



**Entre tetas y tetes:
políticas de la lactancia materna en Colombia**

Requisito parcial para optar al título de Magister en Estudios Culturales

Válerin Saurith López

Eduardo Restrepo

Director

Maestría en Estudios Culturales
Facultad de Ciencias Sociales
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá
2015

Yo, VALERIN SAURITH LOPEZ, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Estudios Culturales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana, es de mi entera autoría excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.



VALERIN SAURITH LOPEZ.
C.C. 1032.428.020 de Bogotá D.C.
2015.

*A Valentina López, quien con su seno amoroso me
alimentó en los primeros años de mi vida.*

*A Mauro Brigeiro, quien fue el primero en convidarme
a ver a las lactantes desde otras perspectivas.*

Contenido

Introducción

Capítulo 1. Leche de “madre sólo hay una”

¡Madre sólo hay una! ¡Lactancia materna sólo hay una!

Gotas de “leche de vaca”

Capítulo 2. Leches Modernas

Leches de Formula Industrializadas

Mezclas vegetales y leches vegetales

Cuerpos modernos, madres modernas

Capítulo 3. Flujos de leche materna y de capital

Borrón y cuenta nueva: más tetas menos tetes

Nuevos sujetos y subjetividades lactantes

Conclusiones

Referencias citadas

Introducción

Conexiones

La década de 1990 se presenta como el epicentro del auge de políticas públicas a favor del amamantamiento. En 1992, como parte de las actividades de promoción impulsadas por el “Primer plan nacional de lactancia materna”, la Presidencia de la Republica publicó “*Hacia una lactancia materna feliz: texto práctico para profesionales de la salud*”. En él se dice lo siguiente: “Parece increíble que tengamos hoy que decirle a un grupo de mamíferos que deben amamantar. Sería como si tuviéramos que decirles que deberían hacer uso de su instinto sexual y aparearse o que, por favor, no se olviden de respirar, ni de comer” (Presidencia de la República, 1992:13).

En el año 2006 cursaba cuarto semestre del pregrado en nutrición y dietética, en una de las primeras sesiones del seminario “Antropología de la Alimentación”, mientras hablamos sobre lactancia, el profe Mauro preguntó ¿Creen ustedes que existe el instinto maternal? Todos dijimos que sí, yo dije que sí, decíamos que lactar es instintivo, que es algo natural, propio de la maternidad, haciendo justicia con lo que en otras clases del currículo básico habíamos aprendido. Aunque el debate fue largo y muchos interrogantes no pudieron ser resueltos en tan poco tiempo, la clase me motivó a explorar otras posiciones sobre el tema.

En otras sesiones de dicho seminario, revisamos diferentes textos con el fin de reflexionar sobre la alimentación como constructo social e histórico, también, al inicio de cada sesión, en un espacio que llamábamos *Break Cultural*, podíamos departir inquietudes y comentarios sobre diferentes asuntos; el profe nos compartía información de eventos, libros o alguna cosa relacionada con su facultad (las ciencias humanas). En uno de esos eventos conocí *De Mujeres, hombres y otras ficciones*, (mi primer) libro sobre teoría de género, feminismos y representaciones sociales. En él había un artículo titulado “*Los padres y las madres de la patria. Representaciones médicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo veinte*”, ahí mencionaban a José Ignacio Barberi, nada más y nada menos que el fundador del *Hospital de la Misericordia*, sitio donde realizaba mis prácticas de pediatría en ese momento.

Para este honorable “padre de la patria”, primer pediatra colombiano y abanderado del movimiento higienista de inicios del siglo XX, la mortalidad infantil era un “hecho espantoso evitable con poco esfuerzo y se debía únicamente a la ignorancia y descuido por parte de las madres” (Barberi, 1905:2 citado en Facundo, 2006:85). La autora de mi libro comentaba que “el remedio propuesto por los médicos para mejorar tal condición fue la obediencia por parte de las mujeres de las prescripciones hechas por ellos” (Facundo, 2006:85), situación que no ha cambiado luego de un siglo, sino que se ha intensificado y además ha pasado a ser responsabilidad de nuevos actores, por ejemplo de nosotras las nutricionistas.

Actualmente, una de las prescripciones que hacemos los profesionales del área de la salud para evitar la mortalidad infantil es practicar la lactancia materna y evitar el consumo de leches de formula industrializadas (LFI). Pero ¿Qué es lo que enseñamos cuando enseñamos lactancia materna? Enseñamos cosas que aprendemos en la facultad, también lo dispuesto por los currículos avalados por el Estado; esto implica, no sólo las cuestiones técnicas, por ejemplo, los beneficios para la salud del bebé o de la madre, los métodos de extracción, almacenamiento, las propiedades nutricionales, etc.; sino que, además, enseñamos a las madres a ser madres, les enseñamos a cumplir con la naturaleza, a hacer uso de su instinto.

Mi acercamiento a la antropología, a las teorías feministas y, ahora, a los estudios culturales, han hecho que cuestione esa suerte de consenso (de producción hegemónica) existente en los referentes teóricos y en la producción académica proveniente de las ciencias médicas, los cuales, a la hora de hablar de la lactancia, acuden a imperativos que apelan a la “naturaleza” como sustento moral de otras construcciones aparentemente universales y transparente como lo son el “género” y la “salud”.

Situando la crítica sobre la lactancia materna

Una se interroga sobre los límites de los modos de saber porque ya se ha tropezado con una crisis en el interior del campo epistemológico que habita [...]. Es desde esta condición y a través de esta rasgadura en el tejido de nuestra red epistemológica que la práctica de la crítica surge, con la conciencia de que ya ningún discurso es adecuado o de que nuestros discursos reinantes han producido un impás (Butler, 2000:s.p)¹.

Algunas críticas a los discursos hegemónicos sobre la lactancia materna sostienen que la construcción cultural de la naturaleza implícita en los discursos del movimiento pro lactancia y de las instituciones internacionales de salud que la apoyan actualmente, se sustenta en la autoridad moral inherente y poco cuestionada de lo natural. Esto se debe a que “la naturaleza presenta un atractivo terreno sobre el cual fundar una visión moral debido a su capacidad de tomar valores disputados y hacerlos parecer innatos, esenciales, eternos y no negociables” (Wall, 2001:596 citado en Yáñez, 2010:118).

La noción de “naturaleza” según los análisis que Val Plumwood ha hecho sobre la configuración de los dualismos y las diferencias, proviene de una relación de negación, de dependencia, en donde se determina una estructura lógica y en donde se forman las identidades de los elementos relacionados². Esa adjudicación de valores no se da al azar sino que está permeada por el poder (Plumwood, 1993:44). Para Foucault,

El ejercicio moderno del poder es principalmente del orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones. La medicina desempeñó y desempeña un papel fundamental en la formación de esta modalidad del ejercicio de poder. [...] Las sociedades modernas están sometidas a un proceso continuo e indefinido de medicalización, [*el cual*] se caracteriza por la función política de la medicina y por

¹ Tomado de: Butler, Judit (2000). “¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault”. Instituto europeo para políticas culturales progresivas. Disponible en <http://eipcp.net/transversal/0806/butler/es> (Consultado el 30 de julio de 2015).

² Para Plumwood los elementos clave de la estructura dualista en el pensamiento occidental son los siguientes, seguidos de sus pares contrastantes: cultura/naturaleza, razón/naturaleza, hombre/mujer, mente/cuerpo, dominador/dominado, razón/materia, racionalidad/animalidad, razón/emoción, mente, espíritu/naturaleza, libertad/necesidad, universal/particular, humano/naturaleza, civilizado/primitivo, producción/reproducción, público/ privado, sujeto/objeto, mismo/otro (Plumwood, 1993:44).

la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico. (Foucault, 1994: 43, 50 citado en Castro, 2004:242).

Esta forma de poder ha utilizado a la construcción cultural de la “la naturaleza” para legitimar el amamantamiento, haciendo que un gran conjunto de supuestos morales se desplieguen de manera furtiva (disimulada) bajo todo lo que dicha noción puede abarcar; también se ha valido de otras construcciones aparentemente universales y transparente como lo son el género y la salud.

Para Jonathan M. Metzl, la salud es un “un estado deseado, pero también es un estado pre escrito y una posición ideológica” (Metzl, 2010:2). Valiéndose de Foucault, Metzl comprende la salud como un discurso de poder, un discurso que es productivo y no solamente represivo.

Desde una perspectiva foucaultiana, el incesante discurso de la sociedad norteamericana sobre la salud se produce y se regula a sí mismo, a la vez que a sus sujetos, mientras permite que sea cada vez más difícil eludirlo. Tal biopoder subyuga expresiones con las que no estamos de acuerdo y expresiones con las que sí, ambas cumplen la tarea de apartarnos cada vez más de la posibilidad de resistencia real (Metzl, 2010:5).

Desde esta perspectiva es comprensible no encontrarse (es raro o casi imposible) con enunciados que se oponga a la lactancia materna ¿Quién podría estar en contra de algo tan “natural” y “saludable”? Pues Metzl, junto con un equipo de académicos y a través de un riguroso análisis biopolítico lo hace. En *Against Breastfeeding*, Joan B. Wolf, una de las integrantes de dicho equipo, deconstruye los enunciados que unen a la salud con la lactancia materna. Su trabajo inicia contravirtiendo los mensajes educativos de la Campaña Nacional de Concientización sobre Lactancia Materna, en donde básicamente se muestra que alimentar a un bebe con leche de fórmula, en vez de amamantarlo, significa ponerlo en riesgo³. Wolf sostiene que este tipo de publicidad refleja, por un lado, una obsesión

³ La “Campaña Nacional de Concientización sobre la Lactancia Materna” expone lo siguiente: "Nunca tomarías riesgos antes de que nazca su bebé. ¿Por qué empezar después? ". En los anuncios televisivos se muestran las siguientes situaciones: en uno, una mujer embarazada es arrojada violentamente de un toro mecánico, en otro, dos mujeres embarazadas se enfrentan en una competencia cuerpo a cuerpo. El mensaje

estadounidense generalizada con el riesgo (especialmente con el riesgo para la salud de los bebés y los niños); y por otro, una información distorsionada de los riesgos para la salud que puede traer el consumo de leches de fórmula, ignorando y escondiendo lo que ella llama los “riesgos de la lactancia materna”.

Wolf considera que esta retórica pro lactancia resalta los beneficios que trae el amamantamiento para los bebés, pero oculta o ignora los riesgos y costos que ésta conlleva para algunas madres. Las madres que dejan el empleo temporal, por ejemplo, para ser a tiempo completo cuidadoras de sus niños pequeños, son más propensas a luchar financieramente en ancianidad, y están en mayor riesgo de pobreza en los casos de divorcio. Sin embargo, los peligros para las mujeres de no sostener el empleo se ignoran en gran medida, mientras que los supuestos riesgos de no amamantar están ampliamente difundidos. Para Wolf, “La lactancia materna no es gratis y tiene riesgos. Se describe a menudo de esa manera debido a que el trabajo materno se entiende como “natural” y por lo tanto sin costo” (Wolf, 2010:87,88).

En una época en que los estadounidenses parecen estar convencidos de que pueden eliminar casi cualquier riesgo, un mensaje cultural se ha desarrollado en torno a que las madres no sólo deben proteger a sus niños de las amenazas inmediatas, sino también deben ser expertas en todo lo que sus hijos necesiten [...]. Una ética de la "maternidad total" se lanza con frecuencia como un compromiso entre lo que los bebés y los niños necesitan frente a lo que las madres pueden elegir. Sin duda la pasión por la lactancia materna y la antipatía de la fórmula infantil tienen su origen en la preocupación acerca de los bebés [...]. Bajo la “maternidad total” las madres desaparecen como mujeres y como individuos (Wolf, 2010: 88, 89).

Esta cita nos muestra que en los discursos promotores de la lactancia materna, la naturaleza puede operar como un dispositivo organizador (articulador) del género y la salud. Wolf también analiza varios ejemplos de investigaciones (metanálisis, revisiones bibliográficas y comentarios) que muestran un “sesgo de selección”, esto es que las madres lactantes

elaborado por el “Departamento de Salud de Estados Unidos” es contundente: “la fórmula es peligrosa”, sólo una mujer lo suficientemente insensible es capaz de competir en deporte extremo durante el embarazo, al igual, sólo una lo suficientemente insensible puede alimentar a su bebé con leche de fórmula (Wolf, 2010:83).

participes de tales estudios pueden optar por realizar otras actividades consideradas saludables (como aumentar el consumo de frutas y verduras, hacer deporte, disminuir el azúcar y la grasas, cepillarse los dientes, etc.), y por lo tanto, el hecho de amamantar o no a sus hijos, no está relacionado necesariamente con que ellos tengan un mejor estado de salud. Esta autora norteamericana asegura que en Estados Unidos la investigación en el tema es débil y no justifica ni la creencia generalizada de que la lactancia materna tiene amplias ventajas, ni que la alimentación con fórmula es peligrosa como lo quieren hacer ver ciertas campañas publicitarias y el gobierno (Wolf, 2010:86).

Estos temas han sido trabajados por autoras latinoamericanas como Soledad Yáñez, quien argumenta que “muchas literaturas científica, sociológica y activista sobre los méritos comparativos de la leche materna no se basan en hallazgos experimentales significativos sino que responden a presunciones sobre el rol materno en el cuidado infantil que resultan en argumentos circulares que se auto sustentan” (Yáñez, 2010:121, 122). También, existe una falta generalizada de voluntad de considerar a los asunto de salud como una cuestión de compensación de riesgos, lo cual generaría una apertura a las dimensiones sociales de elección, valores, arreglos domésticos y a la división del trabajo (Law, 2000:421 citado en Yáñez 2010:122).

Otras académicas han estudiado el tema de la lactancia materna dentro del análisis las campañas anti-nodrizas iniciadas en Europa en siglo XVIII y que luego se extendieron por gran parte de América Latina. Por ejemplo, uno de los puntos centrales del trabajo de Rita Laura Segato en “*El Edipo brasilero: la doble negación de género y raza*”, tiene que ver con las relaciones de parentesco que se entablaban a partir del uso de amas de leche y cómo esta práctica chocaba con la imagen de familia burguesa que poco a poco se iba perfilando como modelo legítimo de organización social propio de las nacientes e imaginadas naciones latinoamericanas. Aunque es bastante amplio el abordaje que esta autora elabora del tema, resalto dos cosas. Primero, la referencia que hace sobre un estudio de fotografías a lo largo de la época colonial, en donde se rastrea la desaparición de las amas negras de la escena nacional: en las primeras fotos, las amas estaban presente en cuerpo entero, ellas cargaban al bebé noble para tranquilizarlo durante la toma, luego, en otras imágenes se observan a los bebés sujetados por una mano, que aparece en algún lado de la foto de

manera sutil, o encima de un cuerpo cubierto con una manta. Segundo, Segato menciona que algunas personas veían con buenos ojos la abolición de la esclavitud ya que de esta forma se evitaría que los blancos fueran contaminados por las costumbres inmorales de los negros, así se pasó de usar esclavas negras como amas de leche a amas blanco mestizas, las llamadas nodrizas mercenarias, o también a usar otra forma de maternidad compartida contemplada bajo la figura de niñeras o amas secas, aquellas que no lactan, sólo cuidan del bebé (Segato, 2007: 191-222).

En Colombia hasta el momento no se han hecho investigaciones comunes a las mencionadas por Segato (sobre la regulación del cuerpo de la nodriza), ni tampoco asociadas a la configuración de los discursos actuales sobre lactancia materna. No obstante sí hay autores que se han ocupado de trabajar el tema del control de los cuerpos de las mujeres y de la medicalización de la maternidad desde una perspectiva biopolítica y de manera tácita han incluido el tema del amamantamiento dentro de este campo de estudio.

A demás de Ángela Facundo (2006), a quien menciono al inicio de este apartado, Zandra Pedraza se ha especializado en entender cómo en la dimensión del cuerpo se presta la vida a ser conservada por el biopoder. Sus principales estudios toman como punto de partida el inicio de la República ya que desde este momento la vida es asimilada como responsabilidad estatal y los médicos se convierten en los encargados de señalarle a la nación el camino hacia el progreso. La Higiene, movimiento abanderado por estos nuevos letrados empieza a producir una serie de conocimientos sobre el cuerpo con el objeto de conseguir una población sana, lo cual evitaría que ciertas enfermedades afecten aspectos comerciales y económicos (Pedraza, 2012).

Para autores como Santiago Castro-Gómez y Eduardo Restrepo no es posible entender los proyectos y discurso biopolíticos en Colombia sino son pensados como fruto de la modernidad/colonialidad. Esto es a) la definición del ejercicio de gobierno que implica la nación en términos geopolíticos y coloniales; b) la formación del Estado nación como un proceso de colonialismo interno de apropiación y gestión de la población y el territorio; c) las noopolíticas para definir e intervenir los cuerpos y las subjetividades, así como la apropiación y explotación del territorio y la naturaleza. Todas estas situaciones se dan siempre en el marco del sistema-mundo capitalista (Castro-Gómez y Restrepo, 2008:12).

Con estas herramientas teóricas me propuse estudiar ¿cómo el Estado ha cuidado la vida de los nacionales a partir de discursos sobre lo saludable, en relación con la alimentación infantil? y ¿cómo este proceso ha forjado los regímenes de verdad actuales sobre la “lactancia materna”? Lo que plasmo en esta investigación es una genealogía, un estudio de las “emergencias, despliegues y transformaciones que han construido nuestro presente” (Restrepo, 2008:113). Una historia del presente de las políticas de la lactancia en Colombia.

Para desarrollar mi investigación me enfoqué principalmente en la manera como funcionó la gubernamentalidad, la conducción de las conductas de los nacionales, específicamente de las mujeres. Analizo cómo se dio forma a su cuerpo y a su subjetividad a través de medios calculados. Exploro cómo a través de los discursos sobre alimentación infantil se aseguró el bienestar de la población, la mejora de su condición, el aumento de su riqueza, salud, etcétera; pero también, cómo los sujetos se posicionaron de maneras diferentes en relación a los otros y en relación a tales programas gubernamentales (Foucault, 1997a: 100 citado en Munrray, 2007:275, 277).

Capítulo 1

Leche de “madre sólo hay una”

En la República, los médicos se convirtieron en los encargados de señalar al Estado el camino hacia el progreso. La higiene, movimiento abanderado por estos nuevos letrados, emerge en las últimas décadas del siglo XIX y se posiciona como una vía directa para el ejercicio del biopoder. A partir de este dispositivo se formulan soluciones para conseguir una nación sana y bien alimentada, lo cual evitaría que ciertas enfermedades afecten aspectos comerciales y económicos (Pedraza, 2012:102; Castro-Gómez, 2007:45).

El descubrimiento de las bacterias y la exploración de la nascente ciencia de la microbiología fueron unos de los fenómenos que, explicados a la luz del dispositivo higiénico, permitieron disponer de discursos sobre lo “saludable”; y que, llevados a la vida individual y colectiva, pasaron poco a poco a ser constitutivos de la subjetividad de los colombianos, sobre todo de las mujeres. En este sentido, se hallaron problemas en la conservación de alimentos – leche, por ejemplo – y en costumbres alimenticias que desmejoraban la salud de los niños (Pedraza, 2012:102). La protección y el bienestar de la infancia fueron identificados con el grado de civilidad del país, por lo que no se escatimaron esfuerzos en las campañas para su educación y de lucha contra la mortalidad infantil (Sáenz, Saldarriaga y Ospina, 1997 citado en Facundo, 2006:88).

La atención del Estado se centró en el vínculo madre/hijo. Era en la maternidad donde se desplegaba la verdadera condición femenina. Los higienistas fraguaron la imagen de mujer/madre, figura del orden social imaginado por ellos. Pero, según sus acotaciones, las mujeres no sabían ser madres y esta ignorancia era la razón de la alta tasa de mortalidad infantil, la mala salud y el desaseo. La higiene se vio en la obligación de enseñarles a las mujeres su tarea.

El embate eugenésico les quitó de esta forma piso a las tradiciones y conocimientos de las mujeres, desvirtuando y diluyendo las modalidades femeninas de alianza para que, libres de toda comunidad distinta de la familiar, las mujeres quedaran subordinadas a la consulta y el conocimiento médico, que les ratificaba su exclusiva

dedicación familiar. La mujer/madre, empleando los recursos, prácticas y discursos higiénicos, haría del hijo un ciudadano útil y de la puericultura una obra patriótica. (Pedraza, [1996] 2011: 200,201).

En la primera parte de este capítulo analizaré los principales argumentos, usados por dos reconocidos higienistas de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, para educar a las mujeres urbanas y con recursos económicos para contratar a una nodriza, sobre el tema de la adecuada alimentación de sus hijos. Discutiré cómo los postulados de los médicos reproducían el imaginario colonial de “limpieza de sangre (blancura) que persistió durante todo el siglo XIX” (Castro-Gómez, 2007:44), cómo estos expertos racializaron las clases sociales, viendo en las clases populares [*en las nodrizas*] signos biológicos de degeneración que hicieron de ellas un objetivo urgente de acción higienista civilizadora por parte de la élites blanco-mestizas (Guillaumin, 2002; Viveros, 2002 citado en Facundo, 2006:78). También reflexionaré sobre cómo este proceso biopolítico de carácter moderno colonial permitió no sólo que “los higienistas fraguaran la imagen de mujer/madre, figura del orden social imaginado por ellos” (Pedraza, [1996] 2011:200), sino que dicho proceso de homogenización se llevara a cabo a través de la puesta en marcha de discursos diferenciadores, produciendo una construcción sexo/genérica de “las mujeres” interseccionada con construcciones raciales y de clase social (pues la leche del cuerpo de la nodriza no era tan natural como la de la madre blanco mestiza).

Desde la segunda década del siglo XX, los higienista empezaron a influir con más fuerza en la vida política del país y crearon las entidades necesarias para que el ejercicio de su poder fuera efectivo y regularizado (Facundo, 2006:79). En la segunda parte de este capítulo mostraré cómo una segunda ola de higienistas abanderada por pediatras liberales, consideró que a través de la educación las “malas madres” - ya no sólo las nodrizas, sino también las obreras de la ciudad - podían corregir su ignorancia y decadencia. A estas se les instruyó en las *Gotas de leches* sobre la correcta forma de educar a sus hijos, las que por ocupaciones laborales no podían amamantarlos fueron excusadas y para evitar que acudieran a una nodriza, se les permitió el uso de la alimentación artificial a base de leche de vaca pero condicionada al cumplimiento de los parámetros científicos departidos en dichas instituciones del Estado.

¡Madre sólo hay una! ¡Lactancia materna sólo hay una!

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (FMUNAL), que abrió sus puertas en 1868, fue una de las primeras instituciones creadas para ejercer el control higiénico (Pedraza, 2012:102). En ésta se producía el conocimiento científico necesario para afrontar los problemas relacionados con la salud de la nación, entre ellos los asociados a la alimentación infantil. Claudio Rengifo⁴ y José Ignacio Barberi,⁵ prestigiosos higienistas egresados de la FMUNAL, publican dos famosos textos en donde describen los diferentes métodos de alimentación infantil y las respectivas indicaciones que deben seguir las madres para garantizar la salud de sus hijos.

Según nuestros médicos hay cinco clases de lactancia, a saber: lactancia materna, la ofrecida por la madre biológica; lactancia por nodriza, la ofrecida por una mujer extraña; lactancia artificial, en la que se ofrecen leches de animales o algún producto industrializado; y, por último, lactancia mixta, en la que se combinan todos los métodos anteriores (Rengifo, 1893: 7; Barberi, 1905: 9). A continuación mostraré los principales argumentos usados por estos científicos para explicar cada uno de los tipos de lactancia, sobre todo la lactancia materna y la lactancia por nodriza, pues a través de dichas recomendaciones no sólo enseñan a las mujeres a ser madres sino a diferenciarse de las nodrizas, a identificarse a sí mismas y a las otras dentro de las representaciones de “buena madre” o “mala madre”.

⁴ Claudio Rengifo, médico de la FMUNAL pública en 1893 su tesis doctoral titulada “*Lactancia*”, él y su tutor presentan la tesis haciendo uso de las siguientes palabras: “Hemos escrito el presente opúsculo sobre la *Lactancia*, procurando recopilar en él las enseñanzas y los datos más precisos que acerca de esta materia nos suministran varios autores distinguidos, apoyados en la experiencia” (Rengifo, 1893: 5).

⁵ José Ignacio Barberi, médico especialista en medicina infantil y fundador del reconocido *Hospital Pediátrico de la Misericordia*, escribe en 1905 un famoso *Manual de higiene y medicina infantil al uso de la madres de familia, o sea tratado práctico sobre el modo de criar a sus hijos y de atenderlos en sus enfermedades leves*. En ese entonces dicho hospital se llamaba *Hospital de la misericordia para niños enfermos pobres*. El 23 de julio de 1897, con el ánimo de materializar los deseos de su difunta esposa, María Josefa Cualla, este médico inicia la construcción del Hospital de la Misericordia; el 6 de mayo de 1906 abrió sus puertas contando con 35 camas y tres cunas para prestar atención especializada a niños de escasos recursos económicos. Tomado de la página <http://www.fundacionhomi.org.co/index.php/la-fundación/reseña-histórica> (Fecha de acceso 12/07/20125) y “Aspectos históricos de libros relevantes de la historia de la pediatría”, *Revista de la Facultad de Medicina* 1999; 47(4): 237 - 239.

Lactancia materna: único método totalmente “natural”

El vínculo madre/hijo

Para Rengifo, “el niño que antes de nacer ha sido alimentado por la sangre materna, necesita, para su desarrollo, los mismos elementos, es decir, las sustancias de la misma fuente a que debe su existencia” (1893: 11). Para él, “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”. Por su parte, para Barberi, la lactancia ofrecida por la madre biológica es la que “más fija y consolida los vínculos que han de unir de por vida y de modo decisivo las dos existencias. Parece que por medio de ella la madre difundiera en el organismo de sus hijos los mejores elementos de su vitalidad física, y que éste aspirara lo mejor de su vida moral” (Barberi, 1905: VI, VIII).

El instinto maternal y la obediencia a las leyes naturales

El niño que recibe leche de su propia madre “está más en conformidad con su naturaleza; es lactado con más cariño y solicitud, y por último, está menos expuesto a las turbaciones mórbidas que comúnmente provocan las otras clases de lactancia” (Rengifo, 1893: 12), ya que sólo la madre quien es “llevada por el instinto materno, ve y cuida de satisfacer hasta las menores necesidades manifestadas por el niño [...] sólo comprensibles para ella. Jamás una nodriza mercenaria podrá atender a esas necesidades con tanta ternura terneza, suavidad y cuidado” (Rengifo, 1893:11,12). La madre no debe buscar el alimento para el niño en otros lados o en otras leches ya que “la providencia lo ha puesto en casi todas las madres, como para indicarles el camino que deben adoptar para la crianza de sus hijos: la leche de mujer es el alimento obligado del niño durante sus primeros meses, y el que más le conviene, por ser de más fácil digestión” (Rengifo, 1893: 8, 9).

La Naturaleza ha ordenado que la madre lacte a su hijo, su conformación, el intestino del niño, todo demuestra que así debe ser. Qué de bendiciones no recibe una madre que tiene la satisfacción de amamantar a su hijo, el futuro de

este como hombre, todo queda sellado favorablemente y para siempre, cuando la madre obedece las leyes naturales (Barberi, 1905:10).

Pero para Rengifo, cuando una madre lacta a su propio hijo no sólo consigue que la naturaleza derrame bendiciones morales y físicas sobre él, también el cuerpo y la salud de ella se verá recompensada: “una madre que no amamanta está infinitamente más expuesta a las peritonitis, metritis, abscesos del seno y a la afecciones cancerosas de las mamas y la matriz [...] La lactancia ha mejorado notablemente a varias mujeres de las enfermedades anteriores” (Rengifo, 1893:12). Al respecto, “Bouchand refiere el caso de una mujer que, habiendo sufrido de histeria antes y después del matrimonio y padecido un acceso convulsivo por un mes, durante los 14 meses que lactó a su hijo no volvió a presentársele ningún acceso” (Rengifo, 1893:12).

Técnica de la lactancia

Para hablar sobre la manera correcta de llevar a cabo todo el proceso de amamantamiento, Rengifo, en uno de sus apartados titulado “*Técnica de la lactancia*”, asegura que aun “las artes más humildes en apariencia no son siempre fáciles de practicar; prueba de ello es el arte de la lactancia. El instinto, por más que se crea [*de creencia*], no enseña mucho que digamos en esta materia; requiere ser conducido por la razón” (Rengifo, 1893:13). Luego de esta nota aclaratoria prescribe una serie de consejos asociados a horarios y edades para lactar, la posición más adecuada para hacerlo y describe casos en qué la lactancia está contraindicada (Rengifo, 1893:13).

Las explicaciones que Barberi da sobre la manera correcta en que la madre debe amamantar a su hijo son más detalladas: “póngase el niño al pecho precisamente cada dos horas durante el día; en la noche, después de su baño diario, vístasele y désele de mamar, y hasta las seis u ocho horas no se le vuelva a poner al pecho y se tendrá la norma de una buena higiene alimenticia” (Barberi, 1905: 10,11). Para aumentar la producción de leche, “Juzgo por la larga experiencia, que como bebida no hay nada mejor que la cerveza Doppel, que fabrica en esta ciudad el filántropo caballero Sr. D. Leo S. Kopp; ésta aumenta sin duda la cantidad de leche” (Barberi, 1905:12). Todas estas acciones estaban incluidas dentro de un conjunto de consejos más amplios sobre la crianza de los hijos y los deberes femeninos:

“La madre, por su parte, sabe que tiene horas en el día para dedicarse a sus quehaceres, sin que su hijo la necesite y que en la noche pueda reposar con tranquilidad, y hacerse así capaz de resistir la crianza hasta que sea necesario” (Barberi, 1905:11).

Lactancia por nodriza: aunque la leche de mujer sea natural, este método es innatural e inmoral

Rengifo argumenta que desde tiempos muy remotos algunas madres no han querido o no han podido amamantar a sus hijos y por tanto, “ha sido necesario hallar mujeres dispuestas a traficar con su leche, a trueque de dinero, [*no obstante*] la nodriza únicamente puede ser impuesta por imperiosas necesidades, y sólo estas alcanzan a justificar una promiscuidad que no está en los fines de la naturaleza” (Rengifo, 1893:18).

Cuando por enfermedad o impedimento físico, y de acuerdo con el dictamen del médico, la madre no pueda lactar a su hijo lo único aconsejable es buscar un ama de pecho, para que lo amamante. Decidido este punto, ¿qué condiciones debe tener una tener una buena nodriza? Bien, que en todo caso sea indispensable el examen científico, la urgencia del momento, el vivir en un lugar que carezca de médico, etc., pueden obligar a hacerlo sin tal requisito: por esto quiero dar algunas reglas generales a este respecto (Barberi, 1905:14).

Elección de la nodriza

Tales reglas generales contemplan: edad (joven, de veinte a veinticinco años), procedencia (las campesinas son más robustas, más sencillas en sus costumbres y de mejor conducta moral), carácter (buen carácter, porque una ama irascible, puede matar al niño con su leche envenenada), fisionomía (agradable y bien parecida, lo que educará desde el principio el buen gusto estético del niño) (Barberi, 1905, 15,16).

En contraste con lo dicho por Barberi sobre la apariencia física, Rengifo considera que “las madres dan a menudo más importancia a una fisionomía agradable que a las cualidades esenciales”, por tanto “al médico le incumbe convencer a las madres de lo necesario en el asunto” (Rengifo, 1893:20). Por ejemplo,

Es una creencia general que las mujeres de color moreno y de una constitución fuerte son mejores nodrizas que las rubias y de constitución débil, porque dan mayor cantidad de leche y de mejor calidad. Las diferencias de composición química de la leche entre aquellas y estas son insignificantes: Vernois y Becquerel aseguran, por el contrario, que es superior la de las mujeres de constitución débil. Las mujeres que tienen tendencia a engrasarse, son, por lo general, malas nodrizas [...]. Esto es más verosímil y hasta concluyente, si atendemos a lo que pasa en algunos animales: las mejores razas de vacas lecheras son aquellas que siempre permanecen flacas, como sucede con ciertas razas flamencas u holandesas (Rengifo, 1893:20).

Otras de las recomendaciones de Rengifo son: piel (tejidos firmes y sin gordura exagerada), ojos (que no padezcan estrabismo), relaciones sexuales (evitarlas), menstruación (afecta la calidad de la leche, alimentación (incluir leche de ganado por ser un alimento completo y de fácil digestión), bebidas (evitar las bebidas fermentadas como la chicha⁶; la cidra y la cerveza sí fomentan la copiosa producción de leche), estado civil (las solteras son menos costosas) (Rengifo, 1893: 19,20).

En cuanto al carácter, Rengifo anota que la nodriza debe “ser sobria, de buen humor e intachables costumbres” (Rengifo, 1893:22)” pero aun así,

no hay que atribuir a las nodrizas el poder de transmitir las costumbres y el carácter por medio de la leche, como lo hacen algunos eruditos, refiriendo hechos que no pasan de ser puras fantasías [...]. Hay en el niño una incontestable tendencia a imitar cuanto oye y mira, por donde su educación

⁶ Rengifo también sostiene que las nodrizas se alimentan mal (beben chicha, entre otros). Al respecto dice que “La transición repentina en las nodriza de una alimentación pobre a una succulenta, en los seis primeros días, les ocasiona disminución de la cantidad de leche, pero después la mejora en abundancia y calidad” (Rengifo, 1893:26). Esta última frase es contradictoria con lo que el mismo Rengifo sobre la “excelente calidad de la leche materna en el campo” (Rengifo, 1893:28), lugar de donde, según estos médicos, son la mayoría de las nodrizas, en donde se tiene “leche de mejor calidad y en donde las mujeres son de mejor constitución, más robustas” (Rengifo, 1893:28). A lo largo de este capítulo se pueden ver las contradicciones sobre las representaciones que tienen los médicos acerca del campo o la ciudad y de las madres/las mujeres que en cada uno de estos sitios habita.

moral debe estar vigilada por la madre, único ser que puede interesarse por que su hijo adquiriera costumbres sanas y carácter bueno (Rengifo, 1893:22).

Luego, este médico se contradice al mencionar que “se han registrado muertes súbitas de niños a consecuencia de una viva emoción moral de tristeza o alegría que experimentaron la mujeres que lo amamantaban” (Rengifo, 1893: 22); en estos casos aconseja “separar al niño de la nodriza mientras a esta le dure el trastorno moral, sacar toda la leche que contienen las mamas en ese momento, y no darle el seno al niño sino cuando una nueva leche lo haya reemplazado” (Rengifo, 1893: 22).

Vigilar siempre a la nodriza

Para Rengifo, “en las madres es una obligación imperiosa redoblar sus cuidados con el niño y vigilar a toda hora a la nodriza; pues estando la vida de su hijo de por medio, deben convencerse hasta la saciedad de que el ama cumple honradamente sus deberes, y no confiar en su buena fe” (Rengifo, 1893:26). Para Rengifo las peores nodrizas son aquellas que, “sólo lactan al niño en el día, y por la noche se retiran a su hogar; estas presentan como inconveniente el de dejar abandonado por la noche al niño y sin el alimento necesario, y el de poder ellas entregarse, durante esas horas, a excesos alcohólicos y sexuales, y dormir, como ordinariamente sucede, mal abrigadas” (Rengifo, 1893:18,19); y, aún más, aquellas que prestan sus cuidados lejos de la madre; debido a

que maltratan a los niños, los lactan insuficiente, y, para que no sufran de hambre, les suministran alimentos inadecuados. Se comprende el inmenso perjuicio que puede acarrear el uso de esta clase de nodrizas, si se considera que están carecen, por lo general, de educación y de sentimientos humanitarios, sobre todo, cuando hay que prodigar al mismo tiempo atenciones y cuidados a los propios hijos (Rengifo, 1893:19).

Barberi, también aconsejan pautas de comportamiento y vigilancia de la madre hacia la nodriza, él refiere que “hay señoras que las encierran semanas enteras en la alcoba, sin dejarlas casi salir; error gravísimo, ellas son mujeres acostumbradas a vivir al rayo del sol, andando y moviéndose constantemente, y si se les reduce a esta situación de quietud, su salud en general sufre y la leche se le acaba” (Barberi, 1905:17); al respecto, recomienda

que “el paseo diario al aire libre es indispensable, pero debe enviársele con el niño y alguna persona de respeto, porque [él ha] visto amas, con bellísimos infantes, libando en las chicherías y también maltratándolos sin misericordia” (Barberi, 1905:18).

Los textos de Barberi y Rengifo son destinados a la educación de mujeres urbanas y con posibilidades económicas de contratar una nodriza. A ellas es a quienes estos médicos les hablan y son ellas quienes deben aprehender a identificar y a usar las diferentes clases de lactancia. Para que ellas logren cumplir a cabalidad con lo prescrito, deben identificarse e identificar a “las otras” (a las nodrizas) según lo descrito por estos científicos; en este sentido, dichos manuales cumplen la función de formar subjetividades, no de las madres como entes homogéneos, sino de las madres contratantes y de las madres contratadas, es decir, de las madres biológicas y de las nodrizas.

Rengifo y Barberi representan a las nodrizas como mujeres pobres, ignorantes, frívolas y llenas de costumbres inmorales, que no son capaces de alimentar bien a sus hijos y mucho menos a los hijos ajenos; como mujeres que no saben nada acerca de los cuidados que merece un niño y por tanto deben supeditarse a las órdenes que ellos imparten, pero sobre todo a las órdenes de sus patronas, quienes tendrían que seguir al pie de la letra sus consejos, vigilando y sospechando siempre de sus empleadas.

En los apartados “*lactancia por nodriza*” se les explica a las madres contratantes cómo hacer el más detallado escrutinio de la prospecta nodriza, pero a la vez se les enseña a diferenciarse de ellas: si las nodrizas son representadas como esas “malas madres” que venden su leche y no alimentan a sus propios hijos, una “buena madre” es todo lo contrario, “tiene mayor derecho a llamarse madre la mujer que dice: *este hijo lo alimenté con mi leche*, que la desgraciada que por incapacidad o repugnancia no lo ha verificado” (Rengifo, 1893:12); de esto, también se deduce por qué la mayoría de los consejos plasmados en los apartados “*lactancia materna*” (la ofrecida por la madre biológica, por la empleadora) están destinados a enseñarles a ellas a ser “buenas madres”, más que cualquier otra cosa.

Para estos expertos, la leche de mujer, pero, sobre todo la de la madre biológica, es la más conveniente para los niños, no sólo por sus propiedades digestivas sino por su valor

simbólico: permite que “la mujer contribuya a proporcionar algún bien a la sociedad” (Rengifo, 1893:6). Las madres que se encargaran de lactar a sus propios hijos no sólo les van a brindar el mejor alimento físico sino moral, lo cual hacían de la lactancia “materna” (la de la madre biológica, porque madre sólo hay una, y por ende, también sólo hay una lactancia materna) un bien socialmente valorado; pero, cuando se trataba de la lactancia brindada por una nodriza este bien era totalmente despreciado, no sólo por falsear las leyes de la naturaleza sino porque provenía de mujeres de dudosa moralidad, pobres e ignorantes.

Los archivos revisados no muestran con claridad los motivos por los cuales algunas mujeres recurrían a una nodriza. Rengifo comenta que muchas madres descuidan la lactancia “por incalificable negligencia o funesto capricho” (Rengifo, 1893:6); también, algunas alegan como disculpa “las exigencias sociales y las fatigas o la perdida de belleza o lozanía” (Rengifo, 1893:12). Parece que en las mujeres burguesas, el deseo de no lactar era un discurso soterrado, no circulaba tan fácil pues era un acto reprobado y para evitar esta pena moral se recurría a diferentes excusas o razones; aun así, nuestros médicos en sus manuales les enseñan a las mujeres a aparentar ante la sociedad que a pesar de ello son “buenas madres”, ya sea escogiendo y administrando una “buena nodriza” o fingiendo amamantar a su hijo,

La madre aunque no tenga leche, debe poner a su hijo el pecho con frecuencia, de manera de hacer creer a la nodriza que ella es capaz de amantarlo por sí sola, en caso de que ésta se vaya; este engaño hace que el ama se maneje mejor y no amenace a cada rato con su huida, como es costumbre entre estos benditos males necesarios. Si la madre no tiene leche, conviene darle tetero de agua de cebada, aunque la leche del ama sea suficiente, con el mismo objeto. En las familias donde receto, hago saber constantemente a la madre, delante de la nodriza, que en el caso en que esta no satisfaga, tenga varias siempre a su disposición, sutileza que tiende al mismo fin (Barberi, 1905:18).

Esta última cita es muy dicente sobre el valor social de la lactancia brindada por la madre biológica versus la lactancia brindada por una nodriza. Esta última no era tan indispensable, ni tan importante y fácilmente reemplazable. Para las mujeres de las elites blanco-mestizas la belleza, la lozanía y las actividades sociales sí tienen un gran valor colectivo, al

contrario, la lactancia era una cuestión de mujeres pobres e ignorantes, una cuestión propia de las nodrizas.

Aunque la promulgación del amamantamiento era un asunto asociado con la mejora de la salud de los niños, por lo visto, a veces se tornaba más importante regular el comportamiento de la nodriza que dicho asunto, ejemplo de ello es la recomendación que hace Barberi sobre darle más alimentos al niños aunque la leche del ama sea suficiente, con el objeto de fingir ser buena madre y demostrarle a la nodriza su poco valor. La “salud”, que en otros apartados del texto de Barberi era el objeto que lo convocaba a educar a las madres, perdía sentido dentro de este tipo de recomendaciones (por ejemplo, en la página once sostiene que por salud no se debe sobre alimentar al bebé (Barberi, 1905:11)).

Para Rengifo y Barberi, el estado de “salud” del niño era un indicador de la buena o mala elección de la nodriza y, de lo buena o mala madre que se podía llegar a ser: “siempre el mejor reactivo es el niño; si su salud es buena, y las pesadas hebdomadarias acusan aumento progresivo de su peso, es porque la nodriza llena las condiciones necesarias para su oficio” (Rengifo, 1893:25); y, “terminado el examen del ama, [*la madre*] debe examinar a su hijo, y el estado de [*salud de*] este es el mejor criterio del valor de la leche [*de quien lo amamanta*] y de lo cuidadosa de la madre” (Barberi, 1905:16)

Lactancia artificial. Leches de animales y leches industrializadas de incipiente importación

La alimentación artificial era el método que le seguía, en orden de preferencia, a la lactancia materna y a la lactancia por nodriza. Al respecto Barberi menciona: “el método de alimentación artificial es el peor de todos pero “¿Qué hacer pues en presencia de una madre que no tienen leche y que no puede pagar una ama para que le crie a su hijo? Las recomendaciones que nuestros padres de la patria hacían sobre el uso de este tipo de alimentación infantil contenían representaciones sobre el campo y la ciudad y la gente que allí habitaba, y sobre los tropos natural y artificial.

El campo y la ciudad

Rengifo al orientar a una madre sobre el método de lactancia mixta (leche de mujer más leches artificiales), le adjudica los siguientes valores al campo y a la ciudad:

Este tipo de lactancia es más o menos ventajosa, según el lugar en el que se instituya. En el campo el vigor del niño nacido allí; la excelencia de la leche materna; la posibilidad de poderla sustituir por leche de vaca de buena calidad; y por último, el aire libre y puro que se respira son condiciones que aventajan la lactancia de que hablamos, a la misma práctica en la ciudad en condiciones contrarias, como son: delicadeza de la mujer que da luz allí [*en la Pg. 19 refiere que una campesina es de mejor constitución*]; debilidad en la constitución del niño; calidad mediocre de la leche materna, lo mismo que la de la que se da a la venta [...] viciación del aire [*etc.*] (Rengifo, 1893:28).

Para el tiempo en que escriben nuestros médicos, consumir leche de vaca, que ha sido transportada del campo hacia la ciudad, representaba un riesgo higiénico. El descubrimiento de la pasteurización se dio a la par de los procesos de industrialización y urbanización pero, en Bogotá, para ese entonces, al Estado le era de difícil garantizar la calidad sanitaria de la leche ya que las plantas pasteurizadoras llegaron en un número considerable al país luego de la segunda mitad del siglo XX. El problema de la leche de vaca es otro caso asociado a llegada de la “modernidad como deseo onírico” (Castro-Gómez, 2009); por un lado, los médicos la recomendaban, justificados en las ciencias moderna de la nutrición, que desde finales del siglo XIX veían en ella a un alimento bueno para la población en general, pero sobre todo para los niños cuando no podían ser amamantados; y por otro, la dificultad de obtenerla en adecuadas condiciones fisicoquímicas.

Teniendo en cuenta las características contextuales que dieron inicio a la promoción del consumo leche de vaca en el país, Barberi, en lo concerniente a la alimentación de los niños más pequeños, aconseja: “si la persona puede irse a vivir al campo por un tiempo, debe irse, y allí fácilmente puede escoger la vaca que debe alimentar a su niño” (Barberi, 1905:22), pues la leche de los establos y de las cantinas en Bogotá tiene gravísimos inconvenientes asociados a su almacenamiento, conservación, transporte, al agua que le dan a beber a los vacas y a los “peones ignorantes que nunca lavan las cantinas” (Barberi, 1905:21, 22). También, propone que el niño debe “destetarse de los quince a los diez y ocho meses, poco

más o menos; a los seis se puede comenzar a dar, si viviese en el campo, leche de vaca cruda, fresca, de ternero pequeño; en Bogotá, donde la leche es venenosa, se le dará una comida de agua de pan francés o harina lacteada⁷[...]" (Barberi, 1905: 13); y, por último, receta que, en cuanto a la alimentación del niño luego del destete, esta "debe ser casi exclusivamente de leche [...], cuantas veces va el médico a recetar a un niño que tiene, digamos dos años, y al prescribir leche por único alimento, resulta que no la bebe, porque la madre, por descuido u otra cosa, no se la enseñó a beber!" (Barberi, 1905:14).

La responsabilidad sobre la correcta alimentación de los niños recaía sobre la madre, ella era quien debía ofrecerle a su hijo leche de buena calidad y acostumbrarlo desde pequeño a consumirla. Antes de terminar este capítulo, veremos como el Estado, en las primeras décadas del siglo XX, comienza a gestionar dicha situación, pero, lo que más me interesa de traer a colación los mensajes sobre lactancia artificial que daban nuestros médicos a las madres, es develar las representaciones sociales que ellos derramaban sobre el imaginario colectivo, en este caso sobre el campo y la ciudad y sobre lo natural y lo artificial.

En cuanto al primer dualismo, las ideologías acerca de lo qué es, qué hay y quien vive en el campo o en la ciudad (en el centro o en la periferia) moldea los significados sobre el tipo de mujer que en cada uno de estos sitios habita. Según Barberi, la mayoría de las nodrizas provienen del campo (Barberi, 1905:17), de acuerdo a lo que repasamos en párrafos anteriores podemos deducir los valores que le son asignados a ellas desde el discurso médico, valores que, aunque a veces son contradictorios, no dejan de cumplir la función de dotar de sentido y armar tipificaciones (diferenciación) entre madres, entre sujetos nombrados "mujeres", sobre todo las blanco-mestizas y las nodrizas (las pobres/no blancas).

Lo natural y lo artificial

⁷ Según Vallone (2009) la *harina lacteada* es el nombre que Henry Nestlé le colocó a su primer alimento para bebés a base de leche de vaca y otros azúcares (Vallone, 2009:98). Claudio Rengifo en su texto de 1893 también habla de leches suizas o de algunos productos marca Nestlé, que llegan al país gracias a las incipientes importaciones. La multinacional Nestlé instala plantas en Colombia en 1944. En el segundo capítulo ahondaré en los avatares de la proliferación de las leches de fórmulas industrializadas (LFI) en el país.

En cuanto al segundo dualismo, dentro del gremio médico había un consenso para hablar de la lactancia materna como algo de carácter “natural”, por ejemplo, Barberi sostiene que cuando una madre amamanta a su propio hijo “cumple con las leyes naturales” (Barberi, 1905:10), y Rengifo alega que el niño que recibe leche de su propia madre “está más en conformidad con su naturaleza (Rengifo, 1905:12). En este sentido, es comprensible, que nuestros médicos incluyan al resto de las leches destinadas a la alimentación infantil dentro del grupo catalogado como lactancia artificial⁸.

En contraste, para el doctor Luis Antonio Hoyos, administrador del *Registro municipal de higiene*, “Las sustancias calorígenas y plásticas [*que asocia con leches industrializadas o harinas conservadas*] no han sido preparadas por la naturaleza en la leche de mujer y de los animales” (Hoyos, 1913:332). Para Rengifo y Barberi, una leche merecía ser clasificada dentro de los métodos de lactancia artificial, más por el proceso del cual “no” hacía parte, es decir, la lactancia materna, la lactancia “indiscutiblemente natural”, que por cualquier otro motivo.

Aunque una cosa es la palabra utilizada para nombrar un objeto y otra cosa es el objeto nombrado, no hay una relación inmanente entre el objeto y su nombre, sólo hay una relación de representación; no obstante, las formas de comprender lo natural y lo artificial en relación a la alimentación infantil influyó en las decisiones que tomaron los médicos y el Estado luego de la segunda década del siglo xx⁹.

Para los años en que Rengifo y Barberi escribieron sus manuales y hasta inicios de la cuarta década del siglo XX, dentro del país no se producían leches industrializadas en polvo y condesadas para la alimentación de los bebés, si se conseguían era debido a las incipientes importaciones. Estos productos industrializados, no gozaban de buena fama dentro del

⁸ Barberi en su texto cuando habla de lactancia artificial, además de nombrar a la leche de vaca hace mención a “una preparación que se usa mucho en Inglaterra y que me ha dado grandes servicios en la pediatría: es la leche condensada, que viene en tarros de lata [...] no vacilo en aconsejarla durante algún tiempo, mas no para continuarla indefinidamente” (Barberi, 1905:27). Para Rengifo las leches propias de la lactancia artificial son 1) leches de vacas, burra, cabra etc.; 2) leche suiza condensada; 3) leche peptonizada (leche materna artificial de Voltmer); 4) crema de Biedert; y 5) el polvo o extracto de Liebing (Rengifo, 1893:37).

⁹ A lo largo de esta investigación se verá que los términos natural y artificial para referirse a la lactancia y/o a los alimentos infantiles a base de leches tienen varios significados en el transcurso del periodo histórico abordado.

gremio científico lo cual, junto a la mayor restricción de las nodrizas, propició que el Estado y los médicos, en lo respectivo a la alimentación infantil, promovieran más a leche de vaca que a cualquier otra leche.

El doctor Hoyos, comenta que “como entre nosotros por el espíritu de novelería que nos hace preferir todo lo importado, se olvida este principio [*alimentar a los niños con leche materna y leche de vaca*] y se emplean a menudo diversas harinas conservadas” (Hoyos, 1913:331), se ve en la obligación de “llamar la atención hacia los peligros que tiene tal preferencia para la salud y la vida de los pequeños seres que se alimentan con ellas” (Hoyos, 1913:331). En el caso de usar harinas “juzgamos que deben preferirse las frescas, preparadas en el país, de cuya buena calidad es posible cerciorarse [...] No es fácil saber qué edad tiene una harina preparada en el extranjero y depositada por un tiempo más o menos largo en el almacén que la importa o que la detalla (Hoyos, 1913: 332, 333).

Las harinas referidas por el doctor Hoyos eran las “*harinas lacteadas*” que el doctor Barberi recomendaba en su manual de 1905, una mezcla de leche de vaca y otros azúcares, que diseñó Henry Nestlé en 1870 y que para 1873 se habían vendido por año más de 500.000 latas en Europa, E.E.U.U, Argentina, México y las Indias orientales Holandesas (Vallone, 2009:98). Otros sucedáneos de la leche materna que llegaban al país a través de donaciones extranjeras, fueron ciertos tipos de leches en polvo descremadas que eran repartidas a las usuarias de las *Gotas de leche* de la capital (Pardo, 1920:50).

Gotas de “leche de vaca”

Las *Gotas de leche* eran centros de beneficencia, educación e investigación creados en 1919 por la Sociedad de Pediatría de Bogotá.¹⁰ Algunos médicos que hacían sus pasantías allí,

¹⁰ En 1917 José Ignacio Barberi y Calixto Torres Umaña (segundo Pediatra de formación en el país, luego de Barberi) fundan la “Sociedad de Pediatría de Bogotá”, cuyo objetivo era desarrollar y perfeccionar el estudio de las enfermedades de los niños, favorecer su crianza y atenderlos en sus enfermedades; con tal fin propondrá por fundar consultorios gratuitos en los distintos barrios de la ciudad, tratará de establecer la institución conocida con el nombre de *Gotas de Leche* y se preocupará por divulgar por todos los medios posibles la manera de criar los niños de acuerdo con las ideas higiénicas modernas, para lo cual sus miembros dictarán conferencias periódicamente a las madres que desean mejorar la salud de sus hijos. (Archivo General de la Nación, citado en Pohl-Valero, 2014:16). Jorge Bejarano fue el primer director de las *Gotas de leche* de

buscaban determinar la fórmula que más se adecuara a las necesidades fisiológicas y a los requerimientos calóricos del lactante. Para algunos doctores “las leches que llegan absolutamente descremadas [...] no permite garantizar la nutrición de los niños que son sometidos a la lactancia artificial” (Pardo, 1920:50). Las leches condensadas o en polvo “no son muy recomendables por que modifican en mucho su valor alimenticio por la evaporación completa del agua y porque los principios activos de la leche son de una gran alterabilidad” (Pardo, 1920: 53), y “el escorbuto infantil y el raquitismo, comunes en Inglaterra, son atribuidos por muchas autoridades médicas al uso que se hace en aquel país de las harinas conservadas, aunque no se hayan alterado” (Hoyos, 1913:334).

A principios del siglo XX se empezó a estructurar en Colombia un campo de investigación sobre la fisiología de la alimentación que giró en torno a la analogía del cuerpo humano como una máquina térmica transformadora de energía. A partir de la unidad energética de las calorías, los alimentos se tradujeron en la cantidad de combustible que necesitaba consumir el cuerpo-máquina para su óptimo desempeño de acuerdo al trabajo realizado y las condiciones ambientales. Calixto Torres Umaña fue uno de los que ayudó a introducir esta concepción del cuerpo dentro del campo de la pediatría (Pohl-Valero, 2014:1,13).¹¹

El método de alimentación infantil de las *Gotas de leche* correspondía a esta forma moderna de concebir la fisiología del cuerpo, lo cual, sumado a la desconfianza que el gremio médico tenía sobre las leches industrializadas, produjo que la leche más usada en estos centros fuera la leche de vaca. En las *Gotas de leche*, se calculaban las onzas de leche que debían mezclarse con otros tipos de sustancias para ser suministradas a los niños según la edad, el peso y de acuerdo a un horario específico¹². Pardo, sostenía que “existen

Bogotá, en el evento de inauguración en 1919 expone: “Hágase labor de saneamiento; de educación general; dígase a las madres cómo deben alimentar a sus hijos, y veráse entonces si la mortalidad puede ser signo de imaginada degeneración” (Bejarano 1920, citado en Díaz: 2008:55).

¹¹ Calixto Torres, en su tesis de grado de medicina, realizó una investigación detallada sobre las capacidades metabólicas de los habitantes de Bogotá y Tunja. En este trabajo de 1913, Torres realizó un repaso del desarrollo histórico de la nutrición, destacando que esta ciencia había logrado su máximo desarrollo al lograr integrar efectivamente en su concepción del metabolismo la primera ley de la termodinámica: “el principio de la conservación de la energía se aplica, pues, al animal tan exactamente como a la máquina de vapor” (Torres citado en Pohl-Valero, 2014:1,13).

¹² Ver “Consideraciones sobre las gotas de leche”, tesis doctoral de Enrique Pardo Calderón, capítulo 4 “Alimentación del niño”, subtítulo 2 “Del método alimenticio de la gota de leche en Bogotá”.

diferencias esenciales entre la leche de la mujer y la de vaca, [*pero*] se han ideado muchos métodos para modificar esta última y hacerla semejante a la primera” (Pardo, 1920: 31); además, “podría decirse hay niños que se nutren mejor con leche de vaca que con leche materna (Pardo, 1920: 62) o con leche de nodriza; por ejemplo, “si el niño es robusto, la lactancia mixta o la artificial; le salvaría así de los múltiples peligros de la lactancia mercenaria” (Pardo, 1917: 19).

Correctamente organizada e inspeccionada la Gota de leche constituye un nuevo campo de observación para el pediatra que quiera estudiar los problemas aún pendiente de alimentación y de las enfermedades de la primera edad; puede hacer un gran acopio de hechos entre todos los niños cuya lactancia inicial ha sido mal dirigida y que sufren taras hereditarias; puede determinar las modalidades *normales o anormales* de crecimiento, y esto durante meses, aún años, porque allí puede tener bajo su *vigilancia al niño* por el tiempo que sea necesario (Pardo, 1920:23; énfasis agregado).

El objeto de investigación médica no era primordialmente la lactancia materna; aunque en algunos libros de la época se encontraban datos sobre la composición nutricional de la leche de mujer (Rengifo, 1893; Pardo, 1920), calcular los requerimientos del lactante según sus características antropométricas y fisiológicas se volvieron una prioridad, y para esto la leche de vaca era un mejor elemento. Al respecto, el doctor Pardo comenta que “con criterio de curiosidad y observación estudiamos algunas muestras de leche materna [...] nada nuevo podemos definir de la leche de mujer, porque es una noción tan trivial que está al alcance de todos” (Pardo, 1920:38).

Las *Gotas de leches* eran sitios “destinados especialmente a vigilar la lactancia por medio del tetero” (Pardo, 1920:14) y lo aseverado por Pardo, acerca de que la leche materna está al alcance de todos no era tan cierto; en primer lugar, porque cuantificar la cantidad de la leche de vaca a suministrar a un niño era más fácil que cuantificar la leche que sale por la succión del seno, lo cual la hace más accesible a la hora de medir las calorías, acción que garantizaría el monitoreo (la *vigilancia*) de su crecimiento; en segundo lugar, las estadísticas sobre el número de beneficiarias inscritas en las *Gotas de leche* de Bogotá, de 1919 a 1920, muestran que era mucho mayor el número de mujeres que solicitaban

alimentación artificial en comparación con aquellas que buscaban consejos para continuar con la lactancia materna (Pardo, 1920:70)¹³; y, en tercer lugar, el mismo Pardo aseguraba que las mujeres capitalinas tenían muchos obstáculos o excusas para lactar.

Los obstáculos de orden social no tienen valor ninguno si nos referimos a nuestras damas acomodadas, quienes ven un enorme inconveniente en la lactancia, las que les quita el tiempo que tienen dedicado a sus ocupaciones mundanas y a los numerosos compromisos sociales. No sucede lo mismo a las madres menesterosas, quienes se ven obligadas a abandonar el hijo durante el día para poder ganar el sustento. La institución, objeto de este trabajo [*Las Gotas de leche*], no limita su papel a dar consejos [*sobre lactancia*], de los cuales no podrían ser puestos jamás en práctica, sin el elemento indispensable que para cubrir los gastos que su ejecución acarrea [...]. Obligar a la mujer obrera a que dedique toda la atención que requiere el niño, sería condenar dos vidas a la muerte; un día sin trabajo es para ella un día sin pan. En los países civilizados, los legisladores se preocuparon por asegurar el reposo de la madre durante los últimos tiempos del embarazo y después del parto, asegurándole una indemnización que compensaba la pérdida de su salario; el congreso de Berlín lo reclamó expresamente desde 1890. Se dictaron leyes en este sentido en varios países, en Suiza, desde 1877, en Alemania, desde 1885, en Dinamarca, en España, etc. etc. (Pardo, 1920: 44)

Lo dicho por Pardo en el apartado anterior es un hito en la forma en cómo se inició a concebir la lactancia materna en Colombia y su relación con las mujeres obreras (trabajadoras urbanas). Los mensajes que estos médicos pregonaban en sus instituciones y en sus textos empezaban a configurar una visión particular en la manera de ver a la madre, no era la visión de los médicos que revisé al inicio de este capítulo –sobre todo Barberi – quien, en su manual, se dedica a enseñarles a las madres biológicas a ser madres a tiempo completo (a la élite blanco mestiza), sus consejos detallados sobre el tiempo que debían dedicar éstas al cuidado y a la alimentación de sus hijos da cuenta de ello.

¹³ Para 1933 existían unas 30 gotas de leche y sala cunas en 17 ciudades de Colombia, que preparaban un promedio de 150.000 teteros al mes (Pohl-Valero, 2014:17).

Aunque Pardo en su discurso logra diferenciar a unas madres de otras, a las más pudientes de las más pobres, estaba pensándose a la madre y a la mujer dentro de los confines de la economía moderna que se empezaba a consolidar en el país.

A partir de tercera década del siglo XX, la situación de las mujeres en la capital colombiana se vio influida por los nuevos saberes científicos adoptados en el país, pero esto no significó una ruptura definitiva con los antiguos requerimientos de comportamientos. Por un lado, durante las primeras décadas, se les exigió afianzar su labor de procreadoras biológicas y morales de los nacionales y, por otro, sin abandonar esta tarea los nuevos conceptos de urbanidad les exigieron un comportamiento acorde con los nacientes mecanismos urbanos de producción (Facundo, 2006: 81).

Esta última reflexión sobre el contexto en que se desenvolvían las mujeres en Bogotá quiero anudarla a lo que he venido sosteniendo sobre la forma que adquirió la biopolítica en Colombia (moderno/colonial), en que habían estrategias de homogenización para diseñar a la población “mujeres” y a la población “madres”, pero a la vez, habían una producción de la diferencia entre madres ricas y madres pobres, entre madres urbanas y madres rurales.

Para Pardo, en las Gotas de leche de Madrid se veía “acudir a gran número de madres ricas y aristocráticas en busca de consejos necesarios para alimentar a sus hijos” (Pardo, 1920:22); pero, esta situación no guardaba ninguna relación con lo que sucedía en las Gotas de leche de Bogotá. En nuestra ciudad fue común la colaboración de las mujeres de élite urbana en labores de enseñanza higiénica, bien fuera con donativos económicos o con su tiempo como instructoras en las Gotas de leches (Facundo, 2006:82), mas no como beneficiarias; por esta razón, la manera en que Pardo veía a las *Gotas de leches* de la capital, cómo sitios que “no se limitaban a las clases obreras o indigentes, [y *que*] han penetrado a las clases medias y acomodadas” (Pardo, 1920: 22), era elocuente, pero lo que allí hacían estas últimas señoras no era precisamente lo que hacían las mujeres aristócratas y ricas en Madrid.

De la anterior situación, resulta curioso saber ¿cómo era posible afirmar que una mujer de élite urbana fuera a educar sobre lactancia materna en las *Gotas de leche* sí los mismos

padres de la patria referían que ellas eran quienes menos lo sabían hacer? La respuesta a esta pregunta la podemos encontrar en lo que desde el manual de Barberi en 1905 se les enseñaba a esta clase de mujeres, a fingir, apoyadas por ellos, los médicos, a simular que eran buenas madres y buenas mujeres. La desconfianza que se tenía a las clases pobres y específicamente en las mujeres pobres, producía el efecto de verdad acerca de quiénes sabían hacer mejor las cosas, y acerca de quiénes eran mejores, es decir, las mujeres blanco mestizas urbanas.

Capítulo 2

Leches Modernas

En el capítulo anterior revisamos dos olas de corrientes higienistas que sumaron sus esfuerzos para combatir la morbimortalidad infantil, educando y aconsejando a las mujeres sobre los diferentes métodos de alimentación, especialmente sobre la lactancia que debe dar una madre a su propio hijo. Durante las últimas décadas de siglo XIX y la primera del siglo XX, vimos que un primer grupo de higienistas no sólo fraguaron la imagen de mujer madre, figura suprema del orden social imaginados por ellos, sino que a partir de un ejercicio de racialización de las clases sociales, dicha imagen quedó dividida entre, las buenas madres, representadas por las mujeres de la élite blanco mestizas urbanas y; su lado más oscuro, las malas madres y las nodrizas, representadas como mujeres campesinas pobres e ignorantes. Luego revisamos que a partir de la segunda década del siglo XX, una segunda ola de higienistas abanderada por pediatras liberales, reconfiguró la imagen de la “mala madre”, viendo en ellas seres que podían corregir su ignorancia y decadencia a través de la educación, “las Gotas de leches fueron esos sitios donde los médicos instruían con provecho a la mujer obrera en la puericultura” (Pardo, 1920:71).

Ahora, en este capítulo me dedicaré a demostrar cómo la educación en lactancia materna salió de la escena nacional¹⁴. Expondré que la instalación en el país de plantas de producción de leches de formula industrializadas (LFI), hizo que los médicos volvieran a confiar en estos productos y a ver en ellos un remedio a los problemas de alimentación infantil que trataban de resolver a través de recetas caseras en las *Gotas de leches*. También explicaré cómo a con el paso de los años, circulaban por el territorio nacional más tipos de “leches modernas”, las cuales eran vistas como los grandes alimentos que todos los colombianos, de todas la edades, necesitábamos para superar nuestros problemas de nutrición. Por último, analizaré cómo estos nuevos paradigmas modernos de alimentación se implantaron en el imaginario de la gran mayoría de los nacionales a modo de quimera, pues las leches patrocinadas con tanto ahínco no estaban disponibles para todos pero, aun

¹⁴ O por lo menos quedó interrumpida hasta finales de la década de 1970.

así, el deseo de poder acceder a ellas comenzó a transformar subjetividades, especialmente las de las madres.

Leches de Formula Industrializadas (LFI)

Desde 1922 comienzan a llegar al país los productos de la marca Nestlé a través de Panamá. En 1930 la compañía nombra un distribuidor propio. Dentro de los primeros productos distribuidos estaban varias clases de Leches de Formula Infantiles como “Lactógeno” y “Nestógeno”, y otras leches enteras en polvo como la “Klim”. En 1944, esta multinacional suiza instala su primera planta de producción en el territorio nacional¹⁵.

Desde 1942, en la “Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura” (RCPP)¹⁶, aparecen las primeras publicidades de las LFI elaboradas por Nestlé. Eran varios los ejemplares en donde la información se organizaba de tal manera que los estudios sobre alimentación infantil quedaban consecutivamente ubicados junto a imágenes que promocionaban a estas leches; por ejemplo, en la página 29, hay una publicidad de LFI Nestlé y arriba de ella finaliza el artículo científico “*Las bases de la buena nutrición: valoración cuantitativa de los factores específicos de la nutrición en la ración diaria y manera de suministrar, mediante la dieta, cantidades adecuadas de esos factores al niño*”; luego, en la página 64 (del mismo ejemplar) aparece un texto que aborda el problema de la mortalidad infantil en Colombia y al lado, en la página 65 nuevamente hay una publicidad de Nestlé (RCPP, 1942: 29,64,65).

En 1945, los miembros de la “Asociación Colombiana de Pediatría”, elaboraron una importante resolución para comunicarles a sus asociados que “El cuerpo médico de Bogotá ha acordado no formular productos de propaganda popular. Solamente tendrá en cuenta los que aparecen publicados en las revistas de carácter científico” (RCPP, 1945:100), o sea las LFI elaboradas por Nestlé y las de otras marcas como “Wyetd” y “Med Johnson”, que con

¹⁵ La primera en Valledupar (Cesar) bajo el nombre de “Cicolac”, la segunda en 1946 en Bugalagrande (Valle del Cauca). A partir de la década de 1970 Nestlé instala más plantas de producción en Risaralda, Cundinamarca, Caquetá, etc. Esta información está disponible en <http://corporativa.nestle.com.co/aboutus/historia/home> (consultado el 15 de junio de 2015).

¹⁶ Creada en 1940, por la “Asociación Colombina de Pediatría”, la cual se gestó gracias a las labores que desde 1917 venía realizando la “Sociedad de Pediatría de Bogotá”. En esta revista circulaban (y circulan) los avances científicos más recientes del área.

el paso de pocos años también fueron publicidad en la RCPP. Así, muchos doctores, algunos extranjeros, eran invitados a contar sus experiencias en cuanto a tratamientos exitosos para la nutrición de bebés lactantes y recomendaban productos de las diferentes marcas que se encontraban en el mercado.

En la RCPP se recomendaban productos industrializados que podían remplazar las recetas caseras que por ejemplo se preparaban en las *Gotas de leches* desde 1919, como las leches diluidas y acidificadas. En 1943, el doctor Arturo Scroggie V, profesor de pediatría de la facultad de medicina de Chile fue invitado a dar sus opiniones sobre *La alimentación del niño normal*. Este erudito pediatra recomienda algunos tipos de leches modificadas, diluidas con grasas, papillas de leche y harina, etc.; la manera casera de prepararlas y recalca que varias de esas recetas ya se encontraban en el mercado (RCPP, 1943: 102). Por ejemplo, una de las preparaciones descritas por Scroggie era el “*Babeurre*”, un tipo de suero de leche de origen francés, publicitado luego en un volumen posterior de la RCPP, bajo el nombre comercial “*Eledon*”.

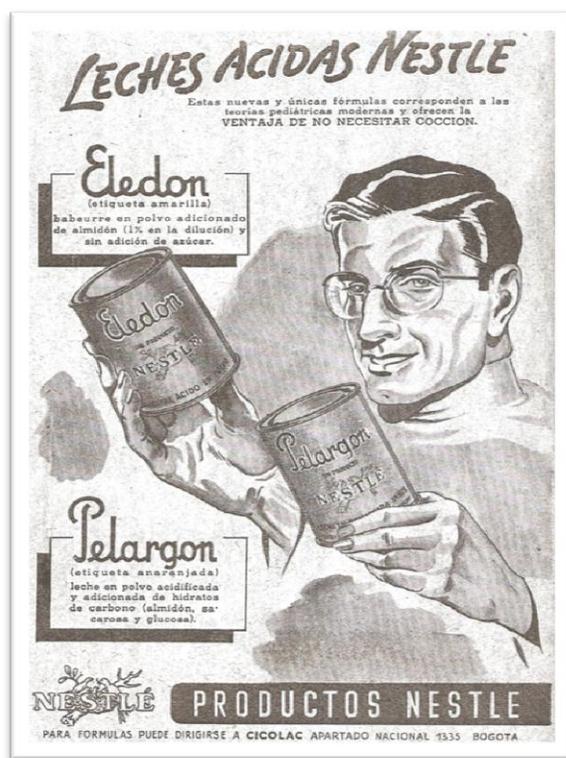


Imagen # 1. Publicidad de leche Nestlé *Eledon* (RCPP, 1945)

Esta publicidad es acompañada de la siguiente leyenda:

Leches Acidas Nestlé. Estas nuevas y únicas fórmulas corresponden a las teorías pediátricas modernas y ofrecen la ventaja de no necesitar cocción. Eledon (etiqueta amarilla) babeurre en polvo adicionado de almidón (1% en la dilución) y sin adición de azúcar”. Pelargon (etiqueta anaranjada) leche en polvo acidificada y adicionada de hidratos de carbono (almidón, sacarosa y glucosa). Productos Nestlé. Para fórmulas dirigirse a CICOLAC apartado nacional 1335 Bogotá (RCPP, 1945).

Las historias oficiales sobre lactancia materna cuentan que en ese entonces, en otras partes del mundo, algunas figuras del gremio médico no estaban convencidas de la idoneidad de las empresas productoras de LFI y de sus alimentos para bebés, y aseguraban que varias de ellas habitualmente recomendaban leche endulzada azucarada para alimentar a los lactantes más pequeños, lo cual era percibido por estos médicos como poco adecuado para la salud de ellos. En 1939, la pediatra inglesa Cicely Williams realizó una de estas denuncias en una famosa conferencia llamada “*Leche y Asesinato*”, ella justificaba su inconformidad por el hecho de haber asistido a muchos niños en Singapur que murieron por desnutrición y deficiencia de vitamina A, a causa del uso de las LFI (Vallone, 2009:88).

La revisión bibliográfica que hice del contexto colombiano durante esos años, no me demostró que los pediatras colombianos estuvieran en contra de las LFI y consideraran la justificación dada por Williams. Al contrario muchos médicos adscritos a esta revista y a otras instituciones de salud del país ya estaban convencidos de que ellas podían solucionar los problemas nutricionales de los niños lactantes, y las leches en polvo enteras podían ayudar a toda la población a resolver sus problemas alimentarios.

Las leches “buenas” y las “malas” leches

Las mujeres de más bajos recursos de la ciudad de Bogotá empezaron a conocer de las LFI en los hospitales públicos. En 1934 el jefe del servicio prenatal del *Hospital San Juan de Dios*, rinde un informe a la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca sobre las actividades realizadas en dicho servicio, allí anota que

con frecuencia tenemos que recurrir a la alimentación mixta. Ello se debe a que las madres deben concurrir, durante la mayor parte del día a las casas o fábricas donde

trabajan y donde derivan su subsistencia y a donde no las admiten con el niño. Dada la muy mala clase de leche que se consume en Bogotá, recurrimos a las leches condesadas y esterilizadas de procedencia extranjera; su fácil preparación y buen valor nutritivo facilitan mucho esta tarea tan delicada.

El hospital nos proveyó de *Lactógeno* hasta el mes de octubre; de aquí en adelante cesó de proveérnoslos debido al precio de costo del producto y debido a la mala situación pecuniaria del hospital. De octubre para acá hemos tenido que recurrir a la leche que se consigue en la ciudad. A pesar de que instruimos a las enfermeras sobre el modo de esterilizar y conservar la leche y preparar y dosificar los teteros, los resultados son muy malos; las diarreas e infecciones intestinales no tardan en presentarse. ¿La causa? La pésima calidad de la leche y defectuosa conservación especialmente de la que se consigue en los barrios obreros y segundo la mala dosificación y preparación de los teteros. Existe entre nuestra clientela una invencible tendencia a agregarle a todo tetero de leche un exceso de dulce, especialmente panela. Así no es de extrañar que el noventa por ciento de nuestro trabajo en la sección infantil se reduzca a corregir afecciones digestivas (Informe general de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, 1934:26).

Una década después, en la RCPP el doctor Jorge Bejarano¹⁷ escribe la editorial “*La mala leche como factor de mortalidad infantil*”. Allí hace ver su preocupación por la comercialización de leche nacional no tratada [*esterilizada, pasteurizada*] y asevera que hay “niños que tienen la fortuna de poder alimentarse con productos [*leches*] importados”, ellos mueren menos que aquellos que se alimentan con la “mala leche” que se produce en el país (RCPP, 1943:150). En la RCPP se observa que, por un lado, se impulsaban medidas para que la leche líquida nacional (la mala leche) cumpliera con ciertos requisitos de higiene y, por otro, se promocionaban las presentaciones en polvo de las compañías extranjeras (la buena leche). En 1944 en la RCPP se publica lo siguiente:

¹⁷ Fue uno de los médicos higienistas más influyentes en el País, dentro de los cargos que ocupó se encuentran: presidente de la Academia Nacional de Medicina, presidente de la cruz roja nacional, vicedirector de la Oficina Sanitaria Panamericana, profesor de higiene de la Universidad Nacional de Colombia, miembro de la Sociedad Colombiana de Pediatría y político adscrito al partido liberal. Bejarano no era pediatra de formación pero junto con Barberi y Torres eran los médicos más destacados en el tema de la higiene infantil.

Nuestras aspiraciones al respecto son muy sencillas de enunciar: queremos que se dé a todo el pueblo colombiano, *pero a la población infantil en particular*, leche potable. Es ésta la que como alimento completo mantiene la composición natural y definida de alimentos necesarios para la buena nutrición: agua, sustancias proteicas o nitrogenadas, grasas, hidratos de carbono y minerales (RCPP, 1944: 246; énfasis agregado).

También, los asistentes a las Primeras Jornadas Pediátricas realizadas en 1950 proponen:

Solicítese atentamente al ministerio de higiene y al de hacienda la importación oficial, libre de arancel aduanero, de leches condensadas o en polvo, en cantidades suficientes para el consumo nacional y su expendio a precio de costo en ciudades, pueblos y corregimientos, *especialmente atendiendo las necesidades de la alimentación infantil* (Osorio, 1950: 246; énfasis agregado).

Los paradigmas modernos de la nutrición hicieron que la leche de vaca, en todas sus presentaciones, fuera acogida por los médicos y la población. Por un lado, las LFI supuestamente venían adecuadas a la fisiología de los niños y muchas industrias referían que eran iguales o mejores que la leche materna (RCPP, 1945 [*Mes 12*]); por otro lado, se consideraba que la ingestión insuficiente de proteínas era uno de los grandes problemas nutricionales de la población y que, el “porvenir de la raza estaba íntimamente conectado a la posibilidad de que la clase obrera [*la peor alimentada*] tuviera una dieta adecuada” (Pohl-Valero, 2014:7). Las clases hegemónicas proponían un régimen nutricional que incluyera principalmente leche y carne, ambos productos asociados con el progreso y la modernidad; la leche de vaca era un alimento de primer orden que se regía por los sistemas de enclasmiento de la elite capitalina. También, el lugar que ocupaban los terratenientes en la economía del país, los cuales fomentaron el sistema de ganaderías en los primeros años del siglo XX, incentivó la promoción y comercialización de estos alimentos proteicos (Cardona, 2010: 7, 63).

Pero había un problema con el acceso a “leches buenas”, estas eran costosas y muy difíciles de adquirir por una familia obrera. La editorial de la RCPP de 1944 llamada *La leche y nosotros* habla sobre lo complicado que era para un obrero comprar un litro de leche para la

alimentación de sus hijos, ya que el costo de una botella representaba un porcentaje muy elevado del salario que podía obtener por un día de trabajo. En cuanto a la leche de fórmula, las referencias que arriba menciono sobre, el hecho de que el *Hospital San Juan de Dios* a veces se quedara sin provisiones por su poco presupuesto y, la solicitud que hace el doctor Luis Osorio al Ministerio de Higiene, a cerca de fomentar el expendio de este tipo de leches a precio de costo, nos puede llevar a intuir que la mayoría de la población no podía comprarlos. Por fortuna para el doctor Osorio y los demás médicos que consideraban esto como un problema, dichas peticiones fueron escuchadas por el Estado y más temprano que tarde el país contaba con una solución para el problema alimentario de los más pobres.

Mezclas vegetales y leches vegetales (de bajo costo y “alto” valor nutritivo)

¿La historia de las ideas, qué prueba, sino que la producción intelectual se forma según la condición material? Las ideas dominantes de una época, han sido siempre las ideas de la clase dominante, y la clase dominante será siempre la que se nutra mejor” (Marx y Engels, Manifiesto del partido comunista)¹⁸.

En 1942, cuando un grupo de profesionales colombianos inicia su formación especializada en el Departamento de Nutrición de la Universidad de Harvard, comienza una nueva experiencia de planeación gubernamental para el país dando lugar a la asesoría de profesionales provenientes de esa universidad. Esos nuevos expertos fueron los interlocutores e intermediarios que dieron forma a las primeras políticas alimentarias del país¹⁹, considerando las limitaciones de producción de alimentos y la capacidad adquisitiva de la población más necesitada, asesoraron la producción a bajo costo de alimentos en polvo a base de proteínas vegetales. El primero de estos productos llevaba por nombre *Incaparina*, el cual se desarrolló mediante la asesoría de dichos expertos y en conjunto con el “Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá” (INCAP). En 1964 nuestro país es el primero de Latinoamérica que siembra comercialmente el maíz de gene opaco, variedad de maíz mejorada, descubierta por el doctor Mertz, en la Universidad de Purdue, este maíz fue utilizado para la producción de la “*Incaparina*” (Fajardo, 2000:147,148).

¹⁸ Tomado de “PAN y DRI: Nueva forma de agresión imperialista. Editorial viento del pueblo. Bogotá: 1979. Primera edición.

¹⁹ A los médicos se les sumaron economistas, agrónomos, enfermeras y nutricionistas.

El Instituto Nacional de Nutrición (INN) fue un elemento clave en el éxito de la introducción de las mezclas vegetales en los hogares del país. Este instituto coordinaba las acciones de los programas de alimentación del país²⁰, a través de los cuales se entregaban insumos e información sobre las leyes modernas de la buena nutrición. En escuelas, comedores comunitarios urbanos y rurales, y a través de las visitadoras salubristas, se enseñaba el consumo de las mezclas vegetales.

El INN tenía un espacio en el periódico “El Campesino”, el cual hacía parte de la estrategia de comunicación de las escuelas radiofónicas coordinadas por la *Acción Cultural Popular (ACPO)*²¹. El periódico se publicaba todos los domingos y las notas de nutrición pagadas por el INN llevaban como nombre “Nuestros Alimentos”. El 15 de junio de 1969 aparece un gráfico educativo sobre “*los alimentos nutritivos que debemos comer a diario*” donde se muestra la imagen de una bolsa de *Incaparina* junto con los alimentos cárnicos o aquellos considerados ricos en proteínas.

²⁰ Esta institución fue creada en 1947 como ente independiente del Ministerio de Higiene. A este instituto le fue destinado la dirección de todas las actividades de nutrición del país, como por ejemplo el Plan Nacional de Alimentos para el Desarrollo (PLANALDE) y el Programa Nacional de Educación Nutricional y complementación alimentaria (PRONENCA).

²¹ La “Acción Cultural Popular” (ACPO), fue una organización de educación rural para el progreso que llevó a cabo desde 1947 hasta 1989 una estrategia comunicativa de gran envergadura, reconocida como una de las más exitosas de Latinoamérica. La organización contaba con a) un programa radial transmitido por Radio Sutatenza, la cual en 1969 llegó a tener más de 600 kilovatios de potencia que lograba cubrir todo el territorio nacional; 2) escuelas radiofónicas en donde los oyentes podían interactuar con los formadores y consultar dudas acerca de los contenidos educativos que se emitían, no sólo en la radio sino en c) el periódico “El Campesino” y en d) cartillas de educación. Los mensajes y campañas educativas desplegadas por todo el país contemplaban temáticas como: fundamentales sobre agricultura, economía doméstica, higiene y salud, conservación del suelo, mejoramiento de la vivienda, nutrición, recreación y procreación responsable. Del periódico se editaron 1.635 números consecutivos para un total de 75.749.539 de ejemplares y de las cartillas se distribuyeron 6.453.937 en 955 municipios del país. Para más información sobre la ACPO ver: <http://www.banrepcultural.org/radio-sutatenza> (Consultado el 2 de julio de 2015).



Imagen #2. La imagen de la izquierda apareció el 15 de junio de 1969 y la de la derecha el 7 de febrero de 1971 en el periódico *El campesino*.

Ambas imágenes hacían parte de notas educativas que trataban el tema de la correcta alimentación. Durante estos años continuaron salieron una decena de este tipo de anuncios en el periódico. De las mezclas vegetales se decía que “son alimentos de alto valor nutritivo que pueden ser usadas como cualquier harina común, con las ventajas de que su precio es módico y de que con ellas se obtienen alguna de las sustancias que se encuentran en la carne, la leche o los huevos” (El Campesino, 17 de mayo de 1970).

Las mezclas vegetales también fueron consideradas de buen provecho para los lactantes. En una de las cartillas educativas de la ACPO llamada “*Comamos y bebamos bien*” se dice que desde los dos meses de edad se le puede dar al niño este tipo de alimentos (Echeverri, 1978: 45). En el periódico *El Campesino* del 14 de marzo de 1971 aparece una imagen alusiva a las mezclas vegetales al lado de un biberón y se comenta que se le puede ofrecer al niño a partir de los 6 meses, también se informa sobre los nombres de las mezclas vegetales más comunes en el mercado: *Incaparina*, *Colombiarina* y *Duryea*.



Imagen # 3. A la izquierda “Duryea: Nueva leche vigorosa de maíz opaco” (El Campesino, 13 de diciembre de 1970). A la derecha “Mezclas Vegetales” (El Campesino, 14 de marzo de 1971).

La leyenda que acompaña la publicidad de la Duryea contempla lo siguiente:

Duryea. Nueva y vigorosa leche de maíz opaco. Delicioso alimento infantil enriquecido. Por primera vez en Colombia y en el mundo, un alimento infantil con las mismas propiedades de la leche, a menor costo: leche de maíz opaco DURYEYEA. A DURYEYEA basta agregarle agua, hervir por cinco minutos y quedan listos los más ricos teteros y coladas. Un paquete de DURYEYEA da 16 ricos teteros. DURYEYEA *el milagro de la ciencia* para la alimentación infantil. DURYEYEA el más nutritivo y económico alimento infantil (El Campesino, 13 de diciembre de 1970; énfasis agregado).

Publicidades idénticas a esta también eran expuestas en otros periódicos de cobertura nacional como El Tiempo (Dic 11, 1970). Las publicidades que se hacían sobre estos alimentos estaban cargadas de mensajes diversos y confusos en cuanto a tipos de nutrientes, formas de uso, grupos de edades a quienes eran dirigidos, etc. Comparar a las mezclas vegetales con la leche de vaca, a la cual por más de un siglo se le han atribuido cualidades nutricionales máximas, les otorgaba legitimidad. Esta comparación no sólo lo hacían las industrias de alimentos sino el mismo Estado (y la ciencia) al propiciar campañas

educativas de tal magnitud en pro de acostumbrar a la población a estos alimentos catalogados como súper nutritivos, similares y algunas veces iguales a la leche.

El primer “Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (1970-1974)” tenía dos componentes principales: el programa de desarrollo rural integrado (DRI), que consistía en una serie de acciones encaminadas a aumentar la producción y la productividad de los pequeños agricultores; y un conjunto de programas de nutrición y salud dirigidos a mejorar el consumo y la utilización biológica de los alimentos (PAN, 1978). Los beneficios que traían las mezclas vegetales a la población estaban pensados desde estos dos componentes, por un lado iban a beneficiar a los campesinos ya que eran producidos bajo técnicas agrícolas modernas²² y por otro, la nutrición de los consumidores se vería favorecida ya que la efectividad de la utilización biológica de las proteínas vegetales estaba avalada por los últimos paradigmas de las ciencias de la nutrición.

Algunos expertos como por ejemplo el doctor Alan Berg, de la división de nutrición del Banco Mundial, pensaban que los esfuerzos que se venían adelantando en la mayoría de los países eran modestos, fragmentados y carentes de calidad operativa (Escobar, 2012:192). Berg hacía referencia a los programas que desde 1959 estaban basados, en gran parte, en la donación de suplementos alimenticios infantiles, entre ellos las mezclas vegetales²³. Entonces, lo que se buscaba hacer desde 1970 era institucionalizar y operativizar las políticas de alimentación y nutrición, en otras palabras, había que “planificarlas”. De esta manera la producción y entrega de estos “polvos modernos” se intensificó y se convirtió en un imperativo para el Estado.

En términos del análisis que quiero plantear, esos esfuerzos no fueron tan “modestos”, al contrario, fueron muy relevantes para moldear el deseo. Esos esfuerzos fueron la base para empezar a creer en los “polvos” (alimentos/leches disecadas) como una forma de

²² Bajo condiciones capitalistas modernas, es decir, con un alto grado de mecanización, utilización de insumos químicos y de tecnología. El DRI estaba enmarcado dentro de otros paradigmas modernos del momento como la revolución verde, la cual había prometido liberar a la humanidad de la plaga del hambre mediante la aplicación de los últimos hallazgos científicos y tecnológicos de la biología y la agronomía (Escobar, 1997: 127, 192).

²³ Los organismos de la Naciones Unidas (FAO, OMS/OPS; UNICEF) en 1959, junto con el gobierno de Alberto Lleras Camargo (1958-1962), ejecutaron un programa que integraba los servicios de salud, agricultura y educación en los campos de la nutrición y la alimentación, el cual se denominó Programa Integrado de Nutrición Aplicada (PINA) (Chacón, 2005:162).

alimentación moderna. Los ejes del PAN en cuanto a producción de mezclas vegetales no era un asunto “novedoso” como algunos pretendían hacerlo ver. Pienso que se iba a intensificar lo que se venía haciendo 20 años atrás con la producción y reparto de la *Incaparina*, sólo que ahora se iba a planificar bajo técnicas económicas modernas.

En un apartado del PAN en donde se plantea la distribución subsidiada de alimentos se dice lo siguiente:

El programa de distribución de alimentos aspira, entonces, a llegar precisamente a estos grupos [*la población más pobre*], y por tanto implica dos mecanismos de distribución:

- a) El primero se encamina a suplementar la dieta de los niños menores de dos años, a través de la distribución directa de alimentos.
- b) El segundo consiste en la asignación y repartición de cupones a madres embarazadas y lactantes para adquirir los productos seleccionados (pastas alimenticias fortificadas con proteínas y *mezclas vegetales*). Se espera que, al mejorar su propia condición nutricional, las madres podrán mejorar la del niño, a la vez que se le facilita la *consecución de alimentos suplementarios para el infante durante la lactancia*.

Uno de los programas tradicionales en el campo de la distribución directa es el de apoyo nutricional a menores a través de las escuelas primarias, centros de salud, sala-cunas y centros de ICBF. Estos constituyen puntos ideales de contacto para los suplementos nutricionales a niños de *familias de bajo recursos* y también para los programas educativos en nutrición. A través de estos mecanismos institucionales no sólo *es posible crear hábitos alimenticios adecuados y acostumar a la población a utilizar mezclas vegetales* y otros alimentos de alto poder nutritivo, sino que también se facilita la ejecución de programas de educación nutricional para las madres (PAN, 1978:23; énfasis agregado).

Es mínima la alusión que el PAN hace sobre el consumo de leche de vaca o de leche materna. Al parecer los grandes problemas nutricionales y de pobreza que aquejaban a la población colombiana quedarían resueltos con la producción y consumo masivo de las

mezclas vegetales. El tema del precio de estas últimas es algo que llamaba la atención. A diferencia de las leches de vaca, las mezclas vegetales eran mucho más económicas, no en vano la publicidad que se hacía de ellas enfatizaba este aspecto: “tan bueno como la leche pero de más bajo costo”.

Confusión de leches

La revisión bibliográfica me demostró que a medida que circulaban por el país más alimentos infantiles, más complicado era diferenciar su modo de uso y sus componentes nutricionales. En 1940, en la revista *Cromos* se muestra lo siguiente:



Imagen # 4. No hay que confundir las diversas clases de alimentos para niños (Cromos, 1940). Las mismas imágenes y el mismo artículo de expuso en el periódico “El Tiempo” el 10 de febrero de 1940.

En esta publicidad se les enseña a las madres a escoger las leches que Nestlé tiene en el mercado, la propaganda completa abarca tres páginas, una de ellas contiene un largo artículo titulado “No hay que confundir las diversas clases de alimentos para niños”, allí se explica las diferentes maneras de usar estos productos según la edad de niño: “Lactógeno” y “Nestógeno”, dos tipos de leches maternizadas, para niños menores de un año; “Nestlé’s Powdered full cream milk (Klim)”, para todas las edades, “leche en polvo, el sustituto ideal de la leche fresca de vaca a la cual se le ha extraído el agua; volviéndosela a poner tendrá usted una leche fresca como recién ordeñada” (Cromos, 1940).

La existencia de un archivo como este no sólo nos lleva a pensar que Nestlé quería demostrarles a las mamás la diversa gama de productos que tenía para la nutrición de sus

hijos, también devela que algo estaba pasando con la información que llegaba a los consumidores de las múltiples leches que estaban circulando por el país. Las mujeres que podían leer y tener acceso a este medio de comunicación escrito podían informarse al respecto, las analfabetas (la gran mayoría) no podían obtener esta información.²⁴ A estas últimas, los mensajes que les llegaban provenían usualmente de otros medios de comunicación, como la radio, y a partir del contacto directo con diferentes profesionales de la salud. Algunos medios escritos como las cartillas de higiene o los periódicos (como El Campesino) recurrían a gráficos para que de una manera práctica las madres se relacionaran con los parámetros de una buena nutrición. Las primeras “Guías alimentarias para la población colombiana” eran básicamente una especie de dibujo esquemático en donde se organizaban los alimentos según sus características nutricionales, en la imagen # 2 (expuestas párrafos arriba) podemos ver que a las leches, representadas a través de figuras como bolsas, cajas o latas, se las relacionaba con las mezclas vegetales, haciéndolas ver como alimentos que compartían las mismas características nutricionales²⁵.

En Colombia las mezclas vegetales fueron promocionadas principalmente para el consumo de las clases obreras de nuestras ciudades y de las familias de las zonas rurales. Nuestro país fue piloto en la producción de estos “polvos modernos” y también recibió donaciones de los programas internacionales de ayuda alimentaria. La promoción hecha con tanto ahínco sobre las bondades de todos estos productos propició confusión y uso desmedido. Todos los tipos de alimentos destinados a los niños menores se confundían entre sí con aquellos que vinieran en latas o en bolsas o que dijeran cosas favorables de su composición nutricional. Este gigantesco bombardeo de información tenía efectos materiales sobre la vida de las personas. A diferencia de las historias oficiales sobre el desuso de la lactancia

²⁴ Por ejemplo las latas de Nestlé no sólo contenían avisos sobre composición nutricional y edades aptas para el consumo, también explicaban (en letras muy minúsculas) que se debía usar agua hervida para la preparación de las leches y no preparar más de un biberón de leche a la vez si no se dispone de refrigeración. En ese entonces sólo las familias de élite podían contar con un electrodoméstico de este tipo y en el territorio colombiano no se contaba con servicio público de agua potable, las cartillas de salud que editaba la ACPO desde sus primeras versiones en 1960, enseñaba a sus lectores con gráficos a hacer un filtro de agua artesanal, el cual aunque sí podía disminuir ciertas impurezas del agua, no podía eliminar las bacterias causantes de enfermedades.

²⁵ Las guías alimentarias para la población colombiana de ese entonces, diseñadas por el Instituto Nacional de Salud y luego por el ICBF estaban representadas bajo el esquema del “Círculo de la buena nutrición”. Actualmente las guías alimentarias para la población colombiana son representadas con un tren, al que le llaman el “tren de la buena alimentación”, en este gráfico no hay imágenes alusivas a las mezclas vegetales.

materna, que hablan de una gran mortalidad infantil registrada en el mundo, entre las décadas 1940 y 1960, debido al consumo de LFI (Carrasquilla,1992), me atrevo a sugerir que, en Colombia las cifras epidemiológicas asociadas a este problema de salud pública (Mejía, 1960:5), se debieron más al uso inconveniente de todos estos tipos de alimentos, preparados sin agua potable, con base en una información confusa, pero sobre todo, mi tesis es enfática en aseverar que los esfuerzos que hizo el Estado (y sus expertos) para direccionar la conducta hacia el consumo de estos “polvos modernos” fue una de las principales causas de esta construcción estadística²⁶.

De lo anterior, surge la siguiente pregunta ¿Cómo fue que el Estado, a través de estos discursos expertos, acostumbró a la población - específicamente a las mujeres - a las leches modernas, hasta tal punto que estos productos fueron objetos de deseo?

Leches modernas para el desarrollo

El gremio médico antes de 1942 y luego, junto a ellos, los economistas y agrónomos, fueron quienes afrontaron, administraron y propiciaron lo vivido desde la década de 1930 en nuestro país con el despliegue de alimentos modernos (LFI, las leches en polvo y las mezclas vegetales); todos ellos jugaron el papel de intelectuales tradicionales, manteniendo las definiciones hegemónicas de la realidad por medio de formas de discursos altamente especializados y autorizados²⁷. En otras palabras, las recomendaciones sobre alimentación infantil producidas por estos expertos reflejaban los discursos económicos propios de la modernidad y de las políticas de desarrollo.

Las políticas de desarrollo fueron formuladas inicialmente en Estados Unidos y Europa durante los años que siguieron al fin de la Segunda Guerra Mundial y ansiosamente aceptadas por las élites y gobernantes de los países subdesarrollados. Se confiaba en que, casi que por mandato tecnológico y económico y gracias a algo llamado planificación, de la noche a la mañana estos últimos se convirtieran en clones de las naciones económicamente

²⁶ Hablo de estadística como construcción haciendo referencia una tecnología política ligada a la razón de Estado en que la población se convierte en un problema político.

²⁷ Gramsci se anticipó a Foucault tanto en términos de la comprensión de la naturaleza capilar de los circuitos reticulares del ejercicio del poder en el Estado moderno como en términos de la identificación del papel crucial que juegan las formas *peritas* de conocimiento y poder en la preservación del orden hegemónico (Scheper-Hughes, 1997: 171, 172).

avanzadas. Para Arturo Escobar, estas ideas sobre el desarrollo deben ser vistas como regímenes de representación, es decir, como una “invención” que resultó de la historia de la posguerra y que, desde sus inicios, moldeó ineluctablemente toda posible concepción de la realidad y la acción social de los países que desde entonces se conocen como el tercer mundo. Siguiendo a Escobar, el desarrollo no es otra cosa que una intervención en que la modernidad y el capitalismo son un conjunto de discursos y prácticas que tuvieron (y aún tienen) un impacto profundo en la manera en que Asia, África y América Latina llegaron a ser consideradas como pobres y tratadas como tales (Escobar, 2007: 11, 17, 50).

Los conocimientos de nutrición que a principios del siglo XX se empezaron a estructurar en Colombia, desde los cuales se comprendió al cuerpo humano como una máquina térmica transformadora de energía, que necesitaba ciertos nutrientes y calorías para su óptimo desempeño de acuerdo al trabajo realizado y las condiciones ambientales, encontraron su límite en los discursos sobre la escasez de recursos y alimentos que el nuevo paradigma de desarrollo traía. Las mezclas vegetales fueron desde 1942 vistas como los alimentos que podían ayudar a los más pobres (desde ahora empobrecidos) a resolver sus problemas de nutrición, ya que las leches de vaca industrializadas (enteras, en polvo o LFI) que desde 1930 estaban disponibles no eran viables en términos económicos, lo cual impediría remediar el hambre de la mayor parte de la población. Estas leches modernas eran un problema científico, sobre ellas se desplegaban las investigaciones y sobre ellas se producían verdades. Otros métodos de alimentación infantil como por ejemplo la lactancia materna no eran objeto de interés.

La forma en que se empezó a concebir los discursos sobre alimentación infantil, los conocimientos con carácter de verdad creados por los expertos planificadores de las políticas relacionadas con la alimentación en Colombia, tuvo efectos materiales sobre la vida biológica, por ejemplo, sobre la vida de los niños (valorada desde nociones como “estado de salud” y morbimortalidad) y sobre las prácticas de alimentación. Dentro de estas últimas se privilegió a las leches modernas como aquellos alimentos que podían acabar con los problemas de nutrición de los niños, y se le restó valor a otros métodos como la

lactancia materna, lo cual modificando la percepción de los cuerpos de las mujeres que la podían llevarla a cabo.²⁸

Cuerpos modernos, madres modernas

Muchos mensajes sobre lo que representaban las leches modernas llegaban a las personas, y sobre todo a las mujeres de diferentes clases sociales ya sea directamente por el médico, por las instituciones del Estado o por las publicidades que diseñaban las empresas productoras de estos alimentos.

Algunos miembros de la “Asociación Colombiana de Pediatría”, veían a las instituciones del Estado y en especial a las *Gotas de leche* como sitios estratégicos para enseñar la importancia del consumo de la leche, pues esa información no iba a quedar “sólo en la mente de la madre sino en todos en su casa, en las niñas que ven preparar correctamente el tetero a su misma madre y en las amistades en las cuales se difunden comúnmente los conocimientos de la alimentación infantil” (RCPP, 1943:115, 116). Al respecto, Calixto Torres, quien en un principio gestionó la puesta en marcha de las *Gotas de leche*, sostenía que durante el transcurso de casi tres décadas la filosofía de éstas se orientó a proveer a las madres la “receta” (los teteros), la cual era entendida como el alimento que debía consumir el niño, pero no se hablaba con propiedad de lactancia materna (Torres, 1944: 35).

En estas entidades públicas se ofrecía leche de vaca esterilizada, las LFI compradas y las donadas por los organismos internacionales como Care y Caritias, el Programa Mundial de Alimentos, Alimentos para la paz (que entraron a Colombia luego de 1940)²⁹ y por las mismas empresas productoras.

²⁸ Para Escobar, el desarrollo como experiencia históricamente singular, está definido por tres ejes: las formas de conocimiento que a él se refieren, a través de las cuales llega a existir y es elaborado en objetos, conceptos y teorías; el sistema de poder que regula su práctica y las formas de subjetividad fomentadas por este discurso, aquellas por cuyo intermedio las personas llegan a reconocerse a sí mismas como “desarrolladas” o “subdesarrolladas” (Escobar, 2007:29).

²⁹ En 1946 el Laboratorio de Nutrición, que hacía parte de la Dirección Nacional de Higiene, llevaba algunos años fomentando en comedores escolares rurales los principios para una alimentación adecuada. No sorprende entonces que, a partir de 1962, los programas de desarrollo de la Alianza para el Progreso hayan encontrado en la alimentación uno de sus principales nichos de intervención (Pedraza, 2012: 103).

Las historias oficiales sobre la lactancia materna en el país demuestran que antes de la década de 1980,

[Todavía] era usual separar a la madre de su bebé después del parto, así como el uso de agua azucarada como primer alimento, seguido de leches artificiales infantiles. Las madres recibían charlas sobre alimentación infantil de parte de las compañías productoras de alimentos infantiles y, al egreso hospitalario, salían con donaciones de tarros de leche. A los profesionales de la salud, que recién eran madres o padres, las compañías les suministraban gratuitamente la cantidad de leche necesaria para alimentar a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida. Adicionalmente, construían los lactarios en los hospitales y financiaban eventos académicos y científicos. Como logros sindicales no negociables, las madres y padres trabajadores del Instituto Colombiano del Seguro Social recibían suministros gratuitos de leches artificiales para alimentar a sus hijos en los primeros meses (OPS, 2013: 7).

Esta fueron las diferentes formas en que la gran mayoría de la población colombiana, especialmente las mujeres, independientemente de la clase social y de su ubicación geográfica empezaron a conocer, a usar y a valorar todos los tipos de leches modernas. Desde la década de 1930 las mujeres de las élites de las principales ciudades, lectoras de la revista *Cromos* y el periódico *El Tiempo*; las obreras de la capital, beneficiarias de Gotas de Leches, maternidades y hospitales públicos; las habitantes de las zonas rurales que tenían acceso a los programas radiales de Sutatenza, al periódico *El Campesino* y las cartillas educativas de la ACPO fueron persuadidas por el poder médico y fueron moldeando las percepciones sobre su cuerpo. Primero fueron las LFI luego, junto a ellas, las mezclas y leches vegetales.

Todos estos programas de alimentación infantil “se muestran como un dispositivo capaz de modificar la imagen corporal y la experiencia de sí mismo” (Pedraza, 2012: 104). Las prácticas hospitalarias y las campañas publicitarias de las leches modernas empezaron a crear una arquitectura novedosa del cuerpo de la mujer. *Si antaño, los senos tenían la*

*función de alimentar a los niños*³⁰, con el despliegue de la modernidad y del desarrollo, el biberón y las latas de leche empezaron a verse como ejecutores de esta tarea.



Imagen # 5. A la izquierda publicidad de leche S-26 de Abbott Nutrition (RCPP, 1970 [Mes 12]). A la derecha publicidad de leche NAN de Nestlé (RCPP, 1970 [Mes 2]).

Estas publicidades aparecieron en 1970 en la RCPP, en ellas se muestran imágenes de latas de LFI acompañadas de imágenes de mujeres lactando y leyendas que aluden a que dichos productos pueden semejar a la leche materna. Estos mensajes no fueron muy difíciles de aprehender por parte de la población, pues el Estado y los expertos desde décadas anteriores les había facilitado el trabajo a las multinacionales, avalando sus productos, incluso el PAN (1970 – 1974) proponía que con la distribución de mezclas vegetales se podrán ofrecer alimentos “a precios subsidiados a los grupos más vulnerables y a la vez se

³⁰ Esta afirmación es problemática, la uso a modo de suposición. En el capítulo uno demostré que la lactancia materna era impulsada fuertemente por una primera ola de higienistas que desde finales del siglo XIX aunó esfuerzos para evitar la propagación de las nodrizas y promover que las madres biológicas amamantaran y cuidaran a sus propios hijos, como una forma de enseñar a ser “buenas madres”. Traigo esto a colación porque una de las tesis que sostengo en esta investigación es que la lactancia materna no es una práctica que siempre ha estado presente en toda la historia de la humanidad cómo lo quieren hacer ver los actuales discursos en el tema.

estimulará la producción y comercialización de estos productos por parte del sector privado” (PAN, 1978: 25).

Así como Nestlé sugería que a su “leche de vaca en polvo entera solo bastaba con agregarle agua para obtener una leche recién ordeñada”, las publicidades de LFI sugerían que con su uso se tendría una leche nutritiva tal y como sale del seno de la madre. Este tipo de imágenes y los biberones llenos con distintas clases de productos, empezaban a verse como objetos modernos que separaban la alimentación infantil del cuerpo de las mujeres. En el transcurso de casi cincuenta años, estos alimentos habían ganado tal capital simbólico, sobre todo las LFI³¹, que una mujer que los utilizará no sólo iba a cumplir con los parámetros modernos de nutrición sino con los parámetros modernos de maternidad: una madre que posiblemente iba a poder trabajar sin descuidar la alimentación de sus propios hijos. Estos alimentos se instauraron en el imaginario de los colombianos hasta tal punto que otras prácticas de alimentación infantil como la lactancia materna quedaron relegadas.

En la década de 1970 *La Encuesta sobre creencias, actitudes y prácticas de lactancia materna de 2.580 madres de clase baja urbana en Bogotá, Atlántico, Risaralda/Quindío y Santander* (Universidad Javeriana, 1977); junto con *La Encuesta nacional de dietas* (ICBF, 1972) y *La Encuesta nacional de fecundidad* (Ministerio de Salud, 1976), indican que el abandono de la lactancia materna fue debido a:

Razones socioculturales: A. Pérdida del concepto de “familia extendida” donde las mujeres jóvenes se benefician de las experiencias de las mayores, B. Emancipación de la mujer, en busca de la libertad del yugo de la maternidad, o por simple conveniencia, C. Mayor participación de la mujer en la fuerza laboral, D. Urbanización (produce un vacío cultural que permite más vulnerabilidad a prácticas nuevas), E. Influencias del occidente, F. La alimentación comercial como símbolo de estatus y modernización, G. Actitudes hacia el seno: cualidades cosméticas y sexuales en vez de biológicas y maternas, temor a perder un poco de figura, tabú en contra de alimentar en público.

³¹ Las mezclas vegetales eran alimentos para pobres, pero por la manera como eran publicitados se los podía confundir con LFI, ambas representaban a alimentos modernos.

Efecto de los servicios de salud: A. Dedicación de demasiado tiempo a la enseñanza de la preparación correcta del biberón, B. Consejos médicos de personal no entrenado o del occidente, C. Distribución de alimentos infantiles complementarios a la población general, especialmente en clínicas materno infantiles: regalando muestras gratuitas, distribución de literatura (Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, 1979:40).

En el momento en que se realizaron estas encuestas, a nuestro país estaban llegando las primeras recomendaciones que los equipos de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) venían produciendo sobre nutrición en países en vía de desarrollo. El Doctor D.B Jeliffe era uno de los médicos que desde 1955 lideraba estudios sobre salud, pobreza y alimentación infantil en países africanos. Sobre el desuso de la lactancia materna en los países objetos de sus investigaciones comenta:

Las madres del grupo socioeconómico más bajo de las poblaciones tropicales, se han educado *probablemente*, en un ambiente de alimentación al seno, pero también han estado expuestas a otros dos tipos de experiencia determinante para su conducta. Primero, ellas estarán enteradas de las prácticas habituales entre mujeres del grupo socioeconómico superior que consiste en alimentar con éxito a sus hijos por medio del biberón, y tenderán a querer imitarlas, porque creerán que eso es un símbolo de prestigio y es el método moderno. En segundo término, las madres bajo estas circunstancias habrán estado expuestas intensamente a la publicidad de las compañías lecheras. Aun para las mujeres analfabetas, será claro el mensaje de los carteles en las tiendas y la publicidad gráfica en los periódicos. No es de descartarse que los productos lácteos a los que se hace referencia sean de baja calidad. O tal vez que el contenido de publicidad es inapropiado para el clima tropical ya que impulsa todavía más a las madres a abandonar la alimentación al seno, cuando no hay posibilidad práctica de que puedan proporcionar la alimentación artificial

adecuadamente, por razones económicas, higiénicas y educacionales (Jeliffe, [1971] 1974: 162; énfasis agregado)³².

Lo anterior muestra que en la década de 1970, en nuestro país y en el mundo, se empezó a reconsiderar el uso de las leches modernas en la alimentación infantil. Lo revisado hasta el momento en este capítulo nos demostró que el objeto de estudio de los pediatras eran las leches de vaca (en todas sus presentaciones) y las mezclas vegetales; eran sobre estos alimentos donde se desplegaban las investigaciones y se diseñaban encuestas, entonces ¿cómo empezó la lactancia materna a ser un problema científico en Colombia? ¿qué incentivó al Estado y a los expertos a realizar estos tipos de encuestas que miden las actitudes de la población hacia la lactancia materna? ¿quién y desde qué lugar produce el conocimiento acerca de la lactancia y de la mujer (de la mujer lactante) en nuestro país?

En el próximo capítulo vamos a tratar de solucionar estos interrogantes y a comprender cuáles fueron esos discursos que le dieron forma a las políticas actuales de lactancia materna. Vamos a revisar cómo las leches modernas quedaron atrás para darle paso a una nueva leche: la leche materna, la que empieza a ser vista como la manera más benéfica de alimentar a los niños en sus primeros años de vida, pero no sólo eso, la mejor opción para reducir la morbilidad de los niños más pobres y la mejor opción para la “nueva mujer” que requiere el país: una madre moderna, esa que no sólo trabaja sino que alimenta con su seno a sus propios hijos.

³² Énfasis agregado. Resalto esta suposición porque una de las tesis que sostengo en esta investigación es que la lactancia materna no es una práctica que siempre ha estado presente en toda la historia de la humanidad cómo lo quieren hacer ver los actuales discursos en el tema.

Capítulo 3

Flujos de leche materna y de capital

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo de carácter científico que dirige y asesora el diseño de las políticas en salud que ejecutan los países asociados. El Doctor D.B Jeliffe fue uno de los médicos de dicha organización que lideraba estudios sobre pobreza y alimentación infantil en países africanos, para 1968 publica la segunda edición del informe *Infant nutrition in the subtropics and tropics* donde expone lo siguiente:

Millones de niños de las áreas subtropicales y tropicales, de las zonas más subdesarrolladas del mundo están sufriendo malnutrición debido a la pobreza, indisponibilidad de alimentos adecuados, falta de conocimientos y superstición [...]. Los métodos de alimentación infantil utilizados en la actualidad en los países técnicamente avanzados no aparecieron repentinamente, al contrario son resultados de numerosas, continuas y cambiantes influencias culturales y económicas. Estas influencias son disímiles en las regiones subtropicales y tropicales, por tanto, nuestros estudios concluyen que, aunque estos nuevos métodos puedan ofrecer mejoras a la salud de los lactantes, las condiciones de vida de dichas regiones hacen que su uso no resulte beneficioso (OMS, 1968:9,31).

Lo anterior muestra la emergencia de un nuevo discurso sobre la nutrición de los niños de las zonas evaluadas como las más pobres del mundo. La Organización de Naciones Unidas (ONU)³³, la cual a través del Programa Mundial de Alimentos (PMA), donaba desde finales de la segunda posguerra leches en polvo y diversos tipos de productos fortificados, empezó a replantear el uso de lo destinado al consumo infantil. La OMS no niega las ventajas de dichos alimentos, pero sustenta que su efectividad se disminuye, o incluso puede ser perjudicial, en poblaciones que no cuentan con infraestructura (agua potable, servicios

³³ Uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945 fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. La OMS es la agencia de la ONU constituida el 7 de abril de 1948 para tal fin.

públicos) u otros factores ambientales necesarios para aprovecharlos correctamente. El Doctor Jelliffe quien inició a visibilizar este tipo de problemas siguió produciendo más información al respecto. En un manual titulado *Nutrición infantil en países en desarrollo* brinda orientación al personal de salud y a los voluntarios de los cuerpos de paz³⁴. Allí sostiene que,

La alimentación con fórmulas de leche de vaca está aumentando hasta convertirse en competidora de la alimentación con el pecho, especialmente en las ciudades tropicales [...]. En términos generales, con pocas excepciones la mayoría de la madres en los trópicos no tienen suficiente dinero, educación ni instalaciones de cocina, de manera que la alimentación artificial significa el empleo de una mezcla contaminada, muy diluida, de bajo contenido de sustancias nutritivas y alto de bacterias, con la combinación resultante de diarrea infecciosa y marasmo nutricional (Jeliffe, [1971] 1974: 167).

Mucho antes de que se propiciara el interés de estudiar el hambre y la pobreza en África, lo cual se enmarca dentro de un régimen de verdad que crea al tercer mundo a través de los discursos y prácticas del desarrollo (Escobar, 2007:21), Nestlé ya había vendido, y también había donado, cientos de unidades de sus productos infantiles en ese país. La pediatra Cicely Williams fue la primera que hizo el contacto entre kwashiorkor y falta de proteínas en Nigeria, a ella también se le debe que la relación entre consumo de LFI y salud infantil empezara a ser objeto de estudio científico (CIDOS, 1979:88). Los planes locales que se debían llevar a cabo en África para contrarrestar los efectos del expendio de este tipo de leches se convirtieron en planes globales y específicamente en políticas de nutrición para todo los países en vía de desarrollo. En 1971 Jelliffe produce un artículo titulado *Comercio genic Malnutrición* en donde acuña un nuevo diagnóstico de desnutrición, el provocado por grandes multinacionales productoras de LFI al comercializarlas de manera irresponsable y poco ética. En este artículo se afirma que “para los gobiernos y el personal

³⁴ Los “cuerpos de paz” eran voluntarios del programa de cooperación internacional “Alianza para el progreso”. Los primeros voluntarios llegaron a Colombia en 1961 pero desde la década de 1940 el programa “Alianza para el progreso” realizaba, a través del programa “Alimentos para la paz”, actividades de educación y suplementación nutricional en el país (Franco, 1963; Cromos, 1991).

médico inadvertido, las firmas de alimentos para bebés son bienhechoras. Estas dan de ellas mismas una imagen filantrópica” (Jelliffe, 1971 citado en CIDOS, 1972:85).

War or Want, una agencia de cooperación internacional británica fundada al inicio de la década de 1950, publica en 1979 un informe investigativo para frenar la promoción y venta de leche en polvo para bebés en países pobres. Dicho informe lleva por nombre *The baby killer* y fue traducido al Español como *Nestlé mata bebés*. Los estudios realizados por esta agencia en dichos países concluyen que las madres no amamantaban debido a que el personal de salud les habían aconsejado LFI (14%)³⁵, estaban trabajando (13%) o no tenían suficiente leche (48%). Para el caso de Chile, los investigadores afirman que:

El abandono casi total del amamantamiento en casi veinte años podría ser debido paradójicamente a una política social mal concebida. El gobierno introdujo un plan de distribución gratuita de leche en los años cuarenta (sobre los pasos de la British National Dried) que afecta hoy día al 85% de la población. Un informe de la ONU, Protein Advisory Group (Grupo de las Naciones Unidas sobre las Proteínas), habla del efecto del “desplazamiento” del amamantamiento a los productos lácteos distribuidos “ad libitum” por los servicios de sanidad” (CIDOS, 1979:68)³⁶.

Los primeros manuales que produjo Jelliffe recogen los resultados de investigaciones hechas en África, luego, los textos que se imprimieron para Latinoamérica contienen, además de dichos resultados, información suministrada por los funcionarios de los programas de “Alianza para el progreso” dispersos entre varios países en donde se estaban ejecutando proyectos de cooperación internacional. En una de las contraportadas de los manuales destinados al personal de salud de Latinoamérica se muestra la siguiente imagen que cubre toda la página:

³⁵ *War or want* argumenta que el 14% de las madres de los estudios referidos han dicho que una enfermera de una firma de productos lácteos les había aconsejado hacerlo, o les había dado muestras y un biberón (CIDOS, 1979: 69), también sostiene que los profesionales liberales de los países en vía de desarrollo están implicados directamente en este problema ya que estuvieron de acuerdo con adoptar las prácticas occidentales progresistas tales como el biberón (CIDOS, 1979:80).

³⁶ El informe de *War or Want* fue publicado en su versión en español por el Centro de Investigaciones y documentación social de Colombia (CIDOS) en un texto llamado *PAN y DRI: nueva forma de agresión imperialista* (1979).

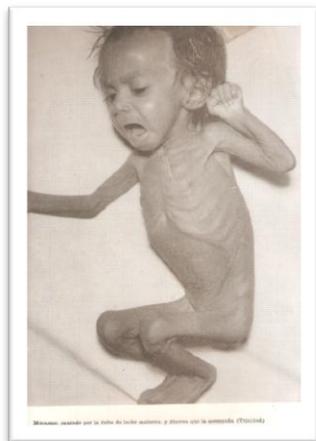


Imagen # 6. “Marasmo, causado por falta de leche materna, diarrea que lo acompaña (Trinidad)” (Jelliffe, [1971] 1974).

A esta imagen (representación) del hambre y la pobreza le sigue la leyenda “Marasmo, causado por falta de leche materna, y diarrea que lo acompaña (Trinidad). El mensaje de la OMS y Jelliffe es contundente: en los países en vía de desarrollo hay muchos problemas ambientales y sanitarios pero el abandono de la lactancia materna es la causa principal del problema de morbilidad infantil. Esta retórica produce por primera vez en la historia de occidente a la leche materna como “*único alimento saludable para lactantes*” y, simultáneamente, produce a los sujetos que están implicados en su práctica, a los niños quienes son los que van a necesitar de ésta para evitar enfermar y morir y a las madres quienes deberán hacer todo lo posible por salvaguardar a sus hijos, tarea que toda “buena madre” no podría rechazar.

Al terminar el capítulo anterior mencioné que Jelliffe sostenía que las madres con mayor nivel socioeconómico y que podían llevar a cabo de manera exitosa la alimentación artificial, fueron imitadas por madres de escasos recursos, pues este tipo de alimentación era símbolo de prestigio y modernidad. Ahora, nuestro pediatra sugiere que dicha imitación puede ser utilizada para contrarrestar el problema del desuso de la lactancia. Para esto se hace necesario que las madres más onerosas y educadas le muestren a las menos favorecidas (las empobrecidas y racializadas) los beneficios de la lactancia y una nueva manera de llegar a ser las madres buenas, modernas y prestigiosas que nunca lograron ser. Para Jelliffe, la lactancia puede recobrar el valor social perdido si

las damas más prominentes de las localidades, en el programa de educación sobre salud de la comunidad (por ejemplo, la esposa del presidente) [*la promueven*], o impulsando el movimiento reciente hacia la alimentación con el pecho que se observa en un número creciente de damas americanas bien educadas (Jeliffe, [1971] 1974: 164).

Para nuestro pediatra, dicho grupo de damas americanas hacían parte de Liga Internacional de la Leche (LLL), quienes “pueden ser muy útiles al respecto, mostrando tal cual es, un moderno grupo de mujeres en una sociedad opulenta que opinan que vale la pena practicar la alimentación con el pecho” (Jeliffe, [1971] 1974: 164). Para Jeliffe, “si bien la lactancia es deseable en todo el mundo [*para todas la mujeres*], reviste particular importancia para las regiones tropicales en desarrollo, en términos de nutrición, economía e higiene” (Jeliffe, [1971] 1974: 47).

La Liga de la Leche (LLL), es un grupo de activistas pro lactancia que nació en Estado Unidos en 1956 y que desde entonces comenzó una estrategia política de gran envergadura para hacerse escuchar por las autoridades en salud de mayor relevancia como la OMS. Este grupo estaba conformado por madres católicas militantes del Christian Family Movement, quienes ven al amamantamiento como “el arte femenino por excelencia”, su militancia tuvo tanto éxito que en 1971 contaban con más de 17.000 promotoras de su filosofía en todo Estados Unidos y actualmente tienen más de 65 sedes alrededor del mundo.

La causa de las mujeres de la LLL vive un momento decisivo cuando se descubren las consecuencias desastrosas de la utilización de estas leches [*las LFI*] en los países pobres. La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF se apoderan del problema y no lo sueltan. La LLL encontrará ahí apoyos inesperados. Desde octubre de 1979, envía representantes al coloquio común organizado en Ginebra por la OMS y UNICEF, que concluye con la necesidad de la lactancia. Dos años después, la LLL obtiene el estatus de consultor de UNICEF y se dedicará a hacer de la lactancia un tema de salud pública mundial. (Badinter, 2010: 102)³⁷.

³⁷ Las fundadoras de la LLL pensaban que el movimiento *hippie* contribuiría a popularizarlas. Además compartían la misma rebelión contra el *establishment*, incluido el médico. Pero en los años setenta aparecieron las tensiones, cuando las militantes exigieron que la LLL tomara postura sobre cuestiones tan

En Colombia, los relatos traídos por la OMS (Jelliffe y la LLL) sobre salud, maternidad y lactancia materna fueron fácilmente aceptadas por el gremio médico. Esto se dio gracias a dos situaciones; por un lado, los argumentos sobre higiene y seguridad de la lactancia materna en ambientes pobres eran muy convincentes (estaban avalados por la ciencia); por otro lado, las ideas propuesta por la LLL sobre “buena maternidad” eran similares a las que los higienistas, antes del despliegue de las leches modernas en el país, habían propuesto. Al inicio del capítulo uno vimos cómo una primera ola de higienista forjó la idea de la “buena madre”, aquella que alimentaba a sus propios hijos, evitando recurrir a una nodriza. Esta representación, que estuvo latente³⁸ durante el despliegue de las leches modernas en el país, volvió a renacer, no para operar de la misma manera en que era propuesta por nuestros médicos de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, sino para articularse a los discursos y prácticas del desarrollo.

En la primera parte de este capítulo expondré cómo el Estado comienza a regular el consumo de las “leches modernas” que anteriormente recomendaba con tanto ahínco, especificando detalles sobre su consumo, para que no se pusiera en detrimento a la leche materna, la cual se convierte en el único alimento que debe ser suministrado a los niños de manera “exclusiva” hasta los cuatro o seis meses de edad. El contexto histórico que permitió esta transformación fue la realización de los primeros eventos de evaluación de programas de nutrición en Latinoamérica y la influencia cada vez mayor de la OMS, todo esto moldeó la planeación de las futuras políticas de salud. En la segunda parte me dedicaré a analizar al “sujeto lactante” propuesto (imaginado) por dichas políticas, un sujeto que necesita seguir las recomendaciones elaboradas por la ciencia para lograr que su cuerpo lacte en ambientes de producción capitalista. También reflexionaré sobre la manera en que los discursos hegemónicos sobre la lactancia obvian la alteridad histórica de aquellos

sensibles como la planificación familiar, la política ecológica o el aborto. A lo cual la LLL se negó obstinadamente, argumentando que su mensaje de buena maternidad a través de la lactancia no debía diluirse en otras causas, y que con ello perdería adeptas (Badinter, 2010:99).

³⁸ Luego de 1930, con el despliegue de las leches modernas en el país, la representación de la buena madre, como aquella que se debía encargar de criar y alimentar a sus hijos personalmente seguía vigente, pero ya no se les exigía el amamantamiento como regla básica de buena maternidad. En la segunda parte del capítulo uno y durante todo el capítulo dos pudimos ver que los médicos excusaban a las madres obreras y de más bajos recursos económicos, quienes (según ellos) no podían amamantar debido a que el cumplimiento de sus deberes laborales se los impedía, por tanto era aceptable recurrir a métodos de alimentación infantil en las gotas de leche, en los hospitales públicos y en sus hogares. A las mujeres de elite tampoco se les censuró el uso de leches modernas siempre y cuando fueran ellas quienes se encargaran de alimentar a sus propios hijos.

sujetos racializados y empobrecidos en donde la experiencia de la maternidad está condicionada por otros sucesos que no responden al imaginario proyectado por la ciencia.

Borrón y cuenta nueva: más tetas menos tetes

La única referencia sobre lactancia materna que se puede encontrar en el “Primer Plan de Alimentación y Nutrición de Colombia (1970-1974)” está en la página diecinueve cuando se menciona la intención de implementar una campaña nacional de educación en el tema, “de ésta iniciativa no se conocen efectos e impactos dado que se desmontó al cambio de gobierno” (OPS, 2013:7). En el capítulo anterior mencioné que los grandes ejes de ese primer plan se basaban en la producción y promoción de mezclas vegetales, pero pasó poco tiempo para que lactancia materna cobrara un lugar relevante en las futuras políticas de alimentación.

Del 6 al 9 de mayo de 1975 se llevó a cabo en Santiago de Chile la “*Primera reunión de la comisión asesora permanente en alimentos y nutrición en los países del área andina*” (CAPAN). A partir de este evento se consolida en el país un bloque de expertos que introducirá nuevos enfoques de planeación en el ámbito nutricional, revaluando y regulando el uso de los alimentos infantiles y despertando un interés desmedido y nunca antes visto por la lactancia materna. Dicha reunión fue liderada por la OMS, en ella varios de los países invitados no sólo iban a compartir sus experiencias en cuanto al desarrollo de programas de producción de mezclas vegetales y fortificación de alimentos, sino en cuanto a medidas adoptadas para promover el amamantamiento.

A diferencia de Colombia, que había introducido de manera muy trivial a lactancia materna en las políticas de alimentación previas a 1978, Chile venía pensando el asunto desde un enfoque “más científico”, en las memorias del evento se expone que a través de la Universidad de Chile (Sede norte, departamento de obstetricia) y la Universidad Católica se habían desarrollado investigaciones con drogas para estimular la lactancia materna y que hasta ese entonces habían demostrado ser efectivas³⁹ (CAPAN V 1, 1975:14). Este país

³⁹ Más adelante veremos que la baja producción de leche materna fue uno de los principales problemas identificados por el gremio médico y el Estado en los primeros estudios epidemiológicos sobre el tema. También veremos cómo los métodos hormonales para mejorar la producción de la leche materna no tuvieron acogida debido a que la “educación” sobre la correcta “técnica del amamantamiento” fue lo avalado y priorizado en las campañas de promoción.

también presentó un estudio para la futura producción de un alimento infantil llamado FORTESAN⁴⁰, en donde se les preguntaba a las madres sobre que creían ellas que era dicho alimento: una harina, leche con harina, harina con vitaminas, leche, etc. (CAPAN V 2, 1975:34). Esto evidencia que algunos países de Latinoamérica ya habían iniciado acciones para regular la información que le llegaba a las madres sobre los alimentos infantiles y a la vez se elaboraban investigaciones médicas en el tema de la lactancia.

Las políticas desarrollistas que sustentaron la formulación del “Segundo Plan de Alimentación y Nutrición de Colombia (1974 – 1978)”, que veían en la producción de alimentos económicos y de alto valor nutricional una solución para la pobreza y los problemas alimentarios de los colombianos, sobre todo de la niñez, cuando se actualizaron y siguieron las recomendaciones de los organismos internacionales rectores en salud infantil como la OMS y la UNICEF, voltearon su mirada hacia la lactancia materna, incluyéndola dentro de las soluciones a dichos problemas. En 1980 en un texto del DNP titulado *La alimentación y nutrición en el desarrollo* se dice:

El desplazamiento de la leche materna implica un recargo económico, por el mayor costo de los alimentos sustitutos y – al acompañarse de un serio riesgo de contaminación para el niño, especialmente en las familias más pobres – por la necesidad de enfrentar gastos elevados de salud curativa [...]. El fomento de la lactancia materna también se inscribe, en un sentido muy real, dentro de una estrategia de seguridad alimentaria” (DNP, 1980: 10).

Si antes la lactancia no ocupaba un lugar relevante dentro de las políticas alimentarias, desde 1978 se convirtió en uno de los bastiones que el gobierno usaría para combatir la morbimortalidad infantil y mejorar la salud de la población. Los expertos Dr. Joe D. Wray y Dr. Roy Brown de Estados Unidos hicieron su aporte sobre las ventajas económicas de la lactancia durante el *Primer Seminario Nacional sobre Lactancia Materna*⁴¹, según ellos:

⁴⁰ Este iba a ser un tipo de mezcla vegetal como la “Bienestariana” que empieza a producir Colombia en 1976.

⁴¹ El *Primer seminario nacional de lactancia* llevado a cabo del 20 al 24 de noviembre de 1978 tenía como objetivo: “discutir la problemática de la lactancia materna y su relación con la nutrición del niño, con base en estudios efectuados en Colombia y en otros países latinoamericanos, con el fin de precisar la formulación de estrategias para el fomento de la lactancia materna en el país” (PUJ, 1979: Introducción).

Berg⁴² calculó que se ahorran cientos de millones de dólares cuando se lacta en vez de dar biberón. Más específicamente, Habicht et. al., mostraron que en Guatemala, el costo de una alimentación artificial adecuada es 10 veces mayor que la alimentación adicional requerida por la madre para lactar. Además, Reutlinger y Selowsky, del banco mundial, mostraron que una madre pobre de Calcuta que trabaja, debe gastar la mitad de sus ingresos en proveer un adecuado sustituto para la leche materna. *Para el billón de habitantes más pobres del mundo, la lactancia es la única opción económicamente factible.* (PUJ, 1978: 26,27; énfasis agregado).

Colombia tuvo que ponerse al día en estos asuntos, por tanto, la promesa de mejorar el problema nutricional de los colombianos, sobre todo de los más pequeños, a partir de diversos tipos de leches y mezclas vegetales tuvo que reevaluarse y regularse. Las mezclas vegetales se siguieron produciendo, en 1976 se inicia a suministrar “Bienestarina” a la población cubierta por los programas del ICBF, pero se especifican los detalles de su consumo, pues las nuevas leyes de protección a la lactancia materna así lo ordenan. El decreto 1220 de 1980 “por el cual se reglamente la promoción, los rótulos, empaques y envases de los alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna” contempla lo siguiente:

Para los efectos del presente decreto, se entiende por promoción comercial de alimentos: la realizada a través de radio difusión sonora, televisión, prensa, cine, afiches, pancartas, o cualquier otro método de difusión. [...] se entiende por alimentos infantiles sustitutos de la leche materna, *las leches de origen animal o vegetal* u otros alimentos que sean objeto de cualquier procesamiento, transformación o adición, incluso la pasteurización, que tengan por objeto cumplir esta función en niños. En toda la promoción comercial de alimentos sustitutos de la leche materna, se debe hacer mención específica de que: *La leche materna es el mejor alimento para el niño.* Si no se siguen estrictamente las indicaciones de preparación e higiene, el alimento promocionado o *cualquier otro alimento sustituto de la leche*

⁴² Alan Berg asesor del Banco Mundial, el mismo que influyó en la formulación del primer PAN en Colombia, proponiendo que se debía operativizar e institucionalizar los programas de producción y entrega de alimentos nutritivos y de bajo costos (mezclas vegetales) (ver capítulo 2), es quien ahora voltea su mirada hacia la lactancia como una nueva política económica para los países en vía de desarrollo.

materna es perjudicial para la salud del niño. En la promoción comercial de alimentos sustitutos de la leche materna, se prohíbe: Hacer mención, alusión o representación gráfica del tetero o biberón (Ministerio de Salud, 1980: 1,2; énfasis agregado).

Todas estas disposiciones iban en contravía de muchos de los mensajes de las anteriores campañas estatales que buscaban mejorar la morbimortalidad infantil. Décadas atrás el Estado veía en las leches (en todas sus presentaciones) y en las mezclas vegetales alimentos de alto valor nutricional que podían solucionar el problema alimentario de los colombianos. Todo este empezó a regularse y, con el eslogan “*la leche materna es el mejor alimento para el niño*”, se pretendía borrar lo que en las mentes de la gran mayoría de la población ya había quedado.

Durante la celebración del *Primer Seminario Nacional Sobre Lactancia Materna* nuestros médicos proponían acciones educativas para propiciar la práctica de la lactancia. En las memorias del evento se anota que:

La educación específica se refiere tanto a la educación formal como a la educación informal y a la permeabilidad que tenga esa madre a los cambios en sentido positivo o negativo. La suma de todo eso es lo que lleva a la madre a internalizar un concepto sobre cómo debe ser la lactancia materna, y determina el comportamiento de la madre frente al hijo (PUJ, 1978: 1).

Para estos investigadores la educación formal se asociaba con una serie de conocimientos científicos que toda madre debía conocer sobre el correcto funcionamiento de su cuerpo, “su estado fisiológico”; y la educación informal contemplaba el reforzamiento de valores sobre buena maternidad, lo cual es entendido por nuestros médicos como los “patrones culturales de la comunidad que conllevan a ciertos condicionamientos sociales y familiares que se traducen en un determinado estado psicológico de la madre” (PUJ, 1978: 1).

A continuación expondré algunas de las estrategias que desde 1978 adoptó el Estado colombiano para promover la lactancia materna.

Nuevos sujetos y subjetividades lactantes

El conocimiento que el médico lleva en forma práctica al paciente moldea su cuerpo y su subjetividad (Pedraza, 2012:105).

En 1990 llega de manera oficial a Colombia la Liga Internacional de la Leche (LLL), pero desde finales de la década de 1970 muchos profesionales de la salud ya estaban familiarizados con su filosofía, pues los mensajes que departían en todo el mundo este grupo de madres católicas alcanzaron a traspasar nuestras fronteras por medio de los textos y boletines que ellas mismas editaban. En *Consideraciones prácticas sobre lactancia materna* (1979), editado por la Pontificia Universidad Javeriana, en *Lactancia Natural* (1980) publicado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y en *La alegría de amamantar* (1985) de editorial Norma, se referencia a la LLL⁴³. En el texto de 1985 se expone:

(...) toda mujer que haya disfrutado plenamente la alegría de amamantar, rechaza con vehemencia los teteros y se siente impulsada a compartir su vivencia con otras madres, animándolas y ayudándolas en su lactancia. Esto se debe a que el placer y la satisfacción que ha sentido le proporciona una gratificación emocional tan profunda, que no puede ser descrita, ni explicada, ni mucho menos transmitida sino que debe ser descubierta a través de la propia *experiencia* (Carvajal, 1985: 11; énfasis agregado).

Esta cita propone que el amamantamiento es un suceso homogéneo para todas las mujeres, se habla de la “experiencia de la lactancia” como práctica corporal universal, ligada al disfrute y a la satisfacción emocional. Este tipo de experiencia en una semiosis, una encarnación de significados, una tecnología de género (de Lauretis, 1987: 184). El lenguaje que utiliza la autora para hablar de la “experiencia de la lactancia” crea a los sujetos referidos, el sujeto lactante existe antes y después de practicar el amamantamiento ya que la mujer que aún no lo ha hecho, si lo hace, empezará a comprender su corporalidad desde ahí, desde lo que ella previamente a escuchado sobre dicha práctica. En este sentido, la

⁴³ La LLL publica en 1958 su famoso libro *The womanly art of breastfeeding*, traducido al español como el *Arte femenino de amamantar*. En los textos colombianos mencionados se observaron referencias sobre este libro o apuntes sobre la filosofía de la LLL.

lactancia propuesta por el discurso médico no es un asunto de lactantes *in situ* sino de madres o mujeres, es un discurso que *a priori* o *a posteriori* va poblando el cuerpo.

Carvajal (1985) muestra la foto de una niña que juega a amamantar a su muñeca, el pie de foto dice lo siguiente: “Gracias al ejemplo de su madre, la niña se prepara para la lactancia desde su más tierna edad” (p.44). El doctor Roberto Rueda Williamson, impulsador de las políticas desarrollistas de alimentación y de la formación profesional del nutricionista dietista en Colombia (Chacón, 2005) propone que a *La alegría de amamantar* se le asegure la más amplia difusión “en todos los estratos socioeconómicos de la población, e iniciar con él la formación y la motivación de las futuras madres sobre la importancia de la lactancia materna, incluyéndolo en la educación de las adolescentes en la escuela secundaria” (Carvajal, 1985).

En los últimos treintaicinco años se han publicado un sin número de texto parecidos a los de Carvajal, incluso en el 2005 se editó un nuevo ejemplar de *La alegría de amamantar*⁴⁴. Desde que se celebró el *Primer Seminario Nacional sobre Lactancia Materna* en 1978 hasta el día hoy, la filosofía de la LLL sigue vigente y no sólo eso, esta ha sido parte de otras políticas públicas que ven al amamantamiento como el “arte femenino por excelencia” y, de manera transversal, lo incorporan a discursos que fomentan la equidad entre los géneros y el desarrollo sostenible. El Plan Nacional de Lactancia Materna 1998 – 2008 enuncia que “la lactancia materna fomenta la equidad entre los géneros [...] fortalece el apego y el vínculo afectivo [...] mejora la autoestima de la mujer y proporciona a esta seguridad en el proceso de crianza” (MPS, 1998). También, en las memorias de la *Semana mundial de la lactancia materna* de 1997, que llevaba como lema “Lactancia materna, una práctica ambiental”, el Estado propone que el amamantamiento

⁴⁴ Otros textos que circularon en Colombia fueron, por ejemplo: Zeib, Gabriele (1996), “*Dar el pecho es lo mejor*”; Ferráez de Lee, Martha A (1998), “*Lactancia materna*”; Rosenthal, M. Sara (2003), “*Guía de la lactancia materna*”; Arias, Diana (2003), “*Guía de la lactancia. Todo sobre la alimentación natural del bebe*”; Beccar, Carlos (2004), “*El arte de amamantar a su hijo*”; Nylander, Gro (2005), “*Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses*”. En 1989 se lleva a cabo una campaña nacional de lactancia enmarcada dentro del plan de salud “*Súper Vivir*”, los contenidos desarrollados hacían referencia a la educación “formal” e “informal” que una madre debía recibir en tema (Bersh, 1989; Díaz, 1989). Luego las actividades de promoción se inscriben dentro de los lineamientos de los planes decenales de lactancia, las cuales describiré más adelante.

debe estar asociado a una estrategia económica que permita implementar alternativas económicas que faciliten y tengan en cuenta la disponibilidad del tiempo de la mujer a una adecuada crianza, como una manera de hacer visible la contribución de la mujer no solamente en la estructura económica, sino también, en el mejoramiento de la calidad de vida, objetivo del desarrollo humano sostenible (UNICEF [Colombia], 1997:s.p).

La primeras encuestas que se llevaron a cabo en el país sobre creencias, actitudes y prácticas de lactancia materna determinaron que la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral y la industrialización son una de las principales causas por las cuales el amamantamiento ha entrado en desuso en nuestro país. El DNP (1979) considera que este fenómeno está generalmente asociado al medio urbano, lo cual es un suceso nacional y mundial, y que tal desuso es propiciado por la elevación del nivel educativo de las mujeres (p. 11,12).

Para el Estado colombiano “la leche materna es el alimento ideal para los infantes de todos los niveles socioeconómicos” (Ministerio de Salud, 1999:8). Por tanto, todas las madres, las más educadas (educación formal), las menos educadas, las de mayores ingresos, las empobrecidas, las que se han incorporado a los mecanismos urbanos de producción, en condiciones formales o informales. Todas las madres sin excepción deben amamantar.

A pesar de lo anterior, una de las principales razones referidas por las madres para suspender la lactancia es la baja producción de leche. Las encuestas de demografía y salud, desde la primera realizada en 1986 hasta la última realizada en el 2010, concluyen que la famosa frase “se me secó la leche” es la responsable de los bajos niveles de amamantamiento en el país⁴⁵. Debido a esto, la educación en lactancia materna no sólo contempla cierto tipo de información encaminada a formar a las madres en “el arte femenino por excelencia”, tal y como es mostrado el amamantamiento por la LLL y sus

⁴⁵ La primera encuesta nacional de demografía y salud llevada a cabo en 1996 determinó que sólo el 15.4 de las madres del país lactaban a sus hijos durante los seis primeros meses de vida. Las “Encuestas Nacionales de la situación alimentaria y nutricional” demuestran las siguientes tasas de lactancia materna exclusiva durante los años 1986 a 2010: 1986 (15.4), 1990 (11.9), 1995 (11.4), 2000 (25.9), 2005 (46.8), 2010 (48.8) (OPS, 2013:22).

adeptos sino que, además, nuestros médicos producen una serie de conocimientos sobre fisiología de la lactancia para hacer posible que un cuerpo lacte.

La producción del cuerpo en las teorías fisiológicas de la lactancia.

Desde que se elaboraron las primeras normatividades para impulsar el amamantamiento, se pueden encontrar manuales de educación en el tema que exponen recomendaciones científicas para garantizar un proceso exitoso. La resolución 5532 de 1979 “por la cual se adoptan normas para el fomento de la lactancia materna” le ordena al personal de salud tener en cuenta lo siguiente a la hora de interactuar con las madres:

Que la lactancia materna es la mejor manera de alimentar al niño menor de dos años. Que el equipo de salud ejerce un papel fundamental en el éxito de esta práctica. [...] Instruir a la madre sobre las ventajas de la lactancia materna y recomendar esta práctica como beneficio para la madre y el niño. Asegurar la preparación física adecuada de la madre a través de exámenes del seno a toda embarazada y enseñar ejercicios tendientes al alargamiento y endurecimiento de los pezones⁴⁶. [...] Reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar [...] Permitir y recomendar una alimentación al seno, a libre demanda, tanto en el día como en la noche [...] Recomendar lactancia exclusiva hasta el final del cuarto mes [...] Las enfermedades del seno no son contraindicaciones definitivas para la suspensión de la práctica de la lactancia salvo el cáncer y enfermedades sistémicas graves, según criterio del médico⁴⁷ [...] (Ministerio de Salud, 1979: 1,2).

⁴⁶ Además del famoso “se me secó la leche”, muchas madres refieren que tienen los pezones planos y cortos, por tanto no pueden alimentar a sus hijos. Para este problema la ciencia actualmente recomienda cosas como: posiciones específicas para amamantar, estimulación táctil con utensilios “sacaleches”, ejercicios para el alargamiento del pezón con jeringas recortadas, uso de escudos formadores de pezones, etc. (Aguayo, et al. 2008:199,200). Claudio Rengifo en su tesis doctoral de 1893 recomendaba para este problema: “titilaciones del pezón, succiones prácticas por el marido, por una mujer cualquiera o por un perro recién nacido, con el objeto de alargarlo o darle forma adecuada” (Rengifo, 1893:44)

⁴⁷ Actualmente, las contraindicaciones del amamantamiento se dividen básicamente en dos grupos, el primero cuando un bebé no puede consumir leche materna y el segundo cuando una madre no puede lactar. En cuanto a lo primero, sólo dos situaciones están científicamente avaladas, estas son: la galactosemia y fenilcetonuria, la primera es un problema genético y ocurre por la falta de enzimas para desdoblar la galactosa (principal disacárido de la leche materna), la segunda patología se trata de un trastorno del metabolismo de los aminoácidos en donde se carece de la enzima hepática fenilalanina hidroxilasa. Los casos en que se prohíbe que una madre lacte están asociados a enfermedades sistémicas como el cáncer y el HIV, no obstante, hoy se cuenta con un gran cúmulo de tratados que se especializan en consejería en lactancia, nuestros expertos se han ingeniado las soluciones más pródigas para evitar suspender el amamantamiento en estos casos, por ejemplo:

Los términos “instruir”, “preparación física”, “reforzar la confianza”, “libre demanda” “contraindicaciones” “beneficios”, etc., hacen parte del nuevo vocabulario de la “ciencia de la lactancia”, en donde varios de los elementos teóricos de la psicología, la fisiología, la anatomía y la nutrición se articulan para crear un método educativo (una técnica) que prepare los cuerpos y los deseos, que produzca sujetos lactantes.

El gremio médico ha elaborado una serie de teorizaciones sobre la fisiología de la lactancia para explicarle a las madres que el famoso “se me secó la leche” no es una causa objetiva para suspender la lactancia. Al respecto la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) dice:

Trataremos de profundizar en *las verdaderas causas* del destete precoz en nuestro medio, ya que no podemos aceptar que nuestra *especie mamífera* esté tan evolucionada hasta tal punto que nuestras madres no puedan asegurar la subsistencia de sus hijos. Podremos entender mejor la situación *real* si recordamos rápidamente la fisiología de la secreción láctea en los alveolos mamarios: su producción aumenta gradualmente durante el embarazo y se incrementa notablemente a partir del alumbramiento. Si el niño es colocado al seno durante los primeros minutos después de nacido, la succión estimula la producción de oxitocina que actúa sobre las células miopiteliales de la pared acinar, facilitando la eyección o descenso de la leche. En adelante, cuando el niño demanda el alimento, se produce su descenso y el consecuente vaciamiento alveolar que a su vez estimula nuevamente la producción de prolactina, estableciéndose así un ciclo armónico cuyo resultado final será la suficiente producción láctea. Su cantidad dependerá de la demanda de las necesidades del niño manifestadas por intensidad y la frecuencia de la succión: a

a las madres que se someten a quimioterapias se les aconseja que almacenen la leche producida durante los periodos en que no reciben tratamiento para que posteriormente puedan suminístrasela a sus hijos; también, la OMS recomienda que, en contextos donde no sea posible garantizar la higiene de los sucedáneos de la leche materna como en algunos países en vía de desarrollo, las madres infectadas con HIV ofrezcan leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus. Actualmente, se considera que tras la pasterización de la leche de madre desaparece el riesgo de la trasmisión de la infección por, por lo que las madres infectadas podrían administrar a sus hijos su leche pasteurizada. Hay casos en pudiéndose contraindicar la lactancia no se hace sino hasta que la madre reciba una valoración clínica individualizada, estos casos son: tuberculosis activa no tratada, hepatitis, citomegalovirus, brucelosis, enfermedad de lyme, enfermedad de chagas, varicela, sarampión, etc. (Aguayo et al, 2008:48, 49).

mayor succión, mayor vaciamiento del seno, mayor secreción láctea. (Barrera, 1980: 19; énfasis agregado).

Más recientemente, en una tesis de psicología de la Universidad Nacional de Colombia se sostiene que:

La razones del uso del biberón reportadas dan cuenta de *creencias erradas* acerca de la posibilidad de las madres de producir cantidad suficiente de leche para alimentar a sus hijos, también puede ser evidencia de fallas en la frecuencia y duración de las tomas de leche materna, mala posición al amantar, entre otras [...]. Las razones de suspensión de la lactancia materna pueden ser evidencia de *creencias incorrectas* respecto al mecanismo de producción, mantenimiento y cantidad de la leche materna como también de carencia de conocimientos prácticos respecto a la forma de amamantar (Velandia, 2003: 104; énfasis agregado).

Estas anotaciones sobre la fisiología de la secreción láctea son unos de los principales asuntos abordadas por los manuales que hasta el día de hoy se producen en Colombia para educar en el tema de la lactancia materna. Detrás de este discurso que pretende fijar una verdad universal en cuanto a “los cuerpo femeninos” se esconde la idealización de un prototipo de sujeto necesario para la consolidación del desarrollo y la económica del país, él es quien le da vida a tal teorización y la permite funcionar. Haraway (1991) nos sugiere que “tenemos la ciencia que hacemos históricamente” (p.74). La fisiología de la secreción láctea presentada hoy por los médicos “define el lugar del ser humano [*y de la mujer*] en la naturaleza y en la historia y provee los instrumentos de dominación del cuerpo y de la comunidad [...] la ciencia [*y por supuesto el conocimiento de la lactancia*] forman parte de la lucha por la naturaleza de nuestras vidas” (Haraway, 1995 citada en Ardila, 2013: 4).

Fenómenos tales como la mediación hormonal de la conducta son grupos de adaptaciones puestas a punto para cambios medioambientales de duraciones diferentes. No son propiedades fundamentales de organismos, sino propiedades en torno a las cuales las especies deben adaptar su biología (Wilson, 1975 citado en Haraway, 1991:103). La *Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud (ENCAPS: 1986 – 1989)* determinó que las mujeres que registraron las tasa más bajas de lactancia o incluso

las que nunca había iniciado esta práctica. Eran aquellas que estaban desempeñando actividades fuera del hogar, ellas corresponden a la clase media urbana y los estratos socioeconómicos más bajos, “a este grupo deben ser dirigidas las campañas de fomento a la lactancia” (Ministerio de Salud, 1986: 73, 82). Por ende, la teoría fisiológica de la secreción láctea es un ensamblaje de discursos y prácticas orientadas a armar una arquitectura corporal que se adapte a la arquitectónica del contexto donde habitan - o donde deben habitar - las mujeres. Este diseño de la anatomía femenina responde a una construcción metonímica del sistema heterosexual de producción y de reproducción que autoriza el sometimiento de dicho cuerpo como fuerza de trabajo y como medio de reproducción” (Preciado, 2002:22).

En la *Alegría de amamantar* (1985), texto que hemos revisado anteriormente, se aborda el tema de la fisiología de la lactancia en un apitome titulado “La naturaleza lo ha previsto todo...” (p. 12) y “Querer es poder” (p. 41). Allí, además de abordarse el tema de la mediación hormonal de la secreción láctea, se dan consejos psicológicos a las madres para optimizar este proceso corporal. Para Carrasquilla, el deseo de lactar puede llevar a una madre a producir leche, no hay excusas cuando de ser buena madre se trata, la “naturaleza lo ha previsto todo” y el cuerpo de la mujer es reflejo de tal designio⁴⁸. Desde que el Estado inició está cruzada por recobrar en las mujeres el deseo de amamantar consideró que existían disimilitudes entre ellas en cuanto a recursos económicos, ubicaciones geográficas y ocupaciones laborales - lo cual, moldea la experiencia de la lactancia y de la maternidad - pero, aun así, produjo los discursos clínicos necesarios para que esta diferencia no fuera una excusa para no poder lactar. Bajo el discurso fisiológico de la secreción hormonal, articulado al discurso esencialista de la naturaleza femenina, se quiere alcanzar lo que otros medios materiales no pueden garantizar: la disminución de la morbimortalidad infantil.

⁴⁸ Las frases asociadas con la parte afectiva y emocional, de las cuales mostré ejemplos párrafos arriba e identifiqué como una “tecnología de género” impulsada por las mujeres de élite (supuestamente las más educadas) en el tema, ahora son respaldadas por las ciencias de la nutrición, e incorporadas a un discurso orientado a entender el cuerpo femenino desde dichas tecnologías de género.

El descubrimiento de las “hormonas sexuales” es un episodio extraordinario de la historia de la ciencia. Hacia 1940, los científicos las habían identificado, purificado y nombrado. Pero en su exploración de la ciencia de las hormonas (la endocrinología), los investigadores sólo podían hacerlas inteligibles en términos de las disputas sobre género y raza que caracterizaban sus entornos de trabajo (Fausto-Sterling, 2006:181).

Desde que en Colombia la lactancia se convirtió en un problema científico, el análisis de la modulación hormonal de esta práctica corporal ha sido uno de los centros de debate e investigación. En 1978 en *El Primer Seminario de Lactancia Materna* los expertos Dr. Joe D. Wray y Dr. Roy Brown fueron ponentes del estudio “Relaciones entre la nutrición de la madre, lactancia materna, mortalidad y fertilidad”. Eran tres las preguntas que ocupaban el interés de estos doctores a) ¿La nutrición materna y la lactancia afectan la fertilidad? b) ¿La nutrición materna afecta la lactancia? y c) ¿La lactancia afecta la supervivencia infantil? Como respuesta al primer interrogante, nuestros médicos expusieron que

La relación básica entre la lactancia y la duración de la amenorrea, o la reanudación de la ovulación, ha sido aceptada y documentada. Estas observaciones se han realizado en estudios empíricos en los cuales se encontró que el periodo de amenorrea es aproximadamente 12 meses más largo en mujeres que están lactando en comparación con aquellas que no lo están (PUJ, 1978:47).

Estudios recientes también concluyen que el amamantamiento puede funcionar como un método anticonceptivo “natural”. La técnica corporal endocrina que permite tal fenómeno es la siguiente:

Técnica para practicar el Método Lactancia Amenorrea (MELA): El freno que produce la prolactina, las endorfinas y la succión sobre el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico inhibe la ovulación. Su eficacia es muy alta (IP=0,7-0,9)⁴⁹ si se cumplen las condiciones de uso: bebé menor de seis meses, madre en amenorrea (sin reglas) a partir de 56 días posparto, lactancia exclusiva y con tomas frecuentes, sin descanso nocturno de más de 6 horas ni diurno de más de 4. De los 6 a los 12 meses, con

⁴⁹ (IP): Índice de Pearl, se usa para medir la eficacia de un método anticonceptivo.

lactancia mixta, el IP baja a un 2,6, aunque se puede aumentar la eficacia asociando métodos de barrera o de control del ciclo (Aguayo et. al, 2008: 290).

Aunque desde 1970 se haya comprendido el mecanismo hormonal por el cual se llega a evitar la ovulación a través del amamantamiento, posteriormente esta forma de entender el cuerpo no tuvo mayor relevancia. Actualmente ni siquiera es objeto de promoción en los manuales de enseñanza en lactancia materna. Para 1978, los asistentes al *Primer Seminario Nacional sobre Lactancia Materna* mostraban un interés en la relación lactancia/fecundidad porque a través de la enseñanza de este mecanismo fisiológico se buscaba hacer control demográfico de dos maneras: frenar la morbimortalidad infantil y disminuir la tasa de natalidad. Nuestros expertos encontraron en los métodos anticonceptivos modernos una solución al segundo problema. Hoy en día se sostiene que la seguridad anticonceptiva del MELA sólo se garantiza si las madres dan el pecho a menudo, lo hacen de forma exclusiva, sólo así la posibilidad de embarazo durante los primeros seis meses de lactancia puede ser baja (2%) (Aguayo et. al, 2008: 409).

Ya sea para frenar la ovulación o para provocar la secreción láctea, un cuerpo con ovarios y mamas debe disponer de ciertas condiciones ambientales (tiempo, descanso, estimulación, succión, etc.), de lo contrario o se “seca la leche” o se reanuda la ovulación. Los métodos anticonceptivos modernos y los métodos de alimentación infantil modernos (las LFI) pudieron (y podrían) desplazar tanto a la técnica MELA como a la técnica de secreción láctea. Pero no es la alta tasa de natalidad la que ocupa hoy la atención de la ciencia sino la alta tasa de mortalidad infantil, desde esta problematización histórica de la lactancia, ambos fenómenos demográficos (mortalidad/natalidad) cobran valores diferentes.

A diferencia de la relación lactancia/fecundidad, la relación entre a) nutrición materna, b) calidad y cantidad de la leche producida y c) supervivencia infantil, sí se convirtió desde la década de 1970 en un punto de gran valor para el control (demográfico) de la mortalidad infantil. En ese momento, los participantes del *Primer Seminario Nacional de Lactancia Materna* señalaban que:

No solamente el feto se nutre a expensas de su madre, sino también el niño lactante. Se presume que los nutrientes requeridos para la producción de la leche humana se

movilizan desde los tejidos maternos, haya o no una dieta adecuada. Esto parece tener un “sentido biológico”, el recién nacido es tan dependiente de la capacidad materna para producir leche que no debe sorprendernos que los mamíferos humanos, así como otros mamíferos, tienen la capacidad de producir los nutrientes necesarios para la supervivencia de sus crías. (PUJ, 1978:15).

Actualmente, destacados pediatras sostienen que las diferencias entre la leche de diferentes mujeres son escasas, en incluso mujeres con alimentación deficiente, la calidad de la leche suele ser buena. Los bebés compensan estas diferencias con variaciones en la frecuencia de las tomas y en el volumen extraído (Aguayo et al, 2008: 407; Macías et al, 2006:427). Hoy, como hace cuarenta años, para la ciencia “es más convincente que la lactancia tiene efectos sobre la supervivencia de los niños, que la relación entre nutrición materna y lactancia” (PUJ, 1978: 45).

La UNICEF (2015) promueve la lactancia materna exclusiva en comunidades afectadas por sequías y hambrunas en países empobrecidos. Para esta agencia de la ONU “La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo (The Lancet: 2008, citado en UNICEF:2015).



Imagen # 7. “La lactancia materna es la manera más eficaz y menos costosa de salvar vidas” UNICEF.

Lo dicho por Alan Berg, asesor del Banco Mundial en 1978, no ha cambiado en nada en las últimas cuatro décadas: “Para el billón de habitantes más pobres del mundo, la lactancia es la única opción económicamente factible” (Berg, 1973 citado en PUJ, 1978:27).

¡No hay excusas! ni para amamantar, ni para trabajar.

Actualmente, la educación en lactancia materna se enfatiza en mujeres que no cuentan con los medios más adecuados para llevar a cabo una óptima secreción hormonal, es decir las que tendrían que adaptar su cuerpo a su entorno de trabajo u otras particularidades ambientales (escases de alimentos, agua, tiempo, etc.). Las teorías clínicas sobre la lactancia se basan en ciertas prácticas que le permiten construir los problemas para que resulten manejables dentro del régimen discurso que lo produce: la economía del desarrollo.

En Colombia, desde 1990, momento en el cual las políticas de lactancia se integraron a los enfoques de las políticas de género y desarrollo sostenible se han venido dando una serie de cambios en la organización y diseño de los espacios públicos (sobré todo en las principales ciudades) con el fin de adaptar la construcción de la arquitectura del cuerpo de la lactante a la arquitectura de dichos espacios. Al respecto, el Plan Nacional de Lactancia Materna 1996 – 2005 propuso:

Impulsar algunas reformas a la normatividad que favorezcan la participación laboral de la mujer, haciéndola más compatible con la atención que requiere el niño. Sin embargo, las modificaciones que se realicen deben ser evaluadas para no desestimular la vinculación de la fuerza laboral femenina (Ministerio de salud, 1996).

También, el Ministerio de Salud en 1999 planteó:

La lactancia materna requiere muy poca inversión y a la vez ofrece una inmensa recompensa para el niño o niña, para la mujer, para la familia y para las instituciones de salud y los gobiernos. Desde la *perspectiva económica*, invertir en promoción de la lactancia materna es invertir en la *salud* de la población, en el *desarrollo sostenible*. Es por esto que el fomento de la lactancia materna con

compromiso de la *figura paterna* es una estrategia modelo de la promoción de la salud del binomio madre – hijo (a) (Ministerio de salud, 1999:11).

Gracias a esta forma de administrar la salud de la población, en los últimos diez años se han llevado a cabo legislaciones para promover la lactancia materna. La ley 1468 de 2011 establece que una madre tiene derecho a 14 semanas de licencia de maternidad remunerada y luego de este periodo a una hora de su jornada laboral diaria para amamantar (Ministerio de Salud, 2013:2). En Bogotá, el Proyecto de Acuerdo 094 de 2011, reglamenta la adecuación de lactarios en las diferentes entidades distritales, jardines y hospitales, para facilitarles a las lactantes la extracción y conservación su leche durante el horario laboral (Bejarano, 2012:122). La OPS en un informe del 2013 titulado *Avances y retos de la lactancia materna, Colombia 1970 a 2013*; expone:

El reto es llegar a todos los entornos donde transcurre la vida cotidiana de las madres y la infancia y esto sólo será posible, cuando toda la sociedad colombiana se comprometa a sembrar la *cultura por la lactancia materna*. El hogar, la comunidad, universidades, jardines infantiles, medios de transporte, parques, centros comerciales y lugares de trabajo, pueden constituirse en espacios amigables con la lactancia materna. La protección de la maternidad, específicamente el tiempo otorgado por la licencia postparto, *debe ser coherente con el tiempo que demanda el cuidado y crianza del recién nacido* y con la recomendación de la duración óptima de la lactancia materna, razón suficiente para ampliarse a por lo menos 6 meses. *Una legislación que permite que las mujeres desempeñen su papel biológico de procrear y criar a sus hijos, al tiempo que conservan su papel productivo como trabajadoras, solo puede ser beneficiosa para toda la sociedad* (OPS, 2013; énfasis agregado).

La “cultura de la lactancia” es el espacio a donde todos los nacionales debemos llegar y para ello vamos a necesitar de la dirección del Estado y sus expertos (economistas, médicos, nutricionistas, juristas...). Esta noción de “cultura” - y específicamente, de cultura de la lactancia - “antes que una idea lógica o conceptualmente clarifica, es el ámbito de una convergencia de intereses” (Hall, 2010: 31). Esta propuesta recoge elementos ideológicos de un contexto histórico en particular para “intervenir en el terreno del sentido común y las

tradiciones populares y, mediante tales intervenciones, organizar masas de hombres y mujeres” (Hall, 2010: 44).

A lo largo de este capítulo revisamos que las intencionalidades y las apuestas de las subjetividades propuestas por el discurso hegemónico de la lactancia materna, están basadas en un sujeto mujer/madre que “tiene sentido sólo en los sistemas económicos y de pensamiento heterosexuales” (Wittig, 1978). Así como diferentes organismos internacionales ayudaron a construir a Colombia como un país pobre, a partir de un régimen de verdad que crea al tercer mundo con discursos y prácticas del desarrollo; desde 1978, los expertos del área de la salud empezaron a organizar discursos de promoción del amamantamiento, donde un gran número de mujeres fueron creadas como incapaces de alimentar a sus hijos, vistas como llenas de necesidades y problemas, pero carentes de opciones y libertad de acción, una mujer diseñada mediante el uso de estadísticas y ciertas categorías (Mohanty, 1991 citada en Escobar, 2012:27).

Conclusiones

En Colombia, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, las prácticas de alimentación infantil han sido estimuladas, orientadas e interpretadas por el biopoder, un elemento indispensable para el desarrollo de la economía; este no pudo afirmarse sino al precio de la inserción de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos demográficos (Foucault, 1977:170). Sólo en la dimensión del cuerpo, se presta la vida biológica para ser preservada y cuidada por este ejercicio de poder. El Estado y diversos expertos articularon conocimientos científicos de circulación internacional con proyectos regionales de homogenización y necesidades nacionales y locales de diferenciación, para lograr el control del cuerpo en varias de sus manifestaciones y entre diversos grupos sociales (Pedraza, 2012:94, 96).

Antes de que terminara la tercera década del siglo XX, los médicos se convirtieron en los encargados de señalar al Estado el camino hacia el progreso. Dos olas de pediatras higienistas sumaron sus esfuerzos para combatir la morbimortalidad infantil, educando y aconsejando a las mujeres sobre las diferentes formas de alimentar a los niños más pequeños. Se prefirió a la leche materna antes que cualquier otra leche, pero sólo la proveniente de la madre biológica, el uso de una nodriza o de cualquier mujer extraña a la familia heterosexual (mamá/papá) fue condenada. Un primer grupo de médico no sólo fraguó la imagen de la “mujer/madre”, figura suprema del orden social imaginados por ellos, sino que a partir de un ejercicio de racialización de las clases sociales, dicha imagen quedó dividida entre, las “buenas madres”, representadas por las mujeres de la elite blanco mestiza urbana y las “malas madres”, representadas por las nodrizas, quienes fueron concebidas como mujeres campesinas pobres e ignorantes.

A medida que se aceleraba el proceso de urbanización e industrialización en las principales urbes, una segunda ola de higienistas abanderada por pediatras liberales, consideró que a través de la educación las “malas madres” - ya no sólo las nodrizas, sino también las obreras de la ciudad - podían corregir su ignorancia y decadencia. A estas se les instruyó en

las *Gotas de leches*, centros de beneficencias y hospitales públicos sobre la correcta forma de educar a sus hijos, las que por ocupaciones laborales no podían amamantarlos fueron excusadas y para evitar que acudieran a una nodriza, se les permitió el uso de la alimentación artificial a base de leche de vaca pero condicionada al cumplimiento de los parámetros científicos departidos en dichas instituciones del Estado.

Con la implantación en el país de industrias lecheras y con el aumento de la inserción femenina a los mecanismos urbanos de producción, la educación en lactancia materna salió de la escena nacional y deja de ser una práctica representativa de la “buena maternidad”. Las leches de vaca industrializadas - leche de fórmula infantil (LFI) y leche pasteurizada, en polvo y líquida - eran patrocinadas por el gobierno, los pediatras y los medios de comunicación; y aunque estos alimentos no estaban disponibles para toda la población, la gran mayoría los deseaba ya que eran símbolo de buena nutrición, prestigio y modernidad.

Después de la segunda guerra mundial, las políticas desarrollistas propiciaron que el Estado impulsara la producción y comercialización de mezclas vegetales, unos nuevos alimentos modernos considerados tan buenos como las leches de vaca industrializadas que estaban circulando por el mercado, pero con la ventaja de que su precio era mucho menor.

Para la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó que se regulara la promoción de los productos destinados a la alimentación infantil, sobre todo en las zonas subdesarrolladas del planeta; esta decisión la tomó debido a los resultados de los estudios sobre pobreza y salud que había implementado inicialmente en África. Para la OMS la efectividad de los sustitutos industriales de la leche materna se disminuye, o incluso resulta perjudicial, en poblaciones que no cuentan con infraestructura (agua potable, servicios públicos) u otros factores ambientales necesarios para aprovecharlos correctamente. Los planes locales que se debían llevar a cabo en África para contrarrestar los efectos del expendio de LFI se convirtieron en planes globales y específicamente en políticas de nutrición para todo los países del tercer mundo.

La retórica de la OMS sobre pobreza y morbimortalidad infantil produce por primera vez en la historia de occidente a la leche materna como “único alimento *saludable* para lactantes” y, simultáneamente, produce a los sujetos que están implicados en su práctica, a

los niños quienes son los que van a necesitar de ésta para evitar enfermar y morir y a las madres quienes deberán hacer todo lo posible por salvaguardar a sus hijos, tarea que toda “buena madre” no podría rechazar. Las políticas de alimentación llevadas a cabo para lograr que Colombia se insertara a las dinámicas del capitalismo global, lograron modificar la imagen corporal y en un sentido más amplio las subjetividades de los nacionales, sobre todo de las madres urbanas. A lo largo de más de cincuenta años, el Estado acostumbró a la población a las “las leches modernas” desincentivando la práctica del amamantamiento.

Si los higienistas de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX excusaban a las madres trabajadoras que no podían amamantar, desde 1978 se inicia una compleja planificación de políticas en salud encaminadas a lograr que las madres de todos los niveles socioeconómicos e independientemente de su ocupación e ubicación geográfica vean en la lactancia materna la manera más efectiva y menos costosa de alimentar a sus hijos. Las actuales políticas del amamantamiento proponen - imaginan - a un sujeto lactante que guiado por las recomendaciones científicas puede lograr que su cuerpo lacte en ambientes de producción capitalista. Hoy en día, las madres debe compatibilizar sus actividades laborales con sus actividades productivas, por tanto ya no hay excusas ni para lactar ni para trabajar.

Así como diferentes organismos internacionales ayudaron a construir a Colombia como un país pobre, a partir de un régimen de verdad que crea al tercer mundo con discursos y prácticas del desarrollo; los expertos del área de la salud empezaron a organizar discursos de promoción del amamantamiento, donde un gran número de mujeres fueron creadas como incapaces de alimentar a sus hijos, vistas como llenas de necesidades y problemas, pero carentes de opciones y libertad de acción, una mujer diseñada mediante el uso de estadísticas y ciertas categorías. Los discursos hegemónicos sobre la lactancia materna imaginados por la ciencia, se basan en un sujeto mujer/madre que tiene sentido sólo en los sistemas económicos capitalistas y de pensamiento heterosexual, estos obvian la alteridad histórica de aquellos sujetos racializados y empobrecidos en donde la experiencia de la maternidad está condicionada a sucesos heterogéneos.

El cuidado de la vida implícito en las políticas de la lactancia.

Las políticas de la lactancia en Colombia encuentran su justificación en la disminución de la mortalidad infantil. El ejemplo más actual es el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020, que encuentra su marco constitucional en los derechos de los niños y en el código de infancia y adolescencia (Bejarano, 2012: 122). Cuidar de la vida de los niños ha sido una responsabilidad del Estado pero son las madres a quienes este les cedió tal tarea.

Puede que la lactancia materna como representación de buena maternidad se haya suspendido por más de cincuenta años, debido al despliegue de las leche modernas en el país; no obstante, desde finales del siglo XIX, cuando las elites blanco-mestizas iniciaron una campaña higienista civilizadora anti-nodrizas, se les ha solicitado a las madres biológicas que sean ellas mismas quienes se hagan cargo de la alimentación y de la protección de la vida de sus hijos.

Con el transcurso de la historia se ha modificado la clasificación de la división sexual del trabajo que legitimaba el rol “natural” que deben cumplir las mujeres en la sociedad, el de madres y esposas dentro del hogar. Hoy el Estado les solicita a las mujeres que aporten a la economía del país no sólo haciéndose cargo de la lactancia de sus hijos sino también participando en los mecanismos urbanos de producción. Actualmente, la ciencia prescribe que las madres deben hacer hasta lo imposible por lactar, así trabajen o estén malnutridas deben hacerlo. Dentro de este modo de conocimiento, la leche no se modifica significativamente en casos de desgaste nutricional y las labores realizadas por fuera del hogar no son razones objetivas para no llevar a cabo el amamantamiento.

En Colombia se han modificado leyes para que las madres puedan amamantar en sus sitios de trabajo y se han realizado campañas de promoción para promover la lactancia en lugares públicos, aun así las estadísticas demuestran que los niveles de lactancia en el país están muy por debajo de lo recomendado. Los estudios nacionales provenientes del área de la salud, concluyen que las razones de suspensión de la lactancia pueden ser evidencia de creencias incorrectas respecto al mecanismo de producción, mantenimiento y cantidad de la leche materna como también de carencia de conocimientos prácticos respecto a la forma de amamantar (Velandia, 2003: 104). Algunas académicas que se dedican a problematizar

aspectos reproductivos de las mujeres en diferentes partes del mundo, consideran que elementos asociados a representaciones locales de raza, clase, estado civil y orientación sexual, condicionan a las madres para que elijan o rechacen la lactancia (Bartlett, 2010; Wolf, 2010).

En Colombia, los planificadores de las políticas en salud se inspiran en construcciones homogéneas de la experiencia de la maternidad y de la lactancia, o sea en los discursos clínicos, los cuales “demuestran” que las mujeres no lactan a sus hijos por desconocimiento de sus cuerpos y solapan otras causas que llevan a las madres a tomar dicha decisión. Las políticas actuales pro lactancia se basan en ciertas prácticas que le permiten construir los problemas para que resulten manejables dentro del régimen discursivo que lo produce: la economía del desarrollo.

Límites y posibilidades de la investigación.

En esta investigación rastree los enunciados con carácter de verdad, asociados a la alimentación infantil, que han sido utilizados por el Estado y sus expertos en pro de proteger y cuidar la vida de sus gobernados. La metodología propuesta por Foucault para estudiar la genealogía del biopoder en Europa central, fue una de mis cajas de herramientas para analizar la biopolítica de la lactancia materna en Colombia. Este pensador francés fue quien en primera instancia me inspiró a hacer estudios culturales sobre este tema, aun así la maximización de la vida que aparece en un punto en que el capitalismo industrial y la burguesía realizan su historia, y lo dicho en relación a esto en la presente investigación, debe entenderse como parte de un sistema de transformación que constituya el cambio (Escobar, 2007:194), un cambio en las políticas de la vida y específicamente en las políticas del amamantamiento.

El cuidado de la vida implícito en los discursos pro lactancia no debe darse sólo en términos de “una lucha por bienes y servicios, sino en cuanto a la definición o redefinición de la vida misma, de la economía, de la naturaleza y de la sociedad” (Escobar, 2007: 38, 39). Foucault es quien nos ha ayudado a comprender que no hay posibilidad del sujeto por fuera del discurso y del poder. Esto no es una condena, al contrario, su analítica del biopoder puede llevarnos a repensar a los sujetos por encima de los límites de la

racionalidad gubernamental moderna que fragmenta y economiza los elementos implicados en las prácticas de alimentación infantil. No es imposible pensar los cuerpos desde lógicas en que las tetas y los tetes, la leche materna y sus sustitutos no estén contenidos dentro de los flujos del capital. Podemos imaginarnos una vida que este más acorde con el conjunto interminable de formas y entidades que componen el pluriverso y los procesos en los que se produce la vida misma (Escobar, 2012: 28).

Referencias citadas

- Ardila, Dolly (2013). “*Entre reproducción y sexualidad. Representaciones del sistema reproductor humano en textos escolares de ciencias naturales (1967 – 2007)*”. Bogotá: Uniandes.
- Badinter, Elisabeth (2011). “*El conflicto. La mujer y la madre*”. Madrid: La esfera de lo los libros.
- Bartlett, Alison (2010). “Scandalous Practices and Political Performances: Breastfeeding in the city”. *Journal of Media & Cultural Studies*. 16 (1): 111 - 121.
- Bejarano, Jhon (2012). “El lactario en el hospital: un paradigma por resolver desde la promoción la protección la lactancia materna”. *Revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional*. 60(2):117-125.
- Butler, Judit (2000). “*¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault*”. Instituto europeo para políticas culturales progresivas. Disponible en <http://eipcp.net/transversal/0806/butler/es> (Consultado el 30 de julio de 2015).
- Centro de investigación y documentación social (CIDOS) (1979). “*PAN y DRI: nueva forma de agresión imperialista*”. Bogotá: Viento del pueblo.
- Cardona, Laura (2010). “*Alimentando el progreso*”. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro, Edgardo (2004). “*El vocabulario de Michel Foucault*”. Buenos aires: Prometeo.
- Castro-Gómez, Santiago (2009). “*Tejidos Oníricos. Movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*”. Bogotá: Pensar, Pontificia Universidad Javeriana.
- _____ (2007). “¿Disciplinar o poblar? La intelectualidad colombiana frente a la biopolítica (1904-1934)”. *Nómadas*. (26) 44-55.
- Castro-Gómez, Santiago y Restrepo, Eduardo (eds.) (2008). “*Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*”. Bogotá: Pensar, Pontificia Universidad Javeriana.
- Chacón, Orlando (2005). “Roberto Rueda Willianson: su gesta en la enseñanza de la nutrición y la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar”. *Revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional*. 53(3):160-168.

De Lauretis, Teresa (1987). *“Technologies of gender : essays on theory, film, and fiction”*. Bloomington: Indiana University Press

Díaz, Daniel (2008). “Raza, pueblo y pobres: las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873-1692). *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*”. Bogotá: Pensar, Pontificia Universidad Javeriana, 2008, pp. 42-70.

Escobar, Arturo (2007). *“La invención del tercer mundo”*. Caracas: Fundación Editorial: El perro y la Rana.

____ (2012). *“La invención del desarrollo”*. Popayán: Universidad del Cauca.

Facundo, Ángela (2006). “Los padres y las madres de la patria. Representaciones medicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo veinte”. *De mujeres, hombres y otras ficciones. Género y Sexualidad en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo Editores. Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 77-95.

Fajardo, Luis (2000). “Apuntes de la historia de la nutrición en Colombia”. *Historias de la nutrición en América Latina*. Disponible en http://www.sochinut.cl/pdf/HistNut_SLAN.pdf (Consultado el 12 de noviembre de 2014).

Fausto, Anne (2006). *“Cuerpos Sexuados”*. Barcelona: Melusina.

Foucault, Michel (1977). *“Historia de la sexualidad. La voluntad de Saber”*. Bogotá: Siglo XXI.

Hall, Stuart (2010). “Estudios culturales: dos paradigmas”. *Sin garantías: trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (Eduardo Restrepo, Catherine Walsh y Victor Vich eds.). Bogotá: Pensar, Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar, Enviación Editores. pp. 29-51.

Haraway, Donna (1991). *“Cincia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza”*. Barcelona: Feminismos.

Metzl, Jonathan (2010). “Introduction. Why «Against health?»”. *Against health. How health became the new morality*”. Nueva York: Nueva York University Press, 2010, pp. 1-15.

Munrray, Tania (2007). “Governmentality”. *Antropologica*. (49) 275-280.

Pedraza, Zandra ([1996]2011). *“En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad. Educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990)”*. Bogotá: Uniandes.

_____ (2012). “La disposición del gobiernos de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia”. *Revista de estudios sociales* (43) 94 – 107.

Pohl-Valero Stefan (2014) “«La raza entra por la boca» Energy, Diet, and Eugenics in Colombia, 1890-1940. *Hispanic American Historical Review* 94(3):455-486.

Plumwood, Val (1993). “Dualism: The logic of colonization”. *Feminism and the Mastery of Nature*. Nueva York: Routledge.

Preciado, Beatriz (2002). “*Manifiesto contrasexual*”. Madrid: Opera prima.

Restrepo, Eduardo (2008). “Cuestiones de método: eventualización y problematización en Foucault. *Tabula Rasa*. (8) 111-132.

Segato, Rita Laura (2007). “El Edipo brasilero: la doble negación de género y raza”. *Perfiles del feminismo iberoamericano*. Buenos Aires: Catálogos, 2007, pp. 191-222.

Scheper-Hughes, Nancy (1997). “*La muerte sin llanto. Vida y violencia cotidiana en Brasil*”. Barcelona: Ariel.

Vallone, Fernando (2009). “Pequeños grandes clientes. La publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006”. *Salud colectiva*.5(1):87-105.

Yañez, Sabrina (2010). “El seno de la paradoja: un recorrido por los inconstantes discursos de las políticas del amamantamiento”. *Temas de mujeres* 6 (6) 114-124.

Wittig, Monique (1978). “*La mente hetero*” [Traducción de Alejandra Sadrá]. Disponible en: http://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/mente.pdf (Consultado el 8 de julio de 2015)

Wolf, Joan (2010: “Against breastfeeding”. *Against health. How health became the new morality*”. Nueva York: Nueva York University Press, 2010, pp. 83-90.

Fuentes Primarias

Aguayo, Josefa et. al. (2008). “*Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*”. Bogotá: Panamericana.

Arias, Diana (2003). “*Guía de la lactancia. Todo sobre la alimentación natural del bebe*”. Bogotá: Materia Gris.

- Barberi, José Ignacio (1905). *“Manual de higiene y medicina infantil al uso de las madres o sea tratado práctico sobre el modo de criar a sus hijos y de atenderlos en sus enfermedades leves”*. Bogotá: Imprenta Eléctrica.
- Barrera, German (1980). *“Lactancia natural”*. Bogotá: Ascofame.
- Beccar, Carlos (2004). *“El arte de amamantar a su hijo”*. Bogotá: Ediciones Macchi.
- Bohórquez, Joaquín y Samper, Belén (1979). *Lactancia materna. Consideraciones practicas sobre lactancia materna*. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana.
- Bersh, David (1989). *“Manual del vigía. Supervivir”*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- CAPAN V 1 (1975). *“Primera reunión de la comisión asesora permanente en alimentos y nutrición en los países del área andina”*. Bogotá: CAPAN.
- CAPAN V 2 (1975). *“Primera reunión de la comisión asesora permanente en alimentos y nutrición en los países del área andina”*. Bogotá: CAPAN.
- Carrasquilla, Gabriel et. al. (1992). *“Lactancia materna en zonas marginadas de grandes ciudades marginadas de Colombia”*. Bogotá: Fundación para la educación superior.
- Carvajal, Eugenia (1985). *“La alegría de amamantar. Guía práctica para la lactancia”*. Bogotá: Norma.
- Díaz, María (1989). *“Análisis y diseño de un material para educación en salud: manual del vigía, supervivir”*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- DNP (1974). *“Plan nacional de alimentación y nutrición 1974 – 1978”*. Bogotá: DNP
- DNP (1979). *“Nutrición”*. Bogotá: DNP
- DNP (1980). *“La alimentación y nutrición en el desarrollo”*. Bogotá: DNP
- Echeverri, María (1978). *“Comamos y bebamos bien”*. Bogotá: Acción de cultura popular.
- Ferráez de Lee, Martha A (1998). *“Lactancia materna”*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- Franco, Alberto (1963). *“Un análisis del programa «Alimentos para la paz»” Revista del banco de la república. 36(434):1859-1593.*
- Hoyos, Luis (1913). *“Higiene infantil. Empleo de las harinas conservadas en la alimentación de los niños. Registro municipal de higiene. (8): 331-334.*
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (1972). *“Encuesta nacional de dietas”*. Bogotá: ICBF.

Jelliffe, Derrick B. ([1971]1974). *“Nutrición infantil en países en desarrollo. Manual para trabajadores especializados”*. México: Limusa.

_____ (1968). *“Infant Nutrition in the Subtropics and Tropics”*. Ginebra: OMS.

Junta general de beneficencia de Cundinamarca (1934). *“Informe del jefe del servicio prenatal”*. Bogotá: Junta general de beneficencia de Cundinamarca.

Mejía, Alfonso (1960). *Mortalidad del niño en Colombia. V Jornadas Pediátricas de Colombia*. Barranquilla: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud (1976). *“Encuesta nacional de fecundidad”*. Bogotá: MS.

_____ (1989). “Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989. Situación nutricional y patrones de alimentación en menores de 5 años”. Bogotá: MS.

_____ (1998). Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998 – 2008. Bogotá: MS.

_____ (1999). *“Guías alimentarias para los niños y niñas colombianas menores de 2 años. Bases técnicas”*. Bogotá: MS.

_____ (1996). “Plan nacional de alimentación y nutrición 1996 – 2005”. Bogotá: MS.

_____ (2013). *“Expertos responden preguntas sobre lactancia materna dentro del marco del Mes de la Lactancia Materna –Agosto de 2013”*. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/general-temp-jd/expertos-contestan-preguntas-lactanciamaterna-agos-2013.pdf> (Consultado el 12 de julio de 2015).

Mora, José et. al. (1979). “Situación actual y tendencia de la lactancia materna en la zona urbana de Bogotá”. *Nutrición*. pp. 91 – 97. Bogotá: Editorial Presencia.

Nylander, Gro (2005). *“Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses”*. Bogotá: Planeta.

Organización Panamericana de la Salud (2013). *“Avances y retos de la lactancia materna. Colombia 1970 – 2013”*. Bogotá: OPS.

Osorio, Luis (1950). “Campaña pro nutrición infantil” *Primeras Jornadas Pediátricas de Colombia*. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pediatría y Puericultura.

Pardo, Luis (1920). *“Consideraciones sobre las gotas de leche”*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (1979). “*Lactancia Materna*”. Bogotá: Universidad Javeriana.

Pontificia Universidad Javeriana (1977). “*Encuesta sobre creencias, actitudes y prácticas de lactancia materna de 2.580 madres de clase baja urbana en Bogotá, Atlántico, Risaralda/Quindio y Santander*”. Bogotá: PUJ.

Pontificia Universidad Javeriana (1978). “*Primer seminario nacional sobre de lactancia materna*”. Bogotá: PUJ, DNP, ICBF.

Presidencia de la Republica (1992). “*Hacia una feliz lactancia materna. Texto práctico para profesionales de la salud*”. Bogotá: Plan nacional de apoyo a la lactancia materna.

Rengifo, Claudio (1893). “*Lactancia*”. Bogotá: Universidad Nacional.

República de Colombia. Ministerio de Salud (1979). “*Resolución 5532 de 1979*”. Bogotá: 9 de julio.

_____. (1980). “*Decreto 1220 de 1980*”. Bogotá: 23 de mayo.

Rosenthal, M. Sara (2003). “*Guía de la lactancia materna*”. Bogotá: actúa.

Torres, Calixto (1944). “*Sobre dispepsias del lactante*”. Bogotá: Siglo XX

UNICEF (1997). “*Semana mundial de la lactancia materna. 1 al 8 de agosto de 1997: Lactancia materna, una práctica ambiental*”. Bogotá: UNICEF.

UNICEF (2015). “Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html (Consultado el 2 de febrero de 2015).

Velandia, Claudia (2003). “*Aplicación del proceso de adopción de precauciones a la conducta de lactancia materna en madres de niños de cero a seis meses de nacidos*”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Zeib, Gabriele (1996). “*Dar el pecho es lo mejor*”. Bogotá: Tikal.

Revistas y periódicos

Cromos (1991). “*Treinta años de los cuerpos de paz*”. (3841 [sep. 9,1991]):34-36

El Tiempo (1940). “*No hay que confundir las diversas clases de alimentos para niños*”. 10 de febrero.

_____. (1970). “*Leche de maíz opaco duryea*”. 11 de diciembre.

“Leche de maíz opaco duryea”. El campesino. 1970, 12 de diciembre.

“Nuestros alimentos”. El campesino. 1969, 15 de junio.

_____. El campesino. 1970, 7 de mayo.

_____. El campesino. 1970, 13 de diciembre.

_____. El campesino. 1971, 7 de junio.

_____. El campesino. 1971, 14 de marzo.

Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura (1942). *“Las bases de la buena nutrición: valoración cuantitativa de los factores específicos de la nutrición en la ración diaria y manera de suministrar, mediante la dieta, cantidades adecuadas de esos factores al niño”* 2(1): 64-65

_____. (1943). *“La alimentación del niño normal”*. 2(3):102.

_____. (1943). *“La mala leche como factor de mortalidad infantil”*. 2(4):146.

_____. (1943). *“Como enseñar al pueblo el cuidado de los niños”*. 2(3):112-119.

_____. (1944). *“Solicitud de leche potable”* 4(4):246.

_____. (1944). *“La leche y nosotros”* 3(4):160.

_____. (1945). *“Importante resolución del cuerpo médico”*. 4(8): 100.

_____. (1945). *“Leches acidas Nestlé”*. 4(10):102.

_____. (1945). *“Publicidad Med Johnson”*. 5(6):100.

_____. (1970). *“La más semejante. Publicidad Wyeth”*. 15(6):s.p.

_____. (1970). *“Resultados fisiológicos comparables a la leche de mujer. Publicidad Nestlé”*. 15(1):s.p.

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES (Licencia de uso)

Bogotá, D.C., 14 de octubre de 2015

Señores
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.
Pontificia Universidad Javeriana
Cuidad

Los suscritos:

VALERIN SAURITH LOPEZ, con C.C. No

1032428020

En mi (nuestra) calidad de autor (es) exclusivo (s) de la obra titulada:
Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia.

(por favor señale con una "x" las opciones que apliquen)

Tesis doctoral Trabajo de grado Premio o distinción: Si No

cual:

presentado y aprobado en el año 2015, por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mi (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física (sólo en las instalaciones de la Biblioteca)	X	
3. La consulta electrónica - on line (a través del catálogo Biblos y el Repositorio Institucional)	X	
4. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer		X
5. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet	X	
6. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de

acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizo (garantizamos) en mi (nuestra) calidad de estudiante (s) y por ende autor (es) exclusivo (s), que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de mi (nuestra) plena autoría, de mi (nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy (somos) el (los) único (s) titular (es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuare (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: Información Confidencial:

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si No

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
VALERIN SAURITH LOPEZ	1032428020	

FACULTAD: Ciencias Sociales

PROGRAMA ACADÉMICO: Maestría en Estudios Culturales

ANEXO 3
BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia.						
SUBTÍTULO, SI LO TIENE						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Saurith López			Válerin			
DIRECTOR (ES) TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Restrepo Uribe			Eduardo Antonio			
FACULTAD						
Ciencia Sociales						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccione con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
		X				
Nombre del programa académico						
Maestría en Estudios Culturales						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Eduardo Antonio Restrepo Uribe						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
Magister en Estudios Culturales						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá		2015			89	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
					X	
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
<p>Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p>						

MATERIAL ACOMPAÑANTE					
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS					
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).</i>					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Lactancia Materna			Breastfeeding		
Biopolítica			Biopolitics		
Estudios Culturales			Cultural studies		
Leches Industrializadas			Industrialized milk		
Instinto maternal			maternal instinct		
RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS					
(Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)					
<p>Esta investigación parte de un cuestionamiento crítico sobre el estatuto del “instinto maternal”. Para la autora no existe un instinto maternal anclado en la naturaleza, en el orden de las cosas, sino que sólo existe dado en el “discurso”, valga decir, como producido a partir de unos determinados regímenes históricos de enunciación y veridicción. Esta tesis se apropia de uno de los presupuestos teóricos básicos de Michel Foucault y traza una genealogía de estos regímenes en Colombia. Una genealogía que muestra de qué manera, y sobre la base de qué discursos expertos, la experiencia de la “lactancia” (asociada directamente al instinto maternal) se postula como un imperativo gubernamental del Estado colombiano durante el siglo XX. Una historia crítica de la lactancia que muestra su emergencia, su desaparición y su retorno. Donde se exponen los linajes a partir de los cuales el cuerpo de la mujer es ligado a sus instintos naturales a través de la lactancia, y el modo en que la ciencia médica y el Estado intervienen activamente en estos procesos.</p> <p>This research of a critical questioning of the status of "maternal instinct." For the author there is no maternal instinct rooted in nature, in the order of things, but there is only given in the "speech", suffice it to say, as produced from a certain historical regimes of enunciation and veridiction. This thesis takes over one of the basic theoretical assumptions of Michel Foucault and trace a genealogy of these regimes in Colombia. A genealogy showing how and based on what experts speeches, the experience of "feeding" (directly related to maternal instinct) is postulated as a government imperative of the Colombian state in the twentieth century. A critical history of showing its emergency feeding, her disappearance and return. Where exposed lineages from which the body of the woman is linked to their natural instincts through breastfeeding, and how medical science and the state actively involved in these processes.</p>					