

## ARTÍCULO

<https://doi.org/10.24201/eea.v59i2.2906>**Voluntariado y responsabilidad estatal: la salud en Delhi colonial****Volunteerism and State Accountability: Health in Colonial Delhi**

LAURA CARBALLIDO CORIA

<https://orcid.org/0000-0002-2447-6746>

*Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Cuajimalpa,  
Departamento de Ciencias Sociales  
(Ciudad de México, México)  
lcarballido@correo.cua.uam.mx*

Recepción: 30 de junio de 2022 ❖ Aceptación: 1 de diciembre de 2022

**Resumen:** En 1928 se formó la Delhi Health and Social Service Union, que buscaba centralizar y coordinar los varios proyectos de salud pública en la provincia de Delhi. Durante su breve existencia, pues se disolvió en 1932, intervino en áreas como la inspección de niños y niñas en escuelas, el bienestar materno-infantil, la promoción de la salud, la vivienda, el hacinamiento y la mendicidad, entre otras. El análisis de su funcionamiento permitirá entender debates importantes sobre salud pública durante las décadas de 1910 a 1930 que incluían: la relevancia de que la población india interviniera activamente con trabajo voluntario y donaciones, y la participación del gobierno colonial, que daría la pauta, pero sin asumir un compromiso mayor, principalmente de carácter financiero. Sin embargo, había voces críticas que veían la necesidad de que el Estado colonial interviniera de manera más directa y de que hubiera una organización central.

**Palabras clave:** India; voluntariado; Estado colonial; salud pública; nación

**Abstract:** In 1928, the Delhi Health and Social Service Union was established to centralize and coordinate the various public health projects in Delhi Province. During its brief existence—it was dissolved in 1932—it intervened in areas such as inspection of school children, maternity and child welfare, health campaigns, housing, overcrowding, and beggary, among others. The analysis of the Union will provide insight into important debates about public health in 1910s, 1920s, and 1930s. This study will examine the relevance of the Indian population's active participation through volunteer work and donations, and the participation of the colonial government, which would lead the way without assuming full responsibility, particularly in financial matters. However, some critical voices saw the need for more direct colonial state intervention, as well as the need for a central organization.

**Keywords:** India; volunteerism; colonial state; public health; nation



## Introducción<sup>1</sup>

En 1928, John Thompson, comisionado (*chief commissioner*), formó la Delhi Health and Social Service Union (DHSSU en adelante), a través de la cual buscaba centralizar y coordinar los varios proyectos de salud pública en la provincia de Delhi. Durante su breve duración —se disolvió en 1932—, la DHSSU intervino en áreas como la inspección de niños y niñas en escuelas, el bienestar materno-infantil, la promoción de la salud, la vivienda, el hacinamiento, la mendicidad y la atención de enfermedades venéreas, además de hacer campaña en general sobre higiene personal y prevención de enfermedades.

Las malas condiciones de salud prevalecientes en la provincia eran conocidas por la administración colonial. Así, el comisionado de Salud Pública (*Public Health commissioner*) en 1928 describió la ciudad en su Reporte Anual en estos términos: “su estado congestionado y sus casas antihigiénicas” (Government of India 1931, 55). Esta caracterización no era nueva, pues desde el anuncio de la transferencia de la capital colonial de Calcuta a Delhi, en 1911, se habían expresado voces de preocupación debido a las malas condiciones de salud.<sup>2</sup>

Si consideramos que la expansión de la medicina occidental y una población sana eran componentes importantes de la justificación de la presencia colonial, la situación resultaba preocupante y podía dar pie a la crítica tanto dentro como fuera de la administración colonial. En el caso del Reporte Anual citado, elaborado por el asesor del gobierno de la colonia, al reseñar que las muertes por malaria en 1927 habían sido de gran magnitud, se preguntaba: “¿Qué pensarán los visitantes de países ilustrados del mundo que vienen a ver la gloria de la Capital Imperial cuando observen que no se está haciendo ningún esfuerzo serio por prevenir esta enfermedad claramente prevenible?” (Government of India 1930a, 30).<sup>3</sup>

Esta visión crítica de la situación imperante también la recogía de manera cotidiana la prensa, como lo muestran un par de ejemplos. En marzo de 1929, el *Hindustan Times* (1929a, 12) publicó una larga carta al editor firmada por “Vox populi”, en la que había una detallada descripción de la suciedad y el

<sup>1</sup> Este trabajo fue posible gracias a los fondos para una estancia sabática concedida por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (beca número 710246). Agradezco enormemente a las dos personas que dictaminaron de forma anónima el artículo: sus comentarios me permitieron reelaborar y afinar algunas ideas.

<sup>2</sup> Si vemos algunas de las estadísticas contenidas en dicho Reporte, tendremos una mejor idea del problema. En Delhi, por cada 1000 nacimientos se habían registrado, durante el primer año de vida, 191.74 muertes en 1927 y 190.68 en 1928. Entre las principales causas de mortandad de la población en general estaban las “fiebres” y las enfermedades respiratorias, con 13.07 y 8.82 por cada 1000, respectivamente. La malaria era fuente de preocupación y se atacaba de diversas maneras: inspección de nuevos lugares para construcción con el fin de verificar que no estuvieran plagados de mosquitos, colocación de tapas en coladeras a nivel de superficie y clausura y vigilancia de pozos infectados (Government of India 1931, 15, 30, 39, 55). Sin embargo, es importante añadir que no había certidumbre sobre éstas u otras cifras debido a las deficiencias en el registro no sólo en Delhi, sino en toda India británica.

<sup>3</sup> Todas las traducciones son mías.

hacinamiento de ciertas zonas de Delhi, en las que vivían no sólo las “clases trabajadoras”, sino también las “clases medias educadas”. Unos meses más tarde, el mismo periódico (*Hindustan Times* 1929e, 8) citó ampliamente el Reporte de salud para marzo-abril de 1929, del doctor Sethna, el oficial de Salud (*Health officer*) para la ciudad de Delhi.

Varios autores y autoras han analizado las características, las tensiones y las contradicciones en las políticas de salud en India colonial. Un primer tema concierne a la extensión y el impacto de la medicina occidental. Tanto David Arnold (1987) como Mark Harrison (1994) han señalado su lenta expansión, y una de las razones principales era que los colonizadores velaban sobre todo por la salud de ellos mismos. Durante los siglos XVIII y XIX, el ejército era una institución particularmente importante porque garantizaba la seguridad de la empresa colonial, por lo que fue objeto de diversos estudios, políticas y debates para mantener a raya las enfermedades y mejorar la salud. En cuanto a los colonizados, el interés por su salud se redujo a la de integrantes indios del ejército y aquellas otras figuras cercanas a los colonizadores, como sirvientes o prostitutas (Arnold 1987; Harrison 1994).

Fue hasta finales del siglo XIX cuando hubo un cambio debido a diversos factores. Por un lado, la idea de que sólo podría preservarse la salud de los colonizadores si se garantizaba también la de la población colonial, debido a los contactos constantes y a las epidemias, como ha señalado Arnold (1987, 1993). Por otro lado, las pérdidas económicas causadas por las epidemias alentaron el interés por la salud, pues no sólo ocurrían dentro de India, sino también fuera, por las restricciones impuestas al comercio y al peregrinaje, lo cual habla de una internacionalización de la salud, como lo han señalado Harrison (1994) y Sunil S. Amrith (2006).

De manera paralela, la medicina se convirtió en parte de la justificación de la presencia colonial. Harrison señala que la medicina occidental era ejemplo de la racionalidad y la actitud científica de los colonizadores, lo que no implica que médicos y funcionarios actuaran siempre de común acuerdo. A decir de Harrison (1994, 18), a la vuelta de siglo XX, la administración colonial apoyó cada vez más a los médicos, pues se volvieron parte de la “retórica de la ‘eficiencia colonial’”. Esta distinción entre funcionarios y médicos es pertinente, porque nos recuerda que el sistema colonial no era un monolito y que es preciso atender a las diversas fuerzas y tendencias internas.

Otro tema de análisis han sido los matices que tuvo esta reorientación en el enfoque de la salud. En primer lugar, porque la estrechez presupuestaria fue un obstáculo constante a lo largo del periodo colonial. En 1910 la administración colonial anunció que definitivamente no podría proveer de atención médica a toda la población, por lo que decidió alentar la formación de más médicos indios y la práctica privada, de acuerdo con Pati y Harrison (2009, 6) y Samiksha Sehrawat (2013, 27). Tal como escribe críticamente Sunil S. Amrith (2006, 22), “el discurso médico colonial tenía relaciones complejas con la práctica”. Así que, aunque había interés por generar conocimiento acerca del estado de salud de la población, esto no siempre se acompañaba de la intervención adecuada.

En segundo lugar, porque, como ha señalado Sehrawat (2013), el gobierno británico consideraba que el sistema de salud debía ser sostenido no sólo por el gobierno, sino también con actividades voluntarias. Pero en India se apartó de esta visión y fundó y financió dispensarios y hospitales (2-3). La razón es que había una “responsabilidad” hacia su colonia, en términos no sólo de salud y de difusión de la medicina occidental, sino también del impulso a la acción voluntaria, que iba de la mano de la formación de una idea de ciudadanía (21-23). Sin embargo, de acuerdo con Sehrawat, dicha responsabilidad podía dar pie a la creación de instituciones que fueran realmente parte del gobierno colonial, por ejemplo, el Indian Medical Service, pero también a proyectos cuasigubernamentales, es decir, proyectos financiados parcialmente por la administración colonial y patrocinados por las virreinas o los funcionarios coloniales.

En el estudio de la acción voluntaria y filantrópica (aunque no dentro de la historia de la salud pública o la medicina), el trabajo de Carey A. Watt (2005) sobre algunas asociaciones del norte de India (Arya Samaj, Servants of India Society, Theosophical Society y Seva Samiti de Allahabad) es interesante, porque encuentra que partieron de una tradición viva de actos caritativos (*seva* o servicio y *dana* o caridad). Esta tradición se transformó y se orientó a otros propósitos y no fue simplemente una respuesta a las intenciones o los proyectos coloniales (10). Parafraseando a Watt, en vez de ofrecer *dana* a los brahmanes, se prefirieron nuevas formas de filantropía, como la donación para la fundación y el mantenimiento de escuelas (65).

El interés por saber cómo se pusieron en marcha las políticas de salud ha propiciado diversos estudios de caso. En su análisis sobre la salud pública en el periodo de 1859 a 1914, Harrison (1994, 200) advierte que es difícil establecer generalizaciones, pues las políticas dependían de las relaciones entre funcionarios coloniales, gobiernos municipales, la población india y los niveles de recaudación que posibilitaban llevar a cabo o no obras específicas, por ejemplo de drenaje o de potabilización de agua. Otro trabajo que ha apuntado en esta dirección es el de Amna Khalid (2009), quien estudió a los policías encargados de vigilar e implementar medidas sanitarias durante las peregrinaciones y que se encuentra en el libro editado por Pati y Harrison (2009). Para ella es importante entender cómo contribuyó el personal subordinado no médico a la puesta en práctica de la política sanitaria. Esta idea maduró en un libro que editó con Ryan Johnson (2012) sobre los actores intermedios y subordinados, donde plantean una idea sugerente: las políticas de salud no eran una cuestión puramente vertical, sino que eran llevadas a cabo por personal que no necesariamente era de salud y que no estaba en posiciones de poder. En ese espectro se encuentra lo mismo a mujeres que estudiaban para comadronas y que podían ser europeas, euroasiáticas o indias (Lang 2012), que a trabajadores de limpia indios (Khalid 2012).

Finalmente, un tercer tema ha sido atinadamente descrito por David Arnold (1993) como la relación de odio y deseo de la población india respecto a la medicina occidental. Este planteamiento permite reconocer las diversas respuestas entre la población, desde falta de interés y resistencia de ciertos sectores hasta la respuesta entusiasta y la crítica por su lenta expansión en otros sectores. Así,

se tiene el artículo ya clásico de Arnold (1987) sobre la plaga en 1896, en el que describe los rumores negativos generados por la hospitalización y la segregación impuestas por los británicos. También se cuenta con las reflexiones de Harrison (1994, 172, 183) sobre las respuestas de algunos miembros de municipalidades que mostraban indiferencia y falta de comprensión de obras sanitarias y que se negaban a dar fondos por razones religiosas y culturales, pero también económicas. En el otro extremo, como el propio Harrison (201) señala, hubo también indios entusiastas que recibieron bien la medicina occidental, ya sea adoptando la profesión, ya sea apoyando los proyectos de sanidad.

Mi estudio sobre la DHSSU recupera y dialoga con varias de las nociones descritas. Al analizar su funcionamiento, describo algunos procesos y debates importantes sobre salud pública que tuvieron lugar durante las décadas de 1910, 1920 y 1930, tales como la relevancia de que la población india interviniera activamente con trabajo voluntario y con donaciones, además de la necesidad de llevar a cabo una efectiva labor de promoción del cuidado de la salud. En estas actividades, los diversos niveles del gobierno colonial dieron la pauta, pero sin asumir una responsabilidad mayor, principalmente de carácter financiero (Pati y Harrison 2009; Amrith 2006; Sehrawat 2013). En este sentido, la noción de institución o proyecto “cuasigubernamental” propuesta por Sehrawat (2013) resulta particularmente útil.

Con el estudio de la DHSSU deseo contribuir a una mejor comprensión de las políticas de salud en India colonial. Me interesa explorar la participación de figuras políticas como el comisionado de la provincia, lo mismo que de actores intermedios, así como la recepción que tuvo este tipo de proyectos. De la misma manera que otros autores y autoras, considero que es con el análisis de figuras y contextos específicos como podemos entender mejor éste u otros ámbitos del mundo colonial (Harrison 1994; Johnson y Khalid 2012; Sehrawat 2013).

Para este texto he consultado correspondencia y publicaciones gubernamentales, como los reportes anuales del comisionado de Salud Pública, así como notas periodísticas. Cabe añadir que la DHSSU ha sido poco trabajada, con excepción de las menciones en la obra de Stephen Legg (2014), quien ha estudiado su participación en la regulación de la prostitución en Delhi.

En primer lugar, haré una descripción de la DHSSU en términos de proyectos y membresía, para dar una idea de lo ambicioso de sus propósitos. En segundo lugar, ahondaré en iniciativas relacionadas con la maternidad y la niñez, que me permitirán estudiar el intento de centralización de actividades en la provincia, así como la participación de personas no profesionales de la salud que contribuyeron a la propagación de ideas y prácticas de este tipo. En tercer lugar, analizaré un proyecto para proveer de leche a la ciudad que nos habla del entusiasmo generado por el trabajo voluntario y de la respuesta del gobierno colonial.

### **Delhi Health and Social Service Union**

En agosto de 1928 John Thompson asumió el cargo de comisionado de la provincia de Delhi. Poco después, en noviembre, formó una asociación que se

planteó llevar a cabo una extensa labor de propaganda, pero que también coordinara las organizaciones que trabajaban en salud pública. Dichas organizaciones mantendrían su autonomía presupuestal, mientras que la Delhi Health and Social Service Union tendría su propio fondo, que se emplearía para llevar a cabo la difusión (Chief Commissioner's Office 1928, 1).

La DHSSU trabajaría en una provincia que se había formado a partir de un territorio tomado de Punjab. Cuando en 1911 se anunció la transferencia de la capital imperial de Calcuta a Delhi, se dijo que se construiría Nueva Delhi, administrada por el gobierno de India. El resto del territorio estaría compuesto por la municipalidad de Delhi y varias áreas notificadas (Civil Lines, Shahdara, el Fuerte Rojo y áreas menores). El comisionado era quien gobernaba la provincia, ayudado por el comisionado adjunto (*deputy commissioner*), quien presidía la municipalidad de Delhi. Había 26 hospitales y dispensarios: algunos que funcionaban con fondos locales, otros sostenidos con donaciones privadas, varios que dependían del gobierno y un dispensario de ferrocarriles (Government of India 1930b, 85).

La organización estaría encabezada por el comisionado, quien sería ayudado por secretarios y un tesorero. Adicionalmente, contaría con miembros que representaban a organizaciones relevantes o que podían aportar a la asociación:

CUADRO 1

<i>Nombre</i>	<i>Institución</i>
Dr. Mool Singh, Bazaz	Asociación Médica
Sra. Sultan Singh	Club de Damas
Sra. Chatterjee	Comité de la Semana del Bebé
K.B. Abdul Rahman	Comité Municipal de Delhi
Dra. Srita. Rikhi	Hospital de Mujeres
Dra. Ruth Young	Liga Chelmsford
Dr. K.S. Sethna	Salud Pública de la Ciudad de Delhi
Sr. N.K. Sen	Registrar University
Sr. Amin-u-Din, Malik	Liga de Servicio Social
Dr. Raghubir Chand	Especialista en Tuberculosis

Fuente: Chief Commissioner's Office 1928, 6: "Programme for the Meeting on the 19<sup>th</sup> November, 1928, at 4 p.m. at the Lady Reading Health School, Bara Hindu Rao".

Thompson pronunció un discurso para explicar las ideas que animaban el proyecto. Los seres humanos —afirmó— habían logrado grandes avances hasta ese momento, pero había dos que tendrían más influencia que cualquier otro descubrimiento: la medicina preventiva y el servicio social. Acerca de la primera, señaló que era preciso anticipar la enfermedad, atacarla desde el origen. Para explicar mejor su idea, aludió a un tropo conocido en el discurso de principios

de siglo XX: la mejoría de los pobres urbanos de Gran Bretaña. En una reciente visita a las escuelas de Londres, se había encontrado con alumnos limpios, saludables e inteligentes, nada que ver con los alumnos sucios y en harapos de 30 o 40 años atrás. Para él, la clave detrás de esta mejoría estribaba en el uso de la medicina preventiva (Chief Commissioner's Office 1928, 11-14).

Thompson planteó de manera retórica: ¿por qué no hacer algo similar en India? Si bien se daban clases de higiene a los alumnos en los grados superiores, la calidad de la enseñanza era mala. Pero si ésta se mejoraba, los niños se convertirían en “apóstoles del hogar”. Debido a que hasta ese momento las nociones sobre higiene no habían penetrado en la población, había que acudir a mujeres y niños para lograrlo.

En cuanto al servicio social voluntario, había varias organizaciones: desde los *boys scouts* hasta las *seva samiti*. Pero su trabajo resultaba insuficiente para el tamaño de Delhi. Además, agregaba Thompson, no poseían ni los fondos ni los trabajadores necesarios.

Una organización como la que proponía permitiría un trabajo mucho más integrado de las asociaciones: “Coordinar, estimular, sugerir, popularizar y suplementar: ése es nuestro programa” (Chief Commissioner's Office 1928, 21-22).

Los miembros de la asociación se clasificarían en dos tipos de acuerdo con un monto: los que pagarían doce rupias y los miembros asociados, que aportarían tres. Un año después de su inicio, la asociación tenía 116 miembros, pero sólo 48 habían abonado y 68 tenían el pago pendiente (Chief Commissioner's Office 1929a, 44).

La asociación estaría dividida en subcomités, que se reunirían para revisar las actividades realizadas hasta el momento en Delhi y analizar cómo mejorarlas, además de darles mayor publicidad. Asimismo, propondrían nuevos esquemas en caso de ser necesario. Los subcomités iniciales se enlistan en el siguiente cuadro:

## CUADRO 2

### *Subcomités*

---

Subcomité para la Ley de la Niñez
Subcomité de Congestionamiento y Estudios Económicos
Educación y Publicidad
Hogar para Mendigos y Pobres
Subcomité de Tuberculosis
Bienestar Materno-Infantil
Subcomité para la Prostitución y Enfermedades Venéreas

---

Fuente: Chief Commissioner's Office 1929a, 45: “Letter from Dr. Raghu Nath, Secretary, Delhi Health & Social Service Union. To J.P. Thompson, President, Delhi Health & Social Service Union, 28<sup>th</sup> November, 1929”.

Con el paso de los meses, los subcomités comenzaron a poner en marcha sus propósitos. Por ejemplo, como parte de las actividades de educación y propaganda, se establecieron contactos con médicos que desearan dar charlas al público en general, además de coordinar el trabajo que ya realizaban las asociaciones. Acerca de las pláticas, es interesante notar dos elementos: el entusiasmo por colaborar y la intención de la DHSSU de estandarizar los contenidos que se impartían. Cuando se escribió tanto al doctor Magraj, miembro de la Delhi Medical Association, como al doctor Raghbir Chand, además de agradecerles por su disposición para hablar sobre “Higiene en el hogar y primeros auxilios para los heridos”, se les enviaron los libros para que los cursos impartidos en diferentes sedes tuvieran un mismo contenido (Chief Commissioner’s Office 1929a, 30, 31).

En cuanto a las charlas ofrecidas por las asociaciones, se llevaba un registro de los temas. Así, en 1928-1929, se habló de la malaria, la tuberculosis, el bienestar infantil y cómo mantenerse saludable. Los lugares en los que se impartieron las pláticas incluyeron escuelas, cines y teatros, entre otros (Chief Commissioner’s Office 1929a, 48). Esta labor se reforzó con la elaboración de tres tipos de pizarrones: uno con folletos, otro con diagramas y otro con material impreso con principios sobre salud pública. Los pizarrones se ubicaron en lugares públicos, como instituciones, mezquitas, templos, estaciones de tren y áreas de juegos (Chief Commissioner’s Office 1929a, 46).

Otro ejemplo fue el Subcomité del Hogar para Mendigos y Pobres, que en una reunión de marzo de 1929 llegó a un consenso sobre la necesidad de construir un hogar. El subcomité, de cinco miembros, hizo una estimación de los fondos y los materiales necesarios para la construcción, de los costos recurrentes y del trabajo para los internos (*Hindustan Times* 1929b, 7). Una conclusión importante al continuar trabajando sobre su esquema fue que el Hogar sería exclusivamente para personas desempleadas que voluntariamente quisieran vivir y trabajar allí. La razón de esta precisión era que el subcomité preveía oposición en caso de querer enviar también a los mendigos, pues se diría que muchos de ellos eran mendicantes religiosos (Chief Commissioner’s Office 1929a, 23-24).

A continuación analizo en detalle algunas iniciativas agrupadas en torno a dos ejes: la centralización de programas de salud en la atención a la maternidad y la niñez y el entusiasmo generado por el trabajo voluntario.

### Maternidad y niñez

A finales del siglo XIX y principios del XX, había preocupaciones en todo el mundo que se entrelazaban: el interés por el trabajo voluntario, la relación entre el desarrollo de la cultura cívica y la identidad nacional, la vinculación entre cuerpo saludable y nación (Davin 1978; Watt 2005). A éstas se añadieron la maternidad y la niñez, que se volvieron objeto de atención y de políticas gubernamentales. Se pensaba que en la infancia residía el futuro de la nación, por lo que había



una urgencia por remediar las altas cifras de mortalidad y morbilidad infantiles, pero también interés por proteger a la niñez y diseñar proyectos que mejoraran su situación, muchos de ellos dirigidos a las mujeres para que aprendieran a ser mejores madres (Davin 1978; Bryder 2019). En países imperialistas como Gran Bretaña, esta preocupación por la infancia se agudizó por la necesidad de contar con una población grande y saludable que dominara sobre las colonias y evitar el riesgo que representaban países competidores como Estados Unidos o Alemania (Davin 1978, 10-11). Así, en Gran Bretaña se formaron asociaciones voluntarias como la National League for Health, Maternity and Child Welfare (1905) y se aprobó la Children's Act (1908). Por su parte, en Estados Unidos se constituyó el Children's Bureau en 1912 y en México se ideó un programa de enfermeras visitadoras que acudían a los hogares para enseñar a las mujeres cómo ser mejores madres (Agostoni 2007, 90, 97). Asimismo, en varios países del mundo se organizaron Semanas del Bebé, que incluían charlas, demostraciones prácticas de cuidados, obras de teatro, canciones, proyección de películas, elaboración de diversos materiales de propaganda y concursos del bebé más saludable (Lemus 2013; Bryder 2019).

En Delhi, la provincia que nos ocupa, se emprendieron diversos proyectos. En 1915, el Comité Municipal de Delhi invitó a dos “visitadoras de la salud europeas”: las señoritas Graham y Griffin “fueron invitadas especialmente de Inglaterra con el propósito de educar a las madres actuales y futuras, para mejorar sus condiciones durante la maternidad, para combatir la alta mortalidad infantil y para educar a la partera indígena ignorante” (Chief Commissioner's Office 1920, 10).

Asimismo, se introdujo la inspección de niños y niñas en las escuelas. El oficial de la Salud para la Ciudad de Delhi, doctor K.S. Sethna, comenzó a visitar las siete escuelas municipales en 1915 para estudiar las condiciones de los inmuebles y hacer recomendaciones. Para ello, tomó como punto de partida los lineamientos del Reporte del Comité de Higiene Educativa. En sus informes, Sethna no sólo vertió comentarios sobre los edificios que albergaban a las escuelas, el agua para beber o la calidad de la ventilación, sino también sobre las clases de higiene que se impartían y que consistían en memorizar libros, en vez de tener demostraciones prácticas o conferencias acompañadas de proyecciones utilizando la linterna mágica. Para Sethna, tal forma de aprendizaje no tendría un impacto profundo en las mentes escolares (Deputy Commissioner's Office 1918, 5).

La Semana del Bebé se celebró por primera vez en 1920 en Delhi, con el impulso de la Association of Medical Women in India, para emular la realizada en Gran Bretaña en 1917. La participación de las autoridades coloniales, así como de doctores, doctoras y enfermeras, fue muy relevante. Una característica fue el énfasis puesto en que la salud era posible a pesar de la pobreza, con lo que se atajaba cualquier crítica a la autoridad colonial (Deputy Commissioner's Office 1919).

El propósito de la DHSSU era dar mayor difusión a la medicina preventiva, así como coordinar las actividades de las instituciones, las asociaciones y los proyectos existentes, que incluían los ya mencionados y otros más. Con esto en mente, los Subcomités de Bienestar Materno-Infantil y de Educación y

Publicidad organizaron *panchayats* o asambleas locales destinadas a la sanidad: habría un *panchayat* en cada una de las 40 unidades sanitarias que componían la ciudad de Delhi. Como sólo había siete centros de bienestar (*welfare centres*) y en total había 11 visitadoras de la salud, se procuraría que la de nivel superior perteneciera al *panchayat* y que, en su ausencia, la supliera la visitadora de nivel principiante (Chief Commissioner's Office 1929a, 17-18).

¿Cuál era la función de un *panchayat*? Distribuir literatura de la DHSSU, y organizar charlas y funciones de cine para hacer campañas de salud pública. Asimismo, impartir clases nocturnas para adultos analfabetas y talleres para hombres desempleados y mujeres empobrecidas. Se esperaba su cooperación para el proyectado estudio económico de la ciudad y para hacer sugerencias a la DHSSU con el fin de resolver las problemáticas de su localidad, así como para impulsar las actividades planteadas por los subcomités (Chief Commissioner's Office 1929a, 47).

Por ejemplo, además de la inspección a las condiciones de las escuelas que he mencionado, se realizaron también revisiones a niños en edad escolar, lo que permitió la detección de enfermedades y problemas diversos. A pesar de ello, los niños no parecían estar recibiendo la atención adecuada. Esto lo identificó la DHSSU como una oportunidad para que los *panchayats* intervinieran.

Veamos un caso para entender mejor la forma de operar. En junio de 1929, se realizó una reunión para formar un *panchayat* en la Sección Sanitaria núm. 9, en Churiwalan, en la parte vieja de la ciudad, a la que todos los residentes de la zona fueron invitados (*Hindustan Times* 1929d, 4). En dicha reunión, se eligieron presidente y secretario y se unieron varios miembros; es de notar que una de ellos era partera: la señorita David (*Hindustan Times* 1929f, 5).

Un par de meses más tarde, en agosto, la DHSSU contactó directamente al *panchayat* para que sus integrantes hablaran con las familias y que éstas llevaran a los niños al médico. En la detallada carta que la DHSSU envió, se menciona que en el área urbana había 108 escuelas para niños, de los que 17 974 habían sido examinados. El 28% tenía dolencias menores, pero 55% presentaba condiciones más serias que requerían atención: 9% de estos casos no había recibido cuidado alguno. Así que se adjuntó a la carta la lista de niños de la M.B. Branch School núm. 1, Bazar Sitaram, para que, de preferencia, los integrantes médicos del *panchayat* se acercaran a las familias. Adicionalmente, se solicitó que se informara a la DHSSU de los avances obtenidos (Chief Commissioner's Office 1929a, 5-8).

Asimismo, se tenía en mente solicitar a los hospitales locales para mujeres en *pardah* o reclusión, que organizaran una sesión semanal por la tarde para revisiones prenatales y posnatales (Chief Commissioner's Office 1929a, 18-19: "From Dr. Raghu Nath, Secretaries, Delhi Health and Social Service Union to J.P. Thompson, President, Delhi Health and Social Service Union, Delhi, 20<sup>th</sup> September 1929"). Para entender esta solicitud, es importante mencionar que en muchas fuentes coloniales sobre salud prevalecía la idea de que las mujeres indias vivían en reclusión y difícilmente saldrían de casa o acudirían a un médico hombre. De allí que se pensara que era necesario contar con hospitales (o secciones en éstos), dispensarios, personal femenino y horarios especialmente

para mujeres. En la perspectiva colonial, la diversidad de arreglos en términos de región, religión, clase y casta que implicaba la reclusión desaparecía frecuentemente para dar paso a una imagen uniforme, que además perdía de vista que no todas las mujeres vivían de ese modo. Al mismo tiempo, como han señalado Forbes (1994), Burton (1996) y Sehrawat (2013), esta idea hizo posible que muchas mujeres británicas e indias hicieran una carrera en el área de la salud, ya fuera como médicas o enfermeras, y que además ocuparan cargos de dirección en instituciones vinculadas.

La preocupación por las mujeres en *pardah* se expresó en otro proyecto iniciado por la DHSSU. El 1 de marzo de 1929, se realizó una reunión en una escuela para niños situada en Timarpur, al norte de Delhi. La presidió lady Thompson, esposa del comisionado, y el propósito fue organizar un círculo de estudio para mujeres en reclusión. Los temas para aprender incluyeron: cuidado de las personas enfermas en casa, higiene doméstica, ciencia y economía domésticas y primeros auxilios (*Hindustan Times* 1929c, 7). La presencia de lady Thompson alude claramente a algunas de las iniciativas de salud estudiadas por Sehrawat (2013), que involucraban la participación de las virreinas y esposas de funcionarios coloniales. Dichas iniciativas tenían como propósito ayudar a las mujeres indias al brindarles atención médica moderna y científica, parafraseando a Sehrawat (103).

El *Hindustan Times* (1929c, 7) hizo una descripción muy completa de la reunión: señaló que el número de mujeres que asistió fue grande y enlistó a las que eran “prominentes”, por ejemplo, la propia lady Thompson; la señora Chatterjee, encargada de la Semana del Bebé, y la doctora R. Rekhi, de la DHSSU, quien además representaba al Hospital de la Mujer. Asimismo, la nota recogió algunas ideas de los discursos pronunciados por lady Thompson, la señorita Mitra y la doctora Rekhi. Lady Thompson eligió un tono informal: apeló a la relevancia de conocerse, de tratarse con fraternidad y de ayudarse las unas a las otras. Ella podría aprender urdu de algunas de las mujeres presentes y, a su vez, podría enseñarles algo del cuidado de los enfermos o de cocina. Además, mencionó que trataría de asistir frecuentemente a sus reuniones. Los discursos de las otras dos mujeres fueron más breves —o al menos el resumen lo fue—: la señorita Mitra enfatizó la importancia de que las mujeres aprendieran sobre cuidado de los enfermos y primeros auxilios. La doctora Rekhi dijo que la DHSSU se encargaría de organizar charlas a propósito de los temas señalados.

Estas acciones de la DHSSU apuntaban a varios procesos. Por un lado, la asociación buscó apoyar proyectos en marcha que parecían estar experimentando dificultades, como es el caso de la inspección a la niñez en edad escolar, y para ello eligió una forma de participación muy conocida, el *panchayat*, pero la dotó de nuevas responsabilidades.

Por otro lado, la solicitud de un número mayor de consultas prenatales y posnatales y la creación de círculos de estudio buscaban propagar los cuidados médicos y las nociones de higiene entre la población femenina, pero partían de supuestos en torno a la maternidad similares a los de otras partes del mundo: la ignorancia que debía ser remediada, la necesidad de una maternidad científica

y la responsabilidad de la mujer, pero también del Estado o de la sociedad hacia ella. En este proceso, el hogar se situó en el espacio público y fue visto como una esfera de acción para políticas como las aquí descritas. A dichos supuestos se sumaban algunos particularmente coloniales, como la imagen de la mujer india que vivía en reclusión o la idea de que la población tenía que asumir la mayor carga y responsabilidad del cuidado de la salud, empezando desde casa.

En estas iniciativas se detectan varias constantes. Una es la presencia de la DHSSU como agencia coordinadora y centralizadora. Es relevante recordar que la legislación vigente (India Act de 1919) había descentralizado la salud y transferido tanto su organización como su financiamiento a las provincias y los gobiernos locales. En este contexto, es interesante que el comisionado hubiera detectado la necesidad de impulsar las actividades de promoción de la salud, tanto las organizadas por el gobierno como las de las asociaciones voluntarias.

La otra constante es el aprovechamiento de las instituciones o los recursos existentes, con la idea no sólo de optimizarlos, sino también de impulsar el trabajo voluntario en la medida de lo posible. Finalmente, la tercera constante es que sólo una parte de las personas que llevaban a cabo estas labores de promoción de la salud eran profesionales en el área: si bien se alude a mujeres y hombres médicos y a visitadoras de la salud, la mayoría de las personas habrían sido figuras prominentes de la colonia (como lady Thompson) y locales que, animadas por un espíritu voluntario, habrían colaborado en estas tareas.

### Trabajo voluntario

En junio de 1929 se inició otro proyecto de la DHSSU: la creación de una compañía para abastecer de leche a Delhi y que fue propuesta por el Subcomité para la Mejoría del Abasto de Leche. Al revisar la documentación compuesta por correspondencia oficial y borradores del esquema, se advierte cómo el proyecto se fue haciendo más complejo, pues cada vez requirió mayor intervención e inversión de la administración colonial para su puesta en marcha.

Las conversaciones iniciales para formular el proyecto estuvieron acompañadas de una reflexión sobre el valor nutricional de la leche. En una circular para la DHSSU, escrita por el doctor Raghu Nat, se señala que, aunque se sabían desde tiempos inmemoriales las ventajas de beber leche, se adjuntaba un pequeño texto de un médico alemán para convencer a los incrédulos.<sup>4</sup> Esta labor inicial de propaganda permitiría, de acuerdo con el médico, que el público tuviera conciencia de la relevancia de mejorar la cantidad y la calidad de la leche a través de una nueva institución pública, pero además, que pensara en cómo llevar a cabo esta tarea (Chief Commissioner's Office 1929b, 1b).

El subcomité presentó una propuesta para instituir una compañía privada presidida por el comisionado J. Thompson, cuyas acciones se venderían a 25

<sup>4</sup> Que se citara un artículo de un médico alemán acerca de los beneficios de la leche habla del contacto con debates similares en otras partes del mundo.

rupias (se esperaba colocar 5 000 acciones). La propuesta incluía la firma de un acuerdo entre el secretario de Estado para India y la Delhi Dairy Farm Company Ltd. (como proponían que se llamara la compañía) para que ésta recibiera un terreno con una extensión de 1 500 acres. Durante los primeros cinco años, el terreno se podría ocupar sin ningún cargo, pero del quinto al décimo quinto años se pagarían 1 000 rupias anuales con opción de extender el periodo a 25 años con una renta de 3 000 rupias.

La propuesta delineaba elementos relacionados con los gastos y las ganancias, así como con los ingresos de quienes trabajaran para la compañía. Asimismo, se contemplaba el asentamiento de lecheros que estuvieran dispuestos a trabajar bajo la guía de un experto, y la adquisición de 50 vacas de buena cría para elaborar productos que siguieran “reglas y regulaciones científicas de productos lácteos”. Se anticipaba que podría haber lecheros de pueblos vecinos que no quisieran mudarse al terreno de la compañía. En ese caso, se buscaría un acuerdo con ellos para que la leche producida siguiera los mismos estándares establecidos por los expertos. Finalmente, de lo que se trataba era de mejorar la calidad de la leche al alcance de la población (Chief Commissioner’s Office 1929b, 5).

Sin embargo, el que se requiriera una dotación de tierra y la contratación de personal se constituyó en un obstáculo, pues hacia finales de octubre, Thompson escribió a su comisionado adjunto acerca de las dificultades del proyecto debido a que las tierras solicitadas no poseían pasto adecuado para el ganado, y ponderó si acaso no sería mejor establecer un depósito de leche (Chief Commissioner’s Office 1929b, 7). La respuesta de Thompson no es de extrañar si se considera que los requisitos (terreno y personal) le daban al esquema una mayor permanencia y, sobre todo, un carácter cuasigubernamental, en el que el Estado colonial asumiría mayor responsabilidad. En cambio, un depósito de leche permitiría a la DHSSU asumir el papel de intermediario entre los productores y los consumidores.

Todavía a principios de noviembre de 1929, el doctor Raghu Nath escribió a Thompson para preguntarle, entre otros temas, acerca de las tierras para pastar que requería la compañía. Dos días más tarde, Thompson respondió diciendo que no veía la necesidad de fondos, pues el esquema había sido pensado como una empresa privada. En todo caso, habría que hacer un llamado al público para que participara.

Sin embargo, días después Thompson pareció abandonar totalmente el proyecto, pero no sin antes recordarles a los secretarios de la DHSSU que el objetivo de ésta no era financiar o administrar esquemas tan grandes como una compañía lechera, sino crear conciencia entre la población: el “objetivo de la Unión es generar interés público en los problemas que afectan la salud y el bienestar y hacer que la gente los estudie y sugiera a las autoridades competentes el mejor método para lidiar con ellas” (Chief Commissioner’s Office 1929b, 13). Agregó que esperaba un reporte del comisionado adjunto acerca del proyecto, pero que, sin ser un experto, él encontraba varios problemas. Mientras no tuvieran la aprobación de expertos, sostuvo, no se podría tocar el tema de la cesión de terreno.

Es interesante que un esquema que requería ir un paso más allá se haya quedado en el papel. El plan formulado ilustra cómo, en su operación, los sub-

comités fueron bastante independientes para idear proyectos que contribuyeran al bienestar de la población. Sin embargo, mientras que en los casos anteriores (el círculo de estudio y los *panchayat*) se trataba de utilizar recursos humanos y financieros que ya existían, en éste de la Compañía Lechera y de Productos Lácteos se requería una mayor participación estatal.

### Consideraciones finales

El estudio de la DHSSU permite entender y reflexionar sobre varios procesos en paralelo. Es claro que tal como fue pensada y articulada, la DHSSU funcionaría como una suerte de ministerio de salud provincial: centralizaría información, coordinaría y reforzaría proyectos, y detectaría problemas de operación (como en el caso de la inspección a la niñez en edad escolar) para mejorar las condiciones de vida de la provincia y, en particular, en la ciudad que estaba al lado de la capital imperial.

Su formación indicaba la necesidad de una agencia que dirigiera las acciones de salud pública, necesidad que había sido articulada en varios foros, como los reportes anuales de salud; al mismo tiempo que constituía una respuesta a la presión constante por las cifras alarmantes de mortalidad y morbilidad que figuraban tanto en los informes de los funcionarios a cargo como en la prensa que recogía y circulaba dicha información, sin olvidar las cartas al editor o los editoriales.

El interés generado por la DHSSU en la prensa refleja por supuesto la visibilidad de un proyecto iniciado por el comisionado y en el que se involucraron muchas figuras clave de la salud de Delhi. Pero también manifiesta el interés y las preocupaciones por las temáticas tratadas y los planes propuestos.

El entusiasmo por este tipo de proyectos es particularmente evidente en el fracasado esquema de la Compañía Lechera y de Productos Lácteos: lo ambicioso y lo detallado de la propuesta hablan de la conciencia que se tenía de los problemas y de la capacidad para imaginar soluciones posibles. No se cuenta con un registro de las reacciones de los secretarios de la DHSSU ante la decisión final de Thompson, pero es posible imaginar el desencanto ante la negativa. ¿Qué pensar de una administración colonial que se negaba a emprender proyectos que beneficiarían a la población?

Asimismo, es importante considerar que los diversos proyectos de la DHSSU implicaban la movilización de profesionales de la salud, como hombres y mujeres médicas, enfermeras y visitadoras, que fueron convocados lo mismo para dar charlas que para organizar círculos de estudio, pero que también requirieron la participación de personas que no pertenecían a estas profesiones. Estos agentes intermedios eran los que, de manera cotidiana, moldeaban las políticas de salud coloniales.

En el alcance y los límites de sus tareas diarias se advierten las tensiones del Estado colonial y su postura respecto a la salud pública. Se esforzó por poner el ejemplo para que las élites indias y la población en general asumieran la mayor

cantidad posible de tareas de financiamiento y operación de la salud y para que aprendieran los principios de la higiene personal y del cuidado en casa, para no sobrecargar a las instituciones de salud. Sin embargo, tuvo que contender con la crítica en la prensa, pero también con la de la administración colonial, como la del comisionado de Salud Pública o la de parte de la comunidad médica, que proponía una mayor centralización, entre otras cosas. Por ejemplo, en el Congreso sobre Maternidad celebrado en Delhi en febrero de 1927, varias oradoras y oradores expresaron la necesidad de que los temas de salud estuvieran en manos de especialistas, de que se creara una administración central y de que hubiera mayor participación de las mujeres en puestos clave (Lady Chelmsford All-India League for Maternity and Child Welfare n.d.). Es interesante apuntar que entre los asistentes había doctoras, doctores y visitadoras de la salud que trabajaban en hospitales y asociaciones de Delhi.

De hecho, el propio Reporte Anual del comisionado de Salud Pública, que antes apelaba al voluntariado, a finales de la década de 1920 empezó a señalar la necesidad de que hubiera una autoridad central que organizara las actividades en este ámbito y de que se incrementara el gasto en salud (Government of India 1931, 1932). Aquí destaca que el principal funcionario colonial encargado de analizar la información sobre morbilidad, mortandad, vacunación, infraestructura, enseñanza e investigación de India fuera partidario de revalorar el papel del Estado en la salud.

El estudio de proyectos locales como la DHSSU permite una mayor comprensión de la operación cotidiana de las políticas de salud de los gobiernos coloniales. En su actuación (o en la ausencia de ésta) es posible rastrear los propósitos, las intenciones y las contradicciones de la administración colonial, pero también entender las respuestas y la participación de la población colonizada. ❖

## Referencias

- AGOSTONI, Claudia. 2007. "Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras durante la década de 1920 en la Ciudad de México". *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 89-120. <https://doi.org/10.22201/iih.24485004e.2007.033.3159>
- AMRITH, Sunil S. 2006. *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-65*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- ARNOLD, David. 1987. "Touching the Body: Perspectives on the Indian Plague, 1896-1900". En *Subaltern Studies V*, editado por Ranajit Guha, 55-90. Delhi: Oxford University Press.
- ARNOLD, David. 1993. *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press.
- BRYDER, Linda. 2019. "Mobilising Mothers. The 1917 National Baby Week". *Medical History* 63 (1): 2-23. <https://doi.org/10.1017/mdh.2018.60>
- BURTON, Antoinette. 1996. "Contesting the Zenana: The Mission to Make 'Lady Doctors for India', 1874-1885". *Journal of British Studies* 35 (3): 368-397. <https://doi.org/10.1086/386112>

- CHIEF Commissioner's Office. 1920. Continued Employment of Two Nurse Visitors for Delhi. File No. 88, Part B, Proceedings, Education Department. Office of the Chief Commissioner, Delhi. Department of Delhi Archives.
- CHIEF Commissioner's Office. 1928. Formation of a Delhi Health and Social Service Union to co-ordinate the Activities of the Various Social Services Bodies for the Purpose of Promoting Public Health Education in the Delhi Province. File No. 6 (26). Education Department. Delhi. Department of Delhi Archives.
- CHIEF Commissioner's Office. 1929a. Activities of the Delhi Health and Social Service Union, File No. 6 (11). Education Department, Delhi (Box 387). Department of Delhi Archives.
- CHIEF Commissioner's Office. 1929b. Proposed Scheme to Open a Company for the Supply of Milk and Dairy Products for the Town of Delhi. File No. 6 (11a). Education Department, Delhi. Department of Delhi Archives.
- DAVIN, Anna. 1978. "Imperialism and Motherhood". *History Workshop Journal* 5 (1): 9-66. <https://doi.org/10.1093/hwj/5.1.9>
- DEPUTY Commissioner's Office. 1918. Orders Passed Regarding Periodical Inspection of the Sanitary Condition of School Premises in the Delhi Province, D.C. File 8/1918. Department of Delhi Archives.
- DEPUTY Commissioner's Office. 1919. Infant Welfare Exhibition in Delhi during 1919-20. Delhi, D.C. File 12/1919. Department of Delhi Archives.
- FORBES, Geraldine. 1994. "Medical Careers and Health Care for Indian Women: Patterns of Control". *Women's History Review* 3 (4): 515-530. <https://doi.org/10.1080/09612029400200067>
- GOVERNMENT OF INDIA. 1930a. *Annual Report of the Public Health Commissioner with the Government of India for 1927 with Appendices, vol. I*. Calcuta: Government of India, Central Publication Branch (India Office Records V/24/3660).
- GOVERNMENT OF INDIA. 1930b. *Report on the Administration of the Delhi Province for 1928-29*. Calcuta: Government of India, Central Publication Branch.
- GOVERNMENT OF INDIA. 1931. *Annual Report of the Public Health Commissioner with the Government of India for 1928. vol. I with Appendices*. Calcuta: Government of India, Central Publication Branch (India Office Records V/24/3660).
- GOVERNMENT OF INDIA. 1932. *Annual Report of the Public Health Commissioner with the Government of India for 1930. vol. I with Appendices*. Delhi: Manager of Publications (India Office Records, V/24/3661).
- HARRISON, Mark. 1994. *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HINDUSTAN TIMES. 1929a. "Letter to Editor, Sanitary Conditions in Delhi. Some Suggestions". 2 de marzo de 1929.
- HINDUSTAN TIMES. 1929b. "Delhi [sic] Social Service Union: Need for a Poor House". 4 de marzo de 1929.
- HINDUSTAN TIMES. 1929c. "Delhi Health and Social Service Union, Purdah Ladies' Study Circle at Timarpur". 4 de marzo de 1929.
- HINDUSTAN TIMES. 1929d. "Delhi Health and Social Service Union". 15 de junio de 1929.
- HINDUSTAN TIMES. 1929e. "Health Conditions in Delhi City. Medical Officer's Report. The Danger from Congested Tenements". 18 de julio de 1929.
- HINDUSTAN TIMES. 1929f. "Health and Social Service: Panchayat Formed in Delhi". 22 de junio de 1929.



- JOHNSON, Ryan y Amna Khalid, eds. 2012. *Public Health in the British Empire: Intermediaries, Subordinates, and the Practice of Public Health, 1850-1960*. Nueva York: Routledge.
- KHALID, Amna. 2009. "Subordinate Negotiations: Indigenous Staff, the Colonial State and Public Health". *The Social History of Health and Medicine in Colonial India*, editado por Biswamoy Pati y Mark Harrison, 45-73. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203886984-ch-4>
- KHALID, Amna. 2012. "Unscientific and Insanitary: Hereditary Sweepers and Customary Rights in the United Provinces". En *Public Health in the British Empire: Intermediaries, Subordinates, and the Practice of Public Health, 1850-1960*, editado por Ryan Johnson y Amna Khalid, 51-70. Nueva York: Routledge.
- LADY Chelmsford All-India League for Maternity and Child Welfare. n.d. *Report of the Maternity and Child Welfare Conference, held at Delhi, 4<sup>th</sup>-8<sup>th</sup> February 1927*. Delhi: Delhi Printing Works.
- LANG, Seán. 2012. "The Control of Birth: Pupil Midwives in Nineteenth Century Madras". En *Public Health in the British Empire: Intermediaries, Subordinates, and the Practice of Public Health, 1850-1960*, editado por Ryan Johnson y Amna Khalid, 32-50. Nueva York: Routledge.
- LEGG, Stephen. 2014. *Prostitution and the Ends of Empire: Scale, Governmentalities and Interwar India*. Durham: Duke University Press. <https://doi.org/10.1515/9780822376170>
- LEMUS, Cheryl. 2013. "Save your Baby, Save Ten Percent: National Baby Week, The Infants' Department, and the Modern Pregnant Woman, 1905-1925". *Journal of Women's History* 25 (3): 165-187. <https://doi.org/10.1353/jowh.2013.0031>
- PATI, Biswamoy y Mark Harrison, eds. 2009. *The Social History of Health and Medicine in Colonial India*. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203886984>
- SEHRAWAT, Samiksha. 2013. *Colonial Medical Care in North India: Gender, State and Society c. 1840-1920*. Nueva Delhi: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198096603.001.0001>
- WATT, Carey Anthony. 2005. *Serving the Nation: Cultures of Service, Association and Citizenship*. Nueva Delhi: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195668025.001.0001>

**Laura Carballido Coria** es profesora-investigadora en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Cuajimalpa. Es licenciada en historia por la Universidad Nacional Autónoma de México y maestra y doctora en estudios de Asia y África, área India, por El Colegio de México. Sus líneas de investigación, desde la perspectiva de la historia social y urbana, incluyen los procesos históricos de la Partición de India (1947), el comunalismo, los proyectos de salud pública en Delhi colonial y las comisiones de investigación (*inquiry commissions*). Ha realizado estancias de investigación en la Universidad Jawaharlal Nehru y en la Universidad de Oxford.