

Los *pibes* en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939)

EUGENIA SCARZANELLA
Universidad de Bolonia

La protección de la infancia como tema de política internacional remonta a fines del siglo XIX. Estudiosos (médicos, juristas, pedagogos) y asociaciones benéficas habían fomentado en la opinión pública y los gobiernos el interés por la tutela de los más débiles y necesitados. Tras la Primera Guerra Mundial se asiste a los siguientes fenómenos:

1. Lanzamiento de políticas de protección en distintos países.
2. Pasaje de la filantropía y una visión “sentimental” a la gestión racional y científica de los problemas de la infancia.
3. Extensión del concepto de protección: no atañe sólo a los jóvenes desaventajados por razones económicas y sociales, sino a todos los miembros de las nuevas generaciones.
4. Intento de coordinar en el ámbito internacional las actividades públicas y privadas de tutela, colocándolas bajo la égida de una única organización en la que estuvieran representados todos los estados. Se pensaba confiar a la recién nacida Sociedad de las Naciones (SN) el bienestar de los niños del mundo.¹

Estos cambios fueron el fruto de las preocupaciones por las graves consecuencias demográficas de la guerra y de que las naciones reconocieran el interés en tutelar su “capital humano”. Como afirmó el belga Carton de Wiart, de golpe se había realizado un gran descubrimiento: “on a découvert l’enfant”.²

La SN tenía la intención de llevar adelante y perfeccionar la tarea ya iniciada por dos organizaciones internacionales recién creadas: la *Association International pour la Protection de l'Enfance* (1921) y la *Union Internationale des Secours aux Enfants* –UISE (o *Save the Children*) (1919).³ En 1925, la SN asumió las funciones de la primera asociación y adoptó de la segunda la así llamada “Declaración de Ginebra”, que enumeraba los cinco derechos fundamentales del niño.⁴

La SN trató de conferir un auténtico carácter internacional a su acción en el campo de la protección de la infancia, invitando a colaborar en sus trabajos a representantes de países extraeuropeos y fomentando investigaciones y misiones científicas de sus expertos en Asia y en América Latina, donde la SN podía contar con una ya consolidada tradición de estudios e iniciativas en este campo.

Los expertos latinoamericanos desde fines del siglo XIX habían estudiado en universidades e instituciones médicas europeas, participado en los primeros congresos sobre la protección de la infancia y adherido a las asociaciones internacionales antes mencionadas. En 1916 y 1919 se habían celebrado asimismo, respectivamente en Buenos Aires y Montevideo, dos Congresos Americanos del Niño, en los que habían participado feministas, reformadores sociales, médicos. Países como la Argentina y Uruguay, además, habían creado desde fines del siglo XIX consultorios para lactantes, divisiones de maternidad en los hospitales, institutos de asistencia para niños abandonados, etc.⁵

En una primera etapa, gobiernos y estudiosos latinoamericanos habían tenido como principal fuente de inspiración Europa. Luego, a partir de la primera década del siglo XX, también se habían inspirado en la experiencia de los Estados Unidos,⁶ donde en 1912 se creó una institución pública modelo, el *Children's Bureau* (USCB),⁷ que brindaba en el sector de la sanidad materno-infantil su colaboración a los países sudamericanos a través del *Pan American Sanitary Bureau* (PASB).⁸

La SN creó en 1926 un *Comité pour la Protection de l'Enfance* (CPE), que funcionó como centro de estudio y documentación. De la infancia también se ocuparon al margen otros comités y organizaciones de la misma Sociedad, instituidos para afrontar cuestiones sanitarias, laborales y de cooperación cultural. Especialmente, el *Comité de Hygiène* (CH) de la *Organisation d'Hygiène de la Société des Nations* (OHSN) se adjudicó el tema apremiante de la mortalidad infantil.⁹

El CPE no dedicó una atención específica a los problemas de los niños latinoamericanos, aunque la delegada uruguaya Paulina Luisi, única representante latinoamericana entre 1926 y 1933, a menudo se empeñó en proponer un punto de vista regional.¹⁰ En contraste, el CH contó con la presencia en su seno, desde 1927, de dos importantes estudiosos y dirigentes sanitarios latinoamericanos, el

Dr. Carlos Chagas, que en Brasil había llevado adelante importantes estudios sobre las enfermedades tropicales y la lepra, y el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, eminente pediatra argentino y director del Consejo Nacional de Higiene de su país. Además, el director médico del CH, el polaco Ludwik Witold Rajchman, se comprometió personalmente en el desarrollo de la colaboración científica con las instituciones sanitarias latinoamericanas y la creación de centros de estudio en ultramar, bajo la égida de la SN (compitiendo con el PASB). Tras una propuesta de Aráoz Alfaro, Rajchman también proyectó constituir un instituto internacional de puericultura de la SN, con sede en Buenos Aires.

Sin embargo, por razones financieras y organizativas, esta institución no llegó a crearse. Otro médico, pionero de la salud y tutela de la infancia en América Latina, el uruguayo Luis Morquio, propuso en el II Congreso Americano del Niño, celebrado en 1919, crear un organismo regional semejante al futuro CPE de la SN. El proyecto en este caso se concretó, pero recién en 1927, con la creación del *Instituto Interamericano de Protección de la Infancia* (IIFI).¹¹ La inauguración de este instituto, con sede en Montevideo, coincidió justamente con la primera conferencia de la SN en Sudamérica, una conferencia sobre la mortalidad infantil organizada en la capital uruguaya por el CH.

A partir de ese momento, entre la SN y el IIFI, que entró como asesor en el CPE, se desarrolló una efectiva colaboración. Al mismo tiempo, el IIFI mantuvo un estrecho contacto con la Unión Panamericana, a través de los Congresos Panamericanos del Niño, que se celebraron a continuación de los dos primeros, en los años 1922, 1924, 1927, 1930, 1935, 1942.¹² Después de la guerra, en 1949, el IIFI pasó a ser parte integrante de la Organización de los Estados Americanos.

El IIFI, entre 1927 y 1939, hizo de puente entre el continente americano, incluidos los EE.UU., y las instituciones de Ginebra. Los EE.UU., aun sin haber firmado el pacto constitutivo de la SN, no hicieron faltar su colaboración a los órganos técnicos de la Sociedad, incluso a través de la *American Red Cross* y la *Rockefeller Foundation*.¹³

Entre 1926 y 1933, había muchos temas en discusión en Ginebra (desde la puericultura al derecho, pasando por la educación y hasta la asistencia social). Sobre todo, fueron las condiciones de la Europa de entreguerras las que dictaron las prioridades al elegir qué problemas poner en el orden del día. La mortalidad infantil y la desnutrición habían llegado a ser, por ejemplo, por la hecatombe bélica, un problema urgente en los países europeos, mientras que los problemas jurídicos, como la obligación de asistencia y repatriación de menores, eran consecuencia de los desplazamientos internos de población que se daban al mismo tiempo. También el problema de la tutela de las madres trabajadoras, de

los subsidios familiares y del desempleo juvenil reflejaban la realidad de un mundo urbano e industrializado, atravesado después del 29 por los efectos de la crisis. Por último, la preocupación por el papel del estado no sólo en el campo de la educación, sino también en el de la salud, de la organización del tiempo libre juvenil y del deporte, era fruto del desarrollo del bienestar en Europa, tanto en los estados liberales como en los totalitarios.

Naturalmente, estas cuestiones no eran ajenas a América Latina, pero allí solían asumir un valor diferente. Se puede conjeturar que el planteamiento eurocéntrico, las dificultades financieras y organizativas de la Sociedad y, por último, la escasa presencia de delegados de países de América Latina, hayan limitado el surgimiento de una discusión profundizada y de estudios importantes sobre la infancia latinoamericana en el seno de la SN. Se puede conjeturar que, por el contrario, una institución como el IUPI, de dimensión regional, pudo haber desarrollado mejor un trabajo de documentación e investigación específico en el subcontinente. En las páginas que siguen intento verificar estas hipótesis. Para hacerlo, he reconstruido:

1. Las discusiones en el seno del CPE, para evaluar el aporte de Paulina Luisi a la discusión y hacer un balance de los resultados alcanzados en América Latina en cuanto a tutela de la infancia, en base a la documentación compilada por el mismo CPE;
2. Las investigaciones llevadas adelante por el CH en América Latina sobre la mortalidad infantil en 1927 y 1930 y la investigación sobre la alimentación popular en Chile de 1935;
3. La investigación sobre la infancia indígena realizada en 1933 por el IUPI, como ejemplo de estudio original, relacionado con la específica realidad latinoamericana y no incorporado en la habitual agenda de la SN.

El CPE: derechos y bienestar infantil

En la primera asamblea de la SN, el 18 de diciembre de 1920, se decidió que la Sociedad se ocupara de la causa humanitaria de los niños afectados por la guerra.¹⁴ En 1925, el Secretario se hizo cargo de las tareas que hasta ese momento había desempeñado la *Association International pour la Protection de l'Enfance*, surgida por iniciativa del gobierno belga en 1921. A propuesta del delegado chileno Valdés-Mandeville, la asamblea votó, haciéndola propia, la "Declaración de Ginebra", el primer documento internacional sobre los derechos de los niños, redactado por la organización *Save the Children*.

En el mismo año de 1925 se creó una *Commission Consultative de la Traite des Femmes et de la Protection de l'Enfance*, dividida al año siguiente en dos comités paralelos: *Comité de la Traite des Femmes et des Enfants* y *Comité pour la Protection de l'Enfance* (CPE).

Hasta 1936, además del representante del IUPI había en el CPE un solo delegado latinoamericano, la doctora Paulina Luisi de Uruguay. En 1934 el número de representantes de los estados aumentó de 10 a 15: de esta manera entró un delegado de Chile. Por último, con la creación en 1937 de la *Commission Consultative des Questions Sociales* (CQS), que también se hizo cargo de las tareas del anterior CPE, fueron nombrados otros dos representantes latinoamericanos, respectivamente para Argentina y México.

Para comprender la escasa presencia de los estados latinoamericanos en el CPE hay que remontarse a la cuestión más general de su participación en la política ginebrina. A pesar de la entusiasta adhesión inicial a la Sociedad, surgieron algunos problemas. El hecho de que los EE.UU. no ratificaran el tratado empujó a algunos países (en particular a los de Centroamérica) a distanciarse de Ginebra. Se criticó que en el artículo 21 del Pacto fuera reconocida la validez de la Doctrina Monroe y la Argentina puso en tela de juicio las normas que, según su opinión, violaban el principio de igualdad entre los estados participantes.

Como miembros iniciales, como invitados o con adhesiones posteriores (la más tardía fue la de México en 1931), todos los países latinoamericanos entraron en la Sociedad. El entusiasmo inicial ya se había desvanecido hacia fines de los años veinte, cuando el panamericanismo, propuesto por Washington como alternativa al multilateralismo de la Liga, comenzó a atraer a los países del continente. Se sucedieron los retiros y en vísperas de la Segunda Guerra Mundial sólo seguían siendo miembros diez países: Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Haití, México, Panamá y Uruguay.

Los asuntos de los que habría debido ocuparse el CPE eran muchos: desde la salud de la primera infancia hasta el trabajo, los subsidios familiares, el cine, el tiempo libre, la educación biológica, la niñez abandonada y delincuente, el alcoholismo, la educación. Enseguida surgieron dudas sobre la oportunidad de un radio de acción tan vasto. Emergieron conflictos de competencia con otros organismos de la SN (por ejemplo, en el tema de recreación o subsidios familiares, ya objeto de estudio por parte de la *Bureau International de Travail*-BIT).¹⁵ Hubo incluso resistencias por parte de algunos estados poco dispuestos a someter a acuerdos internacionales cuestiones en las que entraban en juego no sólo la armonización técnica de las distintas legislaciones, sino valores culturales y diferentes concepciones del papel de la familia frente a la autoridad del estado.

En 1933 se empezó a estudiar una reorganización de la comisión asesora para que fuera más representativa (con el ingreso de nuevos países) y para transformarla en centro de acción, estudio y documentación. En 1937, por último, el CPE fue englobado en la nueva *Commission Consultative des Questions Sociales* (CQS). Los miembros pasaron de 15 (EE.UU., Reino Unido, Canadá, Chile, España, Francia, India, Italia, Japón, Polonia, Bélgica, Dinamarca,

Rumania, Turquía y Uruguay) a 21 y la participación en la Comisión se reservó sólo a los representantes gubernamentales (eliminando a los así llamados asesores, representantes de organizaciones no gubernamentales, como el IUPI). Tras estos cambios y reconsideraciones había distintos modos de concebir el papel de la SN en este campo: por un lado estaban los gobiernos que, como el británico, inicialmente habían querido relegar el tema de la infancia a un segundo plano en las relaciones internacionales; por el otro había expertos que presionaban para ampliar las temáticas del CPE, desplazando el énfasis del análisis jurídico al estudio de los problemas sociales. Entre los expertos cupo un papel significativo a las mujeres, en particular a las estadounidenses Grace Abbott y Julia Lathrop (respaldadas por la secretaria del CPE, Rachel Crowdy),¹⁶ la inglesa Eleanor Rathbone y la uruguaya Paulina Luisi.¹⁷

El balance de la actividad del CPE indica que pese a las ambiciones iniciales, actuó principalmente para discutir y documentar cuestiones (preferentemente de orden jurídico) relacionadas con los niños “marginales” (abandonados, ilegítimos, delincuentes). De esta manera se siguió en la misma dirección que habían dado al asunto las organizaciones no gubernamentales de fines del siglo XIX y principios del siguiente. Sin embargo, temas nuevos, como los subsidios familiares y la nutrición, abrieron nuevos espacios a la intervención social y a la ideología del “whole child”, que provenía de la USCB y de sus representantes en el Comité.¹⁸

¿Cuál fue el aporte de los delegados latinoamericanos al debate en el Comité? ¿Cuáles de los temas tratados por el CPE resultaron de particular importancia para América Latina? Por lo que se refiere a la primera cuestión, un papel destacado lo desempeñó la delegada uruguaya, Paulina Luisi. Era médica y feminista, y se demostró muy activa y polémica también en los trabajos del Comité paralelo sobre la trata.¹⁹ En 1925 propuso que la comisión asesora reuniese informaciones acerca de la legislación existente en distintos países sobre la edad del consentimiento al matrimonio. La cuestión, a su parecer, tenía doble importancia. Un límite de edad demasiado bajo impedía aplicar penas severas a los que se manchaban del delito de la trata (la edad del matrimonio servía de hecho como base para fijar el límite de irresponsabilidad de la víctima en tales delitos). En segundo lugar, matrimonios precoces significaban embarazos precoces con graves riesgos para las madres y los hijos.

Gracias al apoyo de las asociaciones femeninas, Luisi consiguió que se enviara un cuestionario a los gobiernos, pero no que las legislaciones de los distintos países se unificaran (por otra parte, era fuerte la oposición de países como India y China a discutir cuestiones que se consideraban estrechamente relacionadas con valores culturales y que hacían alarde, a este propósito, de una abierta hostilidad hacia un supuesto imperialismo cultural de Occidente). Sin embargo,

algunos países modificaron su legislación y entre éstos, precisamente Uruguay, que en 1934 levantó el límite del consentimiento de 12 a 16 años.²⁰

Otro tema que Luisi puso en el tapete era el de la así llamada educación biológica. Quería que el CPE estudiara la cuestión y recomendara a los gobiernos que la introdujeran en las escuelas. Pero la estrecha relación que muchos gobiernos establecían entre educación sexual y difusión de métodos de control de la natalidad condujo inevitablemente a que el CPE quitara casi inmediatamente el tema de su programa de trabajo y destinara la suma que la *American Association for Social Hygiene* había ofrecido para el estudio de la cuestión a un tema menos controvertido: el de los sistemas de protección de los menores en “peligro moral” o delincuentes.

La edad del consentimiento y la educación biológica eran temas de la agenda feminista de Luisi, pero al mismo tiempo también tenían una valencia específica para los países latinoamericanos, donde eran frecuentes los matrimonios precoces, corriente la trata de mujeres y altísimas la natalidad y la ilegitimidad. Luisi insistió muchas veces en el punto de vista “latinoamericano” también en otros campos. Por ejemplo, trató de hacer ampliar la representación de los países de inmigración en el Comité que debía estudiar los dos proyectos de convención elaborados por el CPE acerca de la asistencia de los menores extranjeros y la ejecución de las sentencias sobre las obligaciones de alimentación en el extranjero (sosteniendo que de lo contrario existía el riesgo de que la cuestión se convirtiese en “asunto de un solo continente”).²¹

De los datos reunidos por el CPE, como centro de documentación, se evidencia una imagen de una América Latina contradictoria: atrasada en algunos sectores y avanzada en otros. En el plano jurídico este fenómeno queda bien ilustrado por una reseña de leyes sobre los niños ilegítimos y sobre los tribunales y los códigos de los menores.

La cuestión de la posición legal del niño ilegítimo fue examinada en las diversas sesiones del CPE a partir de 1927 y dio origen a diversas investigaciones sobre las medidas existentes en distintos países, publicadas en un volumen en 1938.²² Por lo que se refiere a los menores delincuentes, disponemos de un estudio de la SN de 1934.²³ Los países de América Latina basaban su legislación en el Código Napoleón, que prohibía la investigación de la paternidad y restringía los derechos hereditarios de los hijos naturales. La tasa de ilegitimidad era mucho más alta que en Europa (calculada en un 30% de todos los nacimientos en Argentina, Costa Rica, Uruguay, hasta un 40% en Chile, hasta el 50% en Cuba, 60% en Guatemala, Salvador y Venezuela, mientras que en Francia e Italia oscilaba entre el 5 y el 10%). Puesto que los datos estadísticos indicaban que entre los ilegítimos la mortalidad era más alta, las recomendaciones de la SN para mejorar la protección jurídica de estos niños se vinculaba directamente

con la simultánea batalla contra la mortalidad infantil. Pero resultó difícil hacer mella en una praxis jurídica que tutelaba exclusivamente a los hijos nacidos en el seno del matrimonio.

Si sobre el asunto de los ilegítimos prevaleció la tradición jurídica europea, acerca de la cuestión de los menores delincuentes se hizo sentir, en cambio, la influencia de la estadounidense. Los Estados Unidos, que desde 1899 habían comenzado a constituir tribunales de menores, fueron de hecho la fuente de inspiración para casi todas las legislaciones adoptadas en este sector en América Latina a partir de los años veinte. La idea que acogieron los estudiosos y políticos sudamericanos era que los intereses del menor prevalecieran sobre los de los padres, y que el estado debía garantizar la tutela de dichos intereses.²⁴ Los países que entre las dos guerras crearon las instituciones (no sólo los tribunales, sino también los centros de detención y reeducación) para menores delincuentes fueron: Argentina (1919), Colombia (1920), Perú (1924), México (1926), Brasil (1926), Chile (1929).

América Latina fue, además, un área en que se experimentó la definición de un estatuto del niño a través de la emanación de códigos *ad hoc*: el primero fue el Código del Niño de Uruguay (1934). En este campo, el estímulo vino de los Congresos Panamericanos del Niño que se celebraron a partir de los años treinta. También Brasil y Perú reordenaron y armonizaron la legislación sobre menores. Además de la promulgación de códigos, algunos países incorporaron en sus constituciones artículos sobre las obligaciones del estado para con la infancia (Bolivia, Brasil, Cuba, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Uruguay).²⁵ Por último, algunos países adoptaron leyes de seguro social y liberalizaron el sistema de adopción (por ejemplo, Uruguay).

En ningún país fue fácil centralizar los servicios de protección a la infancia. A diferencia de la USCSB norteamericana, que al nacer no tuvo que competir con burocracias sanitarias preexistentes,²⁶ en América Latina la situación era diferente. Los diversos ministerios entre los que se distribuían las competencias sobre la infancia (a partir de los de educación, a los que se fueron añadiendo durante los años veinte los de salud, trabajo y bienestar social) obstaculizaban la constitución de departamentos autónomos.

La batalla conducida por algunos médicos aislados para coordinar y racionalizar las actividades públicas y privadas para la infancia, como el argentino Gregorio Aráoz Alfaro o el uruguayo Luis Morquio, recién tuvo éxito a fines de los años treinta. El primer país en crear un Consejo del Niño fue Uruguay, en 1934 (y paralelamente creó un ministerio de Protección a la Infancia). Siguieron su ejemplo, entre 1936 y 1940, Argentina, Venezuela, Bolivia, Costa Rica, Chile y Brasil.²⁷

Pero los nuevos organismos estatales vieron la luz generalmente en el cuadro de una ideología conservadora y corporativa, muy lejos de los ideales liberales y reformistas de los primeros propugnadores de la responsabilidad del estado hacia las nuevas generaciones. En diversos países comenzaron a celebrarse el Día de la Madre y del Niño, Semanas del Niño y se instituyeron concursos y premios para el Niño Sano: en la liturgia de la nación, las mamás y los niños se elevaron a nuevos símbolos de la patria.

El CPE no trató, salvo marginalmente, el tema de la eugenesia. Entre las dos guerras, la ciencia de Galton asumió, en cambio, una creciente importancia en el debate sobre salud e higiene popular y caracterizó, de manera diferente, las políticas demográficas de muchos países. Diferente fue la actitud de la Unión Panamericana, que creó una Oficina de Eugenesia y Homicultura y convocó a conferencias regionales al respecto,²⁸ en las que se examinaron también los aspectos de la eugenesia “negativa” (esterilización) además de los de la eugenesia “positiva” (como la higiene materno-infantil). Estos últimos aspectos se asomaron en los estudios de la SN y del IUPI al margen de los estudios sobre la mortalidad infantil. Pero en Ginebra, así como en Montevideo, se evitó discutir tanto la esterilización como la selección racial. Entre 1935 y 1937, Guatemala, Ecuador y Argentina introdujeron en su legislación el examen prenupcial como medida eugenética, pero por suerte ningún país siguió el ejemplo de los Estados Unidos en materia de esterilización.

El CHSN y el estudio sobre la mortalidad infantil

El *Comité d'Hygiène* de la SN había comenzado a estudiar las causas de la mortalidad infantil en base a una resolución adoptada por la Asamblea permanente en septiembre de 1925. En primer lugar se convocó una pequeña conferencia de especialistas en septiembre de 1926, que recomendó estudios internacionales comparativos en algunos países europeos (Alemania, Austria, Gran Bretaña, Francia, Noruega, Países Bajos). El CHSN, a pedido de los miembros latinoamericanos, decidió extender el estudio desde Europa también a algunos países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay).²⁹ Para los países europeos (problema de las pérdidas demográficas consiguientes a la gran guerra) la cuestión era identificar los factores hereditarios y sociales de la mortalidad infantil (miseria y “surménage” de las madres, falta de asistencia en el momento del parto y a los recién nacidos).

En América Latina, una de las primeras preocupaciones de los médicos higienistas era la mortalidad infantil, y también en los Estados Unidos la USCB había dedicado al problema sus primeros estudios. Existía, por tanto, un amplio consenso entre los principales expertos del continente sobre la absoluta prioridad de someter la materia a un estudio científico comparativo.

La *Conférence des Experts Hygienistes en Matière de Protection de la Première Enfance*, inaugurada en Montevideo en 1927, era la primera de la SN en América Latina y servía, por lo tanto, también para difundir la tarea de la organización allende el océano y para mostrar su utilidad a países todavía inciertos y escépticos sobre la oportunidad de adherir. El gobierno de Uruguay dio mucha importancia a la reunión, que contaba con la presencia de los dos máximos dirigentes de la OHSN: el presidente, el danés Thorval Madsen, y el director médico, el polaco Ludwik Witold Rajchman. Su anfitrión fue el Dr. Luis Morquio, experto en medicina de la infancia. Durante la conferencia (7-11 de junio) se inauguró el *Instituto Interamericano de Protección a la Infancia* (9 de junio). En Montevideo se estableció que el estudio sobre la mortalidad infantil se llevaría a cabo al año siguiente en cuatro países: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Se identificaron para cada país los distritos urbanos y rurales donde se recogerían las informaciones (selección que se realizó “on account of the particular ethnical character of the inhabitants and the sanitary and medical organization and the conditions in the provinces chosen”).³⁰ Se decidió, en cambio, aplazar el estudio previsto en otros dos países: los representantes de Bolivia, el Dr. León Velazco Blanco, y del Paraguay, Prof. Andrés Gubetich, consideraron que para sus países era demasiado difícil recoger datos estadísticos de buena fuente.³¹

Como lógica evolución del encuentro de Montevideo se proyectó crear, con sede en Buenos Aires, un Centro para la Puericultura (la idea era del médico argentino Aráoz Alfaro, con apoyo de su gobierno). Este centro debía constituir una escuela internacional, auspiciada por la SN, para combatir la mortalidad infantil entre la población rural e inmigratoria. Debía formar el personal médico y sanitario y debía utilizar centros rurales que debían crearse en las distintas provincias y estar abiertos a los médicos de todos los países latinoamericanos. Sin embargo, ya al año siguiente el proyecto fue aplazado y finalmente, por falta de recursos, no llegó a concretarse.³²

Además de la participación en el Congreso sobre la Mortalidad Infantil y de los contactos con las autoridades sanitarias de los distintos países, el viaje de Madsen y Rajchman se combinaba también con el tour del primer intercambio de profesores puesto a disposición por la SN para dar conferencias en América Latina. Se trataba del profesor Tadasu Saiki de Tokio, experto en nutrición. También este tema se vinculaba con la lucha contra la mortalidad infantil, porque la desnutrición (de madres y niños) se consideraba uno de los principales factores de mortalidad.

Madsen, al regresar de su viaje por América Latina, donde había tomado muchos contactos y encaminado muchos proyectos de colaboración, escribió a Drummond (Secretario General de la SN) que la elección del tema de la mortalidad infantil como primer “constructive effort” en América Latina se había

revelado justa, porque representaba un problema real para las administraciones sanitarias y para la opinión pública de esos países. Para que la colaboración técnica se hiciese realidad, según Madsen, hacía falta, sin embargo, que la SN se demostrara capaz de “efficient and business-like activity” y naturalmente esto exigía un mayor esfuerzo financiero.³³

Tras la conferencia el CHSN envió al Dr. Otto Olsen a América Latina para colaborar en la preparación del estudio (1927-28).³⁴ En 1930 (13-15 de julio) tuvo lugar en Lima una segunda *Conférence des Experts Hygienistes en Matière de Protection de la Première Enfance*, donde se presentaron los resultados de los estudios llevados a cabo en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.³⁵ Aráoz Alfaro trazó un cuadro de la situación argentina. Hay que recordar que Argentina era un país que estaba experimentando una caída de la tasa de fertilidad. Eso contribuía a alimentar entre las clases dirigentes temores a una inminente disminución demográfica: más que en otros países, el tema de la decadencia y la degeneración, difundido en Europa y sobre todo en Francia, estaba presente en la opinión pública. La investigación argentina tenía el mérito de no limitarse a estudiar las áreas habitadas por inmigrantes de origen europeo, sino de considerar también zonas habitadas por población indígena o mestiza (provincia de Tucumán). La Ciudad de Buenos Aires había visto una rápida reducción de la mortalidad infantil, la cual había pasado de 170 por cada 1000 nacimientos en 1890 a 74 en 1928. La provincia de Tucumán, en cambio, mostraba tasas del 230-260 por mil. Las diferencias, tanto entre los distritos urbanos y los rurales de ambas provincias como entre las provincias en general, se imputaban a diferencias económicas, sociales y climáticas (el clima cálido y las enfermedades a él debidas, como el paludismo, se consideraban responsables de las muertes de los neonatos). Buenos Aires era la capital sudamericana con menor tasa de mortalidad, pero el objetivo de Alfaro era llevarlo a los niveles de grandes ciudades como Washington, o de países enteros como Nueva Zelanda.³⁶

Esto se podía realizar a través de una campaña sanitaria y en particular a través de la “instrucción popular higiénica”, sobre todo de las madres, cuya ignorancia era, según Aráoz Alfaro, responsable (aun más que la falta de asistencia y de la pobreza) de la enfermedad y de la muerte de los niños. Este drástico juicio, además de reflejar prejuicios (de género y de clase), encomendaba a médicos y medidas sanitarias el papel principal en la solución de problemas como mortalidad infantil, que tenían sus raíces en la realidad social y económica.

En Chile la situación era aún más dramática; en dos de los departamentos estudiados, la mortalidad se estimaba en 274 y 267 por mil. Una de las causas era la mala alimentación de la población. En Brasil los datos de ocho distritos mostraban una tasa de mortalidad de un mínimo de 96 a un máximo de 201. Por

último, en Uruguay los datos de 11 distritos examinados oscilaban entre 50 y un máximo de 151.³⁷

El informe general de los doctores Robert Debré y Otto Olsen³⁸ llamaba la atención sobre algunas cuestiones. Un primer punto importante (que explicaba que el resultado comparativo del estudio se limitara a señalar para cada país cifras absolutas de muertos menores de un año y de los nacidos muertos) era que los datos estadísticos eran de poco fiar. Faltaban datos recientes sobre el censo de la población, no había un registro regular de nacimientos y muertes de los pequeños (sepulturas clandestinas), las causas de muerte no se indicaban claramente (en cuanto a la Argentina, Aráoz Alfaro por una vez echaba la culpa no a la incultura del pueblo, sino a la de sus colegas, a quienes acusaba de escasa atención e incapacidad).

Se señalaba la diferencia entre Europa y América Latina. Aquí era más alto el número de los ilegítimos (en algunos distritos representaba la mitad de los casos estudiados). Sin embargo, esto no consentía establecer un nexo causal entre ilegitimidad y mortalidad. El fenómeno, de hecho, tenía características diferentes en el nuevo continente en comparación con el viejo: la ilegitimidad era fruto de la costumbre y contraer uniones matrimoniales sin registración religiosa o civil no comportaba, por lo tanto, abandonar a los pequeños.

Peor que en Europa era la desnutrición de la población, que se añadía a condiciones de vivienda e higiénicas precarias. Poco difundido, en cambio, era el surménage de las madres, su empleo en el trabajo industrial, que las volvía “inhábiles” para la maternidad. Debré y Olsen no olvidaron referirse a las costumbres y tradiciones locales que ponían en peligro la vida de los recién nacidos: a las parteras y curanderos se les atribuía un papel nefasto. En cambio, los médicos apreciaban (y aconsejaban siempre) la costumbre corriente entre las clases populares: el amamantamiento.

¿Qué se recomendaba a los países comprendidos en el estudio? Centralizar todas las iniciativas existentes destinadas a tutelar la salud infantil, dentro de lo posible, a través de un ministerio apropiado o de una dirección sanitaria con servicios especializados en el campo materno-infantil. En los distritos industriales se proponía suministrar a las madres trabajadoras subsidios y asistencia sanitaria. Hacía falta mejorar la educación popular, sobre todo por obra de asistentes sociales. Por último, se indicaban las estructuras sanitarias que había que crear o potenciar (hospitales, centros de higiene infantil, control de la calidad de la leche) y se insistía en la necesidad de mejorar las estadísticas demográficas. En el Congreso de Lima se decidió que el siguiente estudio se llevaría a cabo en Perú, donde el problema se juzgaba muy grave.

Cabe observar que el CHSN se ocupó casi exclusivamente del problema de la mortalidad infantil y no de la mortalidad materna (embarazo, parto, puerperio),

confirmando que la cuestión de la salud materno-infantil se planteaba en función del niño en cuanto “patrimonio de la nación”.³⁹ Además, el tema de la mortalidad materna introducía dos cuestiones espinosas y por eso silenciadas: la del aborto y la de la infección puerperal (que encausaba la eficiencia y la higiene de los servicios médicos, dado que estaba más difundida en la ciudad que en el campo, donde no se recurría al hospital para el parto). Además, si la mortalidad infantil mostraba una tendencia a la merma, y esto podía deberse a la eficacia de las campañas sanitarias y de educación, no podía decirse lo mismo del hecho de que durante los primeros treinta años del siglo XX los niveles de mortalidad materna se mantuvieran altos en todo el mundo.⁴⁰ Por lo que se refiere al seguro de maternidad, sólo tres países adoptaron un sistema simultáneo de seguro de maternidad / de enfermedad: Chile (desde 1924), Perú (1936/7) y Venezuela (1940); otros dos países, en cambio, habían adoptado un seguro de maternidad obligatorio independiente: Cuba desde 1934 y Argentina a partir de 1936.⁴¹

Tras la conferencia de Lima el CHSN no continuó, como estaba previsto, su estudio en otros países. En 1939, cuando ya la actividad de las organizaciones ginebrinas estaba paralizada, el IUPI ofreció a Bolivia y Paraguay realizar con propios expertos un estudio sobre la mortalidad infantil y preparar un plan de protección para la madre y el niño, como continuación del estudio de la SN de 1928.⁴² No sólo estos países estaban entre los que tenían las más altas tasas de mortalidad, sino que acababan de salir de una guerra (la del Chaco) y la urgencia de estudios y medidas contra el fenómeno recordaba las preocupaciones demográficas de Europa tras la Primera Guerra Mundial. Recién en 1940 el IUPI envió su misión a Paraguay, mientras una vez más Bolivia no consiguió concretar su proyecto. Aráoz Alfaro aprovechó la ocasión para subrayar la solidaridad americana en un momento en el que “los viejos pueblos dirimen, en la sangre y en el fuego, contiendas de vida y poderío”.⁴³

El proceso de progresivo desapego de Europa, así como de las instituciones ginebrinas, y el hecho contemporáneo de que el IUPI asumiera funciones que antes ejercían esas mismas instituciones, acabó cambiando totalmente los roles cuando el Instituto comenzó a preparar planes para acoger en Sudamérica niños europeos evacuados de los países en conflicto (experiencia que ya en parte se había realizado durante la Guerra Civil Española).⁴⁴

El CHSN y el estudio sobre la alimentación popular en Chile

Los doctores Debré y Olsen habían sugerido a Chile que bajara la altísima tasa de mortalidad infantil apuntando a centralizar los servicios materno-infantiles y a establecer un plan para mejorar las condiciones nutricionales de la población. Como se dijera, la presencia del profesor Saiki en Chile, en ocasión de la misión del CHSN en 1927, había impulsado el estudio de la cuestión nutricional en este

país. En 1935, dos técnicos de la SN fueron invitados a realizar un estudio. Uno era Carlo Dragoni, italiano.⁴⁵ El subsecretario de la Liga, el diplomático italiano Giacomo Paulucci di Calboli, había insistido ante su gobierno para que Italia propusiera a expertos propios y estuviera presente en todas las iniciativas sanitarias en Sudamérica, área en la que Roma tenía intereses culturales y económicos y que no quería ver exclusivamente en manos de franceses e ingleses.⁴⁶ Otro experto enviado a Chile fue el francés Etienne Burnet, del *Instituto Pasteur*.⁴⁷ Este último había llegado a ser, de hecho, un órgano de la SN⁴⁸ y representaba un “desafío” europeo a la acción filantrópica de la *Rockefeller Foundation* (RF) americana en América Latina. En Chile, la competencia al panamericanismo sanitario tenía un significado particular, habida cuenta que el país había confiado a un experto de la RF, el Dr. Long, la reforma de sus servicios sanitarios a mediados de los años veinte.⁴⁹ El Dr. Frank G. Boudreau,⁵⁰ al regresar de una misión efectuada por cuenta del CHSN en 1934 en Santiago⁵¹ para concordar el estudio sobre la nutrición, había referido a Rajchman (que seguramente no se entusiasmó) que era necesario apoyarse en Long para favorecer los contactos entre los gobiernos locales y la organización ginebrina. Chile le había parecido a Boudreau un país pobre con “*a strong attachment*” a la SN.⁵² Dragoni y Burnet llegaron en 1935 y gracias al trabajo del Dr. Luis Calvo Mackenna (ponente sobre la mortalidad infantil en Lima y representante chileno en el CHSN), a los estudios ya existentes y al interés atribuido al problema por el gobierno de Alessandri, su trabajo se llevó a cabo rápidamente. Colaboraron con ellos los médicos de provincia (fruto de las reformas introducidas por Long y formados en la Johns Hopkins). Las visitadoras diplomadas en la Escuela de Servicio Social y dirigidas por la señora Leo de Bray, junto con las enfermeras de la Dirección General de Sanidad, bajo la dirección de la Dra. Luisa Pfau, fueron a visitar a las familias y cumplimentaron los cuestionarios en las provincias de Iquique, Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Concepción, Valdivia, Puerto Montt y Magallanes.⁵³

El estudio resultó particularmente interesante en la medida en que no se limitó a las informaciones sobre la alimentación, sino que abarcó los gastos de vivienda, luz, combustible, brindando un cuadro completo de las condiciones de vida de las clases populares chilenas.⁵⁴ Por lo que se refiere a la alimentación de los niños hasta los dos años: el 40% resultaba tomar el pecho, pero frecuentemente la leche (escasa en madres subalimentadas) se integraba con sopas y puré. Las “Gotas de Leche” sólo en parte suplían las carencias alimentarias de los pequeños.

El gobierno chileno creó en 1937 un Consejo de la Alimentación en el ámbito del Ministerio de Salud y de Previsión Social, y el ministro Eduardo Cruz Coke volvió a pedir ayuda a los técnicos de la SN.⁵⁵ También a mediados de los años

treinta entró en funciones en la transandina Argentina el Instituto Nacional de Nutrición. En Ginebra, un comité mixto (CHSN y BIT) elaboró en 1937 un informe sobre la alimentación que definía estándares dietéticos referidos particularmente a mujeres embarazadas y a lactantes.⁵⁶ En 1939 tuvo lugar en Buenos Aires, auspiciada por la SN, la Tercera Conferencia Internacional de Alimentación, en la que se presentaron estudios sobre varios países. Todas estas iniciativas se colocaban en el cuadro de un interés más vasto de la OHSN por los problemas de la medicina social, que se fue desarrollando a partir de fines de los años veinte.

El IUPI y el estudio sobre el niño indígena americano

El IUPI había nacido para estudiar los problemas de los niños americanos, bajo muchos aspectos diferentes a los niños europeos. En América, por ejemplo, la mortalidad infantil, la ilegitimidad, el analfabetismo, el abandono y la delincuencia presentaban tasas más altas. Un punto de vista americano se volvió necesario, según el doctor Emilio Fournié,⁵⁷ porque “razones de carácter étnico, social, educacional, situación geográfica, etc., dan a nuestros problemas una modalidad especial, que requiere estudio distinto al del ambiente europeo”.⁵⁸ Con la única excepción de los EE.UU., los países americanos esperaban todavía “la eclosión de una raza propia, que estamos recién plasmando con elementos técnicos muy distintos”. Por eso, el problema del niño debía “americanizarse”. De esta conciencia nacía el esfuerzo por realizar estudios “sobre cuestiones de interés general americano”. Entre 1930 y 1942, el IUPI analizó una serie de problemas, tanto de naturaleza jurídica como sanitaria. Los resultados fueron publicados en la revista del Instituto, el *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*. Se trataba de aspectos de la tutela de la infancia examinados también en Ginebra: la educación física, la higiene escolar, el raquitismo, las instituciones para menores delincuentes. Por lo que se refiere al tema de la salud de los niños en edad escolar, América Latina se veía atrasada con respecto a Europa. Argentina, que se enorgullecía de una tradición más larga en el campo de la instrucción pública, a fines de los años veinte era el único país que disponía de un servicio médico escolar, mientras el interés de los gobiernos por el deporte juvenil se manifestaba sólo en el México revolucionario y en los regímenes autoritarios de Ibáñez en Chile, Leguía en Perú y Busch en Bolivia.⁵⁹ Sin embargo, la situación americana era mucho mejor al menos en un aspecto de la salud infantil: el clima, la vida al aire libre, la alimentación más natural (en el campo) hacían que el fenómeno del raquitismo estuviera poco difundido.⁶⁰

Pero no sólo había que evaluar y juzgar diferencias con Europa, existían también fenómenos peculiares de América que se debían encarar sin el respaldo

de la ciencia y de la experiencia europeas. América tenía un problema indígena. El IUPI en 1933 lanzó un estudio sobre el niño indígena americano. Pero la idea nacía una vez más de una sugerencia europea y precisamente de la iniciativa de una asociación, la *Union Internationale des Secours aux Enfants* –UISE (o *Save the Children*), a cuya dirección había sido llamado, en 1930, precisamente el Dr. Morquio. Un departamento de la UISE, la Oficina Eglantyne Jebb de Ginebra, se ocupaba de niños de “razas no europeas” y había organizado la *Conférence Internationale pour l’Enfance Africaine*, del 22 al 25 de junio de 1931.⁶¹

La UISE encargó a Morquio la realización de un estudio sobre la situación de los niños indígenas americanos a través del IUPI. Morquio, aun siendo consciente de las dificultades, aceptó considerando el momento particularmente propicio. Muchos gobiernos americanos y numerosos estudiosos se preocupaban efectivamente por la “redención” del indio, que Morquio juzgaba “infeliz, indolente y frío como la desolación de sus páramos, que lleva en su tristeza la huella profunda de su explotación secular”.⁶²

Antes de que se publicara la investigación, habían aparecido pocos estudios en el *Boletín* del IUPI sobre los niños indígenas. En 1930, un artículo de un doctor peruano subrayaba como positivas las diferencias de los pequeños peruanos con los niños de otros países.⁶³ Tanto los indígenas como los mestizos y los negros, a su juicio, tenían una armonía física perfecta: tarea del estado era favorecer el “desarrollo racial del país”. Y sin embargo este orgullo no parece ser compartido por los dirigentes del IUPI que preparan el estudio en 1933.

Emilio Fournié, al presentar los resultados,⁶⁴ manifiesta de hecho una cierta incomodidad. Invita a no generalizar las respuestas a los cuestionarios y a no caer en el grave error de creer “1, que en todos los países americanos hay indios; 2, que todos los indios tengan iguales costumbres, el mismo medio de vida, el mismo grado de civilización; 3, que de lo informado más adelante pueda llegarse a la conclusión de que el estado general de América es de abandono, atraso o barbarie”. Fournié lamenta la ignorancia de la realidad indígena en Europa, y en la misma América, y teme el estereotipo de los indios como “salvajes vestidos con plumas”.⁶⁵

Fournié es pesimista: “en general, el indio es apático, perezoso, sombrío, inconstante, o bien degenerado por el abuso de coca y el alcohol..., aun cuando se reconoce que tienen condiciones superiores para triunfar, como veremos más adelante al considerar, en particular, sus aptitudes para el estudio y el trabajo”. En el cuestionario se refleja la ambivalencia con respecto a los indios. Pide que se distingan los indios civilizados de los que no lo son y esto suscita perplejidad y abiertas contestaciones por parte de algunos entrevistados.

La única indígena llamada a responder a las preguntas del IUPI, la princesa Atalaa, hija de un jefe indio chippewa, docente en un colegio para indios de los

Estados Unidos, lo dice claramente: “I do not like the words ‘civilized’ and ‘uncivilized’” y “It is taking too much for granted to suppose that the white man’s ways or so-called standards are the scales on which all values should be weighed”. Y sigue: “The Indian was civilized, had hundreds of years of art, religion and culture behind him, when the white man arrived” (p. 202). El comisionado de la *Office of Indian Affairs*, John Collier, en cambio, nota sobriamente: “We do not, of course, attempt to make any distinction between Indians in this country who are ‘civilized’ and ‘uncivilized’,” y ante el pedido de poner en lista los métodos para atraer a los indios a la “vida civilizada” se preocupa de aclarar que “...we are particularly anxious that certain groups, still possessed of their own culture, shall not lose it in their contact with white life”. De la cultura india aprecia sobre todo la “corporate life” y considera a México un ejemplo, porque ha sabido conservarla y valorizarla (p. 203).

También los expertos latinoamericanos están perplejos ante la distinción entre civilizados e incivilizados: mexicanos y colombianos proponen interpretarla como distinción entre quien habla español y quien no, otros pasan por alto la cuestión o se explayan sobre la cultura precolombina y sobre la riqueza, rechazando implícitamente la contraposición entre civilización y barbarie.⁶⁶ A la pregunta 13 del cuestionario, acerca de la aptitud de los niños indígenas para aprender, casi todos replican positivamente subrayando que no se puede dar fe a estereotipos racistas. Para Perú se afirma claramente: “no somos partidarios de la teoría que sostiene la existencia de razas inferiores, sobre las cuales poco influye la cultura” (p. 248).

Civilizado o no, ¿quién es el indio y cómo se registra en los censos su participación en la población total? El estudio revela una desoladora ausencia de información estadística. Sintomático es el caso de Ecuador: Emilio Uzcatogui (ex Director General de Educación) confiesa que “desgraciadamente, los datos científicamente recogidos en el Ecuador acerca del indio, que constituye el mayor número de los habitantes del país, son demasiado escasos” (p. 191). Aún más problemático es recoger datos sobre la población infantil y sobre sus tasas de mortalidad. No sólo el registro civil no existe en muchos lugares, sino que frecuentemente los recién nacidos se sepultan secretamente. No existen médicos que certifiquen las causas de muerte. Para Perú, el Dr. A. Merino Reyna, director del Servicio Médico Escolar, afirma que aproximadamente en el 30% de las localidades de la República faltan registros bien elaborados. El juez de menores Fernando Quevedo pone de manifiesto que los datos sobre nacimiento y muerte se refieren sólo a las ciudades con más de 2000 habitantes y por eso excluyen a los indios (p. 266).

Ante la falta de registros precisos, expertos de los países que tradicionalmente se consideran “blancos”, como Argentina, pueden tranquilamente afirmar que

el problema indígena no les concierne. Pero los dos conocidos estudiosos Gregorio Aráoz Alfaro y Carlos de Arenaza son desmentidos por una desconocida señorita de la provincia de Jujuy, Rosa B. Crux Arenas, que se ocupa de los indios del norte (colaborando con el Dr. Mazza), cuando escribe y explica que una de las razones de que los indios niños desaparezcan o no del escenario argentino es que viven al margen de la ley. Al niño indio “no se le exige que asista a la escuela, no se le inscribe en el Registro Civil, cuando nace, ni cuando muere se tiene en cuenta su defunción, carece de nombre y apellido castellano; ni se enrolan los hombres, tampoco votan...” (p. 162). Pero la tendencia a subestimar la presencia de un componente autóctono se extiende, e incluso de Paraguay se afirma que “hay pocos indígenas y esos pocos viven en las profundidades de las selvas del Paraná y en el Chaco” (p. 239).

La heterogeneidad y multiplicidad de los sujetos llamados a responder al cuestionario atestigua la ausencia de organismos estatales centrales destinados a ocuparse y a coordinar todo lo relativo tanto a la infancia como a los indios. Sólo los Estados Unidos y Brasil tienen un organismo *ad hoc* para los indios. Estudiosos, maestros, funcionarios escolares, misioneros aportan informaciones desordenadas, aproximativas, parciales, imposibles de organizar sistemáticamente e inutilizables para comparaciones entre países.

El único campo en el que, al menos en algunos países, existe un órgano central que demuestra que —si es que no tiene un plan— por lo menos coordina iniciativas, es el de la escuela. México, en particular, es el único que brinda la imagen de un país activo en el campo de la educación de los indios: en el momento del estudio acaba de emprender reformas, ha abolido la Casa del Estudiante Indígena (existente en la capital desde 1925) y creado 11 Centros de Educación Indígena repartidos por varios estados; estos centros, junto a las escuelas y misiones rurales (para educar a los docentes indígenas: “el maestro de las escuelas para indígenas debe ser indio”), debían involucrar no sólo a niños y jóvenes sino a toda la comunidad, como centros de “educación colectiva”, una educación esencialmente práctica, destinada al trabajo de la tierra.⁶⁷ También las respuestas de los expertos peruanos evidencian la centralidad de la cuestión económica que se superpone a la educativa: se habla de la necesidad de quebrar el gamonalismo y asignar tierras a colonos indígenas, aprovechando quizás el “régimen agrícola incaico”, fortalecido por el “cooperativismo moderno”. Pero el problema del niño indígena también en este caso es englobado en el problema general del indio. El trabajo infantil, por ejemplo, se evoca solamente en una pregunta sobre la “aptitud para trabajar”, pregunta que desconcierta a algunos entrevistados (“su trabajo debe ser escolar”, precisa Corsino Rodríguez, vocal del Consejo Nacional de Educación de Bolivia). Y, sin embargo, éste podía ser un punto que se debía profundizar, revelador de la condición peculiar de la

infancia indígena. En efecto, todos los informadores están de acuerdo en afirmar que allí donde existen leyes sobre la protección del trabajo infantil, éstas no se aplican a los indígenas y ningún código de menores (salvo el que se proyecta en 1933 en Perú) se preocupa por incluir normas que tutelen a los miembros más pequeños de la familia indígena.⁶⁸

Falta de datos estadísticos, pluralidad y contradictoriedad de las informaciones no permiten sacar del estudio un balance sobre las condiciones sanitarias de la infancia indígena. El amamantamiento materno prolongado (que reduce la mortalidad infantil) emerge como único factor positivo (así como la ausencia de sífilis) dentro de un cuadro sustancialmente negativo (desnutrición, higiene y asistencia médica escasas). A veces los informadores atribuyen a los mismos indios las causas de sus tristes condiciones: hablan de ellos con un especial recelo ante los médicos y de un deletéreo apego a prácticas tradicionales y a vicios como la coca y el alcohol. A veces, en cambio, aun sin que se les pida, incluyen en sus respuestas referencias a ritos y creencias indígenas sobre la muerte (G. Rubio Orbe, de Quito) y sobre el nacimiento (F. Ferrer Beymnón, de México, hace referencia a ceremonias aztecas). Convocados por primera vez a estudiar un tema “americano”, muchos de los entrevistados se muestran incómodos y sus juicios oscilan entre orgullo y prejuicio hacia una diversidad étnica que los aleja fatalmente del espejo de la realidad europea.

Conclusiones

Las hipótesis iniciales me parecen en parte confirmadas. Efectivamente, el CPE, a pesar del empeño de Paulina Luisí, no tiene en cuenta –salvo al margen– los problemas de los niños de América Latina, pero al mismo tiempo reúne una vasta documentación sobre la legislación protectora en varios países de la región. Esa documentación permite afirmar que, si no en lo sustancial, por lo menos en el nivel normativo, América Latina se colocó a la vanguardia respecto de los países europeos con sus Códigos del niño.

Durante los años treinta se asistió a un proceso de centralización de las iniciativas de protección de la infancia, con la creación de ministerios o departamentos *ad hoc*. Algunos países introdujeron medidas de seguridad social y el interés por el deporte y la nutrición fue alentado por el nacionalismo. El concepto de servicio social se difundió y nacieron nuevas competencias profesionales (visitadoras sociales, enfermeras especializadas).

Las reformas legislativas se revelaron las más fáciles de realizar, dado que no requerían grandes gastos. Mucho más difícil fue, más allá de una simple reorganización burocrática de oficinas, departamentos y ministerios, crear una red eficaz de servicio sanitario para la infancia y de asistencia social. De todas

formas se llegó a definir una agenda, que en la posguerra serviría de punto de referencia para todas las políticas de bienestar infantil.

El CH, a diferencia del CPE, afrontó con pesquisas específicas los problemas de la infancia sudamericana. Sin embargo, la credibilidad de estudios como el que se llevó a cabo sobre la mortalidad infantil se vio sumamente falseada por la diferente disponibilidad y credibilidad de las estadísticas latinoamericanas, comparadas con las europeas, y por la limitación numérica y escasa profesionalidad del cuerpo médico local. Mejores resultados se obtuvieron en el caso de la alimentación en Chile, donde los expertos enviados por la SN encontraron la asistencia de un equipo bien organizado de médicos y visitadoras sociales. Esta estructura de apoyo era el fruto de la reestructuración de la sanidad pública realizada en los años inmediatamente anteriores a la investigación gracias a una misión norteamericana.

La SN estaba demasiado lejos y contaba con medios demasiado escasos como para incidir efectivamente en la realidad de los países latinoamericanos, tanto en el aspecto de la investigación científica como en el de la organización de la salud pública.

Por otra parte, el IPI, organización regional con relaciones de colaboración tanto con Ginebra como con Washington, en calidad de centro de estudios reunió una amplia documentación y llevó adelante muchas investigaciones en el campo. Se ocupó sobre todo de temas que habían sido planteados a nivel internacional, tratando de verificar a nivel local cuánto incidían la mortalidad infantil, el raquitismo y la desnutrición, la asistencia materno-infantil, la medicina escolar, etc. En un único caso trató de seguir una pista original de indagación, fomentando una investigación sobre la infancia indígena. Sin embargo, los resultados fueron bastante desalentadores. Más allá de las dificultades para recoger datos coherentes a partir de fuentes heterogéneas y poco creíbles, el IPI reveló que sus expertos debían hacer frente a un obstáculo más grave. Reivindicaban la especificidad americana de sus estudios, pero por cultura e identidad se sentían en el fondo europeos y les costaba liberarse de prejuicios raciales cuando era cuestión de meterse en la realidad de sus países. La investigación sobre los niños indígenas revelaba que la modernidad de América Latina era ilusoria: pese a las instituciones modelo creadas para lactantes o niños abandonados y a los récords alcanzados en cuanto a la mortalidad infantil en ciudades como Montevideo y Buenos Aires, el atraso dominaba en el continente.

Montevideo, en el fondo, no era una “Ginebra americana”; los médicos y los estudiosos de la infancia latinoamericana seguramente eran miembros de una misma comunidad científica en igualdad de condiciones respecto a sus colegas europeos, pero la realidad con la que debían medirse era dramáticamente diferente y los relegaba irremediablemente a la periferia.

Tras la guerra, las Naciones Unidas retomaron el trabajo desarrollado por la SN y el IUPI con la creación de UNICEF en 1946. Nació gracias al trabajo de Rajchman, ex director del CHSN, por un lado, y de Katharine F. Lenroot, vicepresidente del IUPI, por otro. Ambos crearon la nueva agencia internacional para los niños basándose en la experiencia que habían acumulado en los años anteriores sus respectivas organizaciones.⁶⁹

NOTAS

1. En base al artículo 24 del Pacto.
2. *Congrès International de Protection de l'Enfance. Communications*, París, julio, 1928, III, p. 805.
3. Cfr. P.T. Rooke y R.L. Schnell, "Uncramping Child Life: International Children's Organisations, 1914-1939", en P. Weindling (ed.) *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995, pp. 176-202.
4. *L'Association Internationale pour la Protection de l'Enfance*, surgida por iniciativa del gobierno belga, siguió subsistiendo, así como *Save the Children*, creada por la inglesa Eglantyne Jebb. La declaración de los derechos del niño fue redactada en 1923 por Eglantyne Jebb y constaba de cinco puntos:
 1. El niño debe ser puesto en condiciones de realizar normalmente su desarrollo físico y espiritual.
 2. El niño que tiene hambre debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser asistido; el niño retrasado en su educación debe ser alentado a proseguirla; el niño desviado de la buena senda debe ser vuelto a ella; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y socorridos.
 3. El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda ocasión de calamidad pública.
 4. El niño debe ser puesto en condiciones de ganar la subsistencia y ser protegido contra toda clase de explotación.
 5. El niño debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos.
5. Para un panorama de los logros en materia de protección de la infancia en América Latina al tiempo de la creación de la SN, cfr. E.R. Coni, *Estado actual de la protección maternal y puericultura en América*, Buenos Aires, Imprenta Rodríguez Giles, 1921.
6. Un balance de las diferentes influencias europeas y norteamericanas en América Latina puede encontrarse en K.F. Lenroot, "Resources for Interamerican Child Welfare Work", en *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (BIIAPI)*, t. 3, n. 22, octubre 1939, pp. 229-243.
7. K. Kish Sklar, "The Historical Foundations of Women's Power in the Creation of American Welfare State, 1830-1930", en S. Koven y S. Michel (eds.), *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*, Nueva York y Londres, Routledge, 1993.

8. El PASB en realidad no se ocupó mucho de la salud materno-infantil, como habrían querido los países latinoamericanos. Cfr. A.E. Birn, “‘No More Surprising Than a Broken Pitcher?’ Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau”, *Canadian Bulletin of Medical History*, 19: 2002, pp. 17-46.
9. La OHSN consistía en un Consejo, un Comité de Higiene y un Secretariado. Cfr. P. David, *L'esprit de Genève: Histoire de la Société des Nations. Vingt ans d'efforts pour la paix*, Editions Sklatine, Ginebra, 2000, pp. 301-302. Había distintos organismos relacionados con la OHSN, de los que el único creado con sede en América Latina fue el Centro Internacional de la Lepra de Río de Janeiro, Brasil. Cfr. M.D. Dubin, “The League of Nations Health Organisation”, en P. Weindling (ed.), *op. cit.*, pp. 56-80.
10. Paulina Luisi, primera mujer médico en Uruguay, fundó en 1916 el Consejo Nacional de Mujeres Uruguayas. Sobre su actividad como feminista y reformadora social véase Asunción Lavrín, *Women, Feminism and Social Change in Argentina, Chile and Uruguay 1890-1940*, University of Nebraska Press, Lincoln and London, 1995.
11. Adhirieron al IUPI: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Uruguay, Venezuela. Gregorio Aráoz Alfaro y Luis Morquio fueron nombrados respectivamente presidente y director del Instituto.
12. Cfr. D. Guy “The Pan American Child Congresses, 1916-1942: Pan Americanism. Child Reform and the Welfare State”, en *Journal of Family History*, a. 23, n. 3, July 1998, pp. 272-291 y “The Pan American Child Congresses, 1916-1963. Katherine Lenroot, Transnational Feminism and Panamericanism” (ponencia no publicada, agradezco a la autora por haberme permitido utilizarla).
13. Ya durante la guerra ambas organizaciones habían introducido en Europa, particularmente en Francia, el modelo estadounidense de tutela de la salud materno-infantil. Cfr. A. Klaus, *Every Child a Lion. The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*, Ithaca y Londres, Cornell University Press, 1993, pp. 260-66.
14. También en 1920 se instituye una comisión de investigación sobre las mujeres y los niños que en el Cercano Oriente habían sido separados de sus familias durante los años anteriores (se trataba sobre todo de armenios).
15. También existían superposiciones con competencias del CHSN (alcoholismo y ceguera), de la *Commission Pénitentiaire Internationale* (tribunales de menores) y el *Institut International de Cinematographie Educative* (los niños y el cine).
16. C.A. Miller, *Lobbying the League: Women's International Organizations and the League of Nations*, Ph.D., Oxford, 1992, pp.171-175 y “The Social Section and Advisory Committee on Social Questions of the League of Nations”, en P. Weindling (ed.), *op. cit.*, pp. 161-165.
17. Las Comisiones Consultivas sobre Cuestiones Sociales fueron las únicas en el ámbito de la SN que tuvieron una representación femenina igual a la masculina. Se trató además de una representación con competencias en el campo de las políticas de bienestar (los hombres eran en su mayoría diplomáticos). Cfr. C. Miller en P. Weindling (ed.), *op. cit.*
18. *Ibid.*, pp. 164-165.
19. Cfr. E. Scarzanella, “Feminismo y diplomacia. Paulina Luisi, Maria Cristina Giustiniani Bandini y la Comisión de la Sociedad de las Naciones contra la Trata de Mujeres y

- Niños”, *La Aljaba. Revista de Estudios de la Mujer*, V, n. 1, 2000, pp. 11-32.
20. P. Luisi, *Otra voz clamando en el desierto (Proxenetismo y reglamentación)*, vol. 1, Montevideo, s.e., 1948, pp. 211-215.
 21. CPE, 7ª sesión, 14-20 abril de 1931. Cfr. CPE Papers, C.297.M.139, 1931.
 22. League of Nations, Advisory Committee on Social Questions, *Study on the Legal Position of the Illegitimate Child*, C.70.M.24, 1939, IV (Series L. o. N. Publications, IV Social Questions, 1939, IV, 6.).
 23. League of Nations, Child Welfare Committee, *Institution for Erring and Delinquent Minors*, C.1.M.1., 1934, IV (Series L. o. N. Publications, IV Social, 1934, IV, 1).
 24. Los tribunales de menores habían sido objeto de congresos internacionales en París (1911), Bruselas (1913) y nuevamente en Bruselas (1921).
 25. K.F. Lenroot, *op. cit.*
 26. A. Klaus, *op. cit.*, p. 209.
 27. En 1936, la Argentina creó una Dirección de Maternidad e Infancia; la siguieron Venezuela (Dirección Nacional de Puericultura), Bolivia (Patronato Nacional de Menores), México (Departamento de Asistencia Social Infantil), Costa Rica (Sección Maternidad de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social) en 1937, Paraguay en 1939 (Departamento de Defensa del Niño), Chile en 1940-42 (Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia) y también en 1940 en Brasil (Departamento Nacional de Criança). Un panorama de las instituciones dedicadas a la tutela de la maternidad e infancia existentes en varios países en 1938, en Oficina Sanitaria Panamericana, *Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana*, Bogotá, sept. 4-14, 1938, Publicación n. 136, agosto 1939, pp. 895-899; comisiones protectoras y patronatos existían también en Nicaragua y Cuba.
 28. En 1927 (La Habana), 1935 (Buenos Aires) y 1938 (Bogotá).
 29. “Conferencia sobre mortalidad infantil, patrocinada por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones”, en BIIAPI, t. 1, n. 1, julio 1927, pp. 116-121.
 30. League of Nations, *Health Organisation. Report on the Meeting of Health Experts on Infant Welfare on the Technical Mission in Argentine, Brazil and Uruguay*, A.49.1927, III (Publications of L. o. N., III Health, 1927, II, 8).
 31. En Paraguay se desarrollaba una campaña sanitaria de la RF, que actuaba también en el campo de la infancia.
 32. Cfr. League of Nations, *Results of the Mission carried on in Certain Latin-American Countries by the President of the Health Committee*, Publications of the L. o. N., III, Health 1927, III, 9. Documentos sobre el asunto en League of Nations Archives, Registry Files, 1919-1927, section 12B, box 997, documento 60077 y 1927-1933, box 6004, documento 2468. Durante la misión de Madsen y Rajchman se proyectaron, además del centro de puericultura, también un estudio sobre la lepra (propuesta por el brasileño Chagas) en Brasil y la creación de un centro de la lepra y una escuela avanzada de higiene pública (*advanced public health training*), también en Brasil. La única iniciativa que la SN consiguió llevar a cabo fue el centro de la lepra de Río.
 33. Relató que, durante su viaje, difundió la universalidad de la SN, expresó el deseo de que Brasil entrara a formar parte de ésta (había salido en 1926) y que la Argentina comenzase a participar activamente en los trabajos de Ginebra. Pese a cierta incomodidad del gobierno

- brasileño y a la nula publicidad que se dio a la visita de los dos representantes de la OHSN, la propuesta de colaboración técnica terminó siendo bien acogida. Cfr. L. o. N. Archives, Registry Files, 1919-1927 section 12B Health, "Mission by Dr. Madsen and Dr. Rajchman in Latin America", 1927, box 997, documento 61852.
34. *Ibid.*, box 998, documento 62772.
 35. Los resultados publicados en BIIAPE, t. 4, n. 3, enero 1931. La conferencia tuvo lugar al concluir el VI CPN.
 36. G. Aráoz Alfaro, "La mortalidad infantil y la protección de la primera infancia en la República Argentina", BIIAPI, t. 1, n. 4, abril 1928, p. 387. La tasa de Nueva Zelandia se calculaba excluyendo a la población aborigen y maorí, P. Mein Smith, "That Welfare Warfare: sectarianism in infant Welfare in Australia 1918-1939", en V. Fildes, L. Marks, H. Marland (eds.), *Women and Children First. International Maternal and Infant Welfare 1870-1945*, London and New York, Routledge, 1992, p. 251.
 37. Si a comienzos de siglo Uruguay podía enorgullecerse de una de las tasas de mortalidad más bajas del mundo, en las décadas sucesivas y hasta 1940 no hubo ulteriores mejoras. Cfr. A.E. Birn, R. Pollero, W. Cabella, "No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940", en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina*, XIV, 1, enero-junio 2003, pp. 35-65. Agradezco a las autoras haberme permitido consultar el manuscrito.
 38. Robert Debré era profesor de la Universidad de París, experto en problemas de protección de la infancia. Otto Olsen era un médico alemán, miembro de la OHSN.
 39. Un único artículo sobre el tema de la mortalidad materna aparece, por ejemplo, en BIIAPI (Carlos Roust, "Mortalidad materna en la República Argentina", t. 13, n. 3, enero 1940, pp. 544-561).
 40. I. Loudon, "Some International features of Maternal Mortality 1880-1950", en V. Fildes, L. Marks, H. Marland, *op. cit.*, pp. 5-28. La situación mejoró solamente con la introducción de las sulfamidas primero (en 1937) y la penicilina después (desde 1944).
 41. R. Aladar Metall, "L'Assurance-maternité en Amérique Latine", BIIAPI, t. 14, n. 4, abril 1941, pp. 545-563.
 42. IPE, "Reunión del Consejo", BIIAPI, t. 13, n. 1, julio 1939.
 43. G. Aráoz Alfaro, "La colaboración con el Paraguay", BIIAPI, t. 14, n. 2, octubre 1940, pp. 193-196.
 44. E. Fourmié, "América socorre a los niños europeos", BIIAPI, t. 14, n. 3, enero 1941, pp. 417-442.
 45. Carlo Dragoni había sido secretario general del *Istituto Internazionale di Agricoltura*, con sede en Roma, que colaboraba con la SN en cuestiones de nutrición. Con anterioridad había llevado adelante un estudio sobre la agricultura en China por cuenta de la SDN.
 46. Se hacía cargo de estas exigencias el Dr. Lutrario, experto italiano en el CHSN, que escribía en mayo de 1928 a Rajchman sobre el interés italiano en el estudio de la lepra y en la prevista creación de un Instituto de Puericultura en Argentina sobre todo. Cfr. L. o. N. Archives, Registry Files, box 6004.
 47. Como funcionario de la OHSN, desde 1926 visitó varios países latinoamericanos en misiones que tenían que ver no sólo con la nutrición, sino también con la malaria y la lepra.

48. Cfr. A.M. Moulin, "The Pasteur Institute between the two World Wars. The Transformation of the International Sanitary Order", en P. Weindling, *op. cit.*, p. 245.
49. En 1932, Long redactó un proyecto de ley sanitaria para Uruguay (BIIAPI, t. 6, n. 2, octubre 1932, pp. 168-169), que creaba un Consejo de Salud Pública.
50. Médico norteamericano, asistente de Rajchman.
51. La misión comprendía también la participación en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana y en la II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura en Buenos Aires. Cfr. L. o. N. Archives, Registry Files, 1933-1942, section A, box R 6114.
52. Sin embargo, Boudreau no consideraba factible la propuesta chilena de crear en Sudamérica una sección de la OHSN, concebida como escuela de higiene, entre otras cosas para no provocar fricciones con el Pan American Sanitary Bureau. Cfr. L. o. N. Archives, Registry Files 1928-1939, section A, box R 5924, ("Proposal for the Establishment in South America of a Branch of Health Organization of the League").
53. Cfr. L. o. N., Archives, Registry Files, 1933-1946, section 8A, box R 6084. Chile había sido el primer país que creó una escuela de servicio social, según el modelo de la de Bruselas, en 1925.
54. En los años siguientes el CHSN se ocuparía del tema de la higiene rural y de las viviendas no sólo en Chile, sino también en México. Cfr. intervención de Olsen en la X Conferencia Sanitaria Panamericana, *op. cit.*.
55. L. o. N. Archives, Registry Files 1933-1939, box R 6084: 11 de junio de 1937, carta de Cruz Coke a Rajchman.
56. P. Weindling, "Social Medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office Compared", en P. Weindling (ed.), *op. cit.*, pp. 143-145.
57. Director de la biblioteca del IUPI y organizador de la investigación sobre el niño indígena americano.
58. Véase el informe de Emilio Fournié en la Séptima Conferencia Internacional Americana en BIIAPI, t. 7, n. 3, enero 1934, p. 232.
59. Cfr. BIIAPI (t. 4, n. 1, julio 1930) para el estudio de la educación física y BIIAPI (t. 3, n. 1, julio 1929) para el estudio del cuerpo médico escolar.
60. Cfr. "Encuesta sobre raquitismo", BIIAPI, t. 9, n. 3, enero 1936, pp. 243-281.
61. "Conférence Internationale pour l'Enfance Africaine", BIIAPI, t. 4, n. 4, abril 1931, pp. 811-813; "Encuesta sobre el niño indígena americano", BIIAPI, t. 8, n. 2, octubre 1934. UISE (Conférence ..., Compte Rendu, Ginebra, 1932).
62. Morquio hace suyas las palabras de un médico de Ecuador, el Dr. A.J. Bastidas. Cfr. "Union Internationale de Secours aux Enfants", en BIIAPI, t. 7, n. 2, octubre 1933, p. 212.
63. Dr. Luis E. Galván, "Estudio científico del niño peruano", BIIAPI, t. 4, n. 2, julio 1930, pp. 242-269.
64. "Encuesta sobre el niño indígena americano", BIIAPI, t. 8, n. 2, octubre 1934, pp. 113-156.
65. *Ibid.*, pp. 114-115. La síntesis de los resultados del estudio hecho por E. Fournié y las informaciones provenientes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana están publicadas en el t. 8, n. 2, octubre 1934 del

- BIIAPI. Fournié recuerda que tuvo la oportunidad de leer en un documento estadounidense que las escuelas rurales en Uruguay son para los indios, indios que en el país ya no están “desde hace un siglo”.
66. El experto de Bolivia (Corsino Rodríguez) consideraba bárbaros sólo a los de la selva. (Ibíd., p. 169). El Prof. Gustavo Rubio Orbe, desde Quito, hablaba, refiriéndose a los indígenas de la sierra, de un “hibridismo de civilización y cultura”, y añade: “Se podrían llamar incivilizadas las [parcialidades] orientales, de la que ya noté el desconocimiento casi absoluto” (p. 193).
 67. También la “castellanización” se consideraba un objetivo central para convertir a México en un país lingüísticamente unificado. En América del Sur no existía nada similar, salvo la escuela de Warisata en Bolivia.
 68. C.A. Bambarén, “Bases fundamentales del Código del Niño”, BIIAPI, t. 10, n. 2, octubre 1936, pp. 175-181.
 69. M. Blank, *The Children and the Nations. The Story of Unicef*, Unicef, 1986, pp. 30-35. Rajchman no obtuvo la dirección del WHO, por su inclinación política hacia la izquierda, cosa que los EE.UU. no veían bien, y por lo tanto se conformó con la gestión del bienestar infantil. En 1948, el IUPI redactó un Código Sanitario del Niño.