se tiene en cuenta que ya para 1860, Florence Nightingale consolidó la primera escuela para formación de enfermeras de carácter laico en el mundo dentro del Hospital Saint Thomas de Londres y que fue el modelo a seguir por parte de los países norteamericanos. Según Gómez Serrano, *et al* (2011), la no adopción del modelo inglés por parte del gobierno colombiano en el año de 1873 que si se adoptó el francés, puede haber estado condicionada también a que la formación de los médicos latinoamericanos era predilectamente tomada en países como España, Francia y Alemania registrando entonces experiencias aisladas y temporales al modelo inglés y por ende al de Florence (Gómez Serrano, *et al* 2011, p 78).

Es importante acotar que en 1836 en Alemania se creó el Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth concebida como la primera experiencia de una escuela de enfermería laica, sin embargo, esta se fundamenta en los principios éticos y morales de la iglesia protestante y tenía como propósito la formación de diaconisas análogas de las religiosas en la iglesia católica lo que no configura una formación de carácter secular (Manosalva, 2014).

llegada de seis religiosas de la orden de las dominicas, quienes atienden el llamado como parte de la vivencia del proyecto de Marie Poussepin²⁹.

Pedro Navas Azuero, síndico de la Beneficencia, envía una carta en 1871 a Manuel Vélez Barrientos, el cónsul de Colombia en Francia en la cual justifica la necesidad de las hermanas:

Han faltado hasta ahora personas experimentadas que, unidas por un lazo fraternal, puedan imprimir ese carácter suave y serio a la vez, para convertirlo (el hospital) en verdadero asilo de la caridad y un santuario de piedad y beneficencia. Los enfermeros que trabajan en el hospital no han hecho estudios algunos, son muy inexpertos, de allí la necesidad de hermanas experimentadas en el cuidado de los enfermos, pues los médicos aseguran que la mayoría muere por falta de cuidados inteligentes [...] Es este el motivo principal para que se hagan cargo de los enfermos del hospital y enseñen a las enfermeras ese arte tan útil a la humanidad. Estas les estarán sometidas, y no sufrirán por esto, porque las mujeres que se dedican a esta clase de oficios tienen generalmente buenas inclinaciones y excelente corazón, son todas de familias honradas y de raza blanca³⁰. (Archivo de la Provincia de Bogotá, Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación. Sindicatura 135, Folio7).

²⁹ Fundadora de la Congregación el 13 de noviembre de 1697 en Sainville – Francia. a través de la cual ofrecía el cuidado y la educación a los más pobres y vulnerables. (Gaitán, 1999)

³⁰ La solicitud del síndico de la Beneficencia es la demostración de lo que Pardo (2006) reseña del libro de Castro-Gómez (2010) *La hybris del punto cero* en el que se describe la colonialidad del poder como un fenómeno que consiste en cómo “Las elites criollas consolidaban su poder político y económico a partir del ideario de la pureza étnica de la limpieza de sangre. Elaboraron una taxonomía de las «razas» y una jerarquía de las «castas» o sea los grupos en los que clasificaron a las personas según sus grados de mestizaje, siendo las castas con mayor componente blanco, mejor reputadas y reconocidas. La raza blanca reunía todas las virtudes mientras que a las demás razas y castas se les atribuían «por naturaleza» diversos defectos” (Pardo, 2006, p. 343). Así, la limpieza de sangre fue el cimiento para la construcción de la subjetividad de los actores sociales y la manera de controlar las muchas formas de conocimiento local

“Las buenas inclinaciones y excelente corazón” que alude Navas Azuero en su solicitud sirve para explicar, en primer lugar, cómo “la religiosidad de las mujeres no solo era superior y más auténtica sino que sus virtudes morales harían más eficaces las labores sociales y humanitarias” (Gaitán, 1999, p. 10), ya que para aquella época se consideraba que las mujeres carecían de las capacidades para desempeñar cargos públicos o estudiar³¹, posibilidades que sí se les generaba a los hombres que al mismo tiempo, y de acuerdo a las palabras de Navas no eran lo suficientemente aptos para ofrecer la atención a los desvalidos.

Al respecto de ese ideal y volviendo a retomar la Revista La Mujer, en el número 6, Acosta de Samper (1878) reitera que las mismas mujeres consideraban la religión el pilar fundamental de sus vidas: “La mujer es naturalmente inclinada a la religión; en es ella un instinto que puso Dios en su corazón como una salvaguardia, ya que su constitución es tan endeble y fácil a doblegarse a la fuerza bruta.” (p 125)

De esta manera, la acción de las hermanas en favor de la educación de las enfermeras y en favor del cuidado de los enfermos, sin omitir su importante papel en la escolarización de las mujeres del país a través de la creación de un sinnúmero de colegios; ha sido una trascendental herramienta en la consolidación de la subjetividad de la feminidad colombiana a través de técnicas disciplinarias que simultáneamente buscan cuerpos sometidos y ejercitados, obedientes y útiles³²: “La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos de utilidad

³¹ “En el siglo XIX los individuos con pocas posibilidades económicas, no blancos o mujeres no fueron definidos como ciudadanos, al igual que en muchos países alrededor del mundo en la misma época. La política no era para los pobres, era para los propietarios, cabezas de familia, mayores de edad, alfabetos, padres responsables, etc. Pero no, para aquellos que no cumplieren estos requisitos de ley. La mujer en este contexto fue centro de todo tipo exclusión” (Torres, 2010, p 53).

³² Para el caso de las enfermeras formadas por las religiosas, Laza (2007) señala que la “auxiliar del médico” se configuró bajo el modelo de la mujer consagrada, tomando como herencia de las religiosas sus funciones de servicio a Dios, a los enfermos, las instituciones y por supuesto a los médicos. Estas características se expresaban en el vocabulario, el uniforme derivado del hábito, y de color blanco asociado a su angelizada

económica) y disminuye esas mismas fuerzas en términos de obediencia política”. (Foucault, 2009, p. 142).

Los objetivos de la Congregación pionera de la educación de enfermería en Colombia se vinculan entonces con el análisis histórico que elabora Foucault (2009) en *Vigilar y Castigar*, en cuanto a técnicas disciplinarias. Si bien el objetivo del proyecto de Marie Poussepin, fundadora de la congregación era crear “una comunidad de la Tercera orden de Santo Domingo para utilidad de la parroquia, para la instrucción de la juventud y el servicio de los pobres enfermos[...]tanto a la salud de su cuerpo como al bien de su alma” (Gaitán, 1999, p. 15), es posible analizar a partir de ello, como el encauzamiento de la conducta revela la búsqueda de una conexión entre salud y virtud (que también se expresará entre mente y cuerpo): en el primer caso salud del cuerpo y en el segundo, una moral del alma. Se diría que la constitución del sujeto enfermera y su formación requirieron y estuvieron atravesadas por la coexistencia de ciertas virtudes (honradez, buenas inclinaciones, excelente corazón), con capacidad de cuidar, instruir y contribuir a fortalecer el cuerpo frente a la adversidad: ella será también un modelo por seguir.

El descubrimiento del cuerpo y el alma como blancos de poder y el entramado de procedimientos que permitieron manipularlos para que se educaran, posibilitan respuestas hábiles y útiles a sinnúmero de requerimientos que el gobierno de la población exige y que es posible obtenerlos a través del poder disciplinar.

visualización; y la rígida conducta moral que debían seguir. Por otro lado, así como las religiosas, las mujeres seculares dedicadas al cuidado de los enfermos a finales del s XIX e incluso las dos primeras décadas del XX, debieron renunciar a la familia y a la maternidad, a la vida fuera del hospital; es decir, tuvieron que olvidarse de sí mismas para dar respuesta a la vocación de cuidar

Es así como, las congregaciones religiosas son las mediadoras de un monitoreo constante, ininterrumpido y detallado³³ sobre el cuerpo y el alma de sus discípulas, no solo en masa sino de modo tal que se controlan también de forma individual sus movimientos, gestos, actitudes por medio de ejercicios, exámenes, clasificaciones, distribución de espacios³⁴, manejos de tiempos, procedimientos empíricos y reflexivos, etc., con el fin de corregir y encauzar. ¿Qué mejor lugar para llevar a cabo este monitoreo, esa corrección, que el espacio hospitalario y educativo? Marie Poussepin organizó hospicios en los que educando a los pobres y aliviando a los enfermos respondía a las necesidades de control del poder eclesiástico o el poder pastoral que predominantemente se interesa por el espíritu traducido en ello en conductas dóciles, libres de la insurrección y el cuestionamiento pero que al final va a interesar al Estado cuando este se gubernamentaliza y “del gobierno de las almas” pasa a ser “el gobierno de los hombres”; pero este último no podría tener razón sino a través de la incorporación de tecnologías provenientes del pastorado tales como la higiene, la educación, cuidado de la familia, el uso del tiempo libre, la disciplina corporal, el control de la sexualidad y la autorregulación.

Casi 176 años más tarde que Poussepin creara su orden, las hermanas de la presentación llegaron a Colombia con estos objetivos que involucraban ese disciplinamiento del cuerpo y el alma, en nombre de la caridad y la actitud contemplativa de Dios. Así, se les convoca de manera formal y aprobada por el gobierno para ser las primeras educadoras en el arte de cuidar, en una época donde el común denominador eran las guerras de corte civil y en las que

³³ “En esa tradición de la gran eminencia del detalle vendrán a alojarse, sin dificultad, todas las meticulosidades de la educación cristiana, de la pedagogía escolar o militar y, finalmente de todas las formas de encauzamiento de la conducta”. (Foucault, 2009, p. 143).

³⁴ Es preciso anular los efectos de las distribuciones indecisas, las aglomeraciones. “La disciplina organiza un espacio analítico” (p. 147).

se hizo evidente la falta de cuidados pertinentes, pues aumentaba la mortalidad de aquellos soldados que se requerían al momento de combatir al enemigo (Gaitán, 1999) y con ello se alimenta todo un ordenamiento de utilidad económica³⁵ y política³⁶ y una reorganización hospitalaria, del que las religiosas fueron parte en una primera etapa:

Desde el momento en que las hermanas de la caridad empezaron a ejercer sus funciones, el establecimiento se ha transformado por completo; el orden, la limpieza, el bienestar se radicaron en él; el servicio se regularizó, la distribución de los remedios y alimentos comenzó a hacerse con escrupulosa exactitud y los enfermeros fueron objetos de constante vigilancia.³⁷

Este logro es la evidencia de cómo un hospital es una institución disciplinaria que, de acuerdo con Foucault (2009), confiere un espacio administrativo y político que a su vez se articula en un espacio terapéutico en el que se tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas y las muertes; en el que se evidencia cómo la disciplina nace en un espacio medicamente útil. En su libro *Vigilar y Castigar*, el autor hace alusión al Hospital marítimo de Rochefort de Francia como modelo de ese espacio disciplinario que es semejante al que describe Pedro Navas Azuero en el informe antes reseñado sobre el impacto de la Congregación en Bogotá: El Hospital francés fue, según Foucault (2009), un lugar que además de curar sirvió de filtro de localización y selección para garantizar el dominio sobre la movilidad de los individuos, las ilegalidades, las repercusiones de las enfermedades, las

³⁵ La minucia de los reglamentos, la mirada puntillosa de las inspecciones, el poner bajo control las menores partículas de la vida y del cuerpo darán pronto, dentro del marco de la escuela, del cuartel, del hospital o del taller contenido laicizado, una racionalidad económica o técnica a este cálculo místico de lo ínfimo y lo infinito (Foucault, 2009, p. 144).

³⁶ Soldados sanos, útiles para la guerra.

³⁷ Informe de Pedro Navas a la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, junio 20 de 1874. Folios 12 y 13 del Archivo de la Provincia de Bogotá, Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación.

consecuencias de los contagios, el riguroso control sobre los remedios, las raciones, las desapariciones, las curaciones y las mismas muertes:

Las disposiciones de vigilancia fiscal y económica preceden las técnicas de la observación médica: localización de los medicamentos en cofres cerrados, registro de su utilización, un poco después se pone en marcha un sistema para verificar el número efectivo de enfermos, su identidad, las unidades de las que dependen; después se reglamentan sus idas y venidas y se les obliga a permanecer en sus salas; en cada lecho se coloca el nombre de quien se encuentra en él; todo individuo atendido figura en el registro que el médico debe consultar durante la visita; más tarde vendrán el aislamiento de los contagiosos, las camas separadas (Foucault, 2009, p. 148).

Vemos aquí la descripción de los inicios de lo que posteriormente Foucault mismo identificará como los dispositivos de seguridad y las nuevas tecnologías que se irán configurando en el cuerpo social que darán lugar al gobierno de la población. Los rudimentos de esta gestión administrativa de las poblaciones son identificados por Foucault como un conjunto de invenciones que se producen entre los siglos XVII y XVIII y constituyen un factor indispensable en el desarrollo del capitalismo, a través de la “inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción” y de “un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (Foucault, 1998, p. 170). Sin embargo, este proceso no fue suficiente y también demandó el crecimiento de unos y otros, el reforzamiento mutuo, su uso y docilidad: “Requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas más difíciles de dominar” (1998, p. 170).

Si bien, desde el siglo XVIII el hospital era considerado un lugar de asistencia (no de cura), exclusión y segregación para locos, enfermos, prostitutas, en el que las congregaciones

religiosas prestaban su servicios para conseguir la salvación, lejos de ser un servicio de orden médico; es a comienzos del siglo XIX ,en términos de Foucault, que el hospital comienza a “medicalizarse” a partir de la introducción de “mecanismos de “disciplinamiento” de los cuerpos, los que son colocados en un espacio individualizado que permitiera su clasificación” (Roslan, 2015, p. 2). El nacimiento de la clínica dará lugar a la constitución de la medicina como un tipo de conocimiento por cuanto dentro de ella la experiencia configurará conocimientos en favor del hombre:

Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido necesaria toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo (Foucault, 2004, p. 275).

La reorganización del espacio hospitalario y los conocimientos derivados de la experiencia en esta institución serán las condiciones que harán posible el nacimiento de la clínica y con ella el surgimiento de otro modo de asistencia y de saber más especializado en torno al cuidado: la enfermería. De esta manera este acontecimiento puede ofrecer la respuesta a la pregunta del epígrafe: ¿cuándo esta mujer-cuidadora incorporó el conocimiento a ese cuidado desinteresado? ¿Cuándo se volvió enfermera?

Capítulo 2.

Prácticas de formación para el cuidado de la población

“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.”

Foucault, Michel, 1977

2.1 La higiene como dispositivo de seguridad en Colombia a inicios del Siglo XX

Foucault (1977) en el análisis histórico que elabora sobre la medicalización, identifica tres etapas en la conformación de la medicina social entre los siglos XVIII y XIX: Medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral. En cuanto a la primera, el autor precisa que en Alemania, a principios del siglo XVIII, se empiezan a estructurar los conocimientos sobre la maquinaria política estatal, así como los procedimientos que posibilitaron su organización y su funcionamiento. En este contexto, también se hace posible que la práctica médica se concentre en el mejoramiento de la población, en el cuerpo de los individuos que, en su conjunto, constituyen el Estado; mediante la policía médica se observaban los diferentes fenómenos endémicos y epidémicos para intervenir en ellos, no sin omitir el papel subordinado de la práctica médica al poder administrativo superior. En cuanto a la medicina urbana, Foucault (1977) ejemplifica el modelo francés en el que el proceso de urbanización dio lugar al análisis minucioso de la ciudad, de las condiciones ambientales, de los sectores que representan peligro y confusión, la distribución del aire, el agua, el análisis de los organismos y con ello a la medicina científica o medicina de laboratorio. La higiene

pública surge en este modelo como técnica de control y modificación del ambiente que pueden favorecer o modificar la salubridad y la salud individual. Por último, el autor identifica la medicina de la fuerza laboral que se impulsa al considerar a los pobres un peligro médico y social, para lo cual se crean una serie de intervenciones y controles que buscaban lograr que las clases sociales más necesitadas fuesen más aptas para el trabajo y menos riesgosas para las clases privilegiadas:

Así se establece un cordón sanitario entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre. (Foucault, 1977. p 21)

Si bien esta inscripción de la medicina moderna o social descrita por Foucault como acontecimiento de amplias dimensiones se da en Europa a finales del Siglo XVIII e inicios del XIX en el marco del proceso de consolidación del capitalismo como modo de producción que socializa el cuerpo como fuerza laboral y que da lugar a la instauración de los procesos de industrialización y urbanización; en Colombia ello fue un fenómeno que se dio hasta las primeras décadas del siglo XX (Noguera, 2003).

Aquí es pertinente acotar que hablar de estas tres medicinas implica que la población, para que aumente sus riquezas, requiere ser un grupo saludable que las produzca; lo que involucra mejores condiciones y la adquisición de actitudes que extiendan las expectativas de vida; para esto se hace relación a un saber que se configuró como necesario dentro del ejercicio de poder denominado biopolítica, que Foucault (1998) define como:

Lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al saber-poder en un agente de transformación de la vida humana (p.173)

Desde esta lectura, las condiciones de vida del país a finales del siglo XIX e inicios del XX no permitían la completa introducción de ninguna de las tres medicinas expuestas por Foucault, pues la nación estaba inmersa en el caos producto de la guerra - devastación, morbilidad, muerte, freno en la integración en la economía mundial, deficientes sistemas de salud y educación, etc.- y producto de los diversos intereses que la forma de gobierno propiciaba en tanto al estar dividido entre una autoridad central y diversas autoridades estatales, se fomentaba la oligarquía que a su vez no posibilitaba el orden social. (Gómez Serrano, *et al.* 2011)

A raíz de estos acontecimientos fue que, a cargo del Estado y de los intelectuales hegemónicos³⁸, se plantearon un sinnúmero de estrategias médicas y con ellas la búsqueda de la transformación de prácticas insalubres en hábitos saludables que contribuyeran al progreso nacional. Este conjunto de estrategias, Noguera (2003) lo describe como *dispositivo*³⁹ *higiénico*, la higiene como política.

Las medidas higiénicas implementadas en Colombia a principios del siglo XX constituyeron una red de discursos y prácticas que favorecieron tanto la mejora de las condiciones de vida, como el control y gobierno de las poblaciones, por ejemplo sobre los pobres y la infancia ante la peligrosidad y / o la amenaza que representaban las clases obreras para las élites y autoridades (Noguera, 2003). Así, la higiene se conforma como un dispositivo de seguridad.

³⁸ Hace referencia al conjunto de intelectuales conformados por médicos, higienistas y abogados que según Castro_ Gómez, a principios del siglo XX, se debatieron el cómo gobernar la nación en medio de la dualidad : “ gobernar para poblar o gobernar para disciplinar” (p.45) apreciación que resume el debate entre que la solución para gobernar la población se traducía en medidas eugenésicas contra la degeneración racial VS la implementación de medidas disciplinarias que podían contribuir al mejoramiento de las falencias raciales.

³⁹ Foucault (1991) definió el dispositivo como: un conjunto de discursos, instituciones, leyes, reglas, lugares, medidas administrativas, propuestas de corte científico, filosófico, moral o filantrópico (p 128)

El dispositivo de seguridad, según Díaz (2018), basada en el análisis de los estudios de Foucault, es;

[...] un conjunto de mecanismos a partir de los cuales se ejerce un tipo de poder: el biopolítico, caracterizado por gobernar la vida que se produce en las sociedades modernas y que enfatizará en la dimensión productiva de heterogéneas formas de vida. Esta visión no implica la exclusión de los otros tipos de dispositivos, sino la coexistencia de estas tecnologías en el cuerpo social, y en las que predomina [...] la relación [...] entre población y gobierno. La gubernamentalidad se ejercerá así a través de instrumentos o técnicas de seguridad. (p. 72)

Cuando la autora menciona la coexistencia de tecnologías, hace referencia a técnicas de tipo disciplinar o de autorregulación para los individuos y mecanismos de seguridad que permitan la regularización de la población. En la misma dirección cabe resaltar lo que Foucault (2006) escribió:

La ley prohíbe, la disciplina prescribe y la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se dé algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta regulación en el elemento de la realidad, es creo, lo fundamental en los dispositivos de seguridad. (p. 69).

Asociando estas lecturas, la higiene es un dispositivo en el que coexisten las técnicas disciplinarias y los mecanismos de seguridad, que para inicios del siglo XX desarrolló una regulación de la salud individual y colectiva de los colombianos, como ideal de civilización a partir de la intervención médica.

2.2. Factores que contribuyeron a la emergencia del dispositivo higiénico en Colombia a principios del siglo XX

Foucault (1992) plantea que

[...] lo importante es que la historia no considere un acontecimiento sin definir la serie de la que forma parte, sin especificar la forma de análisis de la que depende, sin intentar conocer la regularidad de los fenómenos y los límites de probabilidad de su emergencia, sin interrogarse sobre las variaciones, las inflexiones y el ritmo de la curva, sin querer determinar las condiciones de las que dependen [...] la historia desde hace mucho tiempo no busca ya comprender los acontecimientos por un juego de causas y efectos en la unidad informe de un gran devenir, vagamente homogéneo o duramente jerarquizado; [...] Es para establecer series diversas, entrecruzadas, a menudo divergentes, pero no autónomas, que permiten circunscribir el «lugar» del acontecimiento, los márgenes de su azar. (p. 46).

Partiendo de esta premisa, es preciso que el análisis de las condiciones históricas que hicieron posible la configuración del dispositivo higiénico en Colombia a inicios del siglo XX, se haga en favor de la comprensión de que las prácticas discursivas y no discursivas, deben ser pensadas como el resultado de acontecimientos que se entrecruzan, se aproximan o se contraponen promoviendo rupturas; en todo caso no como el resultado de un análisis de la historia de forma tradicional, es decir secuencial y global sino como “un juego de transformaciones específicas, diferentes unas de otras (cada una con sus condiciones, sus reglas, su nivel) y ligadas entre ellas según esquemas de dependencia. La historia es el análisis descriptivo y la teoría de estas transformaciones” (Castro 2004, p 138) De esta manera, los acontecimientos más significativos que posibilitaron la emergencia del dispositivo higiénico, fueron los que se explican a continuación:

En primer lugar, para finales del siglo XIX, específicamente para 1886, la salud no se consideraba como un derecho en la constitución que declara a Colombia como república. El artículo 19 de la constitución de 1886 hace referencia a la protección a la vida en su título III “De los derechos civiles y garantías sociales” así: “Las autoridades de la republica están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes...”

Al respecto, Quevedo (1990) aclara que:

La Constitución de 1886 establece un nuevo marco jurídico de carácter centralista, que va a servir de fundamento, entre otras cosas, para la organización de la salubridad pública como una función del Estado. Como consecuencia de lo anterior se promulga la Ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene, definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población. (p. 1).

Frente a los problemas de la población de la época, Castro–Gómez precisa que para el Estado Colombiano se hizo necesario el concepto médico frente a las epidemias de los trabajadores de áreas tropicales que amenazaban la economía de exportación. (Castro–Gómez, 2007, p. 120). En segunda instancia, los objetivos de los gobiernos radicales fueron mitigados por los gobernantes de corte liberal independiente⁴⁰ que, como Núñez en 1887, confirieron nuevamente a la iglesia el poder de la educación y de los hospicios del Estado. Así, a través de la celebración del Concordato en el marco de la Regeneración, tanto la administración de la atención a los pobres como la instrucción pública⁴¹ quedaron en manos de las órdenes

⁴⁰ También denominados liberales moderados. Estos se unieron a los conservadores con el fin de transformar la Constitución de 1863 que declaraba al Estado como laico. En el movimiento que surgió en contra de la política radical. La Regeneración; nacieron la Constitución de 1886 y el Concordato de 1887 (Marquardt, 2011).

⁴¹ El artículo 12 del Concordato de 1887 lo ilustra así:

religiosas cumpliendo con el deber cristiano de la caridad y agotando la posibilidad de una educación laica o de carácter científico como en los Estados europeos y norteamericanos. (Hernández, *et al.*, 2002). Esta coyuntura fue la principal causa de que la inserción de escuelas de enfermería no estuviera anclada a escuelas de origen laico como las ya existentes en Inglaterra⁴² a cargo de Florence Nigthingale y Ethel Fenwick, quienes buscaban que la enfermería no se ejerciera únicamente bajo principios de caridad cristiana, sino también “sobre principios científicos y sociales, ejercida por mujeres no vinculadas a comunidades religiosas”. (Gómez Serrano, *et al.*, 2011, p. 79).

La declaración de ambas legislaciones –la Constitución de 1886 y el Concordato de 1887– provocó el tercer acontecimiento que posibilitó la emergencia del dispositivo higiénico en el país: la Guerra de los mil días (1899-1902) coyuntura que surge como oposición a ellas y buscaba retomar el poder liberal. La guerra produjo miseria y desolación al territorio nacional y propició que en 1903 los panameños se independizaran de Colombia (Gómez Serrano, *et al.*, 2011), lo que trajo consigo implicaciones sobre las relaciones internacionales y la economía nacional. Las autoras señalan, por ejemplo, como el alejamiento internacional de Colombia por estar concentrada en su propia lucha, también acentuó la concepción de que el influjo de culturas extranjeras traía peligros sobre su moral y nuevas costumbres, lo cual hizo más lenta la entrada al capitalismo con relación a otros países de América Latina. A este retraso se le

En las universidades y en los colegios, en las escuelas y en los demás centros de enseñanza, la educación e instrucción pública se organizará y dirigirá en conformidad con los dogmas y la moral de la Religión Católica. La enseñanza religiosa será obligatoria en tales centros, y se observarán en ellos las prácticas piadosas de la Religión Católica. (Con mayúscula del original)

⁴² Es pertinente señalar que para la segunda década del siglo XX, hacia 1913, aunque aún regía el gobierno Conservador de Carlos Restrepo, los médicos contemplaron la posibilidad de traer al país la formación de las escuelas de enfermería inglesas: “Para fundar estos establecimientos en la capital de la República convendría, traer enfermeras inglesas, al menos en número de tres: una enfermera para servicios médicos, una para servicios quirúrgicos y una para maternidades” (Calderón, Jiménez. 1914. p.118)

adicionó la devaluación de la moneda tras la financiación del conflicto y el aumento en los precios de los productos básicos de consumo, acarreado desplazamientos de la población desde las áreas rurales hacia los cascos urbanos y el crecimiento desordenado de la ciudad sin embargo ello ya era evidente antes del inicio de la guerra, tal como lo ilustra el médico Josué Gómez en 1898:

Es Bogotá el refugio obligado de la clase pobre de muchos lugares de los contornos y departamentos del centro: aquellos se establecen en la afueras y perímetro de la ciudad, y llegan a esta con sus hábitos primitivos; los más mueren de infecciones agudas; los otros arrastran una vida de miseria; y la cantidad de desperdicios humanos se aumenta en las grandes excavaciones de la ciudad [...] convirtiéndose en lodazales inmundos. (Gómez, 1898, p. 10).

Noguera (2003) también menciona que las condiciones de vida insalubre tales como la miseria, el hacinamiento, la promiscuidad y la enfermedad, producto del crecimiento demográfico dentro del marco urbano, posibilitaron el aumento de prácticas populares, el ocio de los trabajadores fabriles y de los pobres, la prostitución y la indigencia de los niños. Al respecto Gómez (1898) describe:

Casi en inmovilidad absoluta la atmosfera recibe de un modo uniforme y sostenido los productos de las fermentaciones de las vías de desagües naturales, de los servicios de las habitaciones, de las carnicerías, de los comunes, de las sustancias de toda clase abandonadas sobre los suelos de las calles, de las que arrojan sus gases por las bocas de las alcantarillas sobre todas las calles de la ciudad, de las depositadas entre las grietas de los malos cunpedrados, de las exhalaciones de todas las habitaciones malas de Bogotá, que son muchas y casi innumerables; y más que todo se apoderan y se compenetran de

todas las exhalaciones humanas de la mayor parte de los habitantes que por falta de educación y carencia de aguas y de bienestar individual, la infeccionan con productos animales, que es la causa más eficaz en la producción de enfermedades mortales al ser humano. (Gómez, 1898, p. 8).

Adicionalmente, las deficiencias de las vías de comunicación y acueducto, la precariedad en el manejo de los alimentos y el agua potable y el poco control de enfermedades endémicas que ya estaban siendo estudiadas por la junta Central de Higiene, motivaron a las autoridades, los eclesiásticos, abogados, ingenieros y médicos a gestionar condiciones de vida y del medio para la población citadina, tal como existían en Europa para finales del siglo XVIII y comienzos del XIX⁴³(Noguera 2003)

En el texto “las Epidemias de Bogotá”, Gómez (1898) cita:

Sucede a su vez que las carreras, en el servicio de alcantarillas, establece la comunicación con las calles de la ciudad, y como estas comunicaciones son unos caños trasversales, subterráneos sin declive alguno sobre las alcantarillas y sin corriente de agua especial, no tienen otro medio de desagüe que el facilitado por el servicio de desagües de las habitaciones inmediatas. Tanto es así que, son estas semialcantarillas las que más aberturas ofrecen sobre el suelo para recoger agua atmosférica; y como todas las carreteras de la ciudad son estrechas, tortuosas y pocas las que van de un extremo a otro en la ciudad, el movimiento de renovación de la atmosfera en estos lugares es muy lento, y el recargo de productos nocivos a la respiración humana, espantoso. (1898, p. 9).

⁴³Con relación a las acciones gestionadas por los médicos en favor del control de la población, Fuster (2012) afirma que “La medicina ejerció una acción que operó más allá de los límites clásicos definidos por la enfermedad y la asistencia, logrando instalarse progresivamente en diversos campos de la existencia individual y colectiva. Esto significó que el proceso de socialización de la medicina trajera consigo su estatización, la “medicalización” de la ciudad y de quienes la habitaban” (p. 69).

Otra de las situaciones que preocupó a los médicos higienistas de finales del siglo XIX e inicios del XX fueron las altas tasas de infección puerperal y de mortalidad infantil en los sectores marginados. La primera entrega de la revista *Anales de la Academia Nacional de Medicina* (1893), describe algunas de las causas de esta problemática y atribuyen a la pobreza, la miseria y la ignorancia los fatales desenlaces:

Principia la lactancia al tercero o cuarto día; y, ¿qué leche nutritiva dará una mujer sujeta a tantas privaciones como son las que impone la miseria a una mujer anémica, en desabrigo completo, sin aire puro que respirar, sin alimentos nutritivos que comer, y por toda bebida chicha o licor nacional? [...] Por demás me parece decir que estas mujeres no observan, ni para su persona ni para su niño, principio higiénico alguno; de manera que, faltando aseo a la habitación y de vestidos, sin orden en sus alimentos y bebidas ni costumbres medianamente civilizadas, las enfermedades endémicas y epidémicas encuentran un vasto campo en donde ejercitar sus maléficas influencias. (Muñoz, 1893, p. 99).

Complementando esta problemática, Gómez Serrano, *et al* (2011) señalan que para 1904, la mortalidad infantil⁴⁴ llegó a representar el 52% de la mortalidad general y pese a las tareas de los higienistas logró disminuir solamente al 22% para 1922⁴⁵. Es así como durante las dos primeras décadas del siglo XX, los galenos reiteraron que las causas de este problema eran secundarias a la falta de educación, la pobreza y la prostitución. En cuanto a estos dos últimos

⁴⁴ Gallo y Márquez (2011) señalan que para la OMS la mortalidad infantil hace referencia al conjunto de muertes desencadenadas desde el nacimiento hasta los primeros 5 años de vida.

⁴⁵ Gallo y Márquez (2011) anotan que el médico Tiberio Rojas en su conferencia del tercer Congreso Médico Nacional, celebrado en Cartagena en 1918, expone que este problema sigue presentándose pese a ser reconocido a finales del siglo anterior. Por ejemplo, Rojas decía que “las enfermedades gastrointestinales en Colombia mataban anualmente cerca del 34,4% de los niños menores de dos años y el 18,7% entre dos y diez años” [...] Además Rojas, citado por Gallo y Márquez, señaló que en Bogotá “la mortalidad en menores de un año era de 9,44% y en los de dos a diez años de 4,9% por cada mil habitantes (...) De la mortalidad general de Bogotá en 1917, el 33,1% fueron menores de un año y el 7,7% niños de dos a diez años” (Gallo y Márquez, 2011, p. 66).

factores, relacionaban la mortandad con el incremento de los hijos ilegítimos o niños no reconocidos voluntariamente por sus padres con formalidades legales⁴⁶ y ante la ausencia de ayuda de sus progenitores, los ubicaban en condiciones de vida muy precarias, además del estigma social al que se veían enfrentados.

Estas mismas autoras, anotan que las cifras de los nacidos muertos que arrojó el informe de la Junta de Higiene de 1903, ubican a esta como la causa número 11 de mortalidad en Bogotá e indican que existían demasiados riesgos asociados a la atención del embarazo y el parto. Aquí una descripción muy precisa de ellos:

Allí en aquella atmosfera cargada de gases mefíticos emanados de todos los despojos animales y vegetales, acumulados año tras año, dan a luz un niño en un lecho de verdadera miseria [...] viniendo luego el baño que generalmente le aplican de agua fría o de cocimiento de hierbas [...] Después empiezan las parteras lo que vulgarmente llaman paladear el niño, lo cual consiste en hacerle chupar con un trapo una mezcla de aceite y miel de abejas o un jarabe llamado peonias, que no es otra cosa que jarabe de achicorias, el que puede ser más ò menos purgante [...] y con el que consiguen en lo general grandes vómitos y diarreas perjudiciales que extenuán demasiado a los niños y los predisponen a seguir padeciendo continuos desarreglos en su vías digestivas. (Muñoz, 1893, p. 99).

Son estas algunas de las condiciones de la situación de un incipiente sistema de salubridad, así como de las insuficiencias para el manejo de la enfermedad, factores que en su conjunto afectaban no solo al individuo, sino también a la población a finales del siglo XIX y bajo las cuales médicos e higienistas comenzaron a sensibilizar y plantear acciones que funcionaron

⁴⁶ La Ley 57 de 1887 respecto a la adopción de Códigos y la unificación de la legislación Nacional plantea en su artículo 21: “El hijo ilegítimo que no ha sido reconocido voluntariamente con las formalidades legales, podrá pedir que su padre o madre lo reconozcan *para el solo objeto de exigir alimentos.*” (cursiva añadida).

como políticas de control social y cuyo interés estaba fundamentado en el discurso racial y eugenésico traído de Europa, según el cual el problema de la “degeneración racial” era la causa por la que Colombia no lograba ingresar por la senda del progreso y la modernización que sí tenía dicho continente. (Álvarez, 2015).

2.3. La higiene como defensa de la degeneración racial

El trabajo investigativo de Ospina, Sáenz y Saldarriaga (1997) acuña la eugenesia como “aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana, la cual tenía como objeto central la vigorización de la raza” (p.193). Dicha vigorización según Guerra (2016), corresponde a “individuos más fuertes, más bellos, más longevos y más útiles para la sociedad” (p.144). La eugenesia permitió la consolidación de la población como un conjunto de razas: unas superiores (las más fuertes y aptas para reproducirse) y unas débiles. A su vez, el discurso eugenésico consideraba que las más fuertes eran susceptibles de degenerarse, por tanto había que evitar a toda costa que patrones inadecuados de conducta, como por ejemplo, el consumo de alcohol, que afectaran su capacidad de reproducción. (Noguera, 2003).

Según Guerra (2016), la eugenesia como discurso, se introdujo en Colombia a finales del siglo XIX cuando la élite médica colombiana educada en Francia e Inglaterra traen a las aulas de la Universidad Nacional, las ideas de Darwin y Galton⁴⁷, siendo este último quien alude por primera vez de ella como “una ciencia que se dedica a estudiar el influjo de las condiciones que mejoran todos los aspectos de la raza humana” (p.145)

⁴⁷ “Pretendió demostrar que las habilidades humanas eran función de la herencia y no de la educación” (Noguera, 2003, p. 87)

La eugenesia en el país a inicios del siglo XX era vista desde dos perspectivas, tal como lo analizan Noguera (2003) y Castro-Gómez (2007): La primera aludía a que el problema de la “degeneración racial” obedecía a que las clases populares, los más pobres, estaban fuertemente condicionados por la herencia biológica⁴⁸ y que los cruces entre ellos⁴⁹, considerados “razas inferiores” jamás posibilitarían el progreso, lo cual podía mejorar principalmente propiciando la afluencia de razas extranjeras (superiores) para mezclarse con las nuestras⁵⁰; y la segunda estaba relacionada desde un sentido más positivo, en el que los

⁴⁸ Algunos intelectuales colombianos estaban convencidos de que los pueblos que no compartían la racionalidad europea, no estaban en la capacidad de ejercer la independencia política ni las relaciones monetarias suficientes para lograr la modernidad (Pardo, 2006). Aun contemplando las ideas del mejoramiento de la raza a inicios del siglo XX, para la década de los veinte todavía este dilema generaba ruido, lo cual se evidencia con la expresión de Laureano Gómez (1928) acentuando el ideal de esta racionalidad europea:

Nuestra raza proviene de la mezcla de españoles, de indios y de negros. Los dos últimos caudales de herencia son estigmas de completa inferioridad. En lo que hayamos podido heredar del espíritu español es donde debemos buscar las líneas directrices del carácter colombiano contemporáneo. (p.18)

⁴⁹ Noguera (2003) anota que en Estados Unidos y en Europa, evitar los cruces de razas inferiores no solo involucraba medidas educativas sino también las dirigidas a erradicar los “venenos raciales”: alcohol, sífilis, tuberculosis, etc.; a través de la esterilización de las enfermas mentales y el control de los matrimonios mediante la expedición de certificados médicos prenupciales, para evitar así la reproducción de los individuos considerados no aptos. Según Urías (2003) también se adoptó por el aborto como medida eugenésica ya que era la manera de llevar a cabo la “limitación de la natalidad de los indeseables”. Este tipo de tácticas que se conocen como Eugenesia dura, no tuvo gran impacto en el país, sin embargo según Pardo (2006), en Colombia fue muy común “la búsqueda del mejor estatus a través de casamientos con personas más blancas como procedimiento de ascenso social de mestizos que habían logrado fortuna en el comercio y los oficios” (p. 343)

⁵⁰ López de Mesa (1920), en su conferencia acerca de los problemas de la raza en Colombia afirmaba que de adoptar medidas en favor de la afluencia de otras culturas como solución a la degeneración racial, debía contemplarse el siguiente planteamiento :

(...).En Boyacá debe de entrar sangre alemana vigorosa, que no ambicione regresar a su patria después de hecha la fortuna. Y debe de venir acompañada de sus mujeres, para que el cruzamiento se efectúe en segunda generación, la manera más eficaz de evitar choques de incomprensión y de costumbres, en la vida del hogar sobre todo (...) Debemos atender con máxima discreción al mantenimiento de nuestra soberanía. Más felices seríamos quizá en lo material si nos plegásemos a un dominio extranjero (p. 134)

intelectuales pensaron que la situación fisiológica y cultural de la población podía mejorar a través de las políticas de medicalización⁵¹.

Al respecto Castro Gómez (2007a) afirma que bajo estas dos perspectivas se generó un dilema entre los intelectuales hegemónicos sobre como gobernar la población, el cual describió así:

Mientras que unos creían que la población existente era ingobernable (por encontrarse sometida a un proceso de degeneración racial), otros pensaban que las falencias raciales podrían corregirse a través de medidas disciplinarias y biopolíticas aplicadas por el Estado⁵². Unos y otros, sin embargo, reproducían el mismo imaginario colonial de la “limpieza de sangre” (blancura) que persistió durante todo el siglo XIX. (p.44)

El mismo autor plantea que este imaginario de la élite criolla de “limpieza de sangre”, “garantizaba la legitimidad y distinción de las clases dominantes en Colombia” (p 147) y que por ende, los privilegios del conocimiento, la ciencia y la educación no podían pertenecer más que quienes hacían parte de este selecto grupo. A raíz de esto, con el fin de garantizar esta forma de poder y reforzar esta idea de campo intelectual, Castro_ Gómez (2007b) describe que los intelectuales plantearon medidas que aseguraran que la clase obrera y sus costumbres

⁵¹ De acuerdo con Villegas (2007) las políticas de medicalización o también denominada eugenesia preventiva, fueron: La higiene de la infancia, (puericultura), higiene de las escuelas, higiene tropical (lucha contra las enfermedades tropicales), campaña antivenérea, campaña antituberculosa, campaña anticancerosa, campaña antialcohólica, legislación científica sobre las viviendas de los obreros y las clases desvalidas y el saneamiento de puertos y ciudades (p. 17)

⁵² López de Mesa (1920) expuso en su conferencia acerca de los problemas de la raza en Colombia que

La raza blanca y sus aproximaciones mestizas están sujetas en esta altiplanicie bogotana a graves causas de deterioro y decadencia, sin que yo pueda decir que haya una estricta degeneración. La mala calidad de las aguas, la leche y las legumbres la sujetan a todas las variedades del tifo conocidas, que la diezman con tenacidad desoladora. La mugre, la aglomeración y la miseria alimenticia la sujetan también a la tuberculosis, a la disentería, a la viruela y no pocas más endemias letales. Educación y dinero corrigen esto, es verdad, pero mientras el dinero y la educación nos llegan iremos muy abajo en fisiología. (p. 89)

primitivas⁵³ no tomaran fuerza tal para que, por un lado continuara la degeneración racial a causa de las múltiples enfermedades que traía consigo la pobreza, y por otro lado, que el pueblo a consecuencia de sus deplorables condiciones morales, no ejercieran la revolución frente a las medidas higiénicas en favor del mejoramiento de la raza y la entrada a la modernización.

De esta manera el gobierno de la población ejecutado por los médicos posicionados como científicos y demás intelectuales hegemónicos, exhibía lo diferente -los mestizos, indígenas, negros, las mujeres - como potencialmente peligroso dentro de una sociedad que pretendía mantener una normalidad física, mental y moral. La mirada de los integrantes del campo intelectual colombiano, era la que Foucault (2009) describió como: “Una mirada que normaliza, permite calificar, clasificar y castigar, establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona” (p.189)

El imaginario de “limpieza de sangre” que expone Castro _ Gómez, corresponde a lo que Foucault (2000) señaló como “Racismo de Estado” esto es, “un racismo que una sociedad va a ejercer sobre sí misma, sobre sus propios elementos, sobre sus propios productos; un racismo interno, el de la purificación permanente, que será una de las dimensiones fundamentales de la normalización social.” (p 66).

⁵³ Para finales del siglo XIX e inicios del siglo XX el fenómeno del alcoholismo, denominado principalmente “chichismo” era una de las costumbres primitivas que se consideraba más contribuía con la degeneración racial el Colombia (Noguera 2003). Al respecto Pablo García Medina (1914), médico y fisiólogo boyacense escribió:

No debe omitirse esfuerzo alguno para detener el alcoholismo, que trae consigo la vejez prematura, el desequilibrio del sistema nervioso y la decadencia intelectual y física de la raza. Enseñemos cuantas veces nos sea posible los siguientes preceptos de la higiene [...] El alcoholismo es el envenenamiento crónico producido por el uso habitual de las bebidas alcohólicas [...] el alcohol no es un alimento: no es útil para nadie y es dañoso para todos. Es un error creer que las bebidas alcohólicas dan energía para el trabajo o reparen las fuerzas El [...] hábito de las bebidas alcohólicas debilita los afectos de la familia, aniquila el hogar, hace olvidar los deberes sociales, hace aborrecer el trabajo, produce miseria, conduce al robo y a otros crímenes. *Para la salud del individuo, para la existencia de la familia, para el porvenir de un país, el alcoholismo es el más terrible azote.* (p. 175) Énfasis propio

Dicha normalización social como la mencionó Foucault, abarcó entonces el conjunto de medidas eugenésicas, que para el caso particular de Colombia a principios del siglo XX, correspondía al desarrollo de prácticas discursivas y no discursivas en torno a la higiene: de las medidas preventivas producto de las políticas de la vida.

Dentro de esas políticas de control de la vida que figuraron en el país hacia inicios del XX, cabe mencionar algunas como la construcción de vías y alcantarillado, la lucha contra las enfermedades tropicales, la lepra y la sífilis, la instauración de barrios obreros, la campaña antialcohólica, la medicalización de las mujeres y los niños y la institucionalización de diversos programas educativos en favor de la formación de personal en el campo de la salud y la educación, capaces de responder a las necesidades de la poblacionales en torno a la higienización, en resumen estrategias que demuestran la coexistencia de tácticas disciplinarias y mecanismos de regulación de la población.

Es como de esta manera, bajo esta perspectiva, es decir, bajo la ejecución de las medidas disciplinarias y biopolíticas, es que se da cabida a la necesidad de la formación más estructurada de la enfermera, en tanto ella sería un medio que contribuiría con el cumplimiento del dispositivo higiénico y propiciaría el mejoramiento racial de la población a través del cuidado. De otra manera, el surgimiento de los primeros cursos de enfermería en el país (1903) con la posterior construcción de escuelas adjuntas a las facultades de medicina de las universidades de Cartagena y Nacional de Colombia en 1920; se dieron de manera simultánea a la introducción del discurso higienista al país como medida eugenésica. Es muy importante resaltar que el conjunto de médicos intelectuales que se preocuparon por la necesidad de la educación en enfermería, conformaban también el grupo de aquellos que contribuían al Estado con la formulación y ejecución del dispositivo higiénico; un caso

puntual el de José Ignacio Barberi que antes de crear la escuela de enfermería, ya había emprendido diversas labores en favor de la medicalización de las madres y de los niños: para 1905, escribió el Manual de Higiene y Medicina Infantil y para 1906, luego de muchos años de trabajo, hace apertura del Hospital de la Misericordia exclusivo para el ejercicio de la pediatría.

Teniendo en cuenta esto, el proyecto de formación de mujeres como asistentes de los médicos que se forjó en nuestro país a inicios del siglo XX, estuvo influenciado principalmente a partir de la medicalización de las mujeres y los niños. A continuación se explica de manera más detallada cuales fueron las estrategias de gobierno sobre estos dos grupos poblacionales y como la enfermera se vio involucrada en ellos:

2.3.1 La medicalización de las mujeres (parteras y parturientas)

Moral (2010) y Fajardo (2013) cuentan que el oficio de la partera o también matrona - comadrona; está ligado al mismo devenir de la especie humana y que desde entonces hace referencia al acompañamiento que hace una mujer a la madre mientras debe parir. Fajardo (2013) señala que etimológicamente “COMADRONA proviene de CO-MADRE, en el mismo nivel que la madre” (p.2) y que MATRONA era aquella que en la antigua Roma, gozaba de la autoridad para transmitir los valores de la sociedad. La autora destaca entonces estas mujeres como quienes tenían la facultad de acompañar a las madres en el momento de dar a luz, en tanto su amplia experticia las hacia portadoras de un saber que las distinguía de las demás y les confería poder sobre sus cuerpos. Fajardo (2003) subraya que la fuente de conocimiento de las matronas era la tradición oral en medio del parto.

Moral (2010) afirma que la partería en Europa para la edad media era un “oficio propio de mujeres que sólo pueden ejercer a través del cuerpo de otras mujeres [...] que no precisa de curación sino de cuidados” (p 75) y que por lo contrario a lo que decía Fajardo, tenía unas delimitaciones establecidas por la iglesia y los médicos de la época, relacionadas con que las mujeres eran consideradas inferiores. Para la iglesia la inferioridad de las mujeres iba ligada a la convicción de que Dios había rechazado encarnarse en un cuerpo femenino y que por esto ellas debían ser sometidas a toda vigilancia, ya que por su condición, eran susceptibles a desviaciones de la fe como la brujería en medio de estas prácticas relacionadas con el cuidado de otros. Por otro lado, los límites del oficio de partear estaban también relacionados con que las autoridades eclesiásticas medievales promovían la contaminación moral cuando había contacto entre sexos ya fuera como medio de satisfacción o como medio de diagnóstico- pues el contacto carnal sólo estaba justificado para la reproducción (Moral, 2008); entonces era más conveniente que las mujeres no manifestaran sus dolencias a los hombres sino a otras mujeres o incluso dejarse morir antes que revelar a un médico los secretos de sus cuerpos. Al respecto, la misma autora cita que en Paris, Jacoba Felice una partera que fue excomulgada por el ejercicio ilegal de la medicina en la época medieval, en su defensa argumentó:

Es mejor, más honesto y apropiado que una mujer sagaz y experta en el arte visite a una mujer enferma, la explore e investigue los secretos de su naturaleza y las partes recónditas de ésta, que esto lo haga un hombre, a quien no le está permitido ver las cosas mencionadas; investigar ni palpar las manos, mamas, vientre, pies, etc., de las mujeres; y sobre todo debe el hombre huir, en la medida de lo posible, de los secretos de las mujeres y las sociedades secretas de éstas. (p.86)

Los límites propuestos por los médicos de la edad media hacia la partería, estaban relacionados con la creencia de que “las purgas menstruales femeninas eran evidente signo de inferioridad biológica” (p.76) y que por ende las mujeres no podían gozar de privilegios sociales como si ellos, por ejemplo el acceso a la educación y a la participación política. Los médicos, aunque como hombres tenían prohibido tocar a las mujeres, usaron las parteras como asistentes para documentar los saberes femeninos y apropiarse de ellos. Los galenos certificaban el ejercicio de las parteras y les daban instrucciones precisas de acudir a ellos solo en caso de emergencias en los que pese a todas las medidas, las parturientas no pudiesen dar a luz con las intervenciones de la comadrona. (Moral, 2010)

Estas delimitaciones trascendieron a lo largo de los siglos y justificaron hacia finales del siglo XIX e inicios del XX las apreciaciones que las autoridades en salubridad tenían del arte de partear en nuestro país, pues éste adoptó todo modelo europeo en materia médica. Desde este punto de vista, el interés de los intelectuales hegemónicos de Colombia por medicalizar las mujeres hacia finales del siglo XIX e inicios del XX, estuvo condicionado en primer lugar, de acuerdo con Restrepo (1995) desde la urgencia de establecer un control frente a aquellas que ofertaban el cuidado fuera de los preceptos y de los escenarios que la legitimidad médica avalaba, pues para la medicina las prácticas que ejercían las parteras, las yerbateras, las nodrizas, curanderas, etc.; giraban en torno a la ignorancia y la incompetencia y de ninguna manera contribuían ni con las reformas sanitarias ni con la construcción de la identidad del médico..

En segundo lugar, medicalizar las mujeres se hizo desde el reconocimiento por parte de las autoridades científicas, de que la prosperidad del país estaba relacionada con una población

numerosa, sana e íntegra y que por lo mismo se debía trabajar en favor de reducir las complicaciones y las muertes asociadas al parto tanto de mujeres y niños, en pro de disminuir la mortalidad de los infantes en sus primeros años de vida y por propender garantías a los niños en términos de condiciones de vida y de salud favorables (Restrepo 1995). Castro – Gómez (2007a) justifica este propósito así: “Niños y adolescentes con una constitución física endeble, serán toda la vida débiles, mentalmente subdesarrollados e incapaces de mostrar el temple que demanda el progreso económico del país.”(p 49) planteamiento que va muy de la mano con el enunciado de Foucault (1977) citado en el epígrafe de este capítulo, donde el autor relaciona que el cuerpo cobra importancia en la sociedad capitalista y que las estrategias medicas dirigidas hacia potencializarlo como fuerza del trabajo, son una forma de poder del Estado llamado biopolítica.

También esa medicalización iba dirigida hacia la educación de las mujeres dentro de sus hogares ya que a través del cuidado de sus hijos y su esposo, contribuía al perfeccionamiento biológico de la población, esto es, como diría Ávila (2015) desde el hogar, “moldear otros cuerpos dóciles y sanos, integrables en otros espacios como las escuelas y las fábricas (o, en todo caso, aptos para el trabajo)” (p. 66).

2.3.1.1. Del problema de la morbimortalidad materno-infantil y el control de las comadronas

El problema de la mortalidad materno-infantil al momento del alumbramiento y durante los primeros años de vida de los niños era reconocido hacia mediados del siglo XIX por los médicos, ejemplo de ello fue que para la séptima década, las parteras eran una amenaza potencial al ejercicio de la medicina en tanto sus prácticas eran las que fomentaban esta

problemática y por ello se decide por parte del gremio médico apoyado por el Estado la adopción de medidas de control sobre este grupo poblacional que en medio de su empirismo, de su “arte de partear”, traían niños al mundo sin medidas higiénicas contribuyendo así indeseables consecuencias. Según Restrepo (1995), los desenlaces fatales estaban asociados a las prácticas erróneas y a la ignorancia⁵⁴ de quienes asistían los partos en los hogares y otros lugares recónditos, en tanto que los “asuntos de mujeres”, que encerraban un gran misticismo por estar justificados en el pudor y la debilidad del género femenino; no habían sido tratados a profundidad por la medicina como saber científico.

La historiadora anota entonces que una de las medidas para impedir tales abusos y peligros fue la certificación de las parteras por parte de los médicos, con el objeto de garantizar una reducción en la morbimortalidad y el correcto ejercicio de tan delicada labor: el alumbramiento. Un ejemplo de dicha certificación es el citado por Restrepo (1995), a continuación:

CERTIFICAMOS: Que la señora Prudenciana Yépez de Vásquez se ha dedicado por algún tiempo bajo la dirección de algunos profesores en Medicina al estudio teórico de la obstetricia en cuyo estudio ha logrado adquirir conocimientos nada comunes, por medio de los cuales puede ser sumamente útil a las personas que quieran ocuparla. La Sra. Yépez de Vásquez no conoce en tocología⁵⁵ el arte de hacer altas operaciones; pero sí sabe y puede practicar con provecho, las pequeñas maniobras de la profesión. Sobre

⁵⁴ Ibáñez (1884) médico e historiador, secretario de la Academia Colombiana de historia, afirmaba en sus escritos la ignorancia como la causa primordial de la práctica errónea en el arte de los partos y que la intervención de los médicos ilustrados fue la solución a ello. El galeno decía: “[...] mujeres ignorantes, llenas de ideas y reglas empíricas, aplicaban a las parturientas medallas, reliquias, conjuraciones y bebidas dañosas, medios que eran considerados por los charlatanes y parteras como eficaces en partos difíciles [...]” (p. 138).

⁵⁵ La tocología o La Obstetricia es aquella parte de la medicina que trata la gestación, el parto y el puerperio (Carvajal y Ralph, 2017. p 8)

todo, la señora a quien recomendamos podrá ser muy útil a las familias, en dos casos:

1° Cuando se trata de dar una asistencia esmerada para funciones de partos sin complicaciones; y 2° Para dar oportuno aviso a las circunstancias que exigen la intervención de un profesor inteligente. (Juan de D. Uribe - Manuel Uribe A. - Tomás Quevedo, Medellín, 14 de noviembre de 1876). (p. 35).

De este certificado, es muy importante destacar que aunque los médicos toleraran el ejercicio de las comadronas, no significaba que pensarán que ellas fueran las personas más idóneas para dar respuesta a las necesidades de las mujeres durante el alumbramiento y en su puerperio inmediato. El certificado reconoce que las comadronas de manera empírica se han entrenado frente al parto y le atribuyen a ello la imposibilidad de adquirir un saber especializado como lo era la tocología, pues como se resaltó en el primer capítulo, la inteligencia no era la virtud característica del género femenino y en cambio si la moral, por ello requerían ser certificadas por hombres, que según las creencias de la época en la que se expide el certificado, si gozaban de racionamiento. Ehrenreich (1973) al respecto menciona que “los profesionales masculinos se impusieron gracias a su superioridad técnica [...] la ciencia (masculina) habría sustituido de forma más o menos automática a la superstición (femenina)” (p.5)

Así mismo, como otra medida adicional para el control de las parteras, en la ciudad de Medellín, el médico Londoño tradujo del francés al castellano el “Manual de la comadrona y la enfermera” (1896) dirigido a quienes bajo vigilancia y certificación médica, ejercían el cuidado durante los partos y para los recién nacidos en Colombia. El manual, escrito en París por el Dr. Touvenaint (1896), tenía como objeto servir de guía a la enfermera o a la

comadrona ⁵⁶ en la adquisición de “nociones anatómicas, fisiológicas y patológicas indispensables en el ejercicio de su profesión [...] y estar instruida en todas la precauciones de la antisepsia” (p. V-VI). Este texto dirigido a enfermeras y comadronas, tal vez el único en Colombia para antes de 1900⁵⁷, cobra gran valor para esta investigación en tanto para aquella época no existía aún ninguna escuela de formación de enfermería y quienes desempeñaban el rol de enfermeras en los hospitales eran en su mayoría religiosas, enfermeros o pocas mujeres seglares que daban cuenta de la tradición oral en la que estaba inmerso el cuidado.

Hay que tener en cuenta antes de ahondar en el análisis del manual francés que, según Restrepo (1995) “los manuales eran tan sólo ‘consejos’ a las mujeres y explicaban la mecánica o ‘maniobras simples’ reservándose las ‘complejas’ (p. 39), pues para ser auxiliar del médico bastaba con tener nociones básicas. Así, este documento, es una muestra del lugar de enunciación de la partera establecido por el discurso que configuraba el saber médico.

Se describe a continuación el contenido del manual el cual servirá de referencia, en este mismo capítulo y el siguiente, para comparar con los manuales para enfermeras escritos posteriormente como los discursos que encierran los saberes que hacen posible y necesaria la profesión de enfermería para el gobierno de la población.

⁵⁶ La enfermera y la comadrona eran distintas. Una vez en Europa occidental la medicalización de las mujeres fue un interés común de los médicos, estos buscaron aquietar la autonomía de las parteras que se desenvolvían en medio de las clases populares (Ehrenreich, 1973). La forma de callarlas fue institucionalizar su saber desde la legitimidad del discurso científico bajo el que se crearon las escuelas de enfermería. La construcción del sujeto enfermera es la respuesta a la condición de las mujeres de finales del siglo XIX e inicios de XX, que demostraba que estaban vetadas para ejercer trabajos de igual condición a los hombres como la medicina y que además traducían el traslado de los naturalizados oficios domésticos del hogar hacia el hospital. En este mismo capítulo, se profundizará como la institucionalización de enfermería como un nuevo saber, fue resultado de las estrategias del gobierno de las mujeres de inicios del siglo XX.

⁵⁷ Existe una guía de parturientas y parteras escrita en 1881 por Gabriel Ujueta, que según Restrepo (1995), aporta herramientas en cuanto a técnicas que debe la partera emplear en el momento del alumbramiento. Este manual no estaba dirigido, como sí el del médico francés, a la enfermera como sujeto distinto de la partera, que ya en Europa para 1896 era reconocida como un sujeto que cuidaba bajo preceptos científicos avalados por los médicos gracias al trabajo de Nigthingale y Bedford Fenwick creadoras de escuelas de enfermería en ese continente (Gómez Serrano, *et al*, 2011).

El “Manual de la comadrona y la enfermera” (1896) consta de un prefacio que destaca cinco cualidades indispensables para ser una buena enfermera, todas muy similares a las cualidades consignadas cuando el Síndico de la Beneficencia solicita a Francia la presencia de religiosas para instruir mujeres seculares (1876), o cuando se describe el perfil de la enfermera colombiana para 1903 (citado por Pedraza, 1954).

Primera cualidad: Es indispensable una salud a toda prueba, porque el oficio es penoso. Las vigiliias, los desarreglos continuos causados por el capricho de los enfermos, el peligro del contagio [...]... Segunda cualidad: moralidad irreprochable [...] su discreción y buena conducta son indispensables. Es gracias a estas cualidades como la enfermera puede ganar la confianza del enfermo y llegar a ser un precioso auxiliar del médico. Tercera cualidad: suavidad inquebrantable [...] Cuarta cualidad: docilidad a las prescripciones del médico. [...] el médico debe conservar toda la responsabilidad de la curación, y por consiguiente la única dirección del tratamiento [...] Quinta cualidad: educación médica suficiente. (Touvenaint, 1896, p. IV- VI).

De esta cita se pueden analizar dos puntos muy interesantes:

En primer lugar, las exigencias inherentes a las características intrínsecas que debía tener una enfermera para poder cuidar de otros están relacionadas con los planteamientos de Foucault (1999) en cuanto al cuidado de si: *empimeleia / cura sui* o cuidado de uno mismo; concepto que equivale a “un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones” (Garcés y Giraldo, 2013. p.188).

El cuidado de uno mismo según Foucault (1999), implica vigilancia sobre si, una actitud que permita corregirse y transformarse; y para lograr ocuparse de sí mismo según ese

planteamiento, es necesario conocer y apropiarse de reglas de conducta que a su vez son el discurso de verdad prescrito socialmente por tanto el cuidado de uno mismo precisa la intervención del otro.⁵⁸ En este caso en particular, la enfermera requirió de la intervención tanto de médicos, religiosas, así como también de los enfermos para construir su subjetividad bajo unas reglas de conducta prestablecidas por la sociedad patriarcal de finales del siglo XIX e inicios del XX, tales como la docilidad, la moral, la discreción, la confianza.

Adicionalmente, y continuado con el cuidado de si, Foucault (1999) plantea que: “al ocuparse de uno mismo uno va a convertirse en alguien capaz de ocuparse de los otros” (p. 66) lo que constituye un objetivo central en la práctica de enfermería no solo para la época en la que se plantea este manual sino también en el tiempo presente, en tanto cuidarse así mismo, da la facultad de cuidar de otros y enseñar a otros a cuidarse. Cuando el autor habla de “una salud a toda prueba”, denota la capacidad de la enfermera de establecer medidas higiénicas o técnicas disciplinarias sobre sí misma, que le permitan presentarse saludable al momento de cuidar de los enfermos y al mismo tiempo transmitirles el mensaje de que el autocuidado⁵⁹ posibilita un estado de bienestar.

En segundo lugar, las últimas cualidades de las cuidadoras descritas en el manual, dejan ver el enfoque de saber/poder que ejercía el médico hacia la enfermera, atribuido a su condición de femineidad y con ella de sumisión y de exclusión de la vida pública. Los médicos, siendo una autoridad reconocida por el Estado, se adjudicaron la imposición de determinadas formas de

⁵⁸ En palabras de Gabilondo, A. (1999). : “los juegos de verdad en la relación de uno consigo mismo y la constitución de si como sujeto”(p.26)

⁵⁹ Para 1969 la enfermera Dorothea Orem (1914-2007), plantea la teoría de enfermería del autocuidado cuyo propósito fundamental es identificar las necesidades de autocuidado de los enfermos (déficit de autocuidado) y a partir de ello planear la asistencia. “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (Prado, 2014.p.837)

conducta a otros (las enfermeras, las madres, los niños, los pobres, los locos, los enfermos) para garantizar una posición subalterna a su saber (Amezcuca, 2009). A la enfermera, en el marco de una relación jerárquica, se le demandaba sumisión al médico y a sus discursos, pero al mismo tiempo se le exigía algún nivel de educación para cuidar de sí misma y de los otros, superior a los de las otras mujeres de su comunidad; ello la convirtió en portadora de saberes que también le confieren poder sobre el cuerpo de otros y la autoridad para encauzarlos a través del cuidado, configurando una nueva relación saber/ poder, la existente entre enfermera y paciente.

Retomando la descripción del manual, el primer capítulo alude a las consideraciones generales sobre la antisepsia como principal mecanismo para evitar la infección. El segundo capítulo hace referencia a los partos en el que los médicos explican a las parteras y enfermeras “los auxilios que una buena comadrona puede prestarle a la parturienta evitándoles ante todo la fiebre puerperal y otros accidentes igualmente graves” (Touvenaint, 1896, p. VII). Incluye los cuidados antes del parto, las precauciones antisépticas, cuidados a la parturienta en el momento del expulsivo, cuidados al recién nacido y a las recién paridas, además de algunas nociones de lactación.

El tercer capítulo denominado “cirugía” involucra aspectos bajo los cuales “toda persona aun la más ignorante” (Touvenaint, p.VII.), pueda responder ante cualquier sangrado, herida o accidente “mientras llega un médico”. El cuarto apartado del manual indica el uso de los remedios más usuales en el ejercicio de la medicina. El cinco, Higiene: enseña la manera en que deben ser alimentados los niños, los enfermos, las prácticas de desinfección y prevención de contagio de enfermedades: “La persona que se aproxime a un enfermo o lo cuide no debe ignorar los principios que vamos a exponer, pues hoy no poner en práctica la antisepsia es

algo más que vituperable, es criminal.” (Touvenaint, 1896, p. 6). Por último el manual trae un vocabulario de las voces más comunes de la medicina de aquel entonces.

Según Restrepo (2006) manuales como este, no tuvieron un importante impacto en las parteras colombianas si se tiene en cuenta que las mujeres laicas carecían de ventajas educativas y pocas sabían leer. Se puede inferir que a partir de esa realidad, hubo dos consecuencias: la primera, que las religiosas que si gozaban de las facultades de la lectura y escritura, si los comprendieron y con ello se convirtieron entonces en las maestras autorizadas por los médicos para enseñar a las enfermeras en Colombia como se aprecia en las escuelas de enfermería incluso hasta la tercera década del siglo XX, afianzando la influencia religiosa sobre la enfermería y con ello sus características arraigadas a las virtudes y los sacrificios propios del cristianismo en mayor medida que hacia la ciencia, contrario a como sí lo hicieron en Europa las escuelas dirigidas por seculares.

La segunda, que las mujeres seculares de nuestro país en el caso particular de las parteras de finales del siglo XIX daban “más crédito a los cuentos fantásticos de las comadres referidos generalmente para adquirir mayor preponderancia sobre sus compañeras, que a las prudentes observaciones de un profesor” (Restrepo 2006, p 138); y que por tanto, pese a los esfuerzos de control por parte del Estado, estos no fueron suficientes y en conjunto con la falta de educación y la indiferencia de las parteras hacia las nuevas recomendaciones; los problemas de infección y mortalidad maternoperinatal seguían siendo una realidad tan nefasta, que fueron el motivo por el cual higienistas adoptaron medidas más contundentes en materia de medicalización. De esta manera, adicional a la certificación de parteras y la promoción de manuales que buscaban afianzar sus prácticas, los intelectuales de Bogotá, por ejemplo, proponen la creación de un programa de educación dirigido a estas mujeres.

Para 1897 el profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Jesús María Buendía⁶⁰, en representación del consejo de la Facultad de Medicina escribió una carta al ministro de Instrucción Pública, Rafael Carrasquilla, acerca de la necesidad de enseñar a mujeres como ser mejores enfermeras y comadronas⁶¹:

21 de mayo de 1897

Al Señor de Ministro de Instrucción Pública Presente

Tengo el honor de poner en conocimiento de S.S. que el Consejo Directivo de ésta Facultad, después de estudiar suficientemente el punto relativo a la enseñanza de algunos cursos de Medicina a las mujeres, acordó que, para obtener el mejor resultado en el estudio que se hiciera para conseguir buenas enfermeras y comadronas, se establecerían las siguientes bases generales:

1°. Exigir de las personas que quieran entrar a cursar, la comprobación de que poseen conocimientos de las siguientes materias de Literatura en extensión suficiente: castellano, francés, aritmética, geografía, nociones de geometría y física elemental.

2°. Distribuir el estudio en dos años para las que únicamente se dediquen a enfermeras y en tres años, para las que, además de enfermeras, quieran ser comadronas, así: Primer año. Curso 1° Generalidades de farmacología. Generalidades de anatomía y fisiología

⁶⁰ Ibáñez (1884) da crédito de Buendía y sus logros en materia de tocología en su libro *Memorias para la Historia de la Medicina en Santa fe de Bogotá*, así: En el difícil arte de los partos gozan de merecida y justa fama, por su saber y acierto los doctores José M Buendía, Leoncio Barreto y Joaquín Maldonado quienes han hecho largos y especiales estudios de obstetricia y enfermedades de mujeres y niños. Este arte practicado hasta hace pocos años por mujeres ignorantes, llenas de ideas erróneas y de reglas empíricas [...] este arte, decimos, servido por profesores ilustrados, ha dejado de ser una amenaza a la vida de las mujeres próximas a ser madre, para servir por el contrario de auxilio eficaz a su salud y a la tranquilidad de sus familias. (Ibáñez, 1884, p. 138).

⁶¹ De acuerdo con Gómez Serrano, *et al.* (2011) esta carta, vista como una propuesta fue “la génesis de la formación de enfermeras en la Universidad Nacional” (p. 89).

(estudio de todos los aparatos y sus funciones). Curso 2º Generalidades de patología general y de cirugía menor.

Segundo año. Curso 3º Nociones generales de clínica teórica y práctica. Curso 4º Nociones generales de higiene y de farmacia.

Tercer año Curso 5º Obstetricia teórica y práctica.

De cada uno de estos cursos se hará el programa respectivo.

En vista de estas bases y de la distribución hecha, puede S.S. resolver lo que mejor estime conveniente, con la seguridad de que el Consejo Directivo está dispuesto a coadyuvar en la realización de este proyecto, que será sumamente útil a la sociedad en general y a la mujer en particular, pues se le abrirá un camino en el cual podrá, prestando grandes servicios, ganar honradamente la subsistencia. Como estas son apenas las bases de la mera enseñanza, al ser del agrado de S.S. y obtener su aprobación, vendrían después a ser complementadas con la correspondiente reglamentación para llegar a la práctica definitiva.

Dios Guarde a SS, José María Buendía (Archivo Central Histórico de la Universidad Nacional de Colombia. Registro 32, folio 79-81)

La carta posibilita interpretar varias cosas:

En primer lugar, cuando el médico Buendía sugiere que quienes deseen ingresar al curso deben contar con conocimientos de castellano, francés, aritmética, geografía, geometría y física; no es claro el para qué de estos; sin embargo, teniendo en cuenta que a este tipo de saberes no era fácil acceder- para el caso de mujeres pertenecientes a sectores populares del país que eran a quienes se buscaba establecer control , quizá esta condición serviría de filtro y

así los médicos pudieran clasificar el prototipo de señoras que deseaban entrenar: mujeres lejos de la charlatanería y más capacitadas que las parteras campesinas quienes para el ejercicio de su oficio contaban únicamente con la educación producto de la tradición oral y eran difíciles de convencer y encauzar. Demuestra esto también el deseo de los galenos de establecer un programa de formación estructurado y especializado con base en los mismos lineamientos del discurso científico e higiénico que predominaba para finales del siglo XX y que permitiera a las mujeres que lo adquirieran desempeñarse en todo ámbito social y así dar respuesta a las necesidades de cuidado de toda la población como un conjunto

De otro modo, puede que el deseo de la hegemonía intelectual hubiese sido capacitar mujeres de su mismo estrato que fácilmente podían acceder a las materias que pedían como requisito, para conservar todo el saber dentro de una misma clase social -sin eludir que el ideal de la mujer independientemente de su estrato, era dedicarse a las labores domésticas e inherentes del cuidado de forma sumisa y obediente a los hombres-; como si se tratara en cierto modo no solo de la lucha por el poder sino también de una lucha entre clases y también de razas partiendo de la premisa de que los médicos, apoyados en el discurso de la eugenesia, consideraban que las clases populares con sus costumbres y ausencia de limpieza de sangre, no fortalecerían el perfeccionamiento racial y que ello traería nefastas consecuencias a la nación . Aunque el deseo de los médicos quizá era instruir mujeres de su mismo estrato, en ésta carta, Buendía considera que el proyecto le ayudaría a las mujeres a ganar honradamente su subsistencia, lo que no era compatible a las buenas costumbres de las señoras de la alta sociedad y en cambio demuestra que la realidad para Colombia, en las dos primeras décadas del siglo XX, fue que los médicos y su poder construyeron no solo un monopolio del saber, sino que también establecieron una gran brecha entre élite y aquellas que se formaron como

enfermeras que se caracterizaban por ser de las más humildes escalas sociales. Ejemplo de ello cuando se citó en el capítulo uno, que las Hermanas de la caridad instruían a las huérfanas en los espacios más oscuros del hospital o como lo menciona la siguiente cita.

El Ministro de Instrucción Pública, Rafael Carrasquilla, en su informe al Congreso Nacional de 1898, responde en relación con la carta de Buendía lo siguiente:

Hace mucho tiempo que me preocupa la triste suerte de las mujeres de este país, el momento de dar a luz, pues con frecuencia, al ejercer el arte de los partos, he podido cerciorarme de la ignorancia supina y de la manera brutal con que son asistidas por las tituladas parteras. Ya que me es posible en el puesto que desempeño, empezar a mejorar en el sentido indicado, la condición de nuestras parturientas, lo hago con satisfacción, principiando por llamar vuestra atención hacia punto tan importante, para que concertéis un plan de estudio de la Obstetricia que, por su sencillez y brevedad, puedan seguir con provecho, las señoras aficionadas a la práctica de comadronas. Ese plan, en mi concepto, debe estribarse más en la práctica que en la teoría y ser proporcionado en todo a la poca instrucción elemental de la que son capaces aquellas personas que por lo general pertenecen a la mas humilde escala social sin que eso sea deficiente. Como base de esos estudios la mujer que entre en ellos debe saber leer, escribir y tener buena conducta comprobada, cosa indispensable para ejercer sin peligro social el arte de los partos, aun del modo mas simple. La enseñanza científica puede comprender la Anatomia del bacinete⁶², de los organos genitourinarios asi como todo lo relativo al embarazo, al parto natural y a los cuidados aplicables a la recién parida y al recién nacido, de manera que así instruidas, sepan las nuevas parteras asistir con ciencia a las mujeres de parto y sean capaces en cualquier acto de éste de darse cuenta de las

⁶² Hace referencia a la pelvis.

alteraciones o complicaciones peligrosas para la madre o el niño y puedan prevenir en tiempo al jefe de la familia para que llame un Médico de su confianza, unico que debe intervenir en esos casos que reclaman del partero conocimientos especiales. El ejercicio de una partera preparada, según queda indicado tendra, pues, por limites las perturbaciones del alumbramiento natural y como éste es el mas frecuente, se deduce que aquellas ejerceran su arte con frecuencia y que por ese medio se haran a una profesion facil de utilidad para ellas y para la sociedad en la que viven. (p 25- 26).

De la respuesta de Carrasquilla a Buendía, también pueden recalcar algunas consideraciones:

En primera instancia, definitivamente para los gobernantes y los médicos, las acciones de las comadronas se trataban de un oficio o una afición entre tanto carecía de estatus profesional y se desempeñaba como parte de sus costumbres; y aunque Carrasquilla estuvo de acuerdo en formalizar su instrucción para así disminuir el impacto de la morbilidad materno infantil, sugiere a los médicos un plan de estudio menos estructurado que el propuesto en su consejo de facultad y anota que para este ejercicio debe predominar la práctica antes que la teoría, limita el conocimiento científico a solo las nociones básicas en tocología y deja de un lado las propuestas relacionadas con dos años de preparación en nociones generales como anatomía, fisiología, patología, farmacología –condiciones indispensables, según los médicos, para prepararse en un tercer año que es el de comadrona - reiterando de forma adicional que, por pertenecer a la más humilde escala social, no requieren más que una formación elemental así como tampoco demandan de los saberes propuestos por José María como exigencias para entrar en el curso. Esto es la demostración por una parte, de las diferencias de conceptos sobre las mujeres dentro de la misma élite; los académicos sugieren en cierto modo una

contraconducta que propone otro nivel de educación -diferente al acostumbrado- para ellas, una instrucción casi universitaria si se analiza el tiempo total del curso; contrario a Carrasquilla quien en su posición conservadora y como miembro de la iglesia, no consideraba que la mujer pudiera salir de los esquemas propuestos bajo el dogma de la religión católica y la imitación del perfil de la virgen María: un papel de sumisión, entrega, casi perfección moral, dedicada a su hogar.

Por otra parte, la respuesta de Carrasquilla es la evidencia de que era la iglesia quien ejercía el máximo poder sobre la educación del país, incluyendo la universitaria, teniendo en cuenta las disposiciones del Concordato de 1887. El artículo 13 de esta ley hacía referencia a que en todo centro de enseñanza los diocesanos eran los encargados de inspeccionar y revisar los textos y que la designación de libros que habrían de servir de guía en las universidades estaba a merced del arzobispo, y en el caso particular de esta solicitud, fueron los religiosos en representación de Carrasquilla, quienes escogieron qué enseñar y qué no a las parteras. El artículo 13 del Concordato además versa: “El Gobierno impedirá que en el desempeño de asignaturas literarias, científicas y, en general, en todos los ramos de instrucción, se propaguen ideas contrarias al dogma católico y al respeto y veneración debidos a la Iglesia”; la propuesta de Buendía y sus colegas amenazaba con ese desempeño desde los saberes exigidos para entrar al curso y suponían una amenaza para la iglesia.

En segunda instancia, la cartas de Buendía y de Carrasquilla demostraban la intension de desplazar a la comadrona y formar enfermeras, al respecto Restrepo (2006) anota:

Un centro educativo para formar enfermeras encerraba un haz de relaciones que terminaria por apartas a las parteras, la cuestion ya era de tecnologías disciplinarias: ¿qué y hasta qué punto pueden las enfermeras saber y hacer?. Las comadronas siempre

entrañarian el peligro de desplazar al médico tocólogo, de enfrentarlo como enemigo inmediato, pero la enfermera de buena voluntad – que es jerárquicamente inferior – acataría la autoridad; las relaciones de poder son distintas frente a cada grupo y por eso se creó solamente una Escuela de Enfermería (p.163)

Adicionalmente, Carrasquilla (1898), sugiere al Congreso Nacional de la República, que dicha formación debe llevarse a cabo bajo el auspicio de la Facultad de Medicina y Cirugía pero independiente de ella y de sus alumnos y adiciona que de paso sería muy útil separar del Hospital San Juan la sala de maternidad, puesto que su ubicación allí aumenta el número de infecciones puerperales. El ministro invita al Dr. Barberi en su labor con los niños más pobres de la ciudad a crear así un centro de maternidad independiente del San Juan de Dios, labor que se llevaría cabo ocho años después.

El hecho de separar ambas escuelas fue la respuesta a la consideración de mantener muy bien diferenciados los saberes y la posición subalterna de las enfermeras hacia los médicos incluso en formación. De otro lado, la consideración de especialización de los servicios de acuerdo con las necesidades de los pacientes es la contestación a esas mismas medidas de medicalización de la población; por lo mismo, la creación de servicios de maternidad y de pediatría hacia parte de las estrategia del gobierno de las madres y los niños. Foucault (1999) menciona que “la distribución del espacio llega a ser un medio terapéutico” (p.108)

Según Gómez Serrano, *et al.* (2011), como respuesta al Ministerio de Instrucción Pública, se creó un curso teórico - práctico de un año para comadronas y parteras en el que se permitió la entrada al hospital de estas mujeres en horarios distintos a los de los estudiantes y en los que recibían instrucción del Jefe de Clínica y un Profesor. El curso tenía como condición para su acceso que las aspirantes tuviesen primaria elemental y su objetivo era brindarles los

conocimientos rudimentarios o más simples, lo estrictamente necesario para proporcionar una atención a una parturienta sin complicaciones. Exigía al final un examen elaborado por el Rector de la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad Nacional, un examen del Jefe de Clínica y otro del profesor puesto que el certificado de comadronas que se expedía debía estar firmado por los tres médicos.

El libro de Hernández y Pecha (2003) aclara que este curso no duró mucho tiempo por dos razones: de una parte, una vez se desata la guerra de los mil días los hospitales de la ciudad de Bogotá y en general de todo el país se vieron gravemente afectados: había aglomeración de enfermos, ocupación militar de sus locales, hacinamiento de estudiantes en una sola sala, efectos bélicos sobre las instalaciones, desmantelamientos, que trajeron consigo el aumento del esfuerzo por parte de los médicos en atender los muchos heridos impidiéndoles hacer las veces de instructores. Ello obligó a la Universidad a suspender definitivamente las prácticas de los estudiantes por el alto riesgo de contagio de enfermedades propias de la guerra, tales como fiebre, tifo, disentería, epidemias coléricas.

De otra parte, el curso de formación de parteras y comadronas se canceló debido a que muchas de las mujeres que hacían parte de él resultaron en actividades “ilícitas” para el gobierno, pues aprovechaban sus actividades asistenciales para servir de informantes a prisioneros y heridos internos en el Hospital (Hernández y Pecha, 2003). Ósea que las aspirantes a enfermeras no fueron tan dóciles como se esperaba y enmascaraban acciones políticas en torno al cuidado del paciente, un ejercicio claro de conducta frente al poder patriarcal, el régimen conservador y las imposiciones de la iglesia.

Es menester acá destacar que el papel de la enfermera en la Guerra de los mil días como sujeto de cuidado construido a partir de la obediencia ciega hacia el médico y sin más instrucción que la impartida por los galenos y religiosas debió ser de gran importancia pero lastimosamente no hay muchas fuentes primarias que conduzcan a los testimonios de aquellas que brindaron atención a los enfermos y heridos como consecuencia de este acontecimiento bélico. Jaramillo (1987) en su estudio *Las Juanas de la Revolución. El papel de las mujeres y los niños en la guerra de los mil días* caracteriza el papel de las mujeres en el área de la salud como “definitivamente irremplazable” (p. 218). El autor, aunque no describe el rol de la enfermera dentro de los muros hospitalarios o en los campamentos de soldados, hace mención al rol desempeñado por aquellas que asumieron el cuidado de los heridos y enfermos pertenecientes al partido liberal dentro de sus casas o locales que improvisaban un hospital⁶³, en tanto los conservadores en el poder si tenían la opción de acudir a los hospitales donde recibían la asistencia de las Hermanas y las mujeres adscritas a sus enseñanzas. Las mujeres de los sectores populares con su empirismo, en tiempos de crisis, sirvieron de personal de salud a los combatientes, pese a que paradójicamente desde varias décadas atrás pretendieron acallarlas los mismos hombres a quienes fueron de gran utilidad.

Las mujeres debían oficiar como médicos y enfermeras. Allí fueron muchas las vidas que se salvaron, no sólo por los efectos de la botánica, la medicina popular y la alquimia hogareña, sino por el amor puesto por ellas para curar de las fiebres, entablillar las fracturas abiertas y aplicar los hemostáticos milagrosos como las hojas de Santamaría. (Jaramillo, 1987, p. 218).

⁶³ “Una vivienda de labrador tranquilo, convertida inesperadamente en hospital de sangre. Había en la corraleja camillas humildes, de palos toscos y ramas; las mulas en que fueron trasladados algunos heridos tascaban con mansedumbre y resignación los frenos” (Grillo,1903. p.231)

El libro “Emociones de la Guerra” de Grillo (1903), hace relación a estos hospitales clandestinos y a las mujeres que sin importar la edad ni clase social, brindaban a los heridos cuidados en Santander así: Una viejecita que vive por la quebrada de *La Iglesia* fue de los primeros visitantes del campo [...] y en la ceja del bosque oyó un débil lamento. Era un herido con las piernas rotas se arrastraba trabajosamente en busca de lo desconocido [...] estaba moribundo; su sangre había brotado en abundancia; luego le llegaron los tormentos del hambre y la fiebre [...] corrió ésta a su choza: contó a su marido lo que acababa de ver, y con presteza arreglaron una parihuela de paja y juncos dirigiéndose al sitio donde estaba el herido. Con dificultad lo trasladaban [...] En casa de los ancianos pasó unos días. La vieja le llevaba hilas y acido fenico⁶⁴. Después fue trasladado a la ciudad, lo recibimos en esta casa.

Hizo una pausa la Señora Úrsula y prosiguió luego: Era un joven interesante. Nuestros cuidados le volvieron a la vida. Creímos salvarlo. Llego un día que cantamos victoria; desapareció la fiebre, las heridas perdieron el color alarmante; pero si el cuerpo se reponía, el espíritu ansiaba la muerte. Lo invadió una tristeza desoladora. (Grillo, 1903. p.154)

En cuanto a la función de las enfermeras durante este conflicto civil armado, Gómez Serrano, *et al.* (2011), destacan que hubo un importante desempeño en las ambulancias ante la imperante necesidad de atención de heridos en los mismos campos de batalla, en las que las hermanas y algunas señoras acompañaban a los médicos a ofrecer asistencia. En el caso de las ambulancias militares para soldados del gobierno, eran las hermanas quienes hacían presencia y por el contrario en las ambulancias creadas por los médicos liberales había con ellos mujeres voluntarias cuyo papel ha sido ignorado por la historiografía de Colombia.

⁶⁴ Se refiere a vendas y desinfectante para sus heridas.

La improvisación de hospitales y de ambulancias para cuidar de los insurgentes, servir de espías a los liberales dentro de los hospitales regulados por el gobierno, continuar el ejercicio de la partería, poner en práctica los conocimientos de medicina herbolaria transmitida de generación en generación desde sus antepasados los indígenas para sanar los heridos de la guerra; fueron actos de desobediencia de las mujeres de los sectores populares que también pudieron servir para hacer posible la configuración de la enfermería como profesión en nuestro país.

2.3.1.2. Los niños, blanco de la medicalización

La población infantil de finales del siglo XIX era considerada como un conjunto de seres inocentes, débiles, incompletos, frágiles del cuerpo y con amoralidad del alma de acuerdo con la pedagogía cristiana heredada de Europa (Herrera, 2011). Según Ospina, *et al* (1997), el advenimiento de la industrialización a finales del siglo XIX e inicios del XX, trajo consigo una nueva mirada de la infancia mucho más amplia y compleja por convertirse en objeto de investigación científica e intervención social, al pasar de ser considerada como lo describió Herrera (2011) a ser la etapa de mayor importancia en la vida del ser humano, pues los niños, “reserva de la patria y esperanza de la nación” (Noguera, 2003. p. 126) podían transformarse en seres útiles y dignos. De forma adicional, Ospina, *et al* (1997) afirman que en Colombia el interés por la infancia se vio reforzado

[...] por los diagnósticos pesimistas sobre la degeneración de la raza: en la situación de la infancia se veía reflejada y sintetizada la enfermedad de la raza y era principalmente a ella hacia donde debían dirigirse las estrategias de protección y redención racial. (p. 44)

Desde estas consideraciones, a parte intervenir sobre la mala praxis de las parteras, los médicos eugenistas de finales del siglo XIX e inicios del XX, también centraron su atención en las malas prácticas de las madres en términos de crianza; según Saurith (2015), los higienistas consideraban que las mujeres no sabían desempeñar el papel de la maternidad en tanto algunas delegaban estas importantes tareas a las nodrizas y que la mala alimentación, el desaseo y la falta del empoderamiento de éstas y de las madres; eran otras de las consecuencias de que los niños enfermaran y murieran. Los higienistas a través de sus estrategias desvirtuaron todas las tradiciones y costumbres populares de crianza con el único fin de que, subordinadas a los preceptos médicos, las mujeres madres hicieran de sus hijos ciudadanos útiles que contribuyeran a la perfección de la raza.

Visto así, la medicalización de los niños incluyó medidas como el fortalecimiento del vínculo materno infantil, la promoción de lactancia materna, el establecimiento de los buenos hábitos alimenticios y los procesos educativos en la escuela y dentro del hogar donde la mujer tenía la responsabilidad de encauzar a sus hijos por el buen proceder moral orientado desde los principios cristianos. Las acciones propias de la escuela estuvieron relacionadas con inculcar a los niños la higiene escolar, la cual se hizo premisa en tanto esta permitía el desarrollo de las facultades intelectuales, morales y físicas necesarias en el proceso de la construcción de unos sujetos acordes al orden social favorable a los intereses de las élites nacionales (Pinilla, 2015).

En las escuelas, el medio empleado por las élites gubernamentales y los médicos, fueron los maestros. Los manuales de higiene escritos por galenos fueron elaborados con el propósito de orientar a los educadores en higiene intelectual, física y moral, para que estos a su vez encauzaran y vigilaran a los niños en su proceso de formación como ciudadanos útiles con mentes y cuerpos fuertes (Noguera, 2003). Los maestros fueron entonces instrumentos de

profilaxis, pues estos se veían en la obligación de trabajar en la prevención de enfermedades al interior de la escuela que así mismo representaban un costo para el Estado (Buitrago, 2015).

Al respecto, esta autora señala:

El maestro se perfiló como un agente de diagnóstico de enfermedades y estaba en condiciones de aplicar pruebas de análisis para la admisión y permanencia de estudiantes durante las jornadas académicas; igualmente, tenía la potestad de proponer alternativas para tratar las enfermedades desde la escuela con la modificación de espacios y actividades sometidas al control y saneamiento (p. 33).

De acuerdo con Noguera (2003) la escuela pensada como un sanatorio, sería el lugar en el que los niños buscaban el mejoramiento de la raza a través del papel pedagógico del maestro, bajo el cual también estaban a cargo programas como los restaurantes escolares, colonias vacacionales, sala cunas, etc., pero estas modalidades se hicieron evidentes más allá de la segunda década del siglo.

Similar al papel del maestro era el de la enfermera, ella en el hospital o en el hogar debía servir como educadora de las intervenciones que promocionaban la higiene, según Fajardo (2003), guiando a las mujeres y preparándolas en pautas de crianza de los niños, en su alimentación así como también en el cuidado de los enfermos.

Un ejemplo de la necesidad de la enfermera como educadora, lo hacen Calderón y Jiménez (1913) de la siguiente manera:

La preparación del personal familiar es casi nula; su ignorancia en el ramo es lastimosa; con frecuencia se ven errores y omisiones de resultados funestos; las fatigas y desvelos que impone el manejo de un enfermo se añaden a todos los demás sufrimientos; [...] y

finalmente, en las familias no hay casi nunca una disciplina inexorable que debe acompañar a un guarda profesional de enfermos para ejecutar todo lo que el médico prescribe y para abstenerse rigurosamente de toda aplicación extraña. (Calderón y López. 1913, p. 114, 115)

Además de las estrategias citadas en favor de la medicalización de los niños y las madres inmersas en el dispositivo higiénico, la creación de hospitales como el de la Misericordia en 1906⁶⁵ y de la creación de la Sociedad Colombiana de Pediatría en 1917 por parte del médico José Ignacio Barberi, fueron otras acciones del dispositivo higiénico (Álvarez, 2015). Estas instituciones permitieron a los médicos y otros profesionales sanitarios (seguramente enfermeras, odontólogos, ingenieros higienistas) educarse y especializarse en la práctica de la puericultura⁶⁶ y además permitieron a la élite médica elaborar normativas (leyes y decretos) y cátedras de protección para niños y madres como por ejemplo las relacionadas con la lactancia materna.

⁶⁵ Decía José Ignacio Barberi, citado por Sánchez, L (1981) cuando rememoraba su experiencia relacionada con la apertura del Hospital de la Misericordia:

[...] A mi llegada abrí una Cátedra gratuita en mi casa a donde me hicieron el honor de concurrir varios médicos y en esa consulta notaba mi señora las dificultades que tenían las madres de los niños para medicinar a sus bebés, pues no había agua y todo era difícil para ellas. Aunque existía la Sala de Niños en San Juan de Dios, nadie se preocupaba de ellas y todos recordamos que en esos tiempos no había clase de enfermedades de la infancia. Mi señora me decía que por qué no trataba de establecer un Hospital pequeño a donde pudiera medicinarse convenientemente los niños que venían a mi consulta. Desgraciadamente murió ella y entonces pensé hacer lo posible para fundar una Sala o pequeño Hospital de acuerdo con sus deseos [...] Qué dificultades y angustias tuve para poder sostener y alimentar a los pequeños pacientes; pero nunca desmayé y los Miembros del Consejo Directivo me ayudaban cuando no había dinero. Más tarde establecí una escuela de enfermeras treinta y tres señoritas terminaron su carrera [...]

José Ignacio Barberi hace referencia a la escuela de 1911 que se cristalizó con la creación del Taller Municipal de Artes en la ciudad de Bogotá, gracias a la cual escribe también el que se configuraría el primer manual de enfermeras del país.

⁶⁶ La Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura (ACPP) define la última como:

Una especialidad dentro de la Medicina que se ocupa de desarrollar planes para darle un excelente cuidado a los niños. Muchos la designan informalmente como el arte de la crianza. Se ocupará del cuidado del niño tanto en su aspecto físico, psíquico y social durante los primeros años de su vida. Además, da a conocer y pone en práctica todas aquellas normas tendientes a evitarles enfermedades y a asegurar su perfecto desarrollo fisiológico.

2.3.1.2.1. Del problema de la malnutrición de los lactantes y el control sobre las nodrizas y las madres

Saurith (2015), describe que con el surgimiento de la microbiología gracias al descubrimiento de las bacterias, se abordaron problemáticas en relación con la disposición y la conservación de los alimentos y se les atribuyeron una de las causas por las que los niños de Colombia enfermaban e incluso morían.

Los intelectuales hegemónicos dirigieron su mirada hacia las madres y a las nodrizas, un fenómeno muy común en aquella época en la que muchas mujeres suplían el alimento a niños que no eran suyos; cuestión que, según los médicos de la época, se trataba de una práctica inmoral, que fomentaba los desarreglos de la raza⁶⁷ y arraigaba la indolencia e ignorancia con la que las mujeres trataban los niños y lo que se veía reflejado en la morbimortalidad infantil (Ariza, 2015). Según este autor, las nodrizas constituían un problema, pues este grupo de mujeres veía la lactancia solo como fuente de sustento y no representaba la creación de algún lazo afectivo⁶⁸ que pudiese contribuir al desarrollo de las capacidades del infante, suscitando por el contrario sentimientos de odio, en tanto lactar otros niños reducía la posibilidad de alimentar sus propios hijos. Esto hizo que para la primera década del siglo XX en el país se suprimiera en gran parte la práctica de la nodriza, calificada por el saber médico como una

⁶⁷ Saurith (2015) narra que las nodrizas al ser de clases populares, consumían chicha y a través de la leche, transmitían malas costumbres a los niños. Adicionalmente, si las nodrizas eran de piel oscura no contribuían al perfeccionamiento de la raza. Este aspecto muy relacionado con el imaginario de “limpieza de sangre” que Castro- Gómez (2007a,b) señala en sus textos

⁶⁸ El médico Claudio Rengifo (1893), en su libro *Lactancia*, en relación a los lazos afectivos anota: “Es cierto que la lactancia ocasiona mayores fatigas que la gestación, coarta los gustos de la madre y la priva de la libertad y distracciones; pero, también lo es que ella estrecha los lazos de unión que deben existir entre las madres y los hijos y prueba de ello son los mayores afectos que aquellas profesan a los que han amamantado, cuando al mismo tiempo hay en la familia otros hijos que, por cualquier causa, no han recibido este favor” (p.11)

práctica arcaica, más aún teniendo en cuenta que en Francia para finales del S. XIX ésta ya estaba desestimada. Para el caso colombiano, Ariza (2015) en su investigación analiza que: “si bien no existen aún textos que analicen la situación de la nodriza durante el siglo XX, sí se pudo observar que el Hospicio de Cundinamarca siguió contratando sus servicios incluso hasta finales de siglo XX” (p. 25) desde una perspectiva eugenésica, la leche de la nodriza se consideraba que podría ser útil en la salud del niño cuya madre enferma no podría nutrir adecuadamente.

Las estrategias de medicalización que se adoptaron no solo a principios del siglo XX sino hasta incluso su tercera década, abarcaron desde el uso de los más sencillos manuales de prácticas de crianza⁶⁹ hasta la creación de hospitales⁷⁰, cátedras de pediatría, programas de beneficencia y asistencia social para madres y niños, como por ejemplo las Gotas de leche o

⁶⁹ Los manuales tanto de crianza así como de higiene escolar e incluso de enfermería, en las primeras décadas del siglo XX, son la muestra de que la única forma correcta de ejercer prácticas como la maternidad, el cuidado y la educación en aquella época era solo mediante la supervisión de los saberes médicos. Foucault (2004) al respecto señala que: “La medicina no debe ser sólo el "corpus" de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del *hombre no enfermo*, y una definición del *hombre modelo*. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive” (p. 61).

⁷⁰ Según Sánchez (1989), solo hasta la tercera década del siglo XX empieza a esclarecerse la organización de los servicios de ginecología en los hospitales:

(...) comenzando la década del treinta, Bogotá continuaba padeciendo una crisis de camas hospitalarias para la atención obstétrica. Fuera de las 58 camas del Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, destinadas a la atención de caridad, la ciudad capital contaba apenas con el Pabellón de Maternidad del Hospital San José, que había sido dado al servicio el 8 de febrero de 1925 e inaugurado formalmente el 12 de diciembre de 1938. Ha de tenerse en cuenta que para esta época comenzaba a abandonarse la costumbre de que los partos ocurrieran a domicilio. Los médicos que se dedicaban a la práctica obstétrica habían entendido que el lugar más adecuado y seguro para el éxito de su ejercicio era aquel que contara con los elementos indispensables para ejecutar cualquier tipo de intervención tocológica. Las mujeres de escasos o nulos recursos económicos acudían a San Juan de Dios o al pabellón "Guillermo Gómez" del Hospital San José; a su vez, las mujeres pudientes podían dar a luz en el pabellón "Elíseo Montaña" del mismo hospital, o en la Clínica de Marly (p. 263).

Esto resulta paradójico con los discursos higienistas de principios de siglo que defendían la seguridad de las mujeres en el momento de dar a luz y exponían las implicaciones que traía sobre ellas una mala praxis como era la de las comadronas que atendían en casa, lo que constata que en Colombia no había como establecer las medidas de control sobre la población en comparación con Europa

El otro hospital creado en beneficio de las madres, no en su rol como parturientas, sino para su rol como cuidadoras ante la enfermedad de sus hijos, fue el de la Misericordia del que se hablará más adelante.

los debates generados ante la sustitución de lactancia materna en los casos que lo ameritaran por fórmulas lácteas o por el contrario, con el uso de la leche de vaca esterilizada.

De acuerdo con Ariza (2015) los programas de Gotas de leche surgen a raíz de que los saberes médicos apuntaban a que la reducción de la mortalidad infantil implicaba ejercer controles en las madres, sus condiciones de vida, su cuerpo y su actuar. Los médicos asociaban además que una buena alimentación arraigaba la adquisición de energía suficiente para poder desempeñar adecuadamente un trabajo.

Hacia 1917 en Medellín y en 1919 en Bogotá, nacen estas instituciones en las que se facilitaban alimentos y vestidos a las madres más pobres y vulnerables y además se le daban instrucciones acerca de cómo lactar y cómo debían nutrirse, asearse o ejercitarse. De igual manera, para aquellas que no les fuera posible la lactancia en estas instituciones, los médicos (no es claro en ninguna fuente si hubo enfermeras desempeñando esta labor educativa) enseñaban cómo elegir⁷¹ a una nodriza⁷² que supliera la alimentación de su hijo. De esta

⁷¹ Para 1916, según Martin Restrepo Mejía, - uno de los primeros intelectuales pedagogos conservadores del país que propendía por un modelo educativo basado en principios religiosos - citado por Buitrago, (2015) las características para escoger una nodriza eran: “no mayor de treinta y dos años, de constitución robusta, temperamento sanguíneo, aspecto sereno y simpático, carácter suave, conducta ejemplar, inteligencia discreta, que sea muy aseada y no haya tenido ninguna enfermedad transmisible, como epilepsia, escrófula, locura” (p. 39).

Según Lapeña (1993), el temperamento sanguíneo hace referencia a una de las cuatro clasificaciones que Hipócrates elaboró con relación a los comportamientos de las personas de acuerdo al componente predominante de los humores de su cuerpo. El sanguíneo hace referencia a las personas extrovertidas, cálidas, le gusta la diversión y los niños, son activas e intuitivas.

Palma (2017) define la escrófula como la forma extrapulmonar de la tuberculosis. Los sitios donde con mayor frecuencia se localiza la tuberculosis son, por orden de frecuencia: ganglios linfáticos, pleura, aparato genitourinario, huesos y articulaciones, meninges, peritoneo y pericardio.

⁷² Ariza (2015) hace una apreciación muy interesante con respecto a la relación saber/ poder en la que se veía involucrada la nodriza:

(...) Aunque la nodriza era pieza fundamental de los proyectos eugenésicos, esto no le concedía autoridad sobre la crianza o el manejo de su cuerpo. En cambio correspondía al médico, la familia o el Hospicio que la contrataba, controlar su alimentación, prácticas de higiene, consumo y, en general, su vida. Como resultado, estas mujeres se veían atadas en una relación de poder desventajosa: se les necesitaba, pero estas no estaban en posición de exigir. (p. 115).

manera, los programas de Gotas de leche cumplían una tarea bidireccional en términos de la población objeto a medicalizar: las madres y los niños; por un lado las mujeres recibían el discurso relacionado con que la calidad de la leche humana estaba relacionada con una adecuada higiene y por otro, que ello era directamente proporcional a la complejidad del lactante; lo cual era benéfico para los niños. Hay que agregar que los higienistas también relacionaban la mortalidad de bebés con el consumo de alimentos distintos a la leche humana y por eso eran incisivos en educar a las mujeres con el objeto de que comprendieran que la leche materna era suficiente para proporcionar los nutrientes necesarios a los lactantes (Ariza, 2015).

La medicalización de las mujeres: parteras, parturientas y nodrizas parte de la percepción de inferioridad y la concepción lejana de sus cuerpos frente a los ideales de progreso y civilización por parte de los médicos higienistas y eugenistas: “La concepción que estos hombres de ciencia tenían sobre lo femenino influyó notablemente en su forma de entender y diferenciar el cuerpo saludable del enfermo.” (Ariza, 2015. p, 7) destacándose cómo los discursos y las prácticas de la medicina social de finales del S XIX e inicios del XX estuvieron fuertemente influenciadas por los factores raza, género y clase social.

Capítulo 3.

Prácticas discursivas de las primeras escuelas de enfermería en Colombia, entre la coexistencia de las técnicas del poder disciplinar y la gestión de la población

Las prácticas disciplinarias se rigen por una lógica productiva (fabricación de sujetos dóciles y útiles) y actúan sobre los cuerpos individuales a partir de un estándar de normalidad (...) Pero junto a los mecanismos disciplinarios que apuntan al organismo individual, se advierte (...) la presencia de un tipo de poder (...) que no se dirige a la reforma del organismo individual, a su domesticación y potenciación utilitaria, sino que busca regular los grandes procesos biológicos que afectan a una población en su conjunto.

Francisco Vázquez García (2009)

3.1 La creación de las escuelas de enfermería como estrategias para la medicalización de la población

Colombia, posterior a la guerra de los mil días, presentaba un gran retraso en relación con los demás países latinoamericanos. Durante el periodo de la presidencia de Rafael Reyes (1904-1909) se inician procesos de cambio en términos de inserción económica internacional y la aceptación de nuevas propuestas en materia de medicina, clínica y la metodología para su respectiva enseñanza (Velandia, 2016).

Estas propuestas inmersas dentro del movimiento higienista hicieron que el saber médico y su discurso científico se presentaran como alternativa de cambio para la población, de tal manera que se legitimó y se convirtió en la verdad capaz de moralizar y redimir. El discurso higiénico sobrepasó la tradicional moral católica y la reemplazó por una moral biológica, cuyo objetivo fue la transformación de las prácticas pedagógicas tradicionales en prácticas pedagógicas

biologicistas (Noguera, 2003). Según Guerra (2016), esto trajo consigo un cambio en la visión sobre el ejercicio del cuidado concebido como un acto de caridad, ya que desde el punto de vista eugenésico, la asistencia de los pobres y de “las personas con enfermedades degenerativas, ineptas e inferiores, impedían el proceso espontáneo de la selección natural” (p. 142), lo que no era conveniente para los gobernantes en la urgencia de lograr el progreso y la civilización.

Así, de acuerdo con Hernández y Pecha (2003) el tiempo de la posguerra de los mil días no solo sirvió para que los galenos y el Estado plantearan estrategias ante la controvertida asistencia caritativa y los problemas de la degeneración racial; sino que además fue el tiempo durante el que la filantropía de los médicos colombianos tuvo un papel muy importante para recuperar la deteriorada y atrasada enseñanza en su campo del saber, ya que éste se vio seriamente afectado e interrumpido por los conflictos bélicos de los últimos años y de manera particular por el atropello militar a la actividad académica hospitalaria.

Hernández y Pecha (2003) subrayan que las gestiones de la élite médica en la ciudad de Bogotá estuvieron dirigidas a retomar los procesos de enseñanza, encaminándose a la reconstrucción universitaria de la facultad de medicina de la Universidad Nacional mediante la dotación con instrumentos y libros y haciendo efectiva el rescate del local Santa Inés es decir, el pabellón del Hospital San Juan de Dios donde ejercían la enseñanza médica antes de la guerra, el cual quedó en condiciones deplorables.

Gracias a la recuperación de estas estructuras fue que posteriormente se organizaron servicios como ginecobstetricia y oftalmología ante la trascendencia de la concepción del hospital

como un lugar solo para morir⁷³ a un lugar de vigilancia de los procesos de salud y enfermedad. Un dispositivo disciplinar para, como dijo Foucault (2009) “controlar o corregir las operaciones del cuerpo” (p. 140) o “mecanismo para curar” (p. 99) que habría de contribuir a la regulación de la población; en donde el médico es quien adquiere la responsabilidad total de la organización hospitalaria, pues con el advenimiento del capitalismo, las prácticas de salud empezaron a comprenderse como un servicio público y el hospital como su productor. (Confessor, 2015).

Otra de las acciones de los médicos como “cuerpo consultivo del Estado”⁷⁴ (Gómez, y Montalvo, 2013, p. 129), en materia de enseñanza y también relacionada con la organización hospitalaria y el control de la población, fue la instrucción de señoritas en enfermería a través de cursos que se abrían en residencias, conventos, escuelas de artes manuales y en los mismos hospitales, —sin estar adscritos a ningún programa universitario, ya que para aquella época la mujer no tenía el derecho a acceder a la universidad— (Velandia, 2016). Así, para 1903 en Colombia, nace en Cartagena la primera escuela de enfermería que dio la posibilidad de construir nuevas subjetividades moldeadas desde el saber y prácticas higiénicas en función de la transformación, del progreso y la modernización de la población.

En este mismo año, una vez declarado el establecimiento del orden público en Colombia posterior a la guerra de los mil días; con el traspaso de los derechos a Estados Unidos de la

⁷³ Foucault (1999) menciona que en el caso particular de Europa: “Hasta el siglo XVIII, el personaje ideal del hospital, no era, por tanto el enfermo al que había que curar sino el pobre que ya estaba moribundo. Se trata de una persona que precisa asistencia material y espiritual que tiene necesidad de recibir los últimos auxilios y los sacramentos. El personal hospitalario no se esforzaba en curar al enfermo sino en algo bien diferente, obtener su salvación. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba”. (p. 100).

⁷⁴ En 1881, bajo el mandato de Rafael Núñez, el Gobierno Nacional dispuso de la ayuda de organizaciones científicas, dado el interés común en materia de higiene pública, salubridad y modernización urbana. El cuerpo médico actuaba como asesor principal del Gobierno para dictaminar políticas en favor de esos intereses (Casas y Márquez, 1999).

construcción del canal de Panamá, la separación de este último del país y la aparición de la primera ley sobre Instrucción pública; en la ciudad de Cartagena se da inicio al primer curso de enfermeras a cargo del médico Rafael Calvo cuyo objetivo era entrenar o capacitar señoritas que le colaboraran en sus actividades como ginecobstetra en el Hospital de la Caridad posteriormente llamado Hospital Santa Clara y a cuyas primeras estudiantes la Gobernación de Bolívar otorga el título⁷⁵ y las reconoce como enfermeras en 1906. (Ferreira, 2003).

La institucionalización de enfermería en Cartagena, al igual que en el resto del país, surge a la luz de la necesidad de medicalizar las parteras, como se señaló en el capítulo anterior. El arte de la partería fue uno de los campos de saber y una práctica que resultó central en la configuración de la enfermería como profesión; el Decreto 592 de 1905 por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Medicina en el país, en su artículo 7, es muestra de ello: “Podrán ejercer como comadronas las enfermeras que presenten certificados de dos o más Doctores en Medicina y Cirugía”. lo que revela cómo eran los médicos quienes definen la idoneidad de esta labor, la persistencia de los ideales en cuanto a la formación de un personal auxiliar y la expresión las nuevas regulaciones a través de las cuales se desplazan las acciones de las parteras tradicionales hacia una formación más estructurada⁷⁶, ya que la partería ejecutada por las mujeres de sectores populares no era compatible con la

⁷⁵ Pedraza (1954) anota: [...] Como puede advertirse, este diploma lleva la firma de prestigiosos científicos cartageneros, entre ellos del doctor Rafael Calvo, quien al regreso de estudios en el exterior se dio cuenta del porvenir de la enfermería como *auxiliar de la medicina* y entonces concibió la idea de establecer una escuela. (p.15) (Énfasis propio).

⁷⁶ En palabras de Pedraza (1954): Los datos certeros de como principio a desarrollarse la enfermería ya en *forma técnica*, es decir con *preparación del personal en una escuela convenientemente organizada*, se refieren concretamente a comienzo de este siglo, año 1903. (Énfasis propio).

legitimización del discurso médico y el Estado consideraba su proceder como nocivo para la población en términos de mortalidad materno infantil y desnutrición.

Llama la atención que pese a que el decreto se promulgó en 1905 y desde la mitad del siglo XIX existían los certificados de las parteras y proyectos dirigidos a su instrucción, solo hacia 1911, en Bogotá, el médico José Ignacio Barberi, en calidad de presidente del Consejo Municipal, funda el primer curso de enfermería para señoritas de la capital. Pedraza (1954) describe que José Ignacio Barberi presentó un informe sobre escuelas profesionales de enfermería existentes en Europa a la Municipalidad de Bogotá⁷⁷, el cual suscita entre sus miembros críticas y rechazo, pues

[...] las jóvenes al igual que en la época de la colonia no tenían otra perspectiva como no fuera la del matrimonio, que la de hacer votos en un convento o “quedarse para vestir santos”, tranquilas en su casa, que así dicen todavía las gentes de las solteras, empero el trabajo de ganarse la vida, que ahora desquicia el hogar, no era bien visto para sostener una buena posición social. (p. 17).

Pese a estas discrepancias, Barberi (1914) describe:

Desde que presenté al Consejo Municipal mi informe sobre la fundación de Escuela Profesional para señoritas, incluí en el proyecto el curso de enfermeras; durante dos años ha estado funcionando esta clase, y cosa rara y desconsoladora, *se le ha hecho la guerra de cuantos modos ha sido posible*, más nunca a la luz de la razón y de la conveniencia; afortunadamente un grupo de inteligentes señoritas que han oído mis lecciones y sintiéndose orgullosas de saber lo que sus compañeras ni siquiera

⁷⁷ Pedraza (1954) afirma que dentro del consejo municipal de Bogotá, a quienes Barberi presentó el informe, estaban los señores: don José Eustacio Santamaría y el párroco de las cruces Monseñor Garzón.

sospechan, han resistido esas insinuaciones, y hoy ellas, tengo la seguridad, serán faros de luz purísima que ayudaran a sacar adelante los fueros de esta enseñanza, que es auxilio eficaz para la niña pobre que necesita ganar su manera de vivir [...] Ya en la Escuela de Comercio, que dirigen las señoritas Moreno, se ha establecido esta clase y ellas han pedido todo lo que es necesario para hacerla completa. (Barberi, 1914, p. 4, Énfasis propio).

En estas citas se dejar ver cómo en medio de una sociedad patriarcal, Barberi siendo uno de los más distinguidos y famosos galenos, genera una fisura respecto al lugar atribuido a la mujer de su época, al asumir, por una parte, que ella tiene la capacidad de servir a la comunidad fuera de su hogar⁷⁸ si se educa, y por otra, que el ejercicio de la enfermería era una opción para la subsistencia⁷⁹ ante la pobreza. Esto demuestra cómo, a pesar de que la enfermera nace como auxiliar del médico, paradójicamente es éste quien crea las condiciones para impulsar la construcción del ejercicio profesional en enfermería.

Barberi (1914) también deja entrever las resistencias que las mujeres ejercían para la época: en primer lugar, el médico relata que pese a las críticas en su contra por la creación de la escuela, las señoritas persistieron en estudiar y adquirirían facultades que otras de su misma condición ignoraban. En segundo lugar, Barberi (1914) relata que hay mujeres que dirigen escuelas y que ellas apoyan la enseñanza de estos cursos y crean las condiciones para que estos se realicen del modo más completo posible. Esto ratifica el papel de la mujer como

⁷⁸ Reyes (1995) en su estudio Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX, el hogar y el trabajo, aclara que las mujeres servían fuera de su hogar también como maestras. Las mujeres más pobres se convirtieron en las mujeres obreras que enfrentaron sinnúmero de desigualdades en medio de sus largas jornadas fabriles que incluían hasta abusos sexuales. La primera huelga de mujeres obreras en Colombia se suscitó en 1920 en la Compañía de Tejidos de Bello a la cabeza de la obrera Betsabé Espinosa.

⁷⁹ No hay que omitir que en 1897, el médico José María Buendía cuando propone el proyecto de educación a las comadronas, tal cual se describió algunas hojas atrás, también menciona que el ejercicio de ello permitiría como una alternativa de subsistencia para la mujer.

maestra⁸⁰ y sus puntos de resistencia al régimen patriarcal que estaba en desacuerdo con su educación. Las mujeres dan cuenta del valor que representa la enseñanza.

Estas resistencias, rupturas o fisuras planteadas a través del análisis de lo dicho por Barberi (1914), Foucault (1991) las explica como aquellas que “desempeñan, en las relaciones de poder, el papel de adversario, de blanco, de apoyo, de saliente para una aprehensión” (p. 116) “[...] que introducen en una sociedad líneas divisorias que se desplazan rompiendo unidades y suscitando reagrupamientos, abriendo surcos en el interior de los propios individuos, cortándolos en trozos y remodelándolos, trazando en ellos, en su cuerpo y su alma, regiones irreducibles” (p. 117). Teniendo en cuenta este planteamiento, la educación de las mujeres en el arte del cuidado genera entonces cambios en las relaciones de poder producto de las diferencias de género, crea una línea que divide la concepción tradicional de la educación de inicios del siglo XX y sirvió de punto de partida para transformar a las cuidadoras de antaño en mujeres con experticia certificada para cuidar, no solo de ellas mismas sino también de los demás.

Es posible percibir de todos modos que pese a que Barberi propicia una ruptura al promover un proceso de formación dirigido a educar señoritas, el carácter de inferioridad que se atribuía a la mujer a nivel de la instrucción seguía vigente para aquella época porque los objetivos de la formación en las escuelas era preparar personal destinado a la labor manual y doméstica la cual, de acuerdo con Confessor (2015) trae implícita la idea de subordinación hacia los

⁸⁰ Según Reyes (1995) en Colombia para 1914, mujeres como María Rojas Tejada ejercían modos de resistencia al tratar de introducir al país ideas inscritas en la llamada escuela nueva en contraposición a las tradicionales y conservadoras prácticas educativas de la época de la Regeneración, en las que las mujeres institutoras eran formadas no como bachilleres sino como un recurso meramente funcional limitado a trabajar en las escuelas primarias.

médicos que ejercen el trabajo intelectual, favoreciendo así la relación saber/poder, la división social del trabajo y las diferencias de género.

La educación de la mujer, en cierto sentido era considerada un riesgo y un peligro, pues acceder al saber y a la enseñanza obligatoria producía efectos negativos en los sectores pobres y en las mujeres que eran necesario prever y controlar. Estas advertencias se expresan en el ensayo sobre instrucción pública que en 1897 publicó el maestro rosarista Eugenio González Mutis (citado por Pinilla, 2015):

Si el hijo de padres sencillos e ignorantes se ve, por gracia del Estado, en contacto con los que pertenecen a la clase distinguida de la sociedad y adquiere conjuntamente con ellos los mismos conocimientos, llegará, por fuerza, a avergonzarse de su familia y de su origen; los odios de raza y las más feroces pasiones se apoderarán de su alma, y en lugar de un ciudadano útil a su patria, habrá en él un enemigo del orden y partidario de la revolución. Peores resultados produjo todavía la enseñanza obligatoria tratándose de las mujeres, pues imprudentemente recibían una instrucción para la cual encontraban humillantes todos los oficios que entre nosotros pueden desempeñar, y como no era mucha la virtud que se les infundía, al poco de salir de la escuela daban al traste con el pudor y se entregaban a la desvergüenza. (p. 47).

La persistencia en la educación condujo al desarrollo de la escuela de enfermería para señoritas en la ciudad de Bogotá. Se podría señalar que esta fue una de las prácticas que subvierten el orden por parte de las mujeres enfermeras y parteras, que junto con la insistente labor del médico (Barberi) que impulsa un proyecto de formación, se hará posible tanto la constitución de una subjetividad particular –más allá de la reproducción del rol femenino – como el acercamiento a un cuerpo de conocimientos y saberes más sistemático

por parte de las parteras y enfermeras que en un futuro cercano, serán las condiciones de posibilidad de la enfermería como profesión.

3.2 La enseñanza del arte de cuidar

El saber ofrecido en la instrucción de las enfermeras y elaborado desde los conocimientos seleccionados por el médico, en tanto portadores de la verdad científica, permiten analizar las prácticas discursivas de la enfermería colombiana de inicios de siglo XX desde el concepto de *saberes sometidos*⁸¹, como lo denominaría Foucault (2000) y los cuales caracteriza en dos sentidos: como “contenidos históricos que fueron sepultados, enmascarados en coherencias funcionales o sistematizaciones formales”⁸² (p. 21) y como saberes que eran descalificados por no ser suficientemente conceptuales o elaborados y por carecer de la cientificidad exigida.

En este último sentido, se ubican los saberes de las comadronas, de las yerbateras, las prácticas populares relacionadas con la lactancia y el cuidado de los niños, el manejo de los enfermos, etc., los cuales fueron juzgados y reconfigurados por los conocimientos científicos de la época desde la biología y la higiene que hacían parte de los saberes apropiados para la gestión de la población que pasaron a ser de dominio exclusivo del médico y a través de ellos a las enfermeras, a través de los cursos de instrucción.

Evidencias de esa forma de enmascarar los saberes sometidos fueron por un lado, la preocupación por medicalizar las parteras y encauzarlas en una formación más estructurada a través de los cursos de enfermería, y por otro, la escritura de los contenidos que se formulan en los manuales de instrucción para las enfermeras.

⁸¹ Resultados del autor.

⁸² Dentro de esas sistematizaciones formales que alude Foucault, están involucradas las técnicas disciplinarias promovidas desde el saber médico dentro de un espacio físico que somete al cuerpo del enfermo, lo examina, lo clasifica y lo normaliza: el hospital.

José Ignacio Barberi, médico influyente en la ciudad, lleva a cabo estas dos tareas y justifica la presencia de las enfermeras en los hogares y hospitales de la ciudad, al igual que la escritura de su manual de instrucción, así:

La necesidad, por todos sentida, de que exista alguien, siquiera *medianamente ilustrado*, que pueda acompañar un enfermo y que ayude a la familia a prodigar las atenciones que necesita el ser querido que sufre en nuestro hogar, ha preocupado hace mucho tiempo mis horas de tranquila reflexión, y decidido establecer una cátedra en donde las señoritas que deseen puedan instruirse en las nociones que son indispensables para hacer su cooperación inteligente y cariñosa en este asunto. (Barberi, 1914, p. 3, énfasis propio).

Como se lee, la cátedra pretendía inicialmente instruir a mujeres prestas a colaborar con el cuidado del enfermo dentro de los hogares⁸³; para complementar esta instrucción, escribió el Manual –teniendo en cuenta que hasta ese momento se empleaba el manual traducido de Francia- que sirvió a sus estudiantes para adquirir las nociones básicas y que les proporcionó las herramientas para poder llevar a cabo el cuidado directo no solo en las casas sino también en el hospital. La necesidad de lograr que las señoritas pudiesen acceder a la condición de “medianamente ilustradas” se basaba en contar con auxiliares inteligentes que tuviesen un cierto nivel de instrucción, pero que no representaran la posibilidad de reemplazar la función del médico ante los sujetos de cuidado y sus familias. De esta manera

⁸³ Inicialmente el Dr. Barberi crea esta escuela con el objeto de preparar señoritas para desempeñar el cuidado en las casas porque en los Hospitales eran las Hermanas de la Presentación las encargadas del cuidado directo de los enfermos (Gómez Serrano et al, 2011). La práctica clínica se desarrollaba en el Hospital que el mismo médico fundó cinco años atrás y en el que las Hermanas de la Presentación le colaboraban en la supervisión clínica y en donde se empieza a señalar la importancia del papel de mujeres seglares en los muros hospitalarios (Manosalva, 2014).

se da inicio a la escuela que será el punto de referencia para las que más adelante surgen en la ciudad con ideales de formación similares.

El manual entonces se convierte en la estrategia a través de la cual se establecen las pautas para que la enfermera contribuya con los objetivos de la medicalización e higienización de la población, bajo el criterio médico. Barberi (1914) lo enuncia en los siguientes términos:

Si una persona de experiencia, por sus años y su inteligencia es tan útil en la casa de un enfermo, cuanto más lo será la presencia de una enfermera, acostumbrada a esas faenas y que conozca el cuerpo humano y sus funciones, las reglas generales de higiene y que haya aprendido además a ser auxiliar técnico del médico en la aplicación de sus ordenanzas. (p. 4)

Este compendio, del que ya se han citado algunas líneas, es dable analizarlo como la muestra de la confluencia de las técnicas disciplinarias con las tácticas para el gobierno de la población, en tanto la enfermera sirvió de mediadora para movilizar el proyecto del dispositivo higiénico:

El “Manual de Enfermeras” era el conjunto de conferencias dictadas por el profesor de la materia, el Dr. Barberi, durante el año de 1913 en la escuela profesional de señoritas. Estaba conformado por tres cursos resumidos en dos textos, el primer curso dividido según el sistema del cuerpo humano a estudiar, el segundo conformado por 36 capítulos y el tercero en 11. El primer curso se denominaba Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene, e incluía una introducción en la que su autor describe el motivo por el que considera importante instruir la enfermera y cuáles debían ser las condiciones para servir correctamente a la sociedad.

Adicionalmente, el texto involucra de forma muy general y sin ilustraciones⁸⁴, para el caso de la anatomía⁸⁵, una serie de conceptos seleccionados a criterio del médico que le resultara útil a la enfermera en su actuar y pudiera cooperar con él en el manejo de los enfermos. Enuncia también de forma muy resumida cómo funcionan los órganos más importantes del cuerpo y finalmente establece conceptos de higiene, tales como el manejo del aire, el agua, los alimentos en el hogar, la importancia del ejercicio, el reposo, el sueño y el baño, etc.

El segundo curso “Nociones de Medicina, Cirugía y Farmacia”, describe el concepto de enfermedad, la clasificación de enfermedades internas y externas⁸⁶ y cuáles eran las más comunes; también se hace referencia a las “ligeras nociones sobre las principales operaciones que se practican sobre el cuerpo humano” y, por último, incluye conceptos básicos de farmacología, como la definición básica de los medicamentos, vías de administración, formas farmacéuticas y fármacos más empleados, como por ejemplo: “Antitérmicos, diaforéticos o sudoríficos. Antipiréticos y febrífugos⁸⁷” (Barberi, 1913, p. 176).

⁸⁴ Un ejemplo de la descripción muy general de la anatomía en el manual era: “Femoral: Termina en la unión del tercio inferior con el tercio medio del muslo, hacia la parte de adentro. Está en relación con la vena femoral hacia adentro y el nervio crural hacia afuera. Ramas: la femoral profunda y varias musculares” (Barberi, 1914, p. 33)

⁸⁵ Martínez (2012) precisa que el estudio de la anatomía implica no solo la técnica de memoria sino que debe involucrar necesariamente una técnica de visualización con el fin de comprender de manera multidimensional la organización estructural del cuerpo. Las técnicas didácticas para aprender anatomía y fisiología han transitado desde la proyección o disección, elaborada por un experto para la demostración con fines académicos; la disección o técnica elaborada por los estudiantes, cuyo fin es la exploración de las estructuras anatómicas desde la muestra dejada por el prosector; el uso de atlas con representaciones gráficas del cuerpo humano en textos de estudio; hasta el empleo de software multimedia desarrollados en las últimas décadas. Es posible distinguir que la manera en que se impartía la anatomía a las enfermeras, tenía de fondo inscrita la voluntad de los médicos para formar únicamente en la técnica sin profundizar en los conocimientos especializados.

⁸⁶ El autor clasifica las enfermedades internas como todas aquellas infecciosas o enfermedades cuyo curso no es visible al ojo humano tales como anemia, leucemia, peritonitis, gastritis, cálculos renales, cáncer de estómago, angina, etc. Las enfermedades externas aquellas afecciones de la piel, las articulaciones, los músculos que son visibles: elefantiasis, tumores de la piel, hematomas, contusiones, quemaduras, heridas, fracturas, hernias, etc.

⁸⁷ Los febrífugos hacen referencia a los medicamentos empleados para reducir la fiebre, es decir cumplen la misma función que los antipiréticos. No hay una diferencia entre el uno y el otro y en el manual no es claro el por qué el autor hace esta distinción.

El curso número 3, el autor lo llama “El arte de la enfermera”, en él enseña a sus estudiantes todas las técnicas de cuidado que debían proporcionar a los pacientes en sus hogares: cómo preservar el cuarto del enfermo bajo condiciones higiénicas, formas de tender de su lecho, la alimentación, el baño, cuidados de heridas, cómo vacunar, inyectar y administrar medicamentos orales, sangrías o ventosas, cómo hacer masajes y cambios de posición, entre otros.

Con relación al manual que tradujo Londoño en 1896 y que fue el referente de la formación de la enfermera y la partera hasta 1914, el manual colombiano es mucho más completo en sus contenidos. El escrito en Francia estaba dirigido al oficio de “partear” y denota una delimitada explicitación de nociones, en comparación con las escritas por Barberi, que aunque mucho más extensas, fueron escritas para que las mujeres tuvieran conceptos básicos sin llegar a cuestionar a sus maestros. Ello se ejemplifica en cada detalle minucioso que el médico prescribe a la enfermera en tareas tan sencillas como preparar los alimentos del enfermo, tender una cama y administrar medicamentos. A continuación tres ejemplos relacionados con dichas actividades:

Un consomé (caldo) se prepara con una libra de carne, flaca, machacada, en medio litro de agua, se hace hervir lentamente durante una hora y en seguida se le vacía en un plato; se deja enfriar, se le quita la grasa y se le añade sal, pimienta, etc., de acuerdo con el gusto del enfermo. (Barberi, 1914, p. 144).

“El colchón deberá cambiarse o voltearse diariamente, no solo de un lado a otro sino lo de arriba para abajo. Si el enfermo se moja deberán ponerse telas de caucho y sabanitas, dobladas en cuatro” (Barberi, p. 142).

Una vez prescrita una sustancia, es obligación de la enfermera buscar la manera de hacerla lo menos repugnante en su administración; un buche de aguardiente escupido en el momento, y hacer tomar la poción enseguida [...] A los niños que no quieren tomar sus remedios se les meterá un corcho entre los dientes, y acostados, se les podrá administrar cualquier cantidad de medicina. (Barberi, 1914, p. 163).

En cuanto a la descripción de las condiciones generales necesarias para ejercer la enfermería, ambos manuales no difieren; desde finales del siglo XIX incluso si se recuerda cuando Navas Azuero en 1871 solicita la presencia de las Hermanas de la Presentación, o en las cartas de Buendía y Carrasquilla relacionadas con la instrucción de las parteras; la enfermera siempre se describió como un ser virtuoso, sumiso y obediente, que hace parte de los eslabones más bajos⁸⁸ de las jerarquías de poder que favorecían al ejercicio médico. Estos perfiles denotan a su vez, como la enfermera debía encarnar unas cualidades que afianzan la subjetividad femenina producida en el conjunto social de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, proyectándose como modelo a seguir ante la sociedad.

Barberi (1914) formulaba en su manual que la enfermera debía contar con las siguientes cualidades:

La enfermera debe ser educada, puesto que va a rozarse con todas las clases sociales; aseada en sus vestidos y en su persona, hasta la exageración; veraz, diligente, ordenada,

⁸⁸ En las jerarquías de poder que favorecían a los médicos, los eslabones más bajos estaban constituidos por las enfermeras y los enfermos; con relación a estos últimos, sobre su cuerpo recaía toda forma de control convirtiéndolo en un sujeto pasivo a la luz de la legitimidad del discurso médico que era transmitido también por la enfermera. El enfermo no tenía la capacidad de decidir sobre sí mismo y pasivamente, pacientemente esperaba. En contraste con lo que acontece en la actualidad, Vásquez (2009) destaca: “El servicio prestado no se subordina a la autoridad paternalista y profesional del experto que lo expide; está centrado en el cliente. Donde antes existían pacientes por cuidar, estudiantes por educar, minusválidos por asistir o ciudadanos por proteger, ahora sólo quedan clientes, consumidores de servicios cuyas demandas deben ser atendidas de forma personalizada” (p. 26). Y sin embargo, el cuerpo de los pacientes no deja de estar sometido al saber y al hacer de los profesionales de la salud.

no mezclarse en las cuestiones íntimas de las familias, ni decir nunca nada de lo que haya podido oír en otra casa; afable, especialmente con su enfermo, obediente a las prescripciones del médico, sufrida [...] Debe conocer el cuerpo humano, la manera como se efectúan todas las funciones de su organismo y el modo de conservar la salud (pp. 5- 6).

La condición que debía tener la enfermera para poder relacionarse apropiadamente con todas las clases sociales también se relacionaba con ser la portadora del discurso higiénico en toda la ciudad y para ello también debía dar ejemplo de higiene y buena salud. La enfermera en los hogares y en los hospitales se convirtió en educadora de un saber indispensable para que la población adquiriera los hábitos para conservar la salud. De la buena educación de la enfermera y de su buena conducta dependía que ella fuera un muy buen instrumento en la estrategia de control de la población.

Así mismo, es pertinente resaltar la importancia que fue adquiriendo la enfermera no solo dentro de los hospitales y los hogares, sino fuera de ellos, y muestra como el médico fue delegando ciertas tareas inmersas en el dispositivo higiénico a quienes empezó a entrenar como sus auxiliares; tal cual fue el caso de la vacunación, que era importante para contrarrestar el efecto de las enfermedades endémicas en los niños y contribuían al perfeccionamiento de la raza. Barberi (1914) afirmaba: “[...] Les enseñaré la manera de examinar un enfermo, cómo se cura un herido, cómo se aplica el cloroformo, cómo se vacuna, cómo se pone una inyección hipodérmica, etc, etc” (p. 6). Y para el caso particular de la viruela citó:

Las niñas deben vacunarse en la parte externa de la pierna o en la parte más saliente del hombro; a los niños en la parte externa del brazo. Deberán hacerse tres vacunas de cada

lado a una distancia de 3 centímetros una de otra (...) La vacunación debe repetirse cada cinco años. Después de la vacunación debe dejarse el niño desvestido un cuarto de hora, y las picaduras deberán cubrirse con algodón hidrófilo y con un vendaje para evitar los frotamientos. (p. 160).

La práctica discursiva de la enfermera dentro del espacio hospitalario y dentro de los hogares de la segunda década del siglo XX, “como lugar de formación y transmisión del saber” (Foucault, 1999, p. 110) alude a una técnica de gestión del hombre: una técnica en la que se gobiernan todos sus aspectos de tal manera que al controlarlos sea posible usarlos con el objeto de mejorar su capacidad para trabajar.

Para el caso del hospital diríamos que se gestionaron unos saberes y unas prácticas que impulsaron la configuración del sujeto útil, dócil y productivo al sistema, al contribuir con su actuar a que la salud del enfermo mejorara y con ello se utilizara económicamente su cuerpo. La enfermera era en cierto modo un sujeto sometido inmerso dentro de una organización disciplinar que tenía como finalidad, a través del cuidado, vigilar, conducir, controlar y someter el paciente. A través de ese cuidado se encauza a los individuos siendo así una de las estrategias del gobierno de la población. El cuidado es un cierto modo de microfísica del poder, es decir:

[...] El estudio de esta microfísica supone que el poder que en ella se ejerce no se conciba como una propiedad, sino como una estrategia, que sus efectos de dominación no sean atribuidos a una "apropiación", sino a unas disposiciones, a unas maniobras, a unas tácticas, a unas técnicas, a unos funcionamientos; que se descifre en él una red de relaciones siempre tensas[...] este poder se ejerce más que se posee, que no es el "privilegio" adquirido o conservado de la clase dominante, sino el efecto de conjunto de

sus posiciones estratégicas, efecto que manifiesta y a veces acompaña la posición de aquellos que son dominados. (Foucault, 2009, p. 33).

Ahora bien, si se tiene en cuenta lo que Foucault (2009) dice de la disciplina acerca de que esta “fabrica individuos [...] toma individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio” (p175); la enfermera en el hospital de principios del siglo XX, estaba siendo formada a través de la implementación de instrumentos tales como la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y el examen para lograr el otro efecto esperado de los sujetos a cuidar: ser objetos de la intervención médica y del saber médico (Foucault, 1999):

Instalada la enfermera en una casa de familia, deberá ser atenta con sus habitantes, y especialmente con su enfermo, inspirarle confianza y ofrecerle que hará por él todo cuanto pueda, para ayudar al médico a obtener su pronta recuperación” (Barberi, 1914,p. 138).

El Manual de Enfermería es un compendio en el que claramente se circunscriben esos instrumentos que hicieron posible el predominio de los dispositivos disciplinares hacia el encauzamiento de las conductas para procurar cuerpos dóciles, no solamente de la enfermera, sino también del enfermo, tal como lo detallamos a continuación.

En primer lugar, en cuanto al instrumento de “la vigilancia jerárquica”, que para Foucault (2009) “supone un dispositivo que coacciona mediante el juego de la mirada” (p.175) en el que, a través de la inspección rigurosa y la visibilidad, se obtiene un control detallado de los individuos para así modificarlos, el manual cita:

[La enfermera] deberá ser esclava absoluta de la verdad, y decir al médico todo lo que haya observado, bueno y malo [...] La atención en observar, con escrupulosidad todo lo que le sucede al paciente, en ausencia del médico, hará que puede informar a éste hasta de

los más mínimos detalles [...] ésta conducta tendrá por resultado que el medico la estime en lo que ella vale, y que el enfermo obedezca ciegamente sus indicaciones. (p. 138-139).

Esta vigilancia jerárquica también tiene en cuenta la disposición de los espacios como instrumentos de acción. En este caso, el Manual de Enfermeras estaba dirigido a cuidar pacientes en sus casas como espacio de encauzamiento de la conducta y operador terapéutico, trasladando los principios de distribución, ventilación e higiene del hospital al hogar del enfermo:

Cuando la enfermera llegue ya encontrará al enfermo instalado en determinada pieza, conviene que, si es posible, se busque el cuarto más grande y más tranquilo de la casa, con puertas o ventanas opuestas, de manera que en un momento dado pueda hacerse una completa ventilación. Esas piezas con una sola puerta son enjambres de microbios, y las enfermedades no salen nunca de allí. (Barberi, 1914, p. 139).

A través de estos ejemplos se revela, no solamente la preocupación por la constitución de un ejercicio especializado, sino sobre todo el mecanismo para la gestión de la población a partir del cuidado minucioso del enfermo mediante la aplicación de principios higiénicos que habrían de mejorar la salubridad y contribuirían a disminuir la incidencia y el impacto de la enfermedad y de las epidemias presentes en la ciudad.

Para las autoridades médicas el cuidado en casa de los enfermos es también un modo de solucionar la situación de hacinamiento presente en los hospitales, pues para el mismo año de creación del curso, sucumbían los hospitales de Bogotá por las malas condiciones higiénicas y el exceso número de enfermos, lo cual no sólo los afectaba a ellos sino también al personal encargado de su atención. Al respecto, el médico Eliseo Montaña, en su descripción de los hospitales de la ciudad en el periódico la Gaceta Medica (1910 - 1911) anota:

Enfermos colocados en tan malas condiciones higiénicas no podían menos de sufrir de las perniciosas consecuencias de la aglomeración, y al efecto ésta se traducen allí por una mortalidad alta [...] Si la acumulación en salas sin condiciones higiénicas de un número de enfermos dos y tres veces superior al que debían contener de acuerdo a sus dimensiones, tiene consecuencias desastrosas para estos, no las tienen menos para el personal científico –médicos y estudiantes- y para las hermanas y enfermeros⁸⁹. (p. 75).

En segundo lugar, en cuanto a “la sanción normalizadora”, aquella que según Foucault (2009), permite la clasificación de las personas a través de sus modos de comportamiento y sanciona los malos actos mediante la introducción de reglas o de normas constituyendo un sistema de micropenalidades que impone castigos a los individuos inmersos en un sistema disciplinar en términos de tiempo, actividad, manera de ser, modos de expresión, de la sexualidad (recato, insensatez) y los cataloga en “normales” o “anormales”; los ejemplos que hay en el Manual son:

⁸⁹ Habría que indagar el papel del enfermero en los hospitales como colaborador de las Hermanas de la Presentación, pues no se cuenta sino con la descripción hecha por Estela Restrepo Zea (2006) en su libro *Régimen de Atención en el Hospital San Juan de Dios: ordenanzas y relaciones, Bogotá 1868 – 1876*; en el que menciona como parte de sus integrantes a enfermeros mayores y menores.

Gómez Serrano, *et al* (2011) describen que para 1918, según el censo del 14 de octubre, había 42 enfermeros y 106 enfermeras; es decir, 1 enfermero por cada 2,52 enfermeras. Aluden a que la mayoría de ellos eran personas que se habían dedicado a tal oficio sin haber sido educados formalmente para ello. No obstante, es importante tener en cuenta que las escuelas de enfermería eran de reciente inicio para ese año y estaban exclusivamente dirigidas a las mujeres.

Según Barberi (1914), en la introducción del Manual, uno de los intereses estaba en formar señoritas porque, en sus palabras: “A nadie se ocultan los inconvenientes que trae consigo el hecho de que sea un joven quien vaya a ayudar al cuidado de un enfermo, y sí se comprenden todas las ventajas que traerá para una familia el que sea una señorita la que llene este cometido”. (p. 1).

Quizá esta apreciación era secundaria al pudor y el recato que debía existir por parte de las mujeres hacia los hombres y los problemas que traía cuidar de una mujer si era un enfermero el encargado. Según esto, al venir las Hermanas de la Presentación al país, instruyeron no solo mujeres sino también hombres pero aparentemente en los Hospitales predominaban estos últimos y por tanto esta sería una de las otras necesidades de formar enfermeras y de que inicialmente ello estuviera únicamente dirigido al género femenino. De todas maneras, es importante precisar que Velandia (2016) refiere que cuando Barberi menciona los jóvenes, está aludiendo a los hombres que se estaban preparando en medicina.

[...] Preguntará a la señora de la casa cuál es el lugar destinado para ella, y dirigiéndose a él, cambiará su vestido de calle por el uniforme especial de la institución [...]. Si hay baño deberá bañarse el cuerpo todos los días, y conservar aseo esmerado en su persona y en su vestido (Barberi, 1914, p. 138).

La enfermera no deberá manifestar disgusto ni mostrar terror ante las cosas más repugnantes que sucedan, ella es la persona más caracterizada en casa de un enfermo, y todo mundo espera de ella un consejo y no un gemido, una enseñanza y no una muestra ridícula de ninguna experiencia en achaques de esta naturaleza. Semejante conducta tendrá como consecuencia la pérdida de la fe en sus posteriores servicios [...] Veracidad, aseo, paciencia, suavidad, presencia de ánimo y obediencia, sintetizan las prendas que debe tener una enfermera (p. 139).

Estas características que catalogan la normalidad de la enfermera para evitar la sanción, se traducen en lo que la hegemonía médica y el Estado, esperan del resto de la población a través del ejemplo que ella puede ofrecer: el aseo, la obediencia la veracidad, la paciencia, la disposición permanente a la templanza y a la medida. Por tanto, la enfermera es también un modelo a seguir por parte de los sujetos de cuidado y sus familias

El tercer instrumento planteado por Foucault (2009), bajo el que es posible obtener el éxito del dispositivo disciplinar es el examen: una combinación de la técnica que vigila a partir de la jerarquía y de la sanción impuesta por normas y mediante el cual esas dos tácticas mantienen en un mecanismo de objetivación y de visibilidad obligatoria. El examen permitía determinar, para la formación de la enfermera a principios del siglo XX, por un lado, qué tan efectiva era ella y su cuidado; y por el otro, el examen posibilitó estandarizar los diversos saberes del médico gracias a la permanente observación a la que eran sometidos los enfermos y el registro de cada detalle producto de esa mirada. Con ello se clasificaron signos, síntomas, se catalogaron

enfermedades, se identificaron epidemias, se verificaron los tratamientos y se diferenciaron unos de otros, de modo que se regularan los procesos biológicos que afectaban a la población.

Foucault (2009) afirma que “los procedimientos de examen han ido inmediatamente acompañados de un sistema de registro intenso y de acumulación documental. Constituyese un "poder de escritura" como una pieza esencial en los engranajes de la disciplina” (p. 194).

De esta manera, la instrucción de la enfermera incluía llevar a cabo ese sistema de registro intenso:

La enfermera debe llevar una minuta completa, hora por hora, de todo lo que vaya observando del enfermo: color de la piel, erupciones, temperatura, numero de respiraciones por minuto; anotara si hay vómito, convulsiones, dolores, delirium, enfriamientos; analizara la secreción renal, su cantidad y caracteres (...) anotará la cantidad y horas de los alimentos, los remedios que le haya suministrado. (Barberi, 1914, p. 148).

A partir de estos minuciosos registros, así como también los de los médicos, por ejemplo, ha sido posible documentar la evolución de las enfermedades, su incidencia, su morbilidad, su mortalidad, sus tratamientos. Registros que a la hora de formular políticas de salubridad, resultan de vital importancia en tanto son el sustento que justifica la intervención del Estado y el suministro de recursos humanos, físicos y económicos en torno a mejora la salud de la población y la capacidad de sus individuos para trabajar.

Estos ejemplos citados por el manual de Barberi, están relacionados con el planteamiento de Foucault en términos del análisis del poder de forma ascendente; sin embargo, y como aclara Vásquez (2009) es necesario comprender esta analítica desde el gobierno de la población como se ha venido formulando a lo largo del capítulo: Pese a que la formación de la

enfermera en las escuelas de inicios del Siglo XX se dirigía en cierto modo hacia “la domesticación y la potenciación utilitaria” de la mujer seglar que traslada los cuidados de casa al hospital; esta formación estaba encaminada a que contribuyera a la regulación de los procesos biológicos que afectaban a la población como un conjunto y que operaba a través del cálculo de riesgos en una nación que al mismo tiempo se introducía en la modernidad adoptando el capitalismo y los discursos higienistas.

Los médicos no pretendían ejercer un poder dominante, como Foucault (2009) lo describiría desde su modelo bélico, ni un poder sobre el cuerpo como cuando Foucault citó la acción del Soberano⁹⁰ sobre sus súbditos; el gremio médico buscaba quien le colaborara en la ardua tarea de higienizar la ciudad y en convertir el hospital en un espacio terapéutico; pero para hacer ello requiera de las practicas disciplinarias que se describieron. En otras palabras, la actividad de las enfermeras fue instrumentalizada y alienada en relación con las metas de gobierno y hablar de esa instrumentalización implica hablar de disciplina, sin embargo la mujer que quería podía elegir ser enfermera como parte de su práctica de libertad y no era obligada a brindar cuidado a extraños sino lo deseaba. Entonces así, la enfermera es vista como un ser activo y no dominado si se tiene en cuenta que aludir a dominación es entender el poder como una cosificación o como un enfrentamiento cuerpo a cuerpo sin posibilidad de resistencia de acuerdo a lo enunciado por Vásquez (2009). Este mismo autor al respecto dice:

La acción de gobierno incide sobre seres humanos con capacidad de cálculo e iniciativa, que, dentro de sus recursos más o menos limitados, pueden elegir [...] La acción de

⁹⁰Aquel que tenía el poder sobre la vida y sobre la muerte de sus súbditos : “la vida y la muerte de los súbditos sólo se convierten en derechos por efecto de la voluntad soberana [...] el derecho de hacer morir o dejar vivir” (Foucault, 2009.p 219)

gobierno apunta a facilitar esta capacidad de elección para coordinarla con las propias metas de la nación (p.6)

Encaminar la Nación hacia el dispositivo higiénico como una de sus metas, implicaba legalizar el ejercicio de la práctica médica, teniendo en cuenta la legitimidad del discurso y la todavía presencia del “charlatanismo”⁹¹ para casi finales de la segunda década del siglo XX. Hacia el mismo año que sale el Manual de Enfermería, el Congreso de Colombia expide la Ley 83 de 1914 por la cual se reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas y en su artículo 11 hace referencia:

Podrán ejercer como comadronas las enfermeras que presenten un certificado de idoneidad expedido por médicos diplomados. En los lugares donde no hubiere comadronas que tengan dicho certificado se tolerara la práctica obstétrica a personal que no lo tenga, pero acreditadas en el oficio. El Ministerio de Instrucción Pública, en desarrollo de esta Ley, proveerá a la creación de la correspondiente Escuela de Obstetricia en las facultades médicas del país tan pronto como lo permitan los recursos fiscales.

Parágrafo. No será permitida ninguna operación de obstetricia a las comadronas de que habla este Artículo sino en ausencia del médico y por urgencia que no permita la llegada del facultativo. No obstante, en los lugares en que no haya medico graduado o licencia y en que habiéndolo tardare en llegar con tiempo que ponga o de la criatura, será tolerada la práctica de operaciones obstetricales manuales por comadronas sin certificado, pero acreditadas en la práctica de esa profesión

⁹¹ Hace referencia a “diferentes oferentes de cuidados y sus consumidores, en un momento de la modernidad en que las instituciones oficiales controlaban muy poco el ejercicio de la medicina” ò a “gran oferta de cuidados terapéuticos en el momento anterior a la formación de un monopolio de cuidados dominado por la medicina universitaria de pretensiones científicas.” (Del Valle, García y Márquez, 2012. p 332)

Esta ley reafirma el Decreto ya pronunciado en 1905 con relación al ejercicio de las parteras y pese a que ya habían cursos de enfermeras como los de José Ignacio Barberi que no solo pretendían preparar las enfermeras para la obstetricia sino para desempeñar cuidados generales a los enfermos en sus casas y hospitales, demuestra que su oficio en primera instancia aun no era reconocido como una profesión y en segunda instancia tampoco era reconocido por las leyes pese al papel de las cuidadoras en el dispositivo higiénico como forma de gobierno de la vida.

Por esta misma razón, según Gómez Serrano, *et al* (2011), incluso un año antes de promulgarse esta ley, los médicos Luis F, Calderón y Miguel Jiménez López, en el Segundo Congreso Medico de Colombia celebrado en Medellín en 1913, expusieron acerca de la “Necesidad de Escuelas Nacionales de Enfermeras y Comadronas”, con el fin de que el Estado asumiera la educación de las enfermeras y las parteras en un país en el que la carencia de ellas traía serias consecuencias en la prestación de servicios de salud para la población en general. Aquí unos de los apartados más importantes de dicha ponencia:

Bastaría con anotar que Colombia es uno de los pocos países que carecen de instituciones universitarias en que se formen enfermeras, para que este vacío de nuestra enseñanza médica salte a la vista. [...] La formación oficial y científica de un personal subalterno que secunde la acción del médico en nuestro país es una necesidad urgente. La carencia actual de este elemento se hace sentir para los enfermos y sus familias, para la profesión médica y la sociedad en general. [...] El medico que quiera estar seguro de la correcta aplicación de un tratamiento o del resultado de una intervención, tiene que consagrarse por sí mismo al lado del enfermo a los más humildes y triviales oficios, prodigando en ello tiempo y energías que podrían ser empelados de una manera más noble y fecunda. En el caso contrario deberá dejar esta parte de la labor a la familia del enfermo o bien a lo

que entre nosotros existe en la actualidad como enfermeros⁹² profesionales. (Calderón y Jiménez, 2013 p.114)

La ponencia de estos médicos demuestra que en medio del interés de hacer más especializadas y complejas sus instituciones educativas, también tenían la intención de fomentar instituciones de educación en oficios que complementaran en el suyo, reconociendo que la educación de enfermeras debía ser más estructurada, que debía formalizarse desde la academia científica en miras a hacer efectivas las estrategias de medicalización de la población y que debía estar a cargo por lo mismo del Estado. Exponen la urgencia de la enfermería no solo para apoyar la labor del médico sino para la sociedad en general. Ejemplo de ello, lo que mencionan enfáticamente para las enfermedades contagiosas y sus repercusiones:

Para la sociedad general, la medida que nos ocupa es de importancia suma. La consideramos desde dos puntos de vista muy importantes: la preservación social contra enfermedades infecto- contagiosas y la suerte de las mujeres en nuestros países. Se sabe [...] que los tres elementos de la lucha social contra las enfermedades contagiosas son: 1^a.la declaración obligatoria de dichas enfermedades; 2^a el aislamiento y 3^a la desinfección. Estas dos últimas requieren por modo imperioso la acción de enfermeras formadas científicamente. [...] Estas dos tareas no pueden ser confiadas a un profano. Tampoco podrían ser encomendadas a un médico a menos de empequeñecer sus funciones. ¿Quién otro podría de consiguiente, ejercer esta parte tan esencial de preservación social, sino enfermeras formadas por el Estado mismo y con un caudal de conocimientos científicos que fuesen una garantía para la comunidad? (p.116)

⁹² Reafirma la idea de que no habían señoritas que cuidaban en los hospitales sino hombres sin preparación científica para ello, tal cual se explicó tres referencias al pie más atrás.

Este párrafo resume el papel de la enfermera en el gobierno de la población. La necesidad de una educación avalada por el Estado y bajo preceptos científicos y no religiosos, son la evidencia del interés por la hegemonía médica de hacer uso de un recurso humano especializado como un medio por el cual se gestionara la salud de la comunidad, se cumpliera con las medidas del dispositivo higiénico en favor de la disminución de las enfermedades infectocontagiosas que impedían por ejemplo a los trabajadores fabriles producir, que tropezaban el crecimiento de los niños sanos y robustos y con ello garantizar un futuro a la nación; que imposibilitaban la adecuada transmisión de caracteres necesarios para mejorar la raza entre los pobladores. La enfermera era todo un personaje en la reproducción del discurso higiénico, era el medio formativo y ejecutor de los planes de acción en torno a la salud de la nación.

Pese a los argumentos citados por los ponentes en esta conferencia de la que se citaron los más importantes apartes, las autoridades nacionales no implementarían ello hasta siete años después en 1920 cuando los cursos de enfermería se inscriben a las universidades; aunque para el caso de Bogotá hacia 1917, el Consejo Municipal asume la tarea del establecimiento de un centro municipal de enfermeras o una escuela para aprender el oficio como una manera de prestar colaboración eficaz al cuerpo médico y como manera de evitar que las señoritas que estaban expuestas a la indigencia, tuviesen la oportunidad de ocuparse en una honrosa actividad que a su vez les trajera beneficios lucrativos. (Gómez Serrano, et al 2011)

Según Velandia (2016), de manera similar a la ciudad de Bogotá, para 1914 en Medellín en el Colegio Central de Señoritas⁹³, el Dr. Miguel María Calle dicta algunas clases relacionadas

⁹³ Dirigido por las Señoritas Laura y Matilde Tisnes, reconocidas pedagogas de la educación femenina de Antioquia. (Giraldo, A 2008)

con el oficio de la enfermería. Para 1917, en su papel como rector de la Universidad de Antioquia, escribe otro texto para enfermeras que llamó “Enfermería” al cual las historiografías en enfermería solo hacen mención pero al que no fue posible acceder pues ni en las Colecciones Patrimoniales de la Universidad de Antioquia, ni en la Colección de Historia de la Medicina de esa misma Universidad, se encuentra disponible. Allí en cambio refieren que existen 26 escritos que el Dr. Miguel María Calle escribió entre 1911 y 1941 sin estar ninguno relacionado con enfermería.

Retomando la ciudad de Bogotá, hacia 1917 y 1918 hubo dos importantes eventos que en materia de salud pública o como acá se ha mencionado, en materia de higienización, dejaron entrever aún más esa necesidad sentida de la formación de enfermeras dentro de las instituciones universitarias; ellas fueron el terremoto del 31 de agosto de 1917 y la epidemia de la gripa de octubre de 2018 pues demostraron la escasa proporción de personal de salud particularmente de enfermeras, con relación a la población bogotana y por lo mismo la falta de un cuidado diligente en momentos de calamidad. Al respecto Gómez Serrano, *et al* (2011), mencionan:

El censo realizado el 14 de octubre de 1918 reportó un total de 130.905 habitantes,(...) que contaban para su atención de salud con el concurso de 310 médicos y 1 médica, (...)42 enfermeros y 106 enfermeras (...) lo que lleva a concluir que para la atención de cada 100 personas se contaba con 0,23 médicos, 0,11 enfermeras. (P.48-49)

De acuerdo con Noguera (2003), la epidemia de la gripa se disipó rápidamente por todo el mundo en el último periodo de 1918 y tuvo tantas repercusiones nefastas en la población colombiana, que particularmente en Bogotá y Boyacá llegó a afectar a la misma élite, una circunstancia especial pues entonces hace visible que, pese a que se estaba promoviendo el

discurso higiénico desde finales del S XIX y ya se habían comenzado a implementar las diversas estrategias de medicalización, éstas no habían sido suficientes para ejercer acciones frente a grandes epidemias como ésta o como catástrofes naturales del año anterior. Especialmente la gripa puso en evidencia las paupérrimas condiciones de miseria, hacinamiento, falta de servicios públicos, etc. en los barrios más marginados de la ciudad de Bogotá.

Cita este mismo autor, que tal fue la epidemia de la gripa, que “calculando la población de Bogotá en 125.000 habitantes (121.257 en el censo de 1912) tenemos que el número de personas atacadas fue de 100.000”. (p.57)

Adicionalmente, debido a la gripa, se vio perjudicada la vigilancia de la ciudad, el abastecimiento de alimentos en tanto los miembros de la policía, los conductores que transportaban los alimentos también se vieron afectados. Dice Noguera (2003): “hubo muchas muertes repentinas y gran número de enfermos murieron sin que los viera el medico” (p.58)

Gracias a los medios de comunicación de la época es posible dilucidar el enfoque negativo de la enfermedad, sin embargo, ni mediante ella ni mediante ningún informe formal de tipo medico hay evidencia de las acciones del personal de enfermería durante la prevalencia de la gripa en la ciudad; pareciera que la invisibilidad del cuidado perdurara en el tiempo secundario a su carácter de saber sometido y a la naturalización del hecho de que cuidar es propio del género femenino. Solo hasta 1954 que Pedraza escribe su libro de Historia de la enfermería anota que:

La gripe azotó el mundo entero en 1918 y ocasiono innumerables víctimas en Bogotá. Las nuevas profesionales organizaron un “Centro de Enfermeras” en una farmacia ubicada en el

piso bajo que ocupo por mucho tiempo la imprenta eléctrica frente a la iglesia de San Carlos.

(p.19)

Una evidencia de la voluntad propia, de gestionar el cuidado organizado y aprendido bajo fundamentos científicos ya sin el aval de los médicos.

Revistas como *El grafico* permiten otear el preocupante panorama de la capital colombiana en medio de la epidemia:

Los servicios de aseo, de aguas, de alcantarillado, de hospitales, de cementerios, y de todo otro género, no pueden ser calificados siquiera de pésimos, por la circunstancia de que no existen. Autoridades sin aptitudes, habitantes sin espíritu público, tesoro municipal misérrimo, de Bogotá no cabe decir que es un paraíso, sino por cuanto tuvo aquel lugar de primitivo, y de malsano. (Citado por Manrique, Martínez y Meléndez 2014. p, 12)

Según Manrique, *et al* (2014), la prensa registra la muerte del hijo del presidente Marco Fidel Suarez a causa de la gripa en Estados Unidos y la del senador Antonio Regino Blanco en Bogotá, además el contagio del presidente de la Junta Central de Higiene: Dr. Manuel Narciso Lobo y pese a ello un mutismo absoluto en cuanto a acciones encaminadas a trabajar en favor de la resolución de las consecuencias de la pandemia sobre la población⁹⁴.

Es gracias a las observaciones escritas de banqueros y personas de la alta sociedad relacionadas con el impacto de la enfermedad y con la muerte de las personas de bajos

⁹⁴ Manrique, *et al* (2014) citan una carta de Cenon Solano (quien había sido el anterior director municipal de higiene) dirigida a Marco Fidel Suarez y al Congreso de la Republica, en la que critica de forma contundente el accionar del Estado ante la pandemia de la gripa:

La Junta Central de Higiene, donde es natural que estén los más sabios de nuestros higienistas ha sido incapaz para sospechar el origen de nuestras calamidades provenientes de falta de higiene pública; ha sido incapaz de elaborar el primer reglamento sanitario sobre asuntos que le competen, y los pocos acuerdos que ha expedido no están fundamentados sobre bases científicas [...] ¿Cómo el Gobierno consiente que la Junta Central de Higiene nos exhiba ante el mundo como país salvaje e imbécil?" (p 17)

recursos en las mismas calles que se crea la Junta de Socorros, una asociación de carácter privado cuyos integrantes durante la pandemia denuncian que con recursos propios, la ayuda de las grandes empresas, las colonias y las embajadas ejercen su acción social para hacer frente a la calamidad pública porque del municipio o de la Nación no recibieron aportes ni acciones sanitarias, lo que mostró la incapacidad del Estado para abordar la problemática y lo que trae como consecuencia la posterior reestructuración de las medidas sanitarias que vendrían a instalarse desde la década de los años veinte en las que se incluyeron por ejemplo la construcción de las viviendas obreras higiénicas y la reestructuración en la preparación académica de médicos y personal “subalterno” como es el caso de la enfermera; de esta manera en el transcurso de los dos años después de la epidemia de la gripa, se insta por la creación y el inicio de programas de enfermería asociadas a las facultades de Medicina de las Universidades de Cartagena y Universidad Nacional de Colombia.

Según Gómez y Montalvo (2013), el 18 de enero de 1919⁹⁵ el Dr. Rafael Calvo solicita a la Gobernación Departamental que la escuela de Enfermeras y Parteras que él había creado años atrás tome un carácter oficial y se adjunte a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena como respuesta al reconocimiento de las enfermeras por su utilidad en la ciudad y fuera de ella; y como la necesidad de que esos estudios estuviesen a disposición del Gobierno. Es así como, bajo el Artículo 1 del Decreto 258 de 1919, haciéndose apertura de las matrículas para la escuela el 24 de enero de 1920.

⁹⁵ Año en el que “se esfuerza por formalizar el Registro Estatal para el ejercicio de la profesión en Gran Bretaña. Aspecto que promueve en otros países la organización de escuelas de formación e impulsan la evolución de un oficio vocacional a una profesión” (Gómez y Montalvo, 2013. p, 125). Según estas mismas autoras en la ciudad de Cartagena en 1919 ya existía un Registro Municipal de Comadronas a cargo de la alcaldía.

Gómez Serrano, *et al* (2011) describen que en la ciudad de Bogotá, el 22 de octubre de 1920 se expide la Ley 39 bajo la que por la cual se establece la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional bajo la aprobación del Presidente de la Republica Marco Fidel Suarez y el Ministro de Instrucción Pública, Miguel Abadía Méndez. Sin embargo hasta 1924, bajo el decreto 995 empieza a funcionar como tal de la Escuela de Comadronas y enfermeras.

A modo de cierre

En Colombia el cuidado era visto como un oficio a finales del siglo XIX y carecía de una educación estructurada; ello estuvo sujeto a coyunturas espacio temporales, intereses políticos y condicionamientos religiosos que representaban un retraso en comparación con países europeos que ya formaban enfermeras para cuidar bajo lineamientos científicos y biologicistas desde la mitad del siglo XIX. Dichas coyunturas fueron determinantes para generar la relación de subordinación de las enfermeras ante los médicos enmarcada dentro del saber/poder, la manifiesta connotación religiosa expresada en la salvación del alma que se le endilgó a la práctica del cuidado de los enfermos y la negación de posibilidades de acceso a saberes más especializados en contraposición a los que sí podían acceder los hombres.

Los factores ligados a la vocación religiosa y a la discriminación de género a las que las mujeres estaban sujetas en términos de acceso al saber para las últimas décadas del XIX, motivaron a algunos médicos, en medio de la urgencia del movimiento higienista y la entrada del capitalismo al país a contar con personal femenino que les ayudara a la ejecución de sus tratamientos dentro del hospital como nuevo espacio terapéutico que redefinió el estatuto del enfermo; que les facilitaran el cuidado de sus pacientes en los hogares y que les hiciera únicos portadores del saber en la comunidad ante la amenaza de prácticas empíricas y tradicionales como las que ejecutaban las parteras y las nodrizas; por tanto y como parte de la práctica de gobierno dirigida a la gestión de la población de las que ellos establecían las políticas de control basados en su discurso científico; se dio lugar a la creación de cursos en los que se formaron mujeres capaces de cuidar bajo la obediencia ciega y bajo el condicionamiento en virtudes que prodigaban un ejemplo a seguir por parte de los colombianos.

El saber de la enfermera consistía en aceptar la verdad que el médico le ofrecía, debilitando las prácticas ancestrales que configuraron el cuidado como un oficio y haciendo de la enfermería un saber sometido; muestra de ello fueron los lineamientos escritos por los médicos que dispusieron el perfil de las cuidadoras de inicios del siglo XX bajo el que la enfermera se convierte en la reproductora del discurso higiénico a través del cuidado, con el fin de que se contara con sujetos útiles y productivos a la economía de la Nación. El saber de la enfermera es el ejemplo fehaciente de la coexistencia de las tácticas de orden disciplinar y las estrategias de gestión de la población.

Pese a que se plantearon un sinnúmero de estrategias de medicalización en favor de la gestión de la población colombiana en medio de las dos primeras décadas del siglo XX, calamidades como la epidemia de la gripa de 1918 y la falta de control de otras enfermedades infecciosas y endémicas que afectaban seriamente la población, motivaron al Estado, guiado por los médicos, a convertir los cursos de enfermeras en escuelas adscritas a las facultades de medicina de las universidades de Cartagena y Nacional de Colombia hacia los años veinte. Estas escuelas sirvieron de ejemplo para que en todo el país se fomentaran otros programas de formación en enfermería que hoy día se diferencian como facultades en distintas partes del país.

Valdría la pena dar continuidad a esta investigación desde 1920 hacia 1958 época que comprende el tránsito de las escuelas de enfermería adscritas a las facultades de medicina hasta que se constituye la primera Facultad de enfermería de Colombia en la Universidad Nacional con la que se establece la independencia y autonomía de la enfermería colombiana, que reproduce el cuidado como otro campo de saber distinto al de curar por el que insta la medicina. La perspectiva arqueológica de Michel Foucault, es otra manera más

profunda de comprender la enfermería del presente y conocer la historia de nuestra profesión no de manera lineal y continua como a la que se acostumbra en las facultades a enseñar nuestros orígenes. Vale la pena educar a los futuros enfermeros bajo esta perspectiva crítica que posibilita entender la contemporaneidad sin eludir las fisuras que los acontecimientos históricos posibilitan.

Parte de los vacíos que hoy día están presentes en los enfermeros profesionales, están relacionados con la visión errada de que aun hoy en el siglo XXI y pese a las sin número de luchas que han atravesado las enfermeras para constituir su subjetividad en el país, debemos estar completamente supeditados a la hegemonía médica, a la vocación religiosa y lineamientos patriarcales. Aunque la formación y el desempeño de los enfermeros está aún hoy muy condicionada al saber del médico y además está permeado por la mercantilización de los servicios de salud - lo que hace que se reproduzca el saber bajo las técnicas de origen disciplinar-, conviene asumir el cuidado no con el conformismo y docilidad que caracterizaba a la enfermera de principios del siglo XX sino como parte de un equipo interdisciplinar que trabaja en favor de la población como un objetivo común.

Referencias

Fuentes primarias

Acosta de Samper, S. (1878a). “La mujer” *Revista quincenal*. Editorial, p.1. Primera edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1878b). “La mujer” *Revista quincenal*. La Caridad, p. 117. Quinta edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1878c). “La mujer” *Revista quincenal*. La Instrucción Pública, pp.125-127 Sexta edición. Bogotá, Colombia. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1879). “La mujer” *Revista quincenal*. Galería de mujeres virtuosas y notables, pp. 228-235 Décima edición. Impreso por Eustacio Escovar. Recuperado de <http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll26/id/1661>

Acosta de Samper, S. (1895). *La mujer en la sociedad moderna*. Paris, Francia: Garnier hermanos, librerros editores. Recuperado de <https://archive.org/details/lamujerenlasoci00samppgoog/page/n9>

Archivo de la Provincia de Bogotá, Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación. Sindicatura 135, Folios 7, 12, 13.

Barberi, J. I. (1914a). *Manual de Enfermeras. Primer Curso. Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene*. Bogotá: Imprenta Eléctrica.

Barberi, J. I. (1914b). *Manual de Enfermeras. Segunda parte. Nociones de Medicina, Cirugía y Farmacia. Tercera Parte. El arte de la Enfermera*. Bogotá: Imprenta Eléctrica

Bejarano J. (1948). *Historia y Desarrollo de la Enfermería en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XVII, Numero 1.*

- Bouquet, E. (1929). La esterilización de los anormales. *Glosario Medico. Año II Numero 12* pp.252- 254. Manizales, Colombia; Clínica de Santa Inés.
- Buendía, JM (1897). Carta de solicitud al Ministro de Instrucción pública sobre la necesidad de educar enfermeras y comadronas. Archivo Central Histórico de la Universidad Nacional de Colombia. Registro 32, folio 79-81
- Calderón, L., Jiménez López, M. (1913). Necesidad de escuelas nacionales de enfermeras y comadronas. Memorias del Segundo Congreso Médico de Colombia. Enero 19 a 26, pp.114-118.
- Carrasquilla, R. (1898) Informe del Ministerio de Instrucción Pública al Congreso Nacional en sus sesiones de 1898. Bogotá, Colombia. Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos.
- Código civil de 1887 (Ley 57 Sobre adopción de Códigos y unificación de la legislación Nacional). Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39535>
- Constitución política de la Republica de Colombia 1886. Edición oficial. Bogotá, Colombia: Imprenta de Vapor de Zalamea HS
- Congreso de Colombia. Ley 39 de 1903 “Sobre la Instrucción pública”. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102524_archivo_pdf.pdf
- Congreso de Colombia. Ley 83 de 1914. Por la cual se reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1790273>
- Congreso de Colombia. Ley 28 de 1932 “Sobre reformas civiles”. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1584147>
- Consejo Nacional Legislativo. Ley 30 de 1886 “Por la cual se crea la Junta Central de Higiene” Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1787392>
- Decreto 592 (1905). Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Medicina. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-102519_archivo_pdf.pdf

- Decreto 227 (1933). Por el cual se dictan disposiciones sobre enseñanza secundaria para señoritas. Recuperado de [http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/subpage/mujer/mujer/Leyes%20Mujer%20PDF/DecretoEl Concordato 1887.](http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/subpage/mujer/mujer/Leyes%20Mujer%20PDF/DecretoEl_Concordato_1887.pdf) Recuperado de https://www.cec.org.co/sites/default/files/WEB_CEC/Documentos/Documentos-Historicos/1973%20Concordato%201887.pdf
- García, P. (1914). La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo. *Revista de Higiene. Año VI, (I), 88. 161.176*
- Gómez, J. (1898). *Las epidemias de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Imprenta de La Luz.
- Gómez, L. (1928). Interrogantes sobre el progreso de Colombia. P 1-26. Recuperado de https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/3537/3639
- Grillo, M. (1903). *Emociones de la Guerra*. Bogotá, Colombia: Librería de Julio S. Grillo.
- Ibáñez P. (1884). *Memorias para la Historia de la Medicina en Santa fe de Bogotá, Colombia*. Imprenta de vapor Zalamea hermanos
- López de Mesa (1920). *Problemas de la raza en Colombia. Volumen 2*. Bogotá, Colombia. Biblioteca de Cultura.
- Montaña E. (1911) Algunas consideraciones de los Hospitales de Bogotá. *Gaceta Médica. (1) 3, 49-52. (1)4, 73 -80*
- Muñoz G. (1893) Mortalidad de los niños en Bogotá. Colección de escritos presentados en el primer Congreso Médico Nacional. Bogotá julio 20 de 1893. Revista Anales de la Academia Nacional de Medicina. Tomo 1. Entrega 1. pp.99
- Pedraza (1954). *La enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo* Bogotá, Colombia: Editorial Minerva.
- Revista “El Educacionista”. Serie II de octubre de 1891. Bogotá, Colombia. Universidad Republicana.
- Rengifo, C. (1893). *Lactancia*. Bogotá, Colombia: Imprenta de Medardo Rivas

Tirado C. (1911). Reglamentación del ejercicio de la medicina. *Gaceta Médica (1) 11*, 271-274

Touvenaint, (1896). *Manual de la enfermera y la Comadrona*. Traducido al castellano por el Dr. J.B Londoño. Medellín, Colombia: Imprenta del departamento.

Fuentes secundarias

Álvarez M. (2015). *Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido*". *Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. (Tesis de pregrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá.

Amezcu, M. (2009) Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Revista Index de enfermería*. (18) 2. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001

Ávila, I. (2015). Biopolítica (afirmativa) y cuidado feminista. Memorias virtuales Seminario Internacional género y cuidado: teorías escenarios y políticas. pp. 60-75. Recuperado de https://www.academia.edu/26293199/El_cuidado_feminista_como_biopol%C3%ADtica_afirmativa

Ariza, E. (2015) *Nodrizas, madres, médicos: Medicalización de la lactancia en Bogotá 1869-1945* (Tesis de pregrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá

Bello, J (2015). Relación médico- paciente, una aproximación filosófica a la clínica. Recuperado de <https://gilbelloblog.wordpress.com/2015/02/12/relacion-medico-paciente-una-aproximacion-filosofica-a-la-clinica/>

Bermúdez, S. (1993). El “bello sexo” y la familia durante el siglo XIX en Colombia. *Historia Crítica*. N°8 pp. 34-51 Recuperado de: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/histcrit8.1993.02>

Buitrago, P. (2015). Higiene y protección en la formación de maestros para la infancia *Revista Educación y Ciencia - Número 18*. 29-42. Recuperado de: <https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/001/1418/2/TGT-168.pdf>

- Caporale, S (1995). Foucault y el feminismo: ¿un encuentro imposible? *Anales de Filología Francesa*, (7), 5-18. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesff/article/view/17921/17271>
- Carmona, I. (2015). Arqueología y genealogía en Michel Foucault. *En Clave Social*. (4) 1, 62-70. Recuperado de: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/EN-Clave/article/view/952>
- Casas, A. Marquez, J.(1999) Sociedad médica y medicina tropical en Cartagena del siglo XIX al XX. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* (26). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/16767>
- Castro Carvajal, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*, (1), p. 157-188. doi: <https://doi.org/10.18046/recs.i1.405>
- Castro Carvajal, B. (2011). Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Revista investigación y educación en Enfermería*; (29) 2, 267 — 285. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/1052/105222400015.pdf
- Castro Carvajal, B. _ (2014). La escritura de las monjas francesas viajeras en el siglo xix. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. (41) 1, 91-126. DOI: <https://doi.org/10.15446/achsc.v41n1.44765>
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por los temas, conceptos y autores*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Castro-Gómez, S. (2007a). ¿Disciplinar o poblar? La intelectualidad colombiana frente a la biopolítica (1904-1934). *Nómadas*. 26, 44-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1051/105115241006.pdf>
- Castro-Gómez, S. (2007b). Razas que decaen, cuerpos que producen. Una lectura del campo intelectual colombiano (1904-1934). *Biopolítica y formas de vida*. p 109- 141. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, S. (2009). *Tejidos Oníricos: movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana
- Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá, Colombia. Siglo del Hombre Editores / Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.

- Confessor, A. (2015). Influencia del poder disciplinar en la formación y en la práctica del profesional de enfermería: una reflexión foucaultiana. *e-universitas*. (1) 2261-2270
- Cohen, L. (1997). El bachillerato y las mujeres en Colombia: acción y reacción. *Revista Colombiana de educación*. N°35. Recuperado de: revistas.pedagogica.edu.co/index.php/RCE/article/download/5419/4446/
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid, España: Ed. McGraw-Hill.
- Díaz, J. (2016) Traducción de la Clase del 7 de enero de 1981- Subjetividad y Verdad. Michel Foucault. Documento no publicado.
- Díaz, O. (2018). *Las competencias en la educación superior. Debates contemporáneos*. Bogotá, Colombia: Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE- Universidad Pedagógica Nacional.
- Echeverry de Pimiento, S. (2003). Enfermería el arte y ciencia de curar. *Revista Actualizaciones En Enfermería*, pp. 35- 45. Recuperado de <https://encolombia.com> › Revista Academia Nacional de Medicina › Academia M. 063
- Ehrenreich (1973). *Brujas, parteras y enfermeras*. Version traducida al español, Barcelona, España: Editorial La Sal.
- Fajardo, C. (2003). Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. Recuperado de: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_historia_matronas.pdf
- Felacio, L. (2011). La Empresa Municipal del Acueducto de Bogotá: creación, logros y limitaciones, 1911-1924. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la cultura*. (38) 1, 109-140. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/23183/35952>
- Fernández, L. (2000). Roles de género. Mujeres académicas ¿conflictos?. *Revista de ciencias sociales*, (43) 88, 63-75, Recuperado de <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wpcontent/uploads/2015/01/Roles-de-genero-y-mujeres-academicas.compressed.compressed-1.pdf>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>

- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, España. Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. México. Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires, Argentina. Tusquest editores.
- Foucault, M. (1994). *La Hermenéutica del Sujeto*. Madrid, España. Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2004). *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad territorio y población*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2009) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México. Fondo de cultura económica.
- Ferreira, Y. (2003). Desarrollo histórico de los estudios de enfermería en Cartagena de Indias. Recuperado de: repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/1119/1/enfermeria.pdf
- Fuster, N. (2012). La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. Contextos n. 28. <http://www.umce.cl/joomlatoolsfiles/docmanfiles/universidad/revistas/contextos/N28-04.pdf>
- Gabilondo, A. (1999). La creación de modos de vida. En: *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Vol. III*, pp. 9-35. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Gaitán Cruz, Hermana María Cecilia (1999). *La enfermería en Colombia: Orígenes de audacia y compromiso*. Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

- Galvis, E. (2012). Una lectura de la libertad en Michel Foucault. Reseña del libro Foucault on Freedom de Johanna Oksala. *Revista de estudios sociales. Volumen* (43), p 182-186, DOI: 10.7440/res43.2012.17
- Gallo, O. y Márquez, J. (2011). La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquia, 1910-1950. *Revista Historia y Sociedad. 20*, pp. 57- 89. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/172527247/4-La-mortalidad-infantil-y-la-medicalizacion-de-la-infancia>
- Garcés, L y Giraldo, C. (2013) El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas. (14)22*, 187 - 201 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>
- Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización. Segunda parte. *Revista Catedra paralela, 4*. pp. ¿? Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00052f001t1.pdf
- Gómez, E. (2012). La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Revista Aquichan. Vol.12*, pp. 42-52. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2081/2691>
- Gómez Martínez, E. (2013). Curiosidades y más curiosidades de la Regeneración. *Revista Credencial Historia*. Recuperado de: <http://www.revistacredencial.com/credencial/historia/temas/curiosidades-y-mas-que-curiosidades-de-la-regeneracio>
- Gómez, E y Montalvo, A. (2013) Enfermería en Cartagena 1900-1920. *Palobra. N| 13*, 124-142. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5077592.pdf>
- Gómez Ochoa, A. (2015) [La salud como una práctica pedagógica en Colombia 1920- 1990. \(Tesis doctoral\) Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá.](#)
- Gómez Serrano C, Munar C, Parrado Y, Urbano G, Rodríguez M, Vargas E & Velandia (2011). *Tres escuelas una historia. La formación de enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia 1920 -1957*. Bogotá. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería
- Guerra, Y. (2016). Vejez, envejecimiento y eugenesia en Colombia. Consideraciones históricas. *Revista Latinoamericana de Bioética. (16) 2*, 140-161

- Hernández, C. Sellán, S, Maldonado E. (2013). Las coordenadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad. *Revista Enfermería Universitaria*. (10) 4, pp. 133-138. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a5.pdf>
- Hernández, E. Pecha, P. (2003). *La Universidad bogotana y la enseñanza de la medicina en el siglo XIX. Entre la precariedad, la inestabilidad política y la miseria de las guerras civiles*. Bogotá, Colombia. Círculo de lectura alternativa.
- Herrera, C. (2011). Educación física y biopolítica: un asunto de género en la escuela colombiana. En *La Invención Del Homogymnasticus Fragmentos Históricos Sobre La Educación De Los Cuerpos En Movimiento En Occidente*. P 497-527. Buenos Aires, Argentina. Editorial Prometeo.
- Herrera, C. Ojeda, C. (2016). El amor y aquello de ser mujer”: aproximaciones a la configuración de lo femenino en la escuela colombiana (siglos XIX y XX). *Actualidades pedagógicas*. N°67, pp. 115-133. Recuperado de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ap/article/view/3733/2936>
- Jaramillo, C. (1987). Las Juanas de la Revolución. El papel de las mujeres y los niños en la Guerra de los mil días. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Número 15, p. 211-230, 1987. ISSN electrónico 2256-5647. ISSN impreso 0120-2456. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/36110/37534>
- Lapeña, E. (1993). *El temperamento melancólico. Hacia una alquimia posible del arte*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Laza, C. (2007). "De mujeres cuidadoras a enfermeras: Apartes de la historia de una disciplina". *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 10, fascículo 1,36-41, Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-101/de_mujeres-cuidadoras_1/
- Londoño, P. (1995) Las colombianas durante el siglo XIX. *Revista Credencial Historia*. Número 68. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/agosto95/agosto2.htm>
- Manosalva C. (2014). *¿De la subordinación a la autonomía? Proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia de 1920 a 1958* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Manosalva C. (2015). Género, enfermería y cuidado. Políticas educativas y el proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia, primera mitad del siglo XX En: Memorias virtuales Seminario Internacional género y cuidado: teorías escenarios y políticas. p 329-348.
- Martínez, E (2012). Cómo estudiar anatomía. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- Marquardt, (2011). Estado y constitución en la Colombia de la Regeneración del Partido Nacional 1886-1909. *Revista Ciencia política. Vol. 6, 11, pp. 56-81*. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/41501>
- Medina, José Luis (1999) *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona, España: Editorial Leaters.
- Moral, P. (2008). El cuerpo del deseo. El discurso médico medieval sobre el placer sexual. *Studium Medievale: Revista de Cultura visual - Cultura escrita. N°1., 136-147*. Recuperado de: <http://www.academia.edu/3397200/>
- Moral, P. (2010). Espacios femeninos. El proceso de legitimación masculina del saber y las prácticas sanitarias femeninas. En: *La transformación de enfermería. Nuevas miradas para la historia*. pp.75-93. Madrid, España. Editorial Comares.
- Noguera, C. (2003) *Medicina y política - Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín, Colombia: Fondo editorial Universidad EAFIT.
- Ospina A, Sáenz J, Saldarriaga O. (1997). *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946, Volumen 2*. Medellín, Colombia: Ediciones Foro Nacional por Colombia.
- Ovejero A, Pastor J. (2001) La dialéctica saber/poder en Michel Foucault un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela. *Revista Aula abierta. N°77 pp. 99-110*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45498.pdf>
- Palma, E. (2017). Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. *Revista habanera de ciencias médicas. (16) 3*. Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1274/1813>
- Patiño, J. (2016). El hospital universitario. *Revista de la Facultad de Medicina, (64) 4, 595-596*. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/55881>

- Pardo, M. (2006). Reseña: Santiago Castro - Gómez. La Hybris del punto cero. Ciencia Raza e Ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). *Revista Tabula Rasa*. Número 4. p. 339-346. ISSN 1794-2489. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n4/n4a17.pdf>
- Pinilla, A. (2015). Sujetos y orden social en la política educativa de las primeras décadas del siglo XX. *Revista Historia y Sociedad*. Número 29, p 43-60. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/issue/view/4234/showToc>
- Prado, L. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. (36) 6, 835-845. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Quevedo, E. (1990). *La Salud en Colombia. Análisis sociohistorico*. Bogotá. Colombia: Editorial Presencia.
- Quiceno, H. (2012). *Crónicas Históricas de la Educación en Colombia*. Bogotá, Colombia: Cooperativa editorial Magisterio.
- Restrepo, L. (1995). Parteras, Comadronas y médicos. La Instauration de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. (44),140, 33 -42. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/upb/article/view/4670>
- Restrepo, L. (2006). *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1870-1930*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Restrepo Zea, (2006). *Régimen de atención en el Hospital San Juan de Dios: ordenanzas y relaciones: Bogotá, 1868-1876*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Reyes, C. (1995) Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX, el hogar y el trabajo, escenarios de las mayores transformaciones. *Revista Credencial Historia, Edición 68: 1-20*. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-68/cambios-en-la-vida-femenina-durante-la-primeramitad-del-siglo-xx>
- Rodríguez, J. (2012). Acueducto de Bogotá, 1887-1914: Entre público y privado. *Revista Credencial Historia*. Numero 267. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-267>
- Rose, N. Políticas de la vida (2012). En: *Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Argentina: UNIPE: Editorial Universitaria.

- Roslan, Y. (2015). Sujetos silenciados en el ámbito hospitalario. Propuesta desde un enfoque narrativo. *Revista de trabajo social Margen*, 78. pp. 1-6. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen78/roslan78.pdf>
- Saldarriaga, O. (2003). *Del oficio de maestro. Prácticas y teorías de la pedagogía moderna en Colombia*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Sánchez, F. (1989). Historia de la Ginecología y Obstetricia en Colombia. EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Volumen XL No. 4. p 261-271. Recuperado de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2495>
- Sánchez, L. (1981). Hospital de La Misericordia 6 de mayo de 1906 - 6 de mayo de 1981. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. Volumen XXXIX No. 3 Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/21959>
- Sánchez, S. (2002). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- Saurith, V. (2015). *Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Segura, P (2010). El ideal femenino de Soledad Acosta de Samper. Un análisis de los “Estudios históricos sobre la mujer en la civilización” de la revista La mujer. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá
- Sepúlveda, J. (2016). Michel Foucault: Tecnologías de gobierno y prácticas de libertad. Últimos desplazamientos. Renovadas problematizaciones. *Perspectivas Metodológicas /* (2) 18, 123-135. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/1253/1084>
- Torres, J. (2010). La mujer en la segunda mitad del siglo XIX Una sombra presente. *Goliardos. Revista estudiantil de Investigaciones Históricas, Número 12, p. 53-6. ISSN impreso 2145-986X.* Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/gol/article/view/45166/46522>
- Urias, B. (2003) Eugenesia y aborto en México (1920-1940). *Revista Debate Feminista*. (15) 27, 305-323 Recuperado de:

http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027_18.pdf

- Vaticano. Catecismo de la Iglesia Católica, aprobado por la Carta Apostólica LAETAMUR MAGNOPERE 1997. Recuperado de http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/lettera-apost_sp.html
- Vázquez, Fa (2009). De la microfísica del poder a la gubernamentalidad neoliberal. Nota sobre la actualidad filosófico-política de Michel Foucault. *Contrahistorias. La otra mirada de Clío*. pp. 71-92. Recuperado de <http://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/9165>
- Velandia, A. L. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Velandia, A. L. (2002). Influencia de la “cuestión femenina” en la educación de enfermería en Colombia. *Revista Investigación y Educación en enfermería*. (20) 1, 36-52. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16741>
- Velandia, A. L. (2016). *Historia de la enfermería en Colombia. Segunda edición revisada y complementada*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- Villegas A. (2007). Nación, intelectuales de élite y representaciones de degeneración y regeneración, Colombia 1906-1937. *Revista Iberoamericana*. 28-01, 2011: 7-24
Recuperado de: <http://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/iberoamericana/article/viewFile/842/525>
- Veyne, P. (1984) *Como se escribe la Historia. Foucault revoluciona la historia*. Madrid, España. Alianza Editorial.