Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945)[1]

Mothers and doctors around the cradle.
Practices and ideas about the child care. (Buenos Aires, 1930-1945)

María José Billorou

Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de La Pampa

Resumen: En la ciudad de Buenos Aires, desde mediados de la década de 1930 con la creación de la Sociedad de Puericultura, se intensificó la acción desarrollada por la Dirección de Protección a la Primera Infancia en el seno de la Asistencia Pública desde 1908. La disminución de la mortalidad infantil, objetivo central de la labor de ambas instituciones, se había logrado a través de la puesta en práctica de un programa de protección infantil. Los Dispensarios e Institutos de Puericultura se convirtieron en los espacios de encuentro diario entre puericultores y madres e hijos, en los cuales irrumpió una realidad compleja y cambiante que excedió la asistencia médica-educativa, consolidó la acción social y resquebrajó el ideal maternal vigente.

Palabras claves: puericultura, salud, acción social, protección a la infancia, maternidad.

Abstract: In Buenos Aires, in the middle of the decade de 1930 with the creation of the Sociedad de Puericultura, the action developed by the Dirección de Protección a la Primera Infancia from 1908 inside the Asistencia Pública, was intensified. The decrease of infant mortality, principal objective of the both institution's work, it was achieved through perfomance a children's protection program. The dispensaries and the Institutes of Puericultura, turned in the spaces of everyday meeting between puericultores, mothers and sons, where penetrated a complex and fickle reality which exceeded the medical and educative attendance, consolidated welfare and splited the valid maternal ideal.

Keywords: puericultura, health, welfare, childhood protection, motherhood.

1 Este artículo forma parte de mi tesis de maestría: "La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires 1930-1945" dirigida por la Dra. María Silvia Di Liscia. Maestría en Estudios Sociales y Culturales. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de La Pampa.

En 1947, el doctor Virasoro, presidente de la Sociedad de Puericultura, sostenía:

> "al mirar hacia atrás contemplamos el panorama de varios lustros pasados, palpamos la enorme diferencia en la cultura de las madres y en la salud de los niños, cuánto prejuicio destruido, cuánto camino adelantado y muy frecuentemente sin más arma que ese ideal y un gran afecto al niño" (Virasoro, 1947:95-96).

Los puericultores habían disminuido, la mortalidad infantil e implementado un programa de protección infantil a través de sus acciones en el seno de sus instituciones, los Dispensarios e Institutos de Puericultura. Allí, en el contacto diario con madres e hijos, irrumpió una realidad compleja y cambiante que excedió la asistencia médica y educativa y consolidó la acción social. Estos servicios sociales consolidados a través del tiempo, requirieron de un nuevo personal que auxiliara, ampliara y completara la labor médica: las visitadoras de higiene y las asistentes sociales. Estas mujeres a partir de su labor se pusieron en contacto con las madres y generaron un vínculo indispensable para la concreción de las políticas sustentadas en la puericultura como especialidad.

En este artículo centraremos la atención en la relación que los médicos establecieron con los niños y las madres que concurrieron a los establecimientos sanitarios; este vínculo se convirtió en el sustento de nuevas prácticas que transformaron el discurso médico vigente sobre la maternidad.

— 1 —
Desde la ciencia médica hacia los hijos de madres pobres

El objetivo de la estructura sanitaria municipal dependiente de la Protección a la Primera Infancia, así como el de la Sociedad de Puericultura, priorizaba la protección del niño sano; para lograrlo era necesario, según el propio discurso médico que legitimaba la puericultura como disciplina científica, que las instituciones de salud existentes realicen una *"labor práctica, gestionando y promoviendo toda obra social que pueda beneficiar el binomio madre-hijo"* (Propósitos y realidades, 1935:18). La relación materno filial se construía no sólo a partir de los aspectos biológicos reproductivos, íntimamente ligados a los momentos del embarazo y del nacimiento, sino también a partir de un vínculo psíquico y afectivo que se prolongaba a lo largo del tiempo (Nari, 1996).

De esta manera, en las concepciones sostenidas por el ideario médico se perfiló una estrecha vinculación entre los problemas de la salud y los problemas sociales; la salud de niño obedecía en gran medida a la situación social de la familia: *"para defender al niño, hay que remontarse a la madre, al padre, al hogar, en una palabra, y resolver allí diferentes problemas para que el beneficio repercuta en el niño"* (Virasoro, Ugarte y Roca, 1936:166).

Las médicas y visitadoras compartieron este análisis y adhirieron activamente a los principios de la higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral (Armus y Belmartino, 2001). Por lo tanto, la tarea que realizaban, "luchar a favor del niño", se transformaba en una labor compleja que incluía variados factores:

> "si queremos tener una raza fuerte de hombres sanos, obreros robustos, madres capaces de criar a sus hijos, tenemos ante todo que buscar el medio para que el niño nazca sano, que tenga un alimento adecuado a su edad, que no padezca frío y que viva en casas higiénicas, donde no falte aire ni sol" (Costa de Dobrenky, 1935:220).

Se impuso paulatinamente la convicción de que a partir del ejercicio de ciertas normas, conductas y prácticas, era posible estar sano y gozar de una salud pensada como valor integral y absoluto.

Por consiguiente, las madres se convirtieron en destinatarias privilegiadas de las iniciativas generadas para lograr el cuidado científico del niño sano, en consonancia con la centralidad de la función materna y a su vez, este proceso fortaleció la necesidad de una cultura de origen científico para la crianza de los niños. En este proceso, la palabra de los médicos obtuvo una incidencia particular en la intimidad de las mujeres, por medio de dos canales diferentes. En primer lugar, a través de los temas que forman parte de la agenda médica, por otro lado, a través de la presencia física. De este modo, el conjunto de prescripciones provenientes de este discurso tuvo una especial incidencia en el proceso de interiorización de las normas sociales y la consiguiente estructuración de la psiquis femenina (Mannarelli, 1999). Las estrategias variaron de acuerdo a los sectores sociales a los que las mujeres/madres pertenecieron; con las mujeres de sectores acomodados, los médicos de familia mantenían un tono amistosamente condescendiente (Knibiehler, 2001). Las madres de los sectores más bajos constituyeron en gran medida un desafío por varias razones, que a continuación analizaremos más detalladamente; en primer lugar, su contexto social y económico, en segundo lugar, su resistencia a concurrir a los servicios de salud municipales y, finalmente, la condición de madres solteras de muchas de ellas.

I. La pobreza

En primer lugar, constituyeron las potenciales concurrentes de las instituciones municipales, los Dispensarios y los Institutos de Puericultura; *"a estos últimos concurre en efecto, la mayoría de los niños de familias pobres o modestas de la Ciudad"* (Aráoz Alfaro, 1937:156). De esta manera las mujeres de los sectores más desprotegidos, aquellos que estaban bajo la línea de pobreza a partir del desempleo y la marginación, en casi total desamparo y carentes de los bienes necesarios para la subsistencia eran a quienes médicas y visitadoras se enfrentaban diariamente (Di Liscia, 2002).

Esto se debía en gran medida a la localización geográfica de los Dispensarios o Institutos; el Instituto de Puericultura N° 3 ubicado en Barracas, barrio cuya zona sur era básicamente obrera, donde *"las casas de inquilinato predominaban"* en función de *"los salarios reducidos que obtenían"* sus habitantes (Carreño, Oddone y Mendoza, 1938:321). Una situación social semejante revelaba el Dispensario de Lactantes N° 10 emplazado en el distrito de La Boca; donde el 70% de la población pertenecía a familias humildes. Allí, las visitadoras, responsables del Servicio Social de la Institución, elaboraron *"una estadística sobre las entradas de los jefes de familias de los niños nacidos en 1938"*. Así los resultados, les permitió concluir que la *"condición de las familias del sector de la Boca"* atendido era *"bastante deficiente"* (Murtagh y Simons, 1941:107).

Tanto el costo de vida como los salarios (nominales y reales) durante la década del treinta en la ciudad de Buenos Aires sufrieron variaciones; de 1930 en adelante descendieron, llegando a su punto más bajo en 1934, pero a partir de 1935 comenzaron un aumento sostenido (Vázquez-Presedo 1976:46). La posición de los salarios reales argentinos fue menos favorable en la década del treinta que en los años anteriores a la Primera Guerra Mundial (Díaz, 1983:54).

El costo de vida en la ciudad de Buenos Aires incluía como elementos centrales el alquiler y la alimentación; este último ítem fue analizado con especial atención por el Instituto Nacional de Nutrición, dirigido por el profesor Pedro Escudero[2] a través de una encuesta para *"determinar la relación entre el presupuesto de la familia, el tipo de alimentación consumida y el estado de la salud"* (Escudero, 1938-39:8). Este estudio que fue realizado por las egresadas de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino entre el 1 de julio de 1936 y el 30 de noviembre de 1937, revelaba la inserción de trabajadoras sociales en diferentes instituciones de salud municipales. Sus conclusiones

2 El Dr. Pedro Escudero (1877-1963) fue pionero de los estudios nutricionales en el país. En 1928 creó el Instituto Municipal de Nutrición del que fue su director, institución central para el desarrollo de la dietética.

señalaron que *"la gran mayoría de los hogares cuyas entradas diarias por persona fluctúan entre $0, $10 a $1, invierten más del 50% en alimentación"* (Escudero, 1938-39:136).

Por lo tanto, si el jefe de familia recibía un jornal de $6 con un ritmo de trabajo de 25 días por mes, "a primera vista" un jornal "inmejorable", no alcanzaba para que la familia obtuviera *"los medios para vivir normalmente y en salud"* (Escudero, 1938-39:95). De esta manera, no era *"posible la vida regular y normal, en la ciudad de Buenos Aires, de una familia cuyo salario familiar sea inferior a $1 diario por persona"*. Esta afirmación se basaba en cálculos elaborados por el Instituto que establecieron que las mil calorías normales costaban 20 centavos; así, para alimentar una familia tipo de cinco miembros (madre, padre, hijo de 14 años, hijo de 10 años e hijo de cinco años) se necesitaba 12.500 calorías que costaban $2,50; era imprescindible *"ceñirse estrictamente a todo lo aconsejado"*. Asimismo, el trabajo comprobaba *"en forma incontrovertible, que en la vida corriente la mayoría de la gente que consume el mismo valor calórico normal establecido"*, gastaba mucho que el valor determinado. Esta situación se debió, en gran parte, *"la falta, a veces, total, de conocimientos para la compra, manejo y utilización de los alimentos indispensables a la vida"* (Escudero, 1938-39:137).

De esta manera, a través del análisis de los ingresos de los jefes de familias de los niños nacidos en 1938 y atendidos en el Dispensario de Lactantes Nº 10, ubicado en el barrio de la Boca, con seguridad, las dos primeras categorías (sin trabajo y hasta 100$ de ingresos mensuales) que constituían el 25, 87% de las familias atendidas, presentaban grandes dificultades para la adquisición de una alimentación saludable. La tercera categoría, de $100 a $200 mensuales, mayoritaria ya que incluía al 47,05% de las familias bajo control del Dispensario, también mostraba problemas para la obtención de una nutrición adecuada; así al fijar en 78$ los gastos de alimentación mensuales de la familia tipo (formada por cinco miembros) cuanto más cerca de los $100 se encontraban las entradas familiares, más acuciantes eran. Al sumar las tres clasificaciones, el 72, 92% de las familias atendidas –una mayoría impactante– atravesaba graves aprietos económicos que se acentuaban así con el nacimiento del nuevo hijo porque *"la alimentación del niño es proporcionalmente más cara que la del adulto"* (Escudero, 1938-39:160). Estas tensiones, que afectaron a la población obrera urbana, asistentes de los servicios médicos sanitarios, demandaron nuevas políticas. Dichas propuestas debían buscar, entonces, nuevas estrategias que contemplaran el contexto social en el que se insertaban las madres y sus hijos, como un factor fundamental para la consecución de la salud.

II. Las resistencias femeninas: su renuencia a concurrir a los servicios de salud

La instalación en las zonas con grandes necesidades insatisfechas por sí sola no aseguraba la efectiva concurrencia de los niños menores de dos años de las familias residentes a la consulta preventiva. Desde fines del siglo XIX, las mujeres de las clases trabajadoras habían comenzado a asistir con mayor asiduidad a los servicios públicos de salud, sin embargo tal concurrencia no significaba una muestra de confianza absoluta en los médicos, ni la adhesión completa a los principios de la medicina moderna. Contrariamente a lo esperado por los profesionales, en su mayoría, aquellas mujeres recurrían a la medicina científica sólo después de haber probado resolver sus dolencias en el ámbito doméstico o mediante el auxilio de curadores tradicionales. Así, en un marco caracterizado por la desconfianza, muchas de las mujeres pobres rechazaron aquellos elementos de la medicina contradictorios con sus experiencias o sus expectativas. Esta resistencia entre las mujeres de las clases trabajadoras y el colectivo médico evidenciaba, en gran medida, la brecha cultural existente entre las prácticas medicinales conocidas por ellas y la medicina oficial (Pita, 2006).

La medicina intentó redefinir los vínculos entre las madres y sus niños, el binomio madre-hijo; así, contribuyó en la creación de un nuevo modelo de madre a través de contenidos, instituciones y experiencias. Las madres no aceptaron ni pasiva ni rápidamente las nuevas prácticas e ideas; por el contrario, en gran medida resistieron este proceso. La no concurrencia o la consulta esporádica a los dispensarios e institutos de puericultura formaba parte de las estrategias de resistencia que las madres pobres sostuvieron. Los médicos, en contraparte, elaboraron una campaña amplia y sostenida de persuasión social para acercar a la población y hacer familiares sus ideas y sus prácticas profesionales (Rodríguez Ocaña y Perdiguero, 2006).

El rechazo a la atención y al control médico, tanto de la reproducción como del cuidado del lactante, respondía a dos procesos concurrentes. En primer lugar, tradicionalmente, las mujeres habían desarrollado un conjunto propio de saberes y prácticas sancionado, hasta ese momento eficaz y legítimo. En segundo lugar, la medicalización se constituyó en una completa novedad; ya que surgieron nuevos interlocutores, nuevas relaciones de poder entre médico y paciente, nuevas técnicas y prácticas y nuevos ámbitos. Todos estos fenómenos fueron vividos como extraños e invasivos; a la vez que no aseguraron ciertamente la mejora a corto plazo de las condiciones de salud de madres y niños (Nari, 2004).

Los médicos intentaron desafiar estas resistencias con diferentes estrategias integradas en una amplia campaña, cuya principal arma retórica fue la

contraposición entre la maldad e ignorancia asignada a los saberes y prácticas populares, contra la bondad y verdad exclusiva de las propuestas científicas. El discurso médico recurrió al concepto "ignorancia" como forma de caracterizar las experiencias, conocimientos y actitudes femeninas. La mujer se convertía en *"madre, en la mayoría de los casos, con la ignorancia absoluta de la misión que tiene que ejercitar"*. Este desconocimiento no se presentaba como ausencia de instrucción, situación que se resolvería fácilmente mediante acciones educativas. Por el contrario, en la prédica científica, las madres se encontraban cargadas *"de prejuicios, de malas prácticas y de malos consejos"*, situación que imposibilitaba la acción médica que no lograba revertir rápidamente *"el cúmulo de supersticiones que ahogan su función maternal"* (Pereira Ramírez y Vidal, 1935:278). Así, a pesar de que los médicos no reconocían claramente la posesión materna de un conjunto de saberes y prácticas alternativas, se entreveía su existencia en el discurso. Estos conocimientos propios y alejados del campo científico eran reconocidos como errados y caratulados bajo el rótulo de "ignorancia de las madres". Su observancia respondía a "viejos y absurdos prejuicios", que las transformaron en *"víctimas de errores transmitidos de generación en generación"* (Bortagaray, 1938:186).

De acuerdo al discurso médico, una primera táctica para desterrar la ignorancia fue la acción en forma directa y eficaz del médico puericultor, dirigida a desterrar *"la ignorancia, la incapacidad de comprensión, la frágil memoria"* de la madres mediante su "*consejo, preciso, minucioso*" que requería para su eficacia de *"considerables esfuerzos de persuasión, de una gran pérdida de tiempo"*. Su tarea se encontraba obstaculizada por *"la falta de confianza en la experiencia del médico y la mayor confianza en la presunta experiencia de la vecina o de la abuela"*. Este bagaje de prácticas, conocimientos y hábitos, catalogados como "prejuicios inconmovibles" impedían la eficacia de la tarea educativa del médico ya que provocaba *"que aquel consejo caiga en el vacío"* (Murtagh, 1935:257-258). Esta actitud servía para encubrir los cambios y los fracasos de la medicina científica y la procedencia ilustrada de muchas de las ideas y costumbres criticadas como anticientíficas (Rodríguez Ocaña y Perdiguero, 2006:319).

Ante la limitación de las acciones implementadas directamente por los puericultores, se recurrió a una nueva táctica: la acción de la visitadora. En las instituciones de salud, ella ampliaba, repetía y explicaba *"pacientemente de nuevo el consejo oído al lado del médico"*, para ello, debía aprovechar *"para preguntas que lleven en sus respuestas una enseñanza provechosa de la puericultura"*, en *"los momentos que la madre pasa en la sala de espera"*. Además, las visitas al hogar, especialmente la primera realizada durante *"los primeros días de vida de la criatura cuando todavía no ha podido ser llevada al consultorio, y donde la indicación oportuna puede evitar a menudo la ini-*

ciación equivocada de una alimentación mixta o artificial". Por lo tanto, *"las conversaciones en el hogar"* se convirtieron en espacios privilegiados *"donde mucho pueden aprovechar las madres"* a través del *"aprendizaje del vestido, del baño, de la preparación de las mamaderas"*. La visitadora se transformó en la *"única mentora de higiene"* investida en *"su preparación y su experiencia"* que llegaba al hogar, corazón de las familias (Murtagh, de Muñoz, de Durand y Bayley, 1936:448).

A través de la visita domiciliaria, los especialistas intentaron reducir la distancia tanto espacial como cultural entre las madres y las instituciones médicas. La profesión médica buscó, así, una mediación femenina para enfrentar la oposición de las madres; para ello, se sirvió de la tradición ancestral que depositaba en las mujeres los saberes sobre el cuidado infantil.

Así, fueron las visitadoras quienes salieron en su búsqueda y lograron la firme vinculación de la madre con la institución a través de su presencia en los hogares, en algunos casos tras varias visitas. De 1.100 niños que concurrieron al Dispensario N° 10 entre abril de 1935 y diciembre de 1940 sobre un total de 1.516 que vivían en la zona (estos se habían identificado también mediante una visita en la cual se procedían a ficharlos), *"la vinculación se logró por los esfuerzos repetidos de las visitadoras en 904 casos"*. De esa manera, lograron que el 82% de las madres visitadas asistieran a la consulta. Este éxito se debió, en gran parte, a una acción continua y decidida de las visitadoras que no se desanimaban si en el primer intento no lograban su objetivo, insistían varias veces; así, si *"el número de visitas efectuadas fue de siete mil ochocientas cincuenta y cuatro que dividido por el número de niños fichados correspondía aproximadamente a cinco visitas por cada niño"*. Una única *"sólo consiguió atraer el 42% de los lactantes, en el 58% de los casos se necesitaron varias visitas periódicas"*. La tarea constante, a través del tiempo, constituyó una característica que permitió diferenciar *"la labor de las visitadoras de las antiguas Inspectoras de Recién Nacidos"*. La función de la visitadora, precisamente, se iniciaba en la primera visita, que proporcionaba la identificación del recién nacido a través de la confección de la ficha y que iniciaba el lazo con la madre, a partir de la entrega de un libro de instrucciones para la crianza y de la invitación al Dispensario. De esta manera, la relación personal construida entre mujeres –la visitadora y la madre– se convirtió en pieza primordial *"para que las madres se convencieran de la necesidad de concurrir al Dispensario"* (Murtagh y Simons, 1941:107).

Para los médicos, la eficacia de esta nueva estrategia, es decir, el vínculo de la visitadora con la madre y el hogar, se basaba en el género. En esta mezcla de convencimiento y de autoridad, los médicos percibieron que las mujeres tenían mayores posibilidades de comunicarse con otras mujeres. Esta afinidad femenina, producto de una larga tradición de atención de la

salud reproductiva entre mujeres, intentó ser utilizada en beneficio del nuevo sistema (Nari, 2004:149). Aunque *"la explicación del médico llega abonada por el prestigio profesional"*, la condición femenina compartida generaba una cercanía; de esta manera, *"la madre del medio pobre e inculto"* entendía y asimilaba *"mejor, muchas veces la indicación de una persona de su mismo sexo, frente a la cual no está inhibida por el respeto al profesional"* (Murtagh, de Muñoz, de Durand y Bayley, 1936:447-448).

Así, el colectivo médico interpelaba a una tradición ancestral femenina de cuidado de niños; porque las mujeres compartían recurrentemente saberes, ideas y conocimientos sobre los diferentes momentos de la reproducción, la lactancia y la crianza. La visitadora se transformaba en *"la consejera de la madre"*, en su *"confidente"*, quien le permitía abarcar *"temas distintos: salud, trabajo, salarios, necesidades y aún pequeñas nimiedades"*. Las madres eran su vez conquistadas *"por la cultura manifestada por el sentir y hablar, llenos de simpática simplicidad impecable de la Visitadora"*. No obstante, no era extraño que en sus acciones tropezara *"con madres inaccesibles que le demuestren una sórdida hostilidad"*; y para conquistarlas, era necesario contar *"con buen tino, demostrando una apacible indiferencia y sin desanimación, insistiendo con suavidad y férrea voluntad en su buen propósito"* (Agostini de Muñoz y Tucci, 1936:179). Precisamente esta práctica se reorientó para lograr que las depositarias de los saberes ancestrales utilizaran esa función reconocida socialmente para transmitir los *"nuevos conocimientos científicos"*. Esta centralidad de la figura femenina para anular las resistencias de las madres y lograr la adhesión a los conocimientos y prácticas médicas, sin embargo no se manifestó en la estructura laboral de los servicios de salud. El encasillamiento de la visitadora como personal auxiliar y subalterno de la profesión médica salvaguardó el monopolio profesional del colectivo médico.

Una vez lograda la activa presencia de la madre, otros problemas se planteaban dentro de la estructura sanitaria: *"he notado que las madres que acuden a la consulta son numerosas"*, sin embargo, *"cantidad de madres con sus hijos"*, quienes *"ávidas de ayuda y apoyo"* no encontraban la asistencia *"que muchas veces está en nuestras manos"*. La labor médica no lograba los propósitos fundacionales que legitimaban su intervención, *"quedando sin resolver una serie de problemas morales y materiales, que pesan sobre la familia y por ende sobre el niño"* (Costa de Dobrenky, 1936:49).

Las médicas elaboraron un diagnóstico propio de las dificultades a las que se enfrentaban en la tarea cotidiana. Para ellas, en algunos casos, los obstáculos residían en la "indiferencia o la apatía" de los médicos, mientras que en otros casos el fracaso se debía a la falta de utilización de las habilidades imprescindibles requeridas para logra un vínculo entre médico y madre-pa-

ciente. La Dra. Ángela Costa de Dobrenky[3] se preguntaba: *"¿Puede la madre llevar a cabo nuestra indicación? ¿Dispone de medios y sabe hacerlo? ¿Comprende nuestro consejo?"*, y en su respuesta se traslucía la práctica cotidiana de los médicos en los Dispensarios: *"en muchos casos no hemos ni empezado cuando hacemos la indicación médica de rigor"* (Costa de Dobrenky, 1936:50). Estas experiencias ponían al descubierto la lejanía cultural entre las mujeres de sectores populares, poseedoras de saberes ancestrales y los profesionales, portadores del bagaje de conocimientos médico-científicos. Las profesionales objetaban el trato que la mayoría de los médicos brindaba a las pacientes; este cuestionamiento se basaba en una observación de sus experiencias cotidianas en los dispensarios e institutos de puericultura. De esta manera, priorizaron en sus carreras la labor práctica, que les permitió sostener desde estos lugares una relación directa con las mujeres y los niños. Los miembros del sector académico, como los maestros y puericultores, actuaron como guardianes del sistema formal de conocimientos, ordenado por conocimientos abstractos y organizados a partir de dimensiones racionalmente conceptualizadas. Sin embargo, este papel simbólico fundamental fue secundado por los médicos vinculados a la gestión y monitoreo de situaciones prácticas (González Leandri, 1999b:104-105). Dentro de este último grupo, las médicas mujeres tuvieron una importancia significativa.

Por lo tanto, fueron ellas quienes hicieron hincapié en la importancia de la relación entre el médico y la madre, para la eficacia de las estrategias médicas: *"la mujer humilde, sin mayor instrucción que nos consulta a diario, debe encontrar en el facultativo a un amigo, pues sino se intimida, se desorienta y contesta equivocadamente nuestras preguntas"*. Sólo la madre, desde su lugar trascendental, determinaría el éxito o el fracaso de los objetivos de la puericultura, la crianza de niños sanos; base de la riqueza económica política y social de la Argentina (Nari, 2004). El facultativo, para lograr un vínculo con la madre constante y permanente, debía acentuar algunas de sus cualidades: paciencia y "puntualidad". Además debía modificar también sus procedimientos cotidianos, con la incorporación de estrategias –la explicación constante, las anotaciones– favorecedoras para una comunicación más fluida con las madres. Esta disposición comprometía todas las tareas y rutinas en

3 Ángela Costa de Dobrenky se desempeñaba como médica agregada del Instituto de Puericultura Nº 3, situado en parroquia de Santa Lucía (Sección 3°), conocida también como Barracas. La condición de médico agregado, que era el inicio en el escalafón médico dentro de la Asistencia Pública, suponía el ejercicio del cargo en forma honoraria; la plaza siguiente era la de Médico auxiliar rentado y se obtenía por concurso. Autora de dos trabajos: "Comentarios sobre los Servicios de la Protección a la Primera Infancia" (Costa de Dobrenky, 1935) y "Organización del Servicio Social de Instituto de Puericultura N° 3" (Costa de Dobrenky, 1936). Ambos artículos se sustentaron en la práctica de la medicina en ese contexto tanto social como individual.

los establecimientos, con el objetivo de que la permanencia de la madre en los consultorios se redujera; en función del reconocimiento de sus múltiples obligaciones hogareñas. Estas actitudes eran imprescindibles para lograr que la madre transformara en una "obligación primordial" la asistencia semanal al Dispensario, única manera de lograr un efectivo seguimiento a través de las revisaciones periódicas (Costa de Dobrenky, 1935). En definitiva, si el discurso médico reforzaba la importancia del vínculo con la madre para lograr una asistencia eficaz al niño, eran necesarios cambios en las prácticas médicas habituales para obtener un lazo personal (madre-médico), que asegurara a los profesionales como referentes legítimos.

III. La madre soltera

Dentro de la totalidad de madres de sectores más desprotegidos, un grupo mereció especial consideración y se convirtió en objeto tanto de proyectos como de políticas específicas: la madre pobre soltera. Varias razones impulsaron esta atención, en primer lugar compartieron con las anteriores su condición social a la que sumaron el ostracismo social, el abandono tanto del padre como de su familia, provocado por su deshonra.

En segundo lugar, el discurso médico las convirtió en las madres por excelencia quienes encarnaban los valores de altruismo, sacrificio y abnegación, debido a que aún sufriendo las peores condiciones (pobreza y desamparo) optaron por la maternidad frente al aborto y al infanticidio (Nari, 1996). A pesar de esta exaltación, el colectivo médico sanitario también las erigió en culpables de la disminución de la población, la famosa y tan temida "denatalidad"; ya que su elección no implicaba ni el nacimiento ni la crianza de niños sanos. Las madres solteras fueron el grupo con mayor riesgo tanto de pérdida fetal como durante el parto, situación que correspondía en gran medida tanto al ocultamiento, tratamiento incorrecto y consulta tardía del embarazo provocado por su condición civil. De esta manera, la nupcialidad se tornó en un factor fundamental en el crecimiento de la población, ya que la morbilidad y mortalidad fetal e infantil impactaban en mayor medida en las familias sin sostén masculino (Di Liscia, 2002:223).

Finalmente, las madres solteras constituyeron uno de los grupos que acudieron con mayor frecuencia a las instituciones médicas públicas[4], entre ellas a las instituciones municipales dependientes de la Dirección de Protección a la Primera Infancia.

---

4 De las pacientes concurrentes entre 1942 y 1944 a la Maternidad Samuel Gache, fundada en 1926 dentro del Hospital Rawson, dependiente de la Asistencia Pública Porteña, el 92% eran solteras (Di Liscia, 2002:215).

La proporción de nacimientos ilegítimos en el total de nacimientos entre 1870 y 1930 fluctuó entre 20% y el 25% para descender a 21% en el cambio de siglo y aumentar al orden del 29% en el quinquenio 1940-1945. Este aumento se debió en gran medida por la incidencia de la reducción de la natalidad legítima, ya que el componente de ilegítimos aumentó porque cambió la ponderación de esos grupos sociales y regionales en el total de nacimientos. De todos modos, los registros de nacimientos presentaron graves omisiones; este crecimiento en el número de ilegítimos se produjo en el mismo período en que se fortalecieron a escala nacional las formas de registrar las variaciones en los comportamientos demográficos de la población (Cosse, 2004a:512-513).

Sin embargo, en el período coexistieron dos sensibilidades diferentes ante la ilegitimidad. Por un lado, en ciertos sectores sociales y regiones la condición de hijo natural podía no tener demasiadas consecuencias negativas en la reputación y consideración social. Sin embargo, por otro lado persistían los intentos de legitimar las situaciones irregulares y se consideraba respetable el encubrimiento de la condición ilegítima en hitos públicos de la vida íntima (Cosse, 2004a:512-527).

El Servicio Social implementado en las instituciones dependientes de la Dirección de Protección a la Infancia, se abocó a "la solución de estos problemas" que concernieron generalmente al "deshonor y a la miseria". Se instrumentaron diferentes medidas que intentaron solucionar la situación de la madre soltera *"desesperada que quiere abandonar su hijo porque no puede volver al seno de la familia"* y por lo tanto evitar tanto el abandono como la entrega *"en manos mercenarias"*. Nuevamente, la Visitadora de Higiene se convirtió en la gestora y ejecutora de las diferentes alternativas posibles para enfrentar *"los problemas muy delicados"* ya que su solución dependió *"del tino de la Visitadora"*. En todos los casos se buscará *"despertar el instinto maternal"* que reafirmará el binomio madre-hijo, destinatario principal de las acciones implementadas por la puericultura. Si bien existe una solución ideal, *"conseguir la formalización del hogar legítimo"* a partir de la realización de *"la investigación de la paternidad sancionada por ley*[5]*"*y luego *"procurar*

5 El Código Civil de 1869 estableció cuatro clases diferentes de filiación ilegítima: natural, adulterina, incestuosa y sacrílega. Estas cuatro distinciones resumían dos categorías de hijos ilegítimos de acuerdo a los derechos y las obligaciones: los hijos naturales y los adulterinos, incestuosos y sacrílegos. Esta clasificación, proveniente del derecho romano y canónico, se basaba en las diferencias del vínculo entre los padres, y fue por esa razón que la cuestión de los hijos ilegítimos estuvo indisolublemente ligada a la del matrimonio. Los hijos naturales eran aquellos niños cuyos padres estaban en condiciones de casarse y su relación no significaba peligro para la familia legítima. Los hijos naturales tenían derecho a ser reconocidos por el padre o la madre y a la investigación de la paternidad y maternidad durante la vida de los padres, salvo que se la reclamase para atribuírsela a una mujer casada. Después de

el acercamiento del padre de la criatura"; no siempre esta fue posible. Así se gestaron opciones moralmente inferiores en su eficacia pero que se impusieron a partir de las experiencias transitadas. Las Visitadoras, en muchos casos, no tuvieron otra opción que internar a *"la madre y el niño en los Institutos de Puericultura mientras esperan la solución del caso, o procurar a las madres una ocupación compatible con la indestructibilidad del binomio madre-niño"* (Bortagaray y Kreutzer, 1936:188).

Los Institutos de Puericultura se convirtieron en instituciones albergadoras de numerosas madres solteras. Estos establecimientos se encargaron de la asistencia médica hospitalaria para niños y/o madres que enfrentaban algunas de las siguientes problemáticas: infantes enfermos de alteraciones gastrointestinales, bebés sanos cuyas madres por falta de una alimentación abundante y substanciosa presentaban una secreción láctea escasa y pobre en alimentos nutritivos, y niños enfermos de cualquier otro padecimiento agudo cuya salvación dependiera de la inmediata hospitalización siempre que por razones especiales o del momento no fuera posible recurrir a un hospital u otro recinto.

La situación de las madres solteras cuyos hijos se encontraban internados interesó especialmente a las doctoras Adelcira Agostini de Muñoz[6] y Ángela Costa de Dobrenky. Estas *"mujeres sin casa y sin familia"* que no tenían *"ninguna preocupación por abandonar su Internado"*, en contraposición con aquellas madres de los niños enfermos quienes esperaban *"ansiosas el restablecimiento de su pequeño"* deseosas de *"poder regresar a su hogar, entre sus familiares, a cumplir con sus obligaciones de madre y esposa"*. De esta manera, las primeras provocaban por una parte grandes dificultades en las instituciones ya que:

> "se instalan en él permaneciendo todo el tiempo posible, hay algunas que al darles el alta por cualquier causa en un Instituto consiguen internarse en

---

muertos, los hijos naturales también podían reclamar la investigación de la identidad de sus progenitores, pero se requerían mayores pruebas. Además, tenían derecho a una porción de la herencia de sus padres (Cosse, 2004b:178).

6 Adelcira Agostini de Muñoz fue una de las primeras médicas del país, pertenecía a la primera generación de mujeres médicas argentinas. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1902 para egresar en 1910, como única mujer de su promoción junto con los doctores Enrique Finochietto, Santiago Chichizola y Juan J. Spangenberg. Prestó servicios en el Hospital Durand, donde funcionaba el Instituto de Puericultura Nº 2. Su tesis versaba sobre "Contribución al estudio de la pseudometritis". Actuó también como ayudante de la Cátedra de Toxicología del profesor Alfredo Buzzo, fundador y primer presidente de la Sociedad de Puericultura, y en varios establecimientos de asistencia médica y entidades sociales (Sosa de Newton, 1986:13-14). Escribió varios artículos en la revista de la Sociedad; en el primer año publicó el artículo "Organización de los Internados de Institutos de Puericultura" (Agostini de Muñoz, 1935).

> otro, en ciertos casos se retiran con el niño crecidito y vuelven a reaparecer al poco tiempo al salir nuevamente de la maternidad con otro niño".

Los Institutos, con una capacidad de internación limitada, se veían, entonces, imposibilitados de aceptar nuevos pacientes y sus recursos se encontraban dirigidos a "niños sanos o con trastornos leves". Las mujeres, sin otras posibilidades, circulaban entre los diferentes organismos y reaparecían ante cada nuevo nacimiento. Las razones de la permanencia de estas madres en los establecimientos se debía básicamente a su condición socio-económica; especialmente, era acuciante la situación de las trabajadoras domésticas, que perdían su trabajo por el niño. Las razones médicas, como dificultades en la lactancia, emanaban de las primeras. Sin embargo, aunque el problema excedía la estructura médica-sanitaria municipal existente, brindaba una oportunidad para transformar la situación de las madres solteras. Los médicos aprovecharon la presencia cotidiana de las madres para intentar implementar acciones fuertemente disciplinarias en pos de *"la peregrina oportunidad de tratar de enderezar una vida"*. El discurso médico las caracterizó como "doblemente valiosas", en tanto su opción por la maternidad a pesar de las consecuencias generadas, el desprecio y el abandono las había "santificado". La soledad en la que ejercían esta función era "un arma de doble filo"; el gran peligro que acechaba a las madres solteras, el inicio de su "camino descendente", operaba como mecanismo discursivo e ideológico que reafirmaba la defensa de los valores familiares burgueses por parte de la corporación médica (Agostini de Muñoz, 1935:129-130). La autoridad médica, construida sobre una imagen de sacerdocio laico, encontró un nuevo espacio de intervención, las *"vidas que la ignorancia y la incomprensión de la sociedad tuercen o aniquilan"*, sobre las cuales intervenir. Así, el mandato de su profesión, los obligaba a *"hacer valer su autoridad y competencia para orientar a sus semejantes"* (Costa de Dobrenky, 1936:49-50). La asistencia clínica, para el discurso médico, superaba así los aspectos netamente científicos, para abordar las condiciones sociales concretas de las madres, en función de una serie de imperativos moralizadores y reformadores.

— 2 —
Médicos y visitadoras se ocupan de mujeres: la acción social

En esas iniciativas, los médicos encontraron sus aliadas más eficaces en otras mujeres, las visitadoras que conformaron *"elementos de valor esencial para el médico"*, a partir del ejercicio de determinadas cualidades: *"ser sencilla, interior y exteriormente, poseer sentimientos sinceros, mucho tacto, delicadez en el trato, simpatía natural capaz de adueñarse de la confianza de la madre"*.

Sólo así lograrían *"entrar en un hogar humilde, sin que su presencia ofenda ni lastime"*, y de esta manera generar un vínculo de mujer a mujer *"para poder penetrar su vida y si es necesario reeducarla conforme a las normas de la vida higiénica"* (Costa de Dobrenky, 1936:50-51).

Desde fines del siglo pasado, la cuestión familiar integrada en el contexto de la "cuestión social", la "cuestión política" y la "cuestión nacional" provocó un "debate de ideas" y la búsqueda de soluciones por parte de los grupos gobernantes, así como de los intelectuales. En los años treinta, ante un proceso de creciente profesionalización de las funciones públicas y de participación de los "expertos" en la elaboración de las políticas gubernamentales, se generó un consenso alrededor de la idea de que el Estado debía garantizar condiciones materiales y morales óptimas para que todas las mujeres pudieran ser madres. Las leyes, elaboradas durante el período, evidenciaron la definición de una política social en la cual las inquietudes por la mujer trabajadora fueron uno de los ejes de las reflexiones tanto de quienes participaban en la vida política del régimen representativo (liberales, socialistas y católicos) como de quienes lo impugnaban. El trabajo femenino erosionaba y complejizaba la construcción de ese ideal maternal, así como las obligaciones y roles productivos asociados con él. Por lo tanto, el Estado, preocupado por la disminución de la natalidad y las consecuencias del trabajo agotador, generó propuestas tendientes a proteger a la mujer que trabajaba fuera de su casa (Lobato, 1997)[7].

La participación económica femenina se constituyó en un fenómeno económico difícil de observar en las estadísticas del período. Diferentes factores incidieron en el subregistro del trabajo femenino por medio de los instrumentos de medición disponibles; la división sexual del trabajo, los comportamientos laborales diferentes entre varones y mujeres, los prejuicios de quienes elaboraron los registros y la identidad social de las trabajadoras influyeron en la invisibilización (Nari, 2004:78). Esta ausencia en las estadísticas se trasladó a los estudios históricos sobre la clase obrera, que ocultaron

7 Ley 11.933 de 1934: creación de un régimen de protección de la maternidad para empleadas y obreras de empresas privadas; prohibición de trabajar 30 días antes del parto y 45 días después. Se establecen cuidados gratuitos de un médico o de una partera y un subsidio por maternidad. Ley 12.111 de 1934: inclusión de empleadas y obreras del Estado en un régimen de protección a la maternidad, con licencia de seis semanas anteriores y posteriores al alumbramiento y recibiendo salario durante la licencia. Decreto 80.229 de 1936: creación de la Caja de Maternidad como sección anexa de la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles que administraba el seguro de maternidad. Ley 12.339 de 1937: disminución de los montos de multas. Ley 12.339 de 1937: se exceptúa la retención para la Caja de Maternidad a las mujeres trabajadoras con salarios muy bajos debiendo los empleadores efectuar doble contribución. Ley 12.568 de 1938: establecimiento de dos descansos de media hora para amamantamiento (Novick, 1993).

su presencia tanto en la fuerza de trabajo así como en los conflictos sindicales y políticos (D'Antonio y Acha, 2000).

Su participación en la ciudad de Buenos Aires se mantuvo estable en la primera mitad del siglo XX; así en 1904 constituían el 23,2%, en 1914 el 24, 5% y el 28% en 1947 (Nari, 2004:294). Esta estabilidad implicaba, en realidad, un importante aumento de mujeres trabajadoras en términos absolutos, dado el incremento de la población. Este crecimiento estuvo acompañado por la inserción de las mujeres en sectores hasta entonces vedados. Desde fines del siglo XIX se produjeron dos grandes procesos de transformación de la inserción femenina en el mercado de trabajo. En primer lugar, el aumento de mujeres obreras en el sector industrial; en segundo lugar, como ya hemos señalado, el crecimiento del empleo femenino en el sector administrativo y de servicios, transformación desarrollada con más fuerza en la década de 1920.

El trabajo industrial femenino fue esencial para ciertas industrias desde fines del siglo XIX; hacia 1930, las mujeres constituyeron el 62% del total de la mano de obra empleada en el sector textil, el 39% del total de las industrias de confección, el 26% del total de la industria química, 24% en la industria de la alimentación y el 14% de las gráficas. Sin embargo, esta participación femenina se concentraba en determinadas tareas dentro del sector; en la alimentación como empaquetadoras y envolvedoras, en confección como modistas, costureras y aparadoras, en química como empaquetadoras y etiquetadoras, en textil como tejedoras e hilanderas. Durante la segunda mitad de la década de 1930 se acentuó la feminización de determinados segmentos del mercado de trabajo; en parte debido a la diferente proporción sexual de las migraciones internas en relación con las internacionales. Por lo tanto, las mujeres aumentaron su representación en la fuerza de trabajo en la ciudad de Buenos Aires hasta conformar el 24% del total, en la industria las mujeres fueron el 33% del total (Nari, 2004:79-81).

El ingreso cada vez mayor de las mujeres en el mercado de trabajo, desarrollado en la década de 1920 para el sector administrativo y de servicios y en la década posterior para el trabajo fabril, puso en jaque tanto la concepción vigente sobre la división sexual entre el mundo público y el mundo privado como el proceso de glorificación de la maternidad que identificó la subjetividad femenina con la condición materna. Por lo tanto, rápidamente, la labor remunerada de las mujeres en el mercado se convirtió en objeto de debate público. El trabajo femenino asalariado fue una de las prácticas identificada como amenaza para la construcción del ideal maternal por diferentes sectores políticos e ideológicos. El trabajo femenino ponía en peligro a los hijos tanto en un aspecto orgánico-biológico como moral. Así se presentó bajo diferentes conceptualizaciones: en primer lugar como "degeneración", visión

hegemónica durante la época. En segundo lugar como *"competencia para los trabajadores en el mercado"*, idea afianzada hacia la década de 1920 y 1939 coincidentemente con la consolidación del ingreso femenino en el mercado. En tercer lugar, como "mal necesario" que debía ser reglamentado, en un primer momento, pero que se intentaba abolir mediante la implementación de salario familiar. En cuarto lugar, como "moralizador", idea aplicada para redimir determinadas situaciones sociales de las mujeres en tanto la independencia económica femenina otorgada por el salario se concibió como resguardo de su moral. En quinto lugar, como "adelanto social", idea marginal propuesta por sectores proindustrialistas que lo concebían como signo de progreso y desarrollo del país. Finalmente, la visión del trabajo como "vía de emancipación femenina", imagen tardía y minoritaria, surgida en un pequeño grupo de mujeres de clase media y obrera autodefinidas como feministas (Nari, 2004).

Si bien el discurso médico participó activamente de este debate, no encontramos todas estas visiones en su seno. La puericultura legitimó a partir de sus postulados, la maternidad como actividad de tiempo completo. Por lo tanto, adhirieron en gran medida a la visión del trabajo femenino como degeneración. No sólo corrompía la naturaleza femenina al presentarse como obstáculo para el efectivo desarrollo de su mandato y misión en la vida sino que arriesgaba la vida y la salud de los hijos nacidos y por nacer. El discurso médico enfatizó especialmente sobre las consecuencias biológicas de la labor femenina en la salud del niño.

El trabajo durante el embarazo ponía en peligro claramente la salud del binomio madre-hijo porque permanecían *"en el trabajo hasta el último momento"* y entonces soportaban *"la fatiga y el surmenage consiguiente"*. Además, su condición de trabajadora provocaba su ausencia de los controles previos necesarios para asegurar la salud del niño; por lo tanto las madres ingresaban a las maternidades *"en trabajo de parto, sin haber concurrido anteriormente al consultorio de servicio"* Además la "fatiga corporal" que acompañaba a la obrera *"hasta el último día de gestación"*, *"el cansancio físico originado en la lucha por el pan de cada día"* era el *"gran factor de parto prematuro"* (Llames Massini, 1935:257-261). Con el correr del tiempo, el vínculo entre trabajo salariado femenino y prematurez de los niños se consolidó en el discurso médico (Murtagh, 1943); de esta manera, la madre fue responsable de una nueva causa de mortalidad infantil, el nacimiento prematuro, sobre la cual los médicos intentaron actuar en este período. La participación femenina en el mercado de trabajo, impactaba negativamente sobre la salud de toda la población. La madre no debía debilitarse ni extenuarse para traer al mundo hijos sanos y robustos.

Una vez ocurrido el nacimiento, otras amenazas se cernían sobre la salud del lactante: las dificultades que la ocupación fabril maternal generaba en torno al *"problema de la alimentación de su niño dada su ausencia del hogar durante más de la tercera parte del día"*. La lactancia materna se veía imposibilitada, a pesar de las reglamentaciones vigentes[8], por lo tanto la madre aunque tuviera "suficiente pecho para su hijo" por no "abandonar el trabajo" debía "recurrir a la lactancia artificial" (Carreño y Cosin, 1940:113). Esta situación se potenciaba, porque las mamás proletarias acudían a otras personas (familiares, hijos mayores, vecinas) para la atención de los niños durante su ausencia en el hogar. Surgió, de esta manera, una actividad en el seno de los sectores más pobres: "la cuidadora de niños". Los sectores altos y medios contaron tradicionalmente con miembros del servicio doméstico, niñeras, nodrizas, gobernantas, que formaron parte de un extenso plantel de mujeres encargadas de la crianza de los niños en los hogares burgueses. Sin embargo, se objetaron prácticas de este tipo entre los sectores populares.

Los médicos desconfiaron de las "cuidadoras", a pesar de ser un oficio de larga data; ya que la alimentación y dirección de lactantes *"con mujeres extrañas al ambiente familiar, sin el cariño y la dedicación de la madre"*, significaba *"casi siempre, un perjuicio para el buen crecimiento de los mismos y de su desarrollo intelectual"*, por varias razones. En primer lugar, remarcaban *"la importancia de los estímulos psíquicos maternales"* basado en la concepción central de identificación de mujer y madre. Así, la maternidad implicaba una actividad de tiempo completo, imposible de ser realizada por otra persona. Además, las madres sustitutas simbolizaron todos los prejuicios médicos sobre los sectores obreros; por lo tanto las encargadas carecían "de nociones de higiene", poseían "equivocados prejuicios alimenticios", su alojamiento era "deficiente o malsano", en la vecindad habitaban y convivían con "enfermos" (Cucullu, 1941:134-135). Esta imagen siniestra se debía a la oposición que la práctica de las mujeres trabajadoras generaba sobre el ideal maternal construido. Sus experiencias demostraban que la maternidad podía ejercerse en forma parcial y conjunta, ya que se confiaba en la capacidad de cuidado y atención de otras mujeres, cuyo lazo con los niños no era biológico. Además, esta crianza repartida entre mujeres y familias que compartían tanto espacios sociales como culturales reforzaba la resistencia a la cultura médica de protección a la infancia.

A pesar de esta concepción réproba dominante, otras ideas se deslizaron en el análisis médico sobre *"el problema social de un niño entregado al*

---

8 La ley 11317 concedió a la madre trabajadora en su artículo quince, el derecho de disponer de un intervalo de 15 minutos cada 3 horas para la lactancia de su hijo. Para ello en los establecimientos que ocuparon un número de cincuenta obreras mayores de 18 años, deberían habilitarse salas maternales (Carreño y Cosin, 1940).

cuidado de otra mujer mediante una retribución pecuniaria". Este *"no debe ser contemplado sólo bajo la faz criticable de este comercio*". De esta manera, se incorporaron una serie de factores sociales mucho más amplios para explicarlo

> "como consecuencia o derivación de otros problemas más profundos, que son su verdadera causa, como situaciones de angustia y de apremio, madres abandonadas, exigencias de trabajo, problemas íntimos como ocultación de hijos naturales o adulterinos" (Cucullu, 1941:134-135).

Los puericultores, mediante sus saberes científicos, reafirmaron constantemente la tensión entre maternidad y trabajo asalariado. Las madres obreras *"por el trabajo que deben atender"* descuidaban a sus hijos, quienes se encontraban *"perjudicados físicamente por mala alimentación*" en su etapa más temprana, y al crecer este perjuicio se extendía a la moral *"por las malas compañías y por el mal ejemplo diario*" (Carreño, Oddone y Mendoza, 1938:322).

Sin embargo, esta contradicción se tambaleó sus prácticas cotidianas, en su contacto diario con las madres; así los médicos y visitadoras de los servicios municipales de la Dirección de Protección a la Primera Infancia, en la búsqueda de la protección del binomio madre-hijo, la obtención de un trabajo remunerado emergió como un medio para lograrlo. En especial, a aquellas madres en gran medida solteras con sus hijos internados en los Institutos de Puericultura, quienes se encontraban allí por no tener otro lugar a donde ir. Para ello, intentaron que su estadía en las instituciones municipales, los Institutos, se convirtiera en una oportunidad de brindarles nuevas posibilidades:

> "es indispensable, pues, modificar el internado de las madres, disciplinando su estadía, haciendo que tengan el día ocupado entre el cuidado de su niño y un trabajo determinado, por cierto sin fatigarse, para evitar que actúe sobre la secreción láctea".

Sin una rutina diaria de quehaceres se debilitaba "su voluntad para el trabajo" incitándolas "a la holgazanería"; *"factores que gravitarán desfavorablemente sobre la orientación futura de la madre y el niño*" (Costa de Dobrenky, 1935:223). El discurso médico incorporó la noción del trabajo como "moralizador" y herramienta para redimir determinadas situaciones sociales de las mujeres, no sólo por la independencia económica que generaba sino como elemento de incorporación e internalización de la moral burguesa. Esta idea no sólo se dirigió para incentivar el trabajo femenino sino también para los presos en las cárceles (Salvatore, 2000) como para los indígenas (Scarzanella, 2002).

De esta manera, estas instituciones debían estimular el afán por el trabajo tanto dentro de hogar como fuera, si era necesario para la manutención. Por lo tanto, el paso por el internado debía enseñar el cuidado correcto de los bebés, *"toda madre estará obligada a alimentar a su hijo, cuidarlo, bañarlo, cambiarlo, hacer la cuna, su cama e higiene de su ropa"* como de quehaceres que luego permitirían el acceso a una remuneración:

> "cada Instituto tendrá anexado un taller en el que las madres dedicarán las horas disponibles a la costura; este taller es de suma importancia, en él las madres podrán permanecer de cuatro a cinco horas diarias ocupadas en esa pacífica labor que todas saben hacer" (Agostini de Muñoz, 1935:120).

La costura, en tanto actividad posible de desarrollar dentro del hogar compatible con las tareas domésticas y maternales, aparecía como un aprendizaje significativo.

Así uno de los objetivos de las médicas y visitadoras era aprovechar la presencia constante y continuada de las madres en los Institutos *"para tratar de elevar su nivel intelectual y moral"*; en pos de lograrlo, transformaron la estructura existente y formaron una "Cooperadora del Instituto de Puericultura N° 3", cuya "misión" era *"enseñar a leer y escribir a las analfabetas"*, brindar *"lecciones de economía doméstica, costura, lavado, planchado y enseñanza práctica de puericultura"* no sólo a las madres de los niños admitidos sino a toda madre de la zona que quisiera concurrir. Estos proyectos finalmente se plasmaron en tres cursos; el primero dictado por la señorita Carmen Zerbino, maestra normal para *"enseñar a leer, escribir y nociones de aritmética"*, el segundo dado por la Sra. Emilia S. de Díaz, de costura y tejido, y el último a cargo de la Sra. Amelia M. de Marolda, de cocina, que tuvo especial importancia como instrumento de inclusión en el mercado laboral *"ya que la mayoría de las internadas trabajarán como domésticas"* (Costa de Dobrenky, 1936:51).

La búsqueda de perspectivas para las madres no se centraba únicamente en el logro de herramientas intelectuales sino también en herramientas económicas; se *"procurará dentro de los medios a su alcance, conseguir algunos trabajos de costura, lavado o planchado"*, para que durante el tiempo de la permanencia en el Instituto obtengan recursos con los que pudieran contar *"en el momento de ser dadas de alta con algún dinero ahorrado"*. Si eso no era posible se recurría directamente a la búsqueda de *"trabajo o colocación conveniente a las madres que son dadas de alta"*; como ejemplos, se citaban tres casos[9] (Costa de Dobrenky, 1935:223-224).

---

9 En todos los casos no se mencionaron los nombres y apellidos, solamente las iniciales; esto respondía tanto a la lógica médica utilizada en empleo de las historias clínicas como a la búsqueda de preservación de identidad de las madres. Este anonimato también podría

En todas estas actividades educativas y laborales el desempeño de las visitadoras fue central para que estas se desarrollaran con éxito, ya que su implementación requería de múltiples y complejas gestiones. Éstas incluyeron las derivadas en forma directa de la salud de las familias concurrentes que abarcaban centralmente la vinculación con los establecimientos sanitarios correspondientes con la enfermedad que se padecía, hospitales o dispensarios específicos, para ser atendidos o internados; así como las propias de las instituciones bajo el control de la Dirección de la Protección a la Primera Infancia que comprendían la colaboración con la correcta alimentación del lactante (enseñanza y entrega de leche fiscalizada).

Otra serie de acciones se transformaron en prioritarias aunque, a primera vista, no estuvieran tan directamente relacionadas con la situación sanitaria de las familias bajo control, la entrega de elementos materiales como alimentos, insumos básicos (carbón, leña), ropa, ajuares (para los recién nacidos) frazadas, calzados, juguetes, golosinas, muebles y particularmente provisión de cunas, se convirtió en necesaria para mantener la salud familiar. También realizaron una serie de actividades que posibilitaron la inserción de las madres en el mercado de trabajo; en un primer momento, se abocaron a la tramitación de la documentación necesaria (cédula de identidad, certificado de vacuna, de buena salud, radiografía de tórax, libreta de trabajo), para el logro de un empleo. Luego, dirigieron sus esfuerzos para que las mujeres permanecieran en ellos al asegurarles el cuidado de sus niños mediante variadas alternativas: la colocación de los hijos en Patronato de la Infancia, en el Asilo Monseñor Anneiros, los comedores escolares y las Colonias de Vacaciones (Carreño, Oddone y Mendoza, 1938:323-326). Finalmente, buscaron aumentar los ingresos insuficientes mediante la tramitación de ayudas y subsidios de múltiples instituciones (Sociedad de Beneficencia, consulado Italiano, Sociedad de San Vicente de Paul).

Los problemas de vivienda merecieron especial atención por varias razones: las malas condiciones edilicias y la deficiencia de los servicios repercutían

---

explicarse por su condición de solteras "en deshonra". El primero (T. S.) internada en el Instituto de Puericultura Nº 3 entre junio de 1935 y enero de 1936 *"con una nena de tres meses, casi analfabeta, aprendió a leer y escribir, cocinar, tejer"*; a partir de la adquisición de estos conocimientos sumado a su condición de "muchacha dócil y buena madre" obtuvo trabajo como doméstica. El segundo caso correspondió a (E. I.) internada durante nueve meses "con mellizos de 15 meses", también luego del concurrir a los cursos impartidos, no sólo se le consiguió trabajo en una fábrica (la casa B), sino que para apoyar y garantizar su inserción laboral *"se le buscó pieza barata en las inmediaciones de la fábrica donde, mediante paga, una vecina le cuida en su ausencia los chicos, pues aún no tienen edad para ir a un Jardín de Infantes"*. El tercer caso (R. P.) internada con su hijo durante un período prolongado (desde febrero de 1934 hasta diciembre de 1935) en gran parte a su condición *"físicamente defectuosa, a causa de una parálisis infantil"* que le dificultó el logro de un empleo, aunque finalmente se empleó como criada (Costa de Dobrenky, 1936:51-52).

claramente en la salud de los miembros de la familia, especialmente en los niños, el costo de la vivienda incidía en el presupuesto familiar, por lo tanto el desalojo se constituyó en una amenaza siempre presente. De esta manera las tareas tendientes a solucionarlo fueron constantes e implicaron desde la "rebaja del alquiler", la detención del desalojo forzoso, la búsqueda de viviendas que se encuentren en condiciones económicas protegidas, el pago de alquileres atrasados, la ayuda en una mudanza, la entrega de una fianza o el desembolso del costo de legalizaciones, matrículas, permisos, patentes.

El contacto diario con las madres generó así nuevos ideales para médicos y visitadoras: si la estructura municipal a la que pertenecían bregaba por la salud del niño, ésta era imposible separado de la madre; así todas sus conductas y actividades aspiraron a *"no separar al niño de la madre para el bien de ambos"*. Desde esta visión, el trabajo asalariado no aparecía en contradicción con la maternidad: *"las impusimos del sentido de sus vidas, las hicimos comprender que como personas y como madres, habían contraído la responsabilidad de ser útiles a sus hijos"*; por el contrario, la maternidad legitimaba el acceso al mercado de trabajo en tanto *"que esa maternidad era sagrada y noble y que ellas merecían por tanto nuestro mayor respeto y atención"* (Costa de Dobrenky, 1936:51).

— 3 —
A modo de conclusión

La atención de las madres e hijos de los sectores más pobres y desprotegidos de la ciudad de Buenos Aires desde los Institutos de Puericultura y los Dispensarios municipales, se sustentó en la nueva concepción de salud, la higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. Las madres se convirtieron en destinatarias privilegiadas de las iniciativas generadas para lograr el cuidado científico del niño sano, en consonancia con la centralidad de la función materna y, a su vez, este proceso fortaleció la necesidad de una cultura de origen científico para la crianza de los niños.

Para asegurar la efectiva concurrencia de las madres y de los niños menores de dos años a las instituciones municipales sanitarias bajo la Dirección de la Protección a la Primera Infancia, fue central la función de la visitadora de higiene que construyó un vínculo personal con la madre a través de la visita. Los médicos valorizaron la importancia del vínculo con la madre para lograr una asistencia eficaz al niño; estas ideas y experiencias implicaban la gestación de cambios en las prácticas médicas habituales para obtener un lazo personal (madre-médico) que asegurara que los profesionales se convirtieran en referentes legítimos.

El contacto diario, cercano y constante con las madres pobres y en muchos casos solteras, generó acciones concretas de los médicos y visitadoras para lograr la salud del binomio madre-hijo, que fueron más allá de las existentes en la órbita sanitaria (en su mayor parte, asistenciales y preventivas); así a través de las más variadas iniciativas buscaron incidir y transformar el contexto social en que madres e hijos se hallaban inmersos. Entre las iniciativas sostenidas incluyeron la colaboración para su ingreso en el mercado de trabajo, sin embargo en el discurso médico vigente la maternidad y el trabajo eran actividades contradictorias cuyos intereses entraban en colisión.

La eficiencia de las instituciones municipales bajo la supervisión de la Dirección de la Protección a la Primera Infancia se medía, según las palabras de la Dra. Dobrenky, porque disminuía la cantidad de mujeres *"que se guían del consejo de vecinas comedidas"*, y crecía *"ese lazo de unión entre las madres y los médicos de Protección a la Primera Infancia"* (Costa de Dobrenky, 1935:221).

La medicalización de la crianza de los niños avanzaba, sin embargo esto podía efectivizarse sólo gracias a la acción de las visitadoras que construían un vínculo entre mujeres. Las mujeres, al concurrir a los establecimientos sanitarios, transformaron las estructuras vigentes, trajeron consigo las situaciones sociales que les impedían ser las madres ideales según el discurso médico y provocaron el surgimiento de nuevas prácticas llevadas adelante por médicas y visitadoras. Madres, médicos y visitadoras en su encuentro transformaron paulatinamente discursos y prácticas.

Bibliografía

Agostini de Muñoz, Aldecira y Tucci, Fausto C. (1936), "Rol de la visitadora de higiene en la lucha antituberculosa de la sección protección primera infancia", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo II, N° 2, pp. 177-184.

Aráoz Alfaro, Gregorio (1937), "El Puericultor en la lucha contra la Tuberculosis" (Conferencia en la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, diciembre 13 de 1937), en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 3, N° 3, julio- septiembre, pp. 149-156.

Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001), "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", en: Cattaruzza, Alejandro (director), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Nueva historia argentina, Tomo 7. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, pp. 283-329.

Bortagaray, Mario (1938), "Informe anual de la Protección a la Primera Infancia", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 4, N° 3, julio-septiembre, pp. 183-190.

Bortagaray, Mario H. y Kreutzer, Rodolfo (1936), "Organización integral de los Dispensarios de primera infancia", en: *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, pp. 174-192.

Carreño, Carlos y Cosin, A. (1940), "Salas de lactancia", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura*, Tomo VI, N° 2, abril-junio, pp. 113-119.

Carreño, Carlos; Oddone, M. M. y Mendoza, H. (1938), "Servicio Social en el Instituto de Puericultura N° 3", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 4, N° 4, pp. 321-326.

Cosse, Isabella (2004a), "Entre el estigma y la integración. Imágenes, estereotipos y representaciones de la filiación ilegítima en Argentina (1940-1955)", en: Otero, Hernán (director), *El mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y la población*. Buenos Aires: Siglo XXI.

—— (2004b), "El orden familiar en tiempos de cambio políticos. Familia y filiación ilegítima durante el primer peronismo (1946-1955)", en: Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana, *Generando el peronismo: Estudios de cultura, política y género*. Buenos Aires: Proyecto Editorial.

Costa de Dobrenky, Ángela (1936), "Organización del Servicio Social del Instituto de Puericultura N° 3", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 2, N° 1, pp. 49-53.

—— (1935), "Comentarios sobre los Servicios de la Protección a la Primera Infancia", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 1, N° 2, pp. 220-224.

Cucullu, Luis María (1941), "El problema de las tituladas cuidadoras de niños", *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo VII, pp. 134-140.

D'Antonio, Débora y Acha, Omar (2000), "La clase obrera 'invisible': imágenes y participación sindical de las obreras a mediados de la década de 1930 en Argentina", en: Acha, Omar y Halperín, Paula (comp.), *Cuerpos, géneros, identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, pp. 231-266.

Di Liscia, María Silvia (2002), "Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)", en: *História, Ciencias, Saúde-Maguinhos*, Vol. 9. Río de Janeiro, pp. 209-232.

Díaz, Alejandro, Carlos (1983), *Ensayos sobre historia económica argentina*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Escudero, Pedro (1938-1939), "La alimentación de la familia en Buenos Aires", en: *Boletín del Instituto Nacional de Nutrición 1938-1939.*

González Leandri, Ricardo (1999a), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

——(1999b), *Las profesiones: entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel.

Knibiehler, Yvonne (2001), *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Llames Massini (1936), "Lucha contra la natalidad prematura", en: *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, pp. 255-262.

Lobato, Mirta Zaida (2001), *La vida en las fábricas. Trabajo, protesta y política en una comunidad obrera, Berisso (1904-1970)*. Buenos Aires: Entrepasados-Prometeo Libros.

——(1997), "El Estado en los años treinta y el avance desigual de los derechos y la ciudadanía", *Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral*, año VII, N° 12, 1° semestre. Santa Fe, Argentina, pp. 41-58.

Mannarelli, María Emma (1999), *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Ediciones Flora Tristán.

Murtagh, Juan J. (1943), "El problema social del prematuro", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo IX, pp. 229-235.

——(1935), "El Servicio Social del Dispensario de Lactantes", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 1, N° 2, pp. 257- 261.

——; de Muñoz, Adelcira A.; de Durand, Clelia M. y Bayley Bustamante, Guillermo (1936), "El papel de la visitadora de higiene en los Institutos de Puericultura y Dispensarios de lactantes", en: *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, pp. 438-453.

Murtagh, Juan J. y De Simons, Elsa D. (1941), "Seis años de experiencia del Servicio Social del Dispensario de Lactantes", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo VII, pp. 105-113.

Nari, Marcela (2004), *Las políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.

——(1996), "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940", en: Lobato, Mirta Zaida (editora), *Política, médicos y enfermedades. Lectura de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos, pp. 153-189.

Novick, Susana (1993) *Mujeres, Estado y Políticas Sociales*. Buenos Aires, CEAL.

Pereira Ramírez, Eulogio y Vidal, José (1935), "La puericultura en la enseñanza", en: *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo 1, N° 2, pp. 278-282.

Pita, Valeria (2006), "Dilemas médicos en el tratamiento de las mujeres de las clases trabajadoras en la Argentina", en: Morant, Isabel (directora); Gómez Ferrer, G.; Cano, G.; Barrancos, D. y Lavrin, A. (coords.), *Historia de las mujeres en España y América Latina*, Tomo III, *Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Madrid: Cátedra, pp. 783-795.

Propósitos y realidades (1935), *Anales de la Sociedad de Puericultura*, Tomo 1, N° 1, pp. 17-18.

Rodríguez Ocaña, Esteban y Perdiguero, Enrique (2006), "Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX", en: *História, Ciencias, Saúde-Maguinhos*, Vol. 13, N° 2, abril-junio. Río de Janeiro, pp. 303-324.

Salvatore, Ricardo (2000), "Criminología positivista, reforma de las prisiones y la cuestión social/obrera en la Argentina", en: Suriano, Juan (2000), *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*. Buenos Aires: Editorial La Colmena, pp. 127-158.

Scarzanella, Eugenia (2002), *Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en Argentina. 1890-1940*. Bernal, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Ediciones.

Vázquez-Presedo, Vicente (1976), *Estadísticas históricas argentinas II (comparadas). Segunda parte 1914-1939*. Buenos Aires: Ediciones Macchi.

Virasoro, J. Enrique (1947), "Premio Sociedad de Puericultura de Buenos Aires", *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo XIII, pp. 95-96.