

X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario, 2005.

El binomio madre-hijo: Acciones y límites de la puericultura.

Billorou, María José.

Cita:

Billorou, María José (2005). *El binomio madre-hijo: Acciones y límites de la puericultura. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-006/465>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

X Jornadas Interescuelas-Departamentos de Historia

Mesa N° 49: “Historia de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los Siglos XIX y XX”

Coordinadores: María Silvia Di Liscia (UNLPam) - Adriana Alvarez (UNMdP)

El binomio madre-hijo: Acciones y límites de la puericultura

María José Billorou

Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer-Universidad Nacional de La Pampa

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”¹. La relación materna 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. 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 de la situación social de la familia.

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.

En este trabajo² nos proponemos analizar tanto las estrategias que las instituciones municipales de la Ciudad de Buenos Aires establecieron desde finales del siglo XIX hasta la década de 1930 para el cuidado del binomio madre-hijo como el

¹ Anales de la Sociedad de Puericultura. Tomo 1. N° 1. Año 1935. Pág.18.

² Este trabajo 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.

discurso científico que las sustentó. En la primera parte del trabajo, examinaremos el complejo proceso de constitución de la obstetricia como especialidad médica que supuso el control médico masculino del nacimiento. En la segunda parte, exploraremos las instituciones que albergaron a la nueva disciplina, Las Maternidades, tanto a aquellas dependientes de la Sociedad de Beneficencia como las creadas por la Asistencia Pública. En la tercera parte, abordaremos la nueva percepción científica que transformó al binomio madre-hijo en destinatario de la acción médica. Finalmente, consideraremos las innovaciones institucionales implementadas y los límites a las que se enfrentaron.

La obstetricia: la medicina a cargo del nacimiento humano

La glorificación de la maternidad, que se impuso durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, construyó a partir de variados aspectos la identificación de la subjetividad femenina con la condición materna. La medicina formó parte activa de este proceso, especialmente al consolidar como objeto privilegiado de la atención médica, la reproducción humana. Este proyecto se había iniciado en el siglo XVIII, pero recién se convirtió en realidad en el último tercio del siglo XIX, gracias a los descubrimientos de Pasteur, que aseguraron la eficacia de los cuidados sanitarios.

De esta manera, la importancia social de la función materna justificó los esfuerzos por medicalizar la reproducción biológica y, a partir de la ginecología, se formularon y reformularon un conjunto de saberes y prácticas bajo el nombre de obstetricia. Con el surgimiento de esta especialidad médica se originó un proceso complejo que incluyó diversos aspectos complementarios: el control médico masculino de la reproducción, la transformación de una función tradicionalmente femenina, la comadrona o partera y la lenta imposición del parto hospitalario.

El control médico transformó la gestación de la vida en un delicado proceso (asimilable de alguna forma a una enfermedad), que requería la presencia constante del médico varón en todas sus etapas: antes, durante y después del parto (Nari, 1995). Sin embargo, la nueva especialidad científica, encontró dificultades para imponer su campo de acción ya que permaneció fuertemente la extendida creencia en la prescindibilidad del obstetra.

La búsqueda de legitimidad de la obstetricia dentro del campo médico se logró a través de diferentes estrategias; en primer lugar el discurso médico, acentuó la peculiaridad de esta rama de la ciencia médica a partir de su valor social en tanto responsable de dos vidas en lugar de una. En segundo lugar, la obstetricia respondió a la

creciente tecnificación médica al incorporar todo el aparato de prácticas de la cirugía asegurado por la asepsia, antisepsia y anestesia. Las clásicas y viejas operaciones obstétricas (como el parto forzado, el uso del fórceps, la embriotomía, entre otras) fueron paulatinamente reemplazadas por operaciones de cirugía obstétrica, especialmente la cesárea tanto en su versión clásica como vaginal³ (Nari, 2004).

Finalmente, al igual que el modelo francés de origen⁴, se consolidó la cátedra universitaria de obstetricia separada de la de ginecología. El alto desarrollo de la cirugía en la obstetricia, se erigió en la principal razón para que ambas especialidades tomaran rumbos separados. En la ginecología, en cambio, otras técnicas y el desarrollo de la endocrinología calmaron la ansiedad de la resolución quirúrgica. Ambas cátedras lograron conservar su autonomía en la enseñanza pero compartieron su ámbito de trabajo y difusión en las sociedades científicas, congresos y revistas. Dentro de ellas, especial importancia adquirieron para la consolidación de la obstetricia como disciplina, la Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología, creada en 1917 y el Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, realizado cada tres años a partir de 1931 (Eraso, 2001).

Sin duda, entre las motivaciones de los médicos dedicados a la ginecología y la obstetricia, aparecía la búsqueda de la ampliación del campo del ejercicio de la profesión a través de la conquista de espacios ocupados hasta ese momento por las parteras, aunque también el interés en la salud del niño por nacer así como de la madre. Las mujeres, tradicionalmente, eran las encargadas de acompañar y ayudar a las madres durante los nacimientos. En el ocaso del siglo XVIII arribaron a Buenos Aires, provenientes de España, las primeras “cuidadoras de parturientas”, a quienes se les dio el nombre de comadronas porque, generalmente, se convertían en las madrinas de los bebés que ayudaban a nacer. Más tarde desembarcaron las primeras parteras francesas, conocidas como “las madamas” (Correa, 2000).

Una de las primeras preocupaciones del estado en esta órbita fue la búsqueda de control de la actividad de estas mujeres, para ello instrumentaron tanto una normativa que buscó reglamentar la actividad como instituciones específicas de formación.

³ Se puede nombrar también la operación de Porro, las pubiotomías, las sinfisiotomías entre otras. Ver Nari, 2004: 112.

⁴ El impacto de la medicina francesa fue substancial en las especialidades médicas que sustentaron las instituciones que se ocuparon de la salud materno-infantil. Ver María José Billorou (2005) “Sumar atención, restar complejidad: el “tipo” argentino de protección a la Infancia”. Ponencia presentada en Wokrshop Historia de la salud y la enfermedad. Universidad Nacional de Mar del Plata 22 y 23 de marzo.

Dependiente de la Universidad de Buenos Aires, se creó en 1822 la Escuela de Parteras, a cargo del médico de policía, el Dr. Carlos Durand. A mediados del siglo XIX, con la creación de la Facultad de Medicina, se incluyó la posibilidad de que las mujeres recibieran conocimientos de obstetricia dentro de la misma. Las mujeres seguían el mismo curso que los estudiantes de la carrera de Medicina, sin embargo, los hombres sólo podían tomar las clases teóricas pero no realizar las prácticas de acuerdo a las normas imperantes en el Hospital de Mujeres, dependiente de la Sociedad de Beneficencia. Hacia 1850, aparecieron las primeras parteras diplomadas; ellas fueron las extranjeras que revalidaron sus títulos en el país. En 1882, se creó la Escuela de Obstetricia, anexa a la Cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina que finalizó con la mezcla de parteras y estudiantes (Nari, 2004).

Las egresadas de la escuela de Obstetricia, acompañaron el proceso de fortalecimiento de la obstetricia como especialidad, con su búsqueda de consolidación institucional en pos de la profesionalización. Así en 1902, a instancias de la Dra. Cecilia Grierson⁵, fundaron la Asociación Obstétrica Nacional que al año siguiente publicó la Revista Obstétrica como su órgano de difusión (Correa, 2000).

La consolidación de la obstetricia como especialidad, provocó un reacomodamiento de funciones dentro del campo médico; por un lado se produjo una jerarquización entre los profesionales al diferenciarse al especialista, el obstetra del médico general. Esta diferenciación se legitimó en la posesión por parte del especialista de los conocimientos científicos y técnicos que le permitían llegar a buen puerto con un parto más allá de las complicaciones; mientras el médico general sólo era capaz de asistir el parto normal.

Esta misma distinción, se trasladó a la partera, cuyo ámbito de acción autónomo también se circunscribió, al parto normal, concebido este como un trabajo manual de acompañamiento y contención basado en la experiencia. Así, el discurso médico estableció una relación ambigua con las parteras, ya que no pudo reemplazar su existencia. Por un lado buscó reformular el lazo partera- madre al intervenir en esa relación en una posición por encima de ambas, y de esta manera, reconoció la importancia para el trabajo médico de la presencia de la partera. Por otro lado, con la profesionalización del oficio, y la creación de la partera diplomada se reformuló el campo de conocimientos y prácticas para transformarlo en una figura subordinada.

⁵ La Dra. Cecilia Grierson fue la presidenta honoraria de la Institución.

Este proceso fue costoso y difícil, en muchos casos para resolver las tensiones el discurso médico denunció la existencia de un “curanderismo obstétrico” e instrumentó estrategias del control de su autonomía. El Estado autorizó la práctica de la profesión pero al mismo tiempo les solicitó que reportara todos los pacientes que trataban a la Asistencia Pública; esto incluía todos los nacimientos, abortos, así como la condición y destino de todos los niños nacidos de pacientes bajo su cuidado. Esta reglamentación, basada en los imperativos del discurso médico, ambicionaba la profesionalización de las parteras al asegurarse que su respeto a las leyes contra los “crímenes maternos”, el aborto y el infanticidio (Ruggiero, 1992).

Finalmente, como corolario de la confirmación de la obstetricia en tanto especialidad, se desarrolló el parto hospitalario.

Las Maternidades: del lugar para morir al lugar para nacer

El sistema sanitario de las primeras décadas del siglo XIX no era un aliado eficaz a la hora en que los médicos necesitaron establecer las diferencias con las prácticas de las parteras. Las mujeres que daban a luz en los hospitales eran aquellas reducidas a la miseria más extrema; en gran medida los establecimientos sanitarios eran para las parturientas y las púerperas una fuente de contagio de enfermedades infecciosas, antesala de la muerte. Las estadísticas occidentales disponibles a partir de 1850 muestran que la mortandad materna se mantuvo muy alta en esos lugares, entre el 10% y el 20%. En muchas ocasiones, el mismo obstetra transmitía la fiebre puerperal porque practicaba alternativamente, y sin precauciones, autopsias y tactos ginecológicos (Knibiehler, 2001:74).

De hecho, la asistencia hospitalaria no había avanzado lo suficiente para garantizar seguridades que no poseyera cualquier mujer en una situación de parto domiciliario. El imaginario de la época escondió bajo las categorías de “indecencia” e “inmoralidad” el peligro sanitario que acarrearba el nacimiento en un hospital frente al nacimiento en el hogar de los padres. El primer Hospital de Mujeres, que comenzó a funcionar en 1774 tuvo expresamente prohibido hasta 1822 la atención de partos. En esa fecha, se dispuso del exiguo número de tres camas sobre el total de ochenta y ocho para la atención de parturientas (Correa, 2000) en una ciudad que registraba tasas de natalidad cercanas al 80 por mil (Celton, 2000:70).

El número de partos efectuados en la década de 1850, afirmaba, casi treinta años después, la poca aceptación social del parto hospitalizado y el crecimiento tan

insignificante en la década de 1860 (se duplicó el número de partos en diez años) mostraba las limitaciones del sistema sanitario. Las epidemias de fiebre puerperal desatadas entre 1872 y 1874, la última causó la muerte de 15 madres sobre 19, obligaron a clausurar la Sala (Llames Masini, 1915: 131).

Cuadro N°1: Asistencia de partos en la Sala de Maternidad del Hospital de Mujeres

Año	Número de partos
1853	4
1854	18
1855	22
1856	20
1857	23
1858	31
1859	30
1860	33
1861	37
1871	73

Fuente: Llames Massini, J. C. (1915) *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires, Imprenta Flaiban y Carillioni.

Entre 1870 y 1890, todos los hospitales de Occidente adoptaron los principios de la asepsia; así hacia 1900 la mortalidad materna sólo cayó en aproximadamente un 2%. La combinación de la anestesia, la asepsia y los progresos en las técnicas de sutura, permitieron llevar a cabo una cirugía audaz, la operación cesárea que se convirtió en una práctica corriente en los umbrales del siglo XX. Paulatinamente se volvió más seguro el parto hospitalario que el domiciliario (Knibiehler, 2001:75).

Sin embargo en Buenos Aires, en los inicios de la década de 1880, no había ninguna sección o sala especial para atender a embarazadas, puérperas, partos o recién nacidos en los Hospitales existentes. Desde entonces, fundamentalmente motorizados por la preocupación de reducir la mortalidad en la ciudad, comenzaron a crearse lugares específicos de atención de la salud “materno-infantil”, entendida de manera indiferenciada y cuyo principal objetivo sería la protección de los niños (Nari, 2004:121).

Las posibilidades materiales de un parto hospitalario se crearon gradualmente en la ciudad de Buenos Aires hacia fines de la década de 1880, las dos primeras

Maternidades fueron la del Hospital Rivadavia, dependiente de la Sociedad de Beneficencia primero y la del Hospital San Roque (luego Ramos Mejía), dependiente de la Asistencia Pública en 1892. El primer parto realizado en la Maternidad del hospital público, se realizó por cesárea⁶; de esta manera, el reconocimiento de la obstetricia como especialidad se reflejaba tanto en la eficacia de sus conocimientos como en la concreción de las instituciones que pudieran plasmarlos.

a) La Sociedad de Beneficencia marca el camino: las instituciones modelo

Las instituciones dependientes de la Asistencia Pública de la Capital no constituían la única ni la más importante oferta de atención a la salud de mujeres y niños. En gran medida, se debió a las características del financiamiento de la Asistencia Pública; cuando se definieron las relaciones entre la ciudad de Buenos Aires y el gobierno nacional, a partir de 1880, una gran parte de la responsabilidad por la salud y el bienestar en la Capital pasó a la órbita de la Municipalidad con la creación en 1883 de la Asistencia Pública. Así, al ofrecerle una contribución abultada, el gobierno nacional subsidió la infraestructura sanitaria de Buenos Aires. Sin embargo, la contribución nacional estuvo mediatizada por las relaciones políticas entre el Intendente, el Consejo Deliberante y la Asistencia Pública. De esta manera, este último organismo, careció de la autonomía que pudo brindarle el acceso directo al financiamiento nacional (Mead, 2000).

Por lo menos durante los últimos años del siglo XIX y primeros del XX, la presencia de las organizaciones de beneficencia de diferente importancia y naturaleza sostuvieron un desarrollo institucional sanitario paralelo al motorizado por el Estado.

La Sociedad de Beneficencia de la Capital descollaba entre todas, por su gravitación social y política que explicaba, en gran medida, su estabilidad⁷. Su organización adquirió características específicas; a partir de 1880 fue nacionalizada⁸ y dependió directamente del Ministerio del Interior pero mantuvo una administración autónoma a cargo de un grupo de mujeres de la elite. De esta manera se estableció como una organización mixta que no era estatal, pero tampoco privada ni dependiente de la

⁶ El niño recibió el nombre de “César de San Roque, a causa de las circunstancias médicas de su nacimiento. Fue bautizado por el arzobispo de la ciudad de Buenos Aires y sus padrinos fueron Emilio Martínez de Hoz, cuyas donaciones habían hecho posible el proyecto, y Cecilia Grierson, la primera médica argentina. Sin embargo, el artículo de *La Prensa* que describió la ceremonia no incluyó el nombre de los padres del niño; así el principal protagonista fue el niño y desplazó a la madre (Nari, 2004:122).

⁷ La Sociedad de Beneficencia fue creada en 1823 por Bernardino Rivadavia.

⁸ Este cambio se plasmó en su nombre que se transformó; desde ese momento se llamó Sociedad Nacional de Beneficencia.

Iglesia Católica. Esta particularidad institucional⁹ se vio claramente reflejada en su financiamiento, ya que gozó de un acceso directo al presupuesto estatal; el gobierno proveía más del 90% de su financiamiento aún cuando también contara con benefactores privados.

Las relaciones entre los médicos y la Sociedad de Beneficencia fueron complejas, especialmente entre 1880 y 1900, cuando la corporación médica colocó bajo su control directo los ámbitos institucionales, asistenciales y sanitarios¹⁰. A pesar de su fracaso, este no implicó que los directores médicos que trabajaban bajo su administración no gozaran de los beneficios de la adquisición de tecnología y equipamiento médico antes de que estuviera disponible en otras dependencias públicas. Esto fue posible, en gran medida, a la comparativamente generosa financiación que esta recibió después de 1891 (Mead, 2000: 54).

Las concreciones donde se plasmaron la importancia de los recursos que manejaba fueron la transformación del Hospital General de Mujeres en el Hospital Rivadavia, en 1887 y la inauguración del Hospital de Niños; ambas instituciones en nuevos y modernos edificios. Sin embargo, la acción asistencial y sanitaria de la Sociedad no sólo perfeccionó las instituciones existentes sino que amplió sus estructuras al ritmo de los cambios médicos y sociales. De esta manera se convirtió en la organización innovadora y modelo a seguir por la estructura pública sanitaria.

Cuadro N° 2: Instituciones sanitarias dependientes de la Sociedad de Beneficencia

Nombre del establecimiento	Pertenencia del establecimiento	Objeto a que está destinado	Año de fundación
Hospital de Mujeres- Hospital Rivadavia	Sociedad de Beneficencia	Asistencia médica	1759
Casa de Expósitos	Sociedad de Beneficencia	Hospicio y Hospital	1779
Hospital Nacional de Alienadas	Sociedad de Beneficencia	Alienadas	1854
Hospicio de las Mercedes	Sociedad de	Asistencia de alienados	1863

⁹ Nari (2004:125) describe el carácter de esta institución como “semipúblico” para explicar su organización institucional.

¹⁰ Especialmente buscaron poner bajo su control el Hospital de Niños, el Hospital General de Mujeres y su Maternidad, la Casa de Expósitos y el Hospital Nacional de Alienadas. El conflicto inicialmente se desató hacia 1891 con la intervención por el Departamento Nacional de Higiene de la Casa de Expósitos (Pita, 2004; Mead, 2000).

	Beneficencia		
Hospital de Niños	Sociedad de Beneficencia	Asistencia médica a Niños	1875
Hospital Oftalmológico “Santa Lucía”	Sociedad de Beneficencia	Enfermedades de los Ojos	1878
Instituto de Maternidad	Sociedad de Beneficencia	Atención de embarazadas, puérperas y recién nacidos	1928
Maternidad “Ramón Sardá” Integrada al Hospital Rivadavia	Sociedad de Beneficencia	Atención de embarazadas, puérperas y recién nacidos	1934

Fuente:

Censo Nacional de 1914.

A. Olarán Chans (1941) “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Elaboración propia.

Como ya dijimos, la maternidad del Hospital Rivadavia fue la primera en la ciudad, y aún en la década de 1930 la más importante. Su presencia respondió, como ya hemos visto, al desarrollo de la obstetricia como especialidad médica pero además era coherente con la acción desplegada por la Sociedad de Beneficencia en torno a la protección de las mujeres pobres y el cuidado de la infancia desvalida¹¹.

Sin embargo, ambas tendencias entraron en conflicto; el prestigio logrado por las instituciones sanitarias, especialmente la Maternidad, sobre la base de la eficiencia sanitaria y a los adelantos científicos implementados determinó la ampliación de los posibles destinatarios del sistema. De esta manera, la Sociedad de Beneficencia concretó hacia fines del siglo XIX un programa inclusivo para las mujeres de sectores medios tanto a través de la construcción de los pabellones hospitalarios para pensionistas en el Hospital Rivadavia (Pita, 2004) como con el establecimiento de aranceles de internación para pacientes con cierta capacidad de pago, a los que se brindaba una mejor hotelería en salitas privadas o semiprivadas (Armus y Belmartino, 2001). Así, las medidas se articularon como respuestas ante el crecimiento de la demanda para un sistema sobrecargado basado en la gratuidad de la atención. Sin embargo, también intervino a la necesidad de ofrecer sus servicios a nuevos sectores que solicitaron estos servicios a partir de la consolidación paulatina de la obstetricia

como especialidad científica y especialmente, de su capacidad en los establecimientos dependientes de la Sociedad de Beneficencia.

En 1928, para ampliar los servicios de atención a las embarazadas y recién nacidos, se creó el Instituto de Maternidad a partir de las donaciones realizadas por la Sra. Angela Massini de Silveira. Dirigido por el Dr. Alberto Peralta Ramos con una capacidad de 600 camas, realizaba alrededor de 6.500 partos anuales (Facciuti, 2005: 57). Se transformó en una institución médica modelo¹² sobre todo a partir de la incorporación de innovaciones sanitarias y asistenciales. Entre ellas, se destacaron, la creación de un Departamento de Puericultura bajo la dirección del Prof. Dr. J. P. Garrahan en el que se integró por primera vez la labor de una Visitadora de Higiene y la institución del primer Servicio Social para atender las necesidades de las madres concurrentes. Otras de las novedades realizadas fueron la fundación de establecimientos auxiliares, un albergue para mujeres provenientes del interior del país y un asilo para lactantes.

Finalmente, esta tarea de protección al binomio madre niño, se consolidó con la fundación de una “maternidad de tipo integral” ideada por el Dr. Alberto Peralta Ramos y construida con el legado de la Sra. Marull de Sardá¹³; la Maternidad “Ramón Sardá”. Sus servicios se concentraron en las mujeres pobres y su carácter integral estuvo dado por sus servicios de asistencia social que permitieron integrar la labor médica con las tareas más amplias de intervención social.

b) Las Maternidades creadas por los médicos: La Asistencia Pública amplía sus servicios

¹¹ Ver (Vasallo, 2000; Mead, 2000 Pita, 2004)

¹² Ver los trabajos de varios médicos que trabajan en las instituciones dependientes de la Asistencia Pública donde se observa esta valoración. Dr. Delio Aguilar Giraldes (1936) “La ficha del recién nacido suministrada por la Maternidad del Hospital Durand” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo 2. Nº 1. Año 1936. Juan J. Murtaugh, Adelcira A. de Muñoz, Clelia M. de Durand y Guillermo Bayley Bustamante (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*. .

¹³ Se estableció por primera vez en la calle Luca 2151, lugar donde continúa funcionando. El proyecto fue explicado con detalles en el Primer Congreso de Asistencia Social auspiciado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, de esta manera se mostraba el impacto que las instituciones médicas de la Sociedad de Beneficencia generaban en la comunidad. Ver Mario H. Bortagaray y Rodolfo Kreutzer (1936) “Organización Integral de los Dispensarios de Primera infancia”. *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Página 180

Los médicos comenzaron a crear sus propias y nuevas instituciones al mismo tiempo que intentaban colocar bajo su supervisión y dirección el resto de las instituciones privadas y semiprivadas existentes.

En la medida, en que se desarrollaron los Hospitales en la Asistencia Pública, estos comenzaron a contar con salas de parto y a organizar “servicios de obstetricia y ginecología” a partir de consultorios externos para dirigir y aconsejar a las pobres mujeres embarazadas. Este crecimiento asistencial se afirmó, acorde al proceso analizado de consolidación de la obstetricia, con el surgimiento de las Maternidades como instituciones dependientes de los Hospitales existentes pero con un cierto grado de autonomía basado en la especificidad y eficacia del conocimiento desarrollado.

Cuadro N° 2: Maternidades en la ciudad de Buenos Aires dependientes de la Asistencia Pública

Nombre de la Maternidad	Dependiente	Año de creación
Maternidad del Hospital San Roque	Hospital San Roque (luego Ramos Mejía)	1892
Maternidad del Hospital Teodoro Álvarez	Hospital Teodoro Álvarez	1898
Maternidad del Hospital Alvear	Hospital Alvear.	1912
Maternidad del Hospital Fernández	Hospital Fernández.	1912
Maternidad del Hospital Pirovano	Hospital Pirovano.	1914
Maternidad del Hospital Salaberry	Hospital Salaberry	1915
Maternidad del Hospital Durand	Hospital Durand.	1917
Maternidad del Hospital Piñeiro	Hospital Piñeiro.	1921
Maternidad del Hospital Tornú	Hospital Tornú.	1924
Maternidad del Hospital Penna	Hospital Penna.	1926
Instituto de Maternidad “Samuel Gache”	Hospital Rawson.	1933

Fuente: A. Olarán Chans (1941) “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Elaboración propia.

Desde la década de 1890 hasta 1933, se crearon once Maternidades dentro de la estructura sanitaria planteada. A pesar de que el desarrollo institucional fue importante sobretudo a partir de la comparación internacional, los médicos presentaron quejas de su insuficiencia; en gran medida el desenvolvimiento de las instituciones de atención de la salud materno- infantil no estaba a la altura de las expectativas de los médicos (Nari, 2004).

El Dr. Boero, jefe de la Maternidad del Hospital Durand, reveló la tensión existente detrás de un amplio crecimiento institucional que encarnaba la afirmación de

un saber científico, la obstetricia. Las maternidades municipales “aunque funcionando de acuerdo a un plan que no es moderno” resultaron gracias a la acción de sus médicos “profesores de la Facultad, verdaderos centros de estudio y enseñanza, con el consiguiente beneficio para la población de sus respectivas zonas de influencia”. Los médicos, se planteaban la necesidad de innovaciones que respondieran a la “alta y grande función social” que debían desempeñar las maternidades.

Dos grandes líneas de acción se desprendían como desafíos para llevar adelante en una nueva etapa tanto de la medicina en general como de la obstetricia en tanto especialidad científica. La primera implicaba la redefinición del destinatario de la tarea médica obstétrica, “no es posible, hoy en día, preocuparse solamente de la madre, sino que debe tenerse en cuenta que el binomio madre-hijo es una entidad indestructible”; la segunda determinaba la ampliación del ámbito de intervención social de las maternidades; “debe primar el concepto integral para una maternidad moderna, vale decir, que debe realizarse asistencia obstétrico-social”. Sólo a partir de asumir los retos planteados, la Obstetricia arraigaba su lugar no ya sólo “como un arte, ni como una especialización de la medicina con campo de acción restringido” sino como “una materia de importancia básica, al lado de las clínicas médica y quirúrgica”¹⁴.

Un nuevo destinatario de la acción médica: la imposibilidad de “proteger a uno con la prescindencia del otro”¹⁵

La relación materna 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.

En el discurso médico, la construcción de este binomio implicó la reconceptualización del parto; este no fue considerado como el momento de emergencia de una nueva persona, el niño a partir de su separación con la madre. Así los médicos establecieron la prolongación del lazo orgánico entre la mujer y el niño durante el puerperio esencialmente a través del amamantamiento. Esta interdependencia se basó en criterios biológicos en tanto que la madre se convirtió en la pieza esencial para la

¹⁴ Enrique A. Boero y David Berdeal Ávila (1936) “Importancia de las cooperadoras en las Maternidades” en *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Páginas 243, 244 y 245. Este trabajo presentado en el Congreso también fue publicado en *La Semana Médica*, 1935.

supervivencia del lactante a través de su leche. Así la obstetricia y la puericultura a través de frases como “el derecho de niño a su madre” y “la leche de la madre pertenece al niño”¹⁶ para afirmar estas ideas y sustentar nuevas prácticas; en pos de disminuir, la mortalidad infantil provocada, en gran medida, por los trastornos gastrointestinales.

Sin lugar a dudas, el discurso médico encontró resistencias de las mujeres para imponer este criterio. Claramente la salud del recién nacido dependía de la madre desde lo orgánico, sin embargo esta dependencia no era posible de establecer simétricamente. Los criterios biológicos no eran útiles para justificar la sujeción de las madres con respecto a los hijos; era necesaria la inclusión de nuevos criterios, los psíquicos emotivos. Este proceso de ampliación fue posible, debido a que los saberes médicos de la época incluían aquellos que, luego de 1920, conformarán la psicología infantil (Plotkin, 2003).

La maternidad se constituyó en un acto que tenía implicancias más allá de lo vital, la condición femenina plena emergía de este hecho; sólo con hijos las mujeres alcanzarían su femineidad verdadera, a partir de la adquisición de la felicidad otorgada en tanto alcanzaban su plenitud. De esta manera, el discurso médico produjo a partir de variados aspectos la identificación de la subjetividad femenina con la condición materna (Nari, 2004).

De esta manera, los médicos aportaron científicidad a un discurso más amplio sostenido por juristas, criminólogos, abogados, intelectuales y la prensa que estableció la maternidad como la única posición y pasión natural femenina. Bajo esta idea, que en algunos casos fue concebida no sólo como contraria a la propia condición femenina establecida sino también como su corrupción¹⁷ se incluyó variadas prácticas femeninas, entre ellas especialmente los controles anticonceptivos, el aborto y el infanticidio.

El nuevo vínculo basado en lo psíquico-afectivo y en lo orgánico implantó una nueva actitud femenina hacia la crianza de los niños; los sentimientos maternales materializados en acciones y prácticas concretas a realizar por las mujeres para

¹⁵ Enrique A. Boero y David Berdeal Ávila (1936) “Importancia de las cooperadoras en las Maternidades” en *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Página 244. Este trabajo presentado en el Congreso también fue publicado en *La Semana Médica*, 1935.

¹⁶ Ambas frases fueron creadas por el Dr. Pinard, famoso médico renovador de la terapéutica obstétrica, formuló hacia 1898 las bases teóricas de la puericultura. Ver Alfredo Buzzo (1935) “Discurso leído por el presidente Prof. Dr. Alfredo Buzzo con motivo de la inauguración de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, el 14 de septiembre de 1934” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo 1 N° 1. Año 1935. Pág. 19 y 20.

¹⁷ Esto se observa claramente en el uso del término “desnaturalizadas” para describir las conductas femeninas que resistían la maternidad como único destino.

demostrarlos. Así la preparación del ajuar, los acuerdos para recibir ayuda durante el parto y el corte del cordón umbilical indicaban una mujer con intenciones adecuadas hacia el niño esperado (Ruggiero, 1992). A partir del lazo madre e hijo sustancial en la nueva concepción de la maternidad, se desarrolló una estrategia para mejorar la salud infantil en las cuales sólo la progenitora era la persona indicada e indispensable para alimentar, cuidar y amar a un niño (Nari, 2004).

Podría pensarse que el binomio madre-niño al establecer la fundición de dos identidades en una, equiparó a ambos individuos, por el contrario determinó una asimetría jerárquica. La relación entre adulto y niño en la sociedad occidental se caracterizó tradicionalmente como una relación contingente y asimétrica; cuyo sentido, producto de una construcción histórica fuertemente atravesada por el poder, estableció la falta de horizontalidad de ella. La minoridad biológica del niño percibida en tanto elemento natural justificó su sujeción hacia los adultos (Carli, 2002). Sin embargo, esta particularidad en el vínculo entre el adulto y el infante, no se aplicó de forma mecánica al lazo madre y niño sino que se invirtió. La asimetría, en este caso, favoreció al recién nacido quien se transformó en una persona independiente con necesidades propias que requerían atención específica. Así se reconoció su unicidad, su carácter de hijo o hija, al destacarse tanto del confuso conglomerado que en tiempos anteriores había constituido la prole como de la propia madre. El niño cobró una entidad propia desde la gestación, y especialmente, desde el nacimiento, sin embargo la mujer veló la suya detrás de la madre (Nari, 2004).

La redefinición del destinatario de las prácticas médicas, el binomio madre-hijo, generó tensiones en el interior del campo científico entre obstetras y puericultores sobre la especialidad que debía cuidarlo. Los niños al nacer en las Maternidades, comenzaron a formar parte del “patrimonio del obstetra, quien consideraba este primer período de la vida como parte atingente de su especialidad” resultado de la consolidación de la obstetricia como encargada de la reproducción humana. Pero “el acrecentamiento del caudal científico y técnico” exigido por “tópicos tan dispares, situaciones y cuadros tan distintos” impuso paulatinamente la aparición de la puericultura en las Maternidades “a cuyo cuidado e indicaciones técnicas estarán sometidos los niños que en dichos lugares vengán al mundo”. Así, se instaló un conflicto entre “obstetras y pediatras sobre a quien debiera estar confiada esta atención del recién nacido”; el “médico de niños” intentaba fundamentar su posición a partir de la posesión de los conocimientos necesarios para “encauzar la normal crianza del recién nacido y formular con sólido y experimentado

criterio pediátrico, las indicaciones necesarias”; los obstetras quienes controlaban las Maternidades ya consolidadas en la década de 1930 generaron fuertes resistencias a partir de estrategias concretas.

En primer lugar, en algunas de ellas, impidieron las innovaciones y la asistencia al recién nacido era “realizada por obstetras”. En los casos que no pudieron hacerlo, permitieron que otros “servicios atiendan a los recién nacidos”; así se confió el cuidado del recién nacido “a los Servicios de Pediatría o Institutos de Puericultura dependientes de la Protección a la Infancia” que funcionaban en el mismo espacio físico pero bajo otra dependencia institucional. Finalmente, en algunos casos, no pudieron evitar la inclusión de un “un puericultor que dedica su actividad únicamente a los recién nacidos” a través de la creación de “un Consultorio Externo de Puericultura” o de su incorporación en “las funciones de médico de sala”.

Sin embargo, esta inserción fue precaria en tanto el cargo no tenía “carácter definitivo en el personal de dichas salas y los que los desempeñan tienen muchos de ellos nombramientos en otras especialidades” o directamente lo ejercían “en función honoraria”. Además de la inestabilidad laboral, la introducción del puericultor debió respetar una estructura organizativa “afincado en la Maternidad, el puericultor conoce a cada recién nacido” que le determina una tarea precisa; “aprecia sus antecedentes, valora la repercusión del acto obstétrico sobre el mismo, lo clasifica personalmente de acuerdo a sus características físicas, estudia los cuadros patológicos que puedan presentarse y hace las oportunas indicaciones terapéuticas”. De esta manera, se instala una categoría entre las especialidades, el puericultor a pesar de ser el portador de una especialidad “debe estar forzosamente y estrechamente vinculado a la Maternidad y conocer no sólo profundamente la patología del recién nacido y del lactante”; sus conocimientos aunque precisos procedían en gran medida de la obstetricia “sino también hacer extensiva su cultura en obstetricia, higiene, etc., a las que se encuentra íntimamente relacionada”.

Por lo tanto, el surgimiento de un nuevo destinatario de la acción médica, el binomio madre- hijo, por un lado supuso la ampliación del campo de acción de la medicina, al intervenir en inéditos ámbitos físicos y sociales. Por otra parte, determinó la exigencia de novedades institucionales y organizativas, “para que se comparta la tendencia dualista de esta gestión, tareas que deberán ser íntimamente colaborativas por los grandes beneficios que reportará a madres e hijos esta acción conjunta de obstetras y

puericultores¹⁸”; fuente de conflictos y tensiones entre las especialidades nacientes dentro del campo médico.

La Maternidad Integral: Los Institutos de Maternidad y Asistencia Social

Las Maternidades se consolidaron fuertemente como centros asistenciales en la década del treinta gracias a la acción de varios factores. En primer lugar, como dijimos anteriormente, para ese período ya había casi finalizado el proceso de su creación como instituciones dependientes de los Hospitales existentes pero con un cierto grado de autonomía basado en la especificidad y eficacia del conocimiento desarrollado.

En segundo lugar, el índice de partos atendidos en los Hospitales en la ciudad de Buenos Aires aumentó considerablemente en la década de 1930 (Nari: 2004:179). En Buenos Aires, durante el período 1937-41 el 51% de los nacimientos sucedidos se produjo en Maternidades (públicas o privadas). A medida que aumentó el número de partos hospitalarios, disminuyó el número de partos realizados en las casas de familia. Asimismo desde 1923, las parturientas tenían la posibilidad de recibir asistencia maternal a domicilio¹⁹. Del total de nacimientos producidos durante el quinquenio se efectuaron en centros hospitalarios el “56,7% de las oportunidades, en casa de familia en el 35,7% y en sanatorios en el 8%”²⁰.

Cuadro N° 3: Clasificación de los nacimientos según el lugar donde se realizó. Buenos Aires, 1937-1941²¹

Lugar de nacimiento	1937	1938	1939	1940	1941	Total
Casas de familia	16.927	17.193	16.955	15.216	14.480	80.771
Sanatorios y clínicas	2.070	2.741	3.269	4.193	4.590	16.863
Hospitales	22.742	24.525	24.890	27.829	27.910	127.896
Inscritos Casa de Expósitos	67	76	40	40	26	249
Nacidos vivos en el extranjero	2	1			1	4
Total	41.808	44.536	45.154	47.278	47.007	225.783

¹⁸ Dres R. Salomone Allievi y D. Aguilar Giraldes (1939) “Consideraciones que sugiere la asistencia a los recién nacidos en las Maternidades” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo V. N° 1. Enero- Marzo 1939. Páginas 5 a 14.

¹⁹ Este servicio fue creado el 26 de julio de 1923 y reglamentado por la Ordenanza del 28 de marzo de 1928 en A. Olarán Chans (1941) “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Página 160.

²⁰ Delio Aguilar Giraldes (1944) “Sobre asistencia al recién nacido en nuestra Capital” en *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo X. 1944. Página 19 y 20.

²¹ En el cuadro se contabilizan tanto los nacidos vivos como los nacidos muertos.

Fuente: Información de la Dirección General de Estadística Municipal. Delio Aguilar Giraldes (1944) “Sobre asistencia al recién nacido en nuestra Capital” en *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo X. 1944. Página 19

A pesar del lugar prestigioso afirmado en la sociedad porteña; varios elementos provocaron la adopción paulatina de cambios en la estructura y organización dedicada a la atención de la salud de mujeres y niños. Por un parte, los mismos médicos, como ya hemos señalado, elevaron quejas por el funcionamiento del sistema; así las Maternidades “no llenaban en forma efectiva su rol de protección a la madre y al niño, siendo visible la falta de unidad de orientación y de acción entre ellas y la carencia de una idea directriz”²². En segundo lugar, la realidad de las instituciones exteriorizaba falencias concretas para realizar un apoyo y cuidado acabado de madres y niños. Carecían del material específico básico “no se cuenta con abundancia de sacaleches, tetinas, heladeras destinadas únicamente a la conservación de alimentos infantiles, mamaderas, bañaderas, lavadores de frascos” y más lejana aparecía aún la posibilidad de incorporar aquellos elementos tecnológicos en boga “extractor de leche, incubadoras, dotaciones de ropa para recién nacidos esterilizada”. Por último, la carencia de personal especializado. La atención del recién nacido se encontraba en manos de las parteras cuya formación no las habilitaba para esta tarea y además quienes “por obligaciones inherentes a su cargo no le prestan la atención debida”, o de las enfermeras, “la gran mayoría sin título habilitante, sin especialización, en número insuficiente y dedicadas a tareas varias”²³.

A esto se sumaba la existencia de una serie de situaciones a la que las Maternidades debían responder para ejercer su función de forma cabal. Primeramente lograr un control de todo el embarazo, para “tratar de conseguir que la embarazada lleve su gestación al término en las mejores condiciones físicas y morales”. Una vez dado el nacimiento, “conservar la madre para su hijo, favoreciendo la lactancia materna” para resguardar la salud del recién nacido. Finalmente, “proporcionarle enseñanza sobre la crianza maternal²⁴” en pos de asegurarse un efectivo cuidado infantil

²² Enrique A. Boero y David Berdeal Ávila (1936) “Importancia de las cooperadoras en las Maternidades” en *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Página 244.

²³ R. Salomone Allievi y D. Aguilar Giraldes (1939) “Consideraciones que sugiere la asistencia a los recién nacidos en las Maternidades” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo V. Nº 1. Enero- Marzo 1939. Página 11.

²⁴ Enrique A. Boero y David Berdeal Ávila (1936) “Importancia de las cooperadoras en las Maternidades” en *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Página 248.

en manos de madres educadas. Además la experiencia francesa demostraba la eficacia de la incorporación de innovaciones organizativas dentro de las Maternidades; así los ejemplos del Servicio Social del Hospital de Niños Enfermos realizado por el Dr. Marfan, desde 1913; el Servicio Social en la Clínica Baudelocque²⁵ desde 1922 y El apoyo maternal en las maternidades de la Pitié desde 1921, en la maternidad Tarnier desde 1923, y más tarde en la maternidad Saint-Antoine y del hospital Lariboisière; se demostraban el modelo a seguir.

Las primeras reformas se realizaron en 1930, las Maternidades dependientes de la Asistencia Pública fueron convertidas en institutos de Eugenesia y Maternidad por Decreto del Intendente Municipal, doctor José Luis Cantilo. Esta transformación permitía la obtención de autonomía dentro del Hospital, sin embargo el decreto al poco tiempo fue derogado²⁶.

Finalmente en 1936, la reforma se materializó con la Ordenanza 7915 que transformó a los servicios de maternidades de los Hospitales Municipales en “Institutos de Maternidad y Asistencia Social”. En los flamantes Institutos se incorporaron consultorios de Ginecología y en algunos casos con consultorios de Clínica Médica, Tisiología, Sifilología, Secreciones Internas para mejorar la asistencia materna y consultorios de puericultura para velar por los recién nacidos. Más allá de la ampliación de los servicios, acordes al desarrollo científico y técnico alcanzado por el saber médico, la novedad mayor implementada la constituyó la inclusión del Servicio Social.

El objetivo del nuevo Servicio era acentuar “el aspecto médicosocial de la asistencia obstétrica”. Se intentó alcanzar este objetivo a través de dos estrategias; por una parte, buscó brindar respuestas a las situaciones sociales de la población concurrente a las Maternidades: “La mayoría de las asistidas en nuestras maternidades son necesitadas”. Como ejemplo el 63,7% de las madres concurrentes a la maternidad del Hospital Durand, “tenían ingresos mensuales incompatibles con sus necesidades, y como resultante, el 80% vivía en una sola habitación”; situación similar se presentaba en el Instituto de Maternidad Ubaldo Fernández del Hospital Alvear²⁷.

Paralelamente, se procuró ampliar la población atendida; así el Instituto no debía esperar “únicamente su clientela de las embarazadas, puérperas y todas aquellas

²⁵ La Clínica Baudelocque era la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de París.

²⁶ Enrique A. Boero y David Berdeal Ávila (1936) “Importancia de las cooperadoras en las Maternidades” en *Congreso Interno del Cincuentenario de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Página 245.

que por distintas ginecopatías recurren a sus servicios”, sino que debía buscar incluir en su atención a aquellas mujeres y niños necesitados de atención que no concurrían habitualmente. Además buscaba prolongar el contacto con las mujeres después del embarazo para convertirlos “en verdaderos centros de asistencia integral de la mujer”²⁸.

Para reafirmar la importancia de esta función desde 1934 hasta 1939 se instituyeron oficialmente los Servicios Sociales en diversas Maternidades²⁹, creados primitivamente por gestiones oficiales o de particulares, fueron precursores dentro de los Hospitales de la asistencia social que emergió en un primer momento como servicio de asistencia maternal. Nuevamente las instituciones dependientes de la Sociedad de Beneficencia fueron las pioneras en su instauración; en 1928 se organizó el primero dentro del Instituto de Maternidad del Hospital Rivadavia que fue considerado como ejemplo a imitar (Nari, 2004).

En muy poco tiempo, se organizaron los servicios sociales en distintos establecimientos, para 1933 contaban con estas prestaciones el Hospital Tornú, el Instituto de Medicina Experimental, el Hospital de Clínicas, el Hospital Muñiz, el Hospital Durand. Dentro de las Maternidades dependientes de la Asistencia Pública, la Maternidad del Hospital Ramos Mejía, la Maternidad del Hospital Alvear y la Maternidad del Hospital Rawson, y las siguientes instituciones el Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, la Maternidad Sardá y la Clínica Obstétrica y Ginecológica Eliseo Cantón.

El Servicio Social del Instituto de Maternidad Prof. Ubaldo Fernández del Hospital Alvear se organizó en 1931. Las prestaciones incluidas dentro del Servicio abarcaban una sección de educación con biblioteca incluida, que ofrecía clases y cursos de puericultura, higiene, profilaxis de embarazadas, labores, economía doméstica tanto para mujeres embarazadas como para madres. Otra serie de acciones tendían a ofrecer prestaciones a las mujeres embarazadas; por un lado “las cuidadoras del hogar” mujeres que se enviaban durante el día a las casas de parturientas con hijos para colaborar en las tareas de la higiene personal, la limpieza del hogar y la preparación de alimentos y

²⁷ Delio Aguilar Giraldes (1944) “Sobre asistencia al recién nacido en nuestra Capital” en *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo X. 1944. Página 18.

²⁸ R. Salomone Allievi y D. Aguilar Giraldes (1939) “Consideraciones que sugiere la asistencia a los recién nacidos en las Maternidades” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo V. N° 1. Enero- Marzo 1939. Página 6.

²⁹ Esta creación se plasmó en las Ordenanzas N° 6459, N° 7678, N° 7.912, N° 7.914. en A. Olarán Chans (1941) “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Páginas 161 y 162

evitar de esta manera su internación. En caso de no poder evitarse la internación por razones médicas, existía un “refugio” en donde podían ser hospitalizadas con los niños. Por otra parte, se implementaron una gama de actividades que buscaban salvaguardar y consolidar la familia; entre ellas se destacaban la legalización de uniones y el reconocimiento de hijos ilegítimos que involucraron gestiones y trámites ante juzgados y defensorías. Finalmente se brindaban variadas formas de ayuda material que abarcaban desde la distribución de ropa, medicamentos y ajuares como ayuda pecuniaria, internación tanto de madres como de niños y familiares enfermos como también de herramientas económicas para las madres, búsqueda de trabajo y búsqueda de colocación de los hijos en instituciones para insertarse en el mercado de trabajo. Todas estas funciones incluidas en el Servicio Social se basaron en la presencia de las Visitadoras como eje fundamental (Nari, 2004: 186-187).

El Servicio Social del Instituto de Maternidad Samuel Gache³⁰ del Hospital Rawson fue creado en 1936. Compartía la estructura descrita anteriormente; la actividad educativa abarcaba desde nociones de puericultura, higiene, economía doméstica, costura hasta la enseñanza de las primeras letras a las madres analfabetas. Además se dictó durante varios años un curso de religión y moral que buscaba estimular los matrimonios, y fusionaba las funciones educativas con aquellas destinadas al fortalecimiento de la familia. También se encontraba las gestiones del reconocimiento de hijos y de realización de los matrimonios tanto civiles como religiosos. La embarazada era acompañada a través de la “guardia obstétrica” si daba luz en su domicilio; en caso de que diera a luz en la Maternidad y su internación debía prolongarse por razones económicas al carecer de alojamiento, se le ofrecía la posibilidad de continuar su estadía en el “Asilo”. En último lugar se otorgaba toda la ayuda posible a la madre y al niño bajo múltiples formas; alimentos, leche, ropa, ajuares, cunas, insumos básicos, medicamentos, así como los trámites para solucionar problemas de salud, vivienda y trabajo (Di Liscia, 2002).

El Servicio Social del Instituto de Maternidad Samuel Gache del Hospital Rawson era atendido por un médico-director, una visitadora jefe, cuatro visitadoras rentadas, cuatro honorarias, una asistente social y las Damas Vicentinas de la

³⁰ Ambas instituciones publicaron sus propios órganos de difusión; Anales del Instituto de Maternidad del prof. Ubaldo Fernández del Hospital Alvear y Anales del Instituto de Maternidad Samuel Gache del Hospital Rawson.

Conferencia de San Cristóbal³¹. La presencia de estas damas provenientes de una organización religiosa señalaba la fragilidad de estos servicios que dependían parcialmente de la colaboración de instituciones benéficas tradicionales; de esta manera se encontraban entremezclados elementos provenientes de una concepción ancestral de la beneficencia enraizada en dogmas religiosos con las novedades generadas en el campo de la medicina social.

De esta manera, los incipientes Servicios Sociales intentaron imponer el “deber social de previsión y asistencia” a través del “cuidado del enfermo y la protección al necesitado” para lograr un “recíproco beneficio para el individuo y la colectividad³²”.

A modo de conclusión: ¿ampliación o divorcio?

Desde finales del siglo XIX, la obstetricia se consolidó como especialidad médica a través del desarrollo de variadas estrategias; la expansión del campo de intervención con la medicalización de la reproducción, el paulatino control médico masculino del embarazo y el parto, la transformación de una función tradicionalmente femenina, la comadrona o partera y la lenta imposición del parto hospitalario.

A medida de su afianzamiento como disciplina científica, el discurso médico reconceptualizó tanto su destinatario a partir de la creación del binomio madre-hijo como sus funciones a partir de la incorporación de la asistencia social. Sin embargo, ambas iniciativas provocaron tensiones dentro de la profesión médica; en tanto el binomio madre-hijo presentaba disyuntivas sobre la especificidad del conocimiento requerido para su atención y vigilancia.

Los mismos conflictos cruzaron en el caso de las innovaciones incluidas en el Servicio Social, los médicos puericultores exhibieron algunas reticencias englobadas bajo la necesidad de delimitar “radios de acción claramente delimitados”. El argumento utilizado radicó en las características de “la clientela hospitalaria” proveniente “de los más distintos barrios de esta capital o de sus suburbios”. De esta manera, el Servicio Social implementado por la Maternidad se vería fuertemente limitado debido a que las destinatarias del mismo “antes de haber dado a luz o retornadas a sus hogares escaparían

³¹ Palacios Costa, N. y Colmegna, J. (1941) “El Servicio Social en la Maternidad del Hospital Rawson” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Página 170.

³² Delio Aguilar Giraldes (1944) “Sobre asistencia al recién nacido en nuestra Capital” en *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo X. 1944. Página 18.

o harían más dificultosa la acción del Servicio Social”. En tanto el eje de la nueva organización estaba constituido por las visitas domiciliarias “es fácil imaginar las dificultades que atravesarán las visitadoras en su misión, las que rendirán en desmedro de sus tareas y en el apoyo a prestar”.

Además “los recién nacidos”, quienes “suelen ser llevados a los Servicios dependientes de la Protección a la Primera Infancia” por lo tanto el vínculo con las Maternidades se desdibujaba en la práctica y requería de trabajo adicional que recargaba a los pocos recursos humanos disponibles, “los cuales a su vez tendrán que distraer su personal en las acostumbradas y periódicas visitas”.

En la actividad cotidiana de las instituciones se produjo “un divorcio en la asistencia social de la madre y del hijo”, entre aquella provista por distintos organismos superpuestos y en competencia, como “las Maternidades” y “la Protección a la Primera Infancia”. Los grupos de médicos en conflicto sostuvieron como declaración de principios la necesidad de la “posible coordinación de la misma cobra capital importancia, ya que reportará beneficios a los asistidos, economía al erario y unidad en el noble destino para el que fuera creado³³; sin embargo esta potencial vía de resolución del problema erosionaba las bases del crecimiento del poder médico sobre las madres.

³³ En “Crónica e Informaciones. La reglamentación de los servicios sociales en los Institutos Maternales”. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo 3. Nº 2. Año 1937. Páginas 145 y 146.

Bibliografía

- 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, páginas 283-329.
- Carli, Sandra (2002) *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la educación argentina entre 1880 y 1955*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires y Miño y Dávila.
- Celton, Dora (2000) “La población. Desarrollo y características demográficas” en Academia Nacional de la Historia *Nueva Historia de la Nación Argentina*. Buenos Aires, Editorial Planeta, páginas 45-75.
- Correa, Alejandra (2000) “Parir es morir un poco” en Gil Lozano, Fernanda, Pita, Valeria Silvina y Ini, María Gabriela (directoras) (2000) *Historia de las mujeres en la Argentina. Tomo 1. Colonia y siglo XIX*. Buenos Aires, Taurus, páginas 193-213.
- Di Liscia, María Silvia (2002) “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)” en *História, Ciências, Saúde- Maginhos*, Rio de Janeiro. Vol. 9. 2002, páginas 209-232.
- Eraso, Yolanda (2001) “Ni parteras ni médicos: obstetras. Especialización médica y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XX” en *Anuario de la Escuela de Historia*. U. N. C. Año 1 N° 1. Córdoba, Argentina, páginas 109-124.
- Facciuto, Alejandra (2005) *La Sociedad de Beneficencia: lo oculto en la bondad de una época*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Knibiehler, Yvonne (2001) *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Llames Massini, J. C. (1915) *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires, Imprenta Flaiban y Carillioni.
- Mead, Karen (2000) “‘La mujer argentina’ y la política de ricos y pobres a fin del siglo XIX” en Acha, Omar y Halperín; Paula (Comp.) (2000) *Cuerpos, géneros, identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires, Ediciones del Signo.
- Nari, Marcela (1995) “La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales a su bebé de manera científica).” En *Mora. Revista del Area Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer* N° 1. Agosto de 1995. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina, páginas 31-45.

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

Pita, Valeria (2004) “¿La ciencia o la costura? Pujas entre médicos y matronas por el dominio institucional. Buenos Aires, 1880-1900” en Alvarez, Adriana, Molinari, Irene y Plotkin, Mariano Ben (2003) *Freud en las pampas*. Buenos Aires, Sudamericana.

Reynoso, Daniel (editores) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX-XX*. Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Ruggiero, Kristin (1992) “Honor, Maternity and the Disciplining of Women: Infanticide in Late Nineteenth-Century Buenos Aires” en *Hispanic American Historical Review*, LXXII, 3. Duke University Press, páginas 353-376.

Vassallo, Alejandra(2000) “Entre el conflicto y la negociación. Los feminismos argentinos en los inicios del Consejo Nacional de Mujeres, 1900-1910” en Gil Lozano, Fernanda, Pita, Valeria Silvina y Ini, María Gabriela (directoras) (2000) *Historia de las mujeres en la Argentina. Tomo II, SigloXX*. Buenos Aires, Taurus, páginas.