

RESUMEN / ABSTRACT

El presente artículo analiza el proceso de medicalización en Argentina entre 1870-1940, considerando sobre todo la participación de las mujeres de clase media y alta como uno de los actores que, con un papel progresivamente subordinado, tuvieron injerencia en las familias de sectores populares. Se trata de un periodo clave para la construcción paralela del discurso higiénico y de reafirmación de los papeles de género, donde incide especialmente la maternidad como valor en sí. En este proceso se consideran diferentes etapas, vinculadas con el desarrollo socioeconómico y a la configuración del Estado. La puesta en práctica del discurso médico higiénico implicó un considerable esfuerzo femenino en las tareas hogareñas, sin que resolvieran paralelamente y para la mayoría de la población argentina las condiciones materiales necesarias.

In this paper, we analyse the process of *medicalización* in Argentina between 1870-1940, considering mainly middle and high class women's participation as one of the actors who, with a progressively subordinated role, held an influence on popular sectors. This is a key period in the simultaneous construction of hygienic discourse and the reinforcement of gender roles, where maternity exerted an influence as a value in itself. In this process, different stages are examined, linked to the socio-economic development and the State configuration. Putting into practice medical-hygienic discourse implied a remarkable effort for women in home tasks, without the respective solution, for most of the Argentine population, of necessary material conditions.

Recepción: 20/12/04 • Aceptación: 20/05/05

Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940*

MARÍA SILVIA DI LISCIA**

Institución

INTRODUCCIÓN

El presente artículo es un aporte al análisis del complejo proceso de medicalización en Argentina entre 1870-1940.¹ Se considera sobre todo la participación femenina de sectores altos y medios como uno de los

• • • • •

* Realizado en el proyecto de investigación "Memoria, género e identidades colectivas. Recuperación de voces e imágenes de mujeres", en colaboración con la Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires/Facultad de Ciencias Humanas-Universidad Nacional de La Pampa.

PALABRAS CLAVE

** silviadi@fchst.unlpam.edu.ar

MEDICALIZACIÓN

1 No se me escapa el desafío que implica abarcar en tan pocas páginas un proceso

MUJERES

histórico de tal complejidad; el objetivo de este trabajo es una reflexión que excede un período para observar la transformación en un marco temporal más extenso. La

ARGENTINA

reconstrucción histórica está limitada y no se harán más que evaluaciones generales; para profundizar en el tema véanse: Mirta Zaida Lobato (dir.), *Nueva historia argentina*, tomo v: *El progreso, la modernización y sus límites*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000;

FAMILIAS

Ricardo Falcón (dir.), *Nueva historia argentina*, tomo vi: *Democracia, conflicto social y renovación de ideas (1916-1930)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000 y Alejandro

actores que, aún con un papel progresivamente subordinado, tuvo injerencia en las familias de sectores populares.²

Las fuentes utilizadas son éditas e inéditas: relatos de viajeros y viajeras, informes de médicos y auxiliares médicos (asistentes sociales, parteras y visitadoras), legislación, manuales médicos, prensa y publicidad científica y no científica, entre otras. Las voces de varones y mujeres constituyen visiones diferentes, en ocasiones coincidentes, acerca de un periodo clave para la construcción paralela del discurso higiénico y de reafirmación de los papeles de género.

La generalización de la limpieza en hogares y personas como valor en sí, es decir, como apropiación de una regla mecánica que se hizo efectiva sin coacción



Cattaruzza (dir.), *Nueva historia argentina*, tomo VII: *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política 1930-1945*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000.

² Los numerosos aportes de la historia de la familia en el caso de Europa se sintetizan en el texto de Tamara Hareven, "Recent research on the history of the family", en Michael Drake (ed.), *Time, Family and Community. Perspectives on Family and Community History*, Cambridge, Blackwell Publishers, 1994, pp. 13-43 y la reciente obra de David Kertzer y Marzio Barbagli (comps.), *Historia de la familia europea*, vol. II: *La vida familiar desde la Revolución francesa hasta la primera Guerra Mundial (1789-1913)*, Barcelona, Paidós, 2003. Para Argentina véanse los rigurosos trabajos de Susana Torrado, *Historia de la familia en la Argentina moderna, 1870-2000*, Buenos Aires, Ediciones La Flor, 2003 y José Luis Moreno, *Historia de la familia en el Río de la Plata*, Buenos Aires, Sudamericana, 2004. En relación con la producción sobre salud, véase Diego Armus y Susana Belmartino, "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", en Alejandro Cattaruzza (dir.), *op. cit.*, 2000; y Diego Armus, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Mirta Zaida Lobato (dir.), *op. cit.*, 2000, pp. 505-551. Respecto a género y salud, véanse Marcela Nari, "La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales a su bebé de manera científica)", en *Mora. Revista del Área Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer*, núm. 1, 1995, pp. 31-45; Marcela Nari, "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940", en Mirta Zaida Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, pp. 151-189; Dora Barrancos, *La escena iluminada. Ciencia para trabajadores (1890-1930)*, Buenos Aires, Plus Ultra, 1996; e *Inclusión/exclusión. Historia con mujeres*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2001; Gabriela Nouzeilles, "An imaginary plague in turn-of-the-century, Buenos Aires, hysteria, discipline and languages of the body", en Diego Armus (ed.), *Disease in the History of Modern Latin America. from Malaria to Aids*, Durham, Duke University Press, 2003; Gabriela Nouzeilles, *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina, 1880-1910)*, Rosario-Santa Fe, Beatriz Viterbo, 2000; Asunción Lavrin, *Women, Feminism & Social Change in Argentina, Chile and Uruguay, 1890-1940*, Nebraska, University of Nebraska Press/Lincoln & London, 1998. Una síntesis acerca de la relación entre la historia argentina y las transformaciones médicas en María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina, 1750-1910*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2003, sobre todo el cap. 8.

alguna y como un esfuerzo de autocontrol individual, se instaló de forma definitiva en las familias de mediados del siglo XX, pero no se deriva automáticamente de la consolidación institucional y legal por un lado ni de los avances técnico-médicos por el otro.³ La estructuración política estatal, que introdujo el monopolio médico científico occidental y desplazó otras posibilidades y practicantes curativos, así como la instauración del modelo bacteriológico, fueron características del último cuarto del siglo XIX y están vinculadas con una acelerada transformación socioeconómica, principalmente en el Litoral argentino.

Anterior a este proceso estaban integradas en las familias de la elite nacional determinadas costumbres que ejemplificaron el orden social,⁴ como la separación en espacios privados y las reglas de comportamiento que privilegian el distanciamiento. En virtud de una adaptación de pautas occidentales modernas, las viviendas se construyeron de acuerdo con reglas arquitectónicas que unían a la vez una nueva sensibilidad estética e higiénica, incorporando menajes y muebles modernos y separando la numerosa cantidad de sirvientes del contacto permanente con la familia. La valoración positiva de la limpieza capturó a intelectuales y profesionales, que la hicieron suya y expandieron hacia el resto de la sociedad letrada de mediados del siglo XIX con anterioridad al desarrollo sanitario y al control higiénico estatal, que en la ciudad de Buenos Aires y en las más importantes ciudades del Litoral se inició a partir de 1880, pero mucho después en el resto del país.

El acceso masivo a la educación primaria, espacio privilegiado de distribución del mensaje higiénico, dio sus primeros frutos en las primeras décadas del siglo XX, tal como se deduce de una comparación de la población de alfabetos en los tres primeros censos nacionales de población. Asimismo, la incorporación de manera decisiva de la problemática de la salud como problema social en los programas y material educativo no se visualiza hasta ese momento.⁵ El proceso



3 Véase Norbert Elias, *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993, pp. 449-467 y Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981.

4 Véase Mark Szuchman, *Orden, Family and Community in Buenos Aires, 1810-1860*, Stanford, Stanford University Press, 1988 y Jorge Myers, "Una revolución en las costumbres: las nuevas formas de sociabilidad de la elite porteña, 1800-1860", en Fernando Devoto y Marta Madero (dirs.), *Historia de la vida privada, País antiguo. De la Colonia a 1870*, Buenos Aires, Taurus, 1999, pp. 111-145.

5 Véase María Silvia Di Liscia, "Médicos y maestros. Higiene, eugenesia y educación en Argentina, 1880-1940", en Graciela Nélida Salto y María Silvia Di Liscia (eds.), *Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas (1880-1940)*, Santa Rosa, Editorial de la Universidad de La Pampa, 2004.

de medicalización, que incluye de manera sintética el monopolio médico y la intervención social de la medicina científica, se dio en determinados sectores de decisión política e ideológica con anterioridad al establecimiento de algunos de sus elementos básicos de distribución: el Estado, a partir de las instituciones sanitarias y educativas, y las pautas científicas sanitarias que aseguraban el control eficaz de enfermedades contagiosas. Un sector de decisión impulsó una serie de transformaciones institucionales para generalizar la higiene como valor desde una concepción anterior a los estudios científicos, y el instrumento utilizado fueron las normas sociales introducidas de arriba abajo, desde las familias de la elite a los sectores populares.

Indudablemente, se trató de un mensaje que beneficiaba de manera especial a quienes lo emitían pero también a enormes sectores de la población urbana y rural, con altas tasas de morbilidad y mortalidad y baja esperanza de vida. El problema era llevarlo a cabo con las condiciones materiales con que se contaba a finales del siglo XIX, ya que si se exceptúa la ciudad de Buenos Aires y parcialmente Rosario y Córdoba, no había otras en el país con una red importante de agua potable y cloacas ni sistemas de energía modernos (electricidad y gas). Incluso en las primeras décadas del siglo XX, la mayoría de las familias argentinas preparaba los alimentos, lavaba y limpiaba el hogar, las vestimentas y sus personas careciendo de baños y retretes higiénicos, cocinas apropiadas; en pequeñas, sucias y mal ventiladas habitaciones de inquilinatos o rancherías y sin posibilidades de acceder a las ventajas técnicas higiénicas profusamente publicitadas.⁶

A pesar de esas dificultades, el valor de la limpieza, vinculada con el orden y la salud pública, se instaló en los sectores más desposeídos, en un proceso que denominamos, de manera amplia, de medicalización,⁷ y que tuvo como protagonistas

• • • • •

⁶ Salvo los estudios de Jorge Liernur, *Arquitectura en la Argentina del siglo XX. La construcción de la modernidad*, Buenos Aires, Fondo Nacional de las Artes, 2001 y Anahí Ballent "La casa para todos: grandeza y miseria de la vivienda masiva", en Fernando Devoto y Marta Madero (dirs.), *Historia de la vida privada en la Argentina*, tomo III, Buenos Aires, Taurus, 2000, pp. 18-47, enfocados en los aspectos arquitectónicos del proceso y en Capital Federal, faltan investigaciones que profundicen en el interior del país las modificaciones de las condiciones materiales en los sectores medios y populares que repercuten en la vida hogareña (amueblar, uso de utensilios, tipo de construcción, etcétera), por lo que retomamos aquí, sólo algunos aspectos parciales que se vinculan de manera específica con la selección temática realizada.

⁷ La medicalización, iniciada a finales del siglo XIX en el mundo occidental, implicó por un lado un mayor acceso a servicios médicos y por otro, la influencia de los preceptos higiénicos en todos los ámbitos de la vida y de la muerte, tanto en la sexualidad, la

Dentro y fuera del hogar...

principales a las mujeres, que hicieron suyos los preceptos del *evangelio higiénico* y lo predicaron en sus familias, aceptando, de hecho, un incremento en sus tareas cotidianas para superar las deficiencias materiales.

En el análisis, se consideran tres etapas vinculadas con el desarrollo socioeconómico y con la configuración del Estado y la modernidad de la sociedad argentina; la primera, aunque tiene antecedentes que pueden rastrearse desde principios del siglo XIX, abarcaría desde 1870 hasta 1890, y puede observarse a partir de la atención de la salud en el ámbito hogareño y extrahogareño, con un marcado protagonismo femenino basado en el uso de la medicina doméstica; la segunda etapa, puede establecerse de 1890 hasta aproximadamente 1920, cuando las mujeres de clase media y alta se incorporaron a la atención social, específicamente en los hogares más pobres, y a pesar de cierta independencia en su accionar, se trató de adaptar los mensajes y prácticas higiénicas emanadas del Estado con el fin de moralizar a la población trabajadora; la tercera etapa, se sitúa hacia 1920 y finaliza en 1940, cuando se inicia el desarrollo de otro modelo social de Estado. En ese periodo, las altas tasas de mortalidad y morbilidad, especialmente de infantes y niños de los sectores populares, y el descenso de la natalidad, implicaron una creciente preocupación médico-estatal por el futuro de la población, manifestada en un avance de la institucionalización estatal y en una progresiva profesionalización de los recursos humanos femeninos. Las parteras primero y las asistentes sociales y visitadoras después, presentan uno de los ejes de interpretación de la intervención femenina en las familias de sectores populares a través de las pautas higiénicas modernas relacionadas con el nacimiento y cuidado de niños. El trayecto de esa intervención puede estudiarse tanto en los grandes centros urbanos del Litoral como en el interior argentino, mediante el análisis de un caso particular en el Territorio Nacional de La Pampa, que integra nuevas áreas de análisis a la historia social de la higiene en Argentina.

• • • • •

alimentación y diversión, el estudio y trabajo como en los sueños, creencias y deseos. Acerca de este tema, del que hay en la actualidad una profusa bibliografía, véase Esteban Rodríguez Ocaña, *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid, Akal, 1992 y Kerr White, *Healing the Schism. Epidemiology, Medicine and the Public's Health*, Nueva York, Springer/Verlag, 1991.

LA SALUD EN CLAVE DOMÉSTICA

A mediados del siglo XIX, la esperanza de vida en Buenos Aires —posiblemente la más alta del país— era de 37 años,⁸ como consecuencia de la falta de pautas higiénicas, una inexistente infraestructura sanitaria y escasos profesionales. No se habían desarrollado las tecnologías médicas de la antisepsia, y la inoculación contra la viruela era la única práctica de inmunización colectiva, sin embargo, poco extendida. La salud se resolvía a nivel familiar y sólo en el caso de epidemias asumía un carácter social.

En el ámbito hogareño eran, generalmente, mujeres las depositarias de saberes populares, heredados de la tradición hispánica e indígena y aplicados para los embarazos y partos, para curar las fiebres, el empacho, la culebrilla y para resolver un sin fin de problemas de la salud. Intentar curar el cuerpo significaba muchas veces entrar en conflicto con la Iglesia, guardián de las almas, que mantenía aún con firmeza el control de los espacios simbólicos vinculados con la vida y la muerte. En la provincia de Santa Fe, la alsaciana y protestante Lina Beck Bernard relataba hacia 1857 con estupor que las madres católicas abandonaban a sus criaturas enfermas y dependían para sanarlas de rezos a vírgenes y santos, más que de medicinas. Las *supersticiones* católicas, que calaban profundamente en las mujeres más cultas, provocaban las altísimas tasas de mortalidad infantil.⁹ Entre los sectores de la elite liberal y sobre todo por los médicos, el impulso a medidas más modernas de higiene estuvo acompañado con críticas severas al oscurantismo religioso.

Parish, cónsul inglés, señalaba hacia 1825 en el Río de la Plata que las muertes de los niños eran responsabilidad de la *ignorancia y negligencia de las madres*, según para los médicos, también podía ser a causa del bautismo con agua fría. En 1813, una ordenanza de la Academia de Medicina decretó que los párrocos impusieran el sacramento con agua tibia o bien que bautizaran después de los siete

• • • • •

⁸ Véase Zulma Recchini De Lattes, *La población de Buenos Aires. Componentes demográficos del crecimiento entre 1855 y 1960*, Buenos Aires, Centro de Investigaciones Sociales del Instituto Torcuato Di Tella, 1971, p. 27. Estudios contemporáneos señalaban tasas mucho más bajas: El médico Gabriel Carrasco decía que la vida media en Buenos Aires era para 1895 de 22 años y para 1906 de 34 años; Gabriel Carrasco, "El valor monetario de la higiene pública", en *Actas y Trabajos del Tercer Congreso Médico Latino-americano*, 17 a 24 de marzo de 1907, tomo IV, Sección Higiene y Demografía, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1909, pp. 245-284.

⁹ Lina Beck Bernard, *Cinco años en la Confederación argentina, 1857-1862*, Buenos Aires, El Ateneo, 1935, pp. 112-115.

días del nacimiento, con el fin de evitar el *pasmo* o tétanos.¹⁰ Las tensiones entre Iglesia-Estado se mantuvieron durante la segunda mitad del siglo XIX y afectaron, entre otros aspectos, la estructura legal de la familia y la salud individual. Los primeros expertos, médicos preocupados por la morbilidad y mortalidad infantil, apuntaron en principio a limitar la maternidad de las adolescentes y reservarla para las jóvenes mayores de 20 años, para “la mejora orgánica de la especie humana y la mejor educación de la niñez”, pero sin recomendar el celibato, práctica poco aceptable para las mujeres.¹¹ Así, los problemas de salud se determinaron como responsabilidad de las familias, que debían apoyarse en la palabra y el consejo de médicos y no de curanderos empíricos, vecinas o sacerdotes, todos ellos, en una u otra medida, representantes de la irracionalidad y superstición.

En la segunda mitad del siglo XIX, las transformaciones sociales y económicas significaron la inclusión masiva de población inmigrante, y a su vez, cambios de importancia en la conformación de las familias argentinas. Una tendencia descendente en la natalidad y reducción en la mortalidad, con una mayor esperanza de vida, acompañaron la avalancha de extranjeros en el litoral rioplatense.¹²

La introducción de nuevas pautas de higiene impactó al menos en las áreas urbanas más importantes. Ya en la década de 1840, Mac Caan marcaba una gran distancia entre las prósperas residencias en el campo bonaerense de ingleses y escoceses, que incluían todas las comodidades europeas y la endémica escasez de los ranchos criollos. Aunque se tratase en ambos casos de ricos propietarios de tierras y rebaños, existía una línea de separación entre la pobrísima adquisición material de los estancieros nativos y su forma de vida doméstica, de sencillez y *desorden*, y los extranjeros, que acumulaban en sus casas mobiliario, ropajes y, en general, un entorno cultural europeo —plantaciones de frutas y flores, instrumentos musicales, adornos y muchos elementos más—. Una sociabilidad familiar también diferente se percibe en estas descripciones donde la feminidad es un anclaje y un símbolo de *civilización*. Cofias blancas, manteles almidonados, sábanas y mantas en las camas, platos, vasos y cubertería eran elementos de higiene y

• • • • •

¹⁰ Véase María Silvia Di Liscia, *op. cit.*, 2003.

¹¹ Manuel Montes de Oca, *Ensayo sobre las enfermedades de Buenos Aires*, tesis para obtener el grado de doctor en Medicina, Buenos Aires, Facultad de Medicina/Universidad de Buenos Aires, 1854, pp. 13-14.

¹² Susana Torrado, *op. cit.*, 2003, p. 90.

de distinción. Para los viajeros, referían a las mujeres europeas o a las que, siendo criollas, incorporaban los usos occidentales en la vida cotidiana familiar.¹³

No es el único caso: cuando, a la vista de ranchos y residencias limpios y cuidados en su viaje por las Pampas y la Patagonia argentina, el ingeniero francés Alfred Ebelot decía, a la manera de las novelas de misterio, *cherchez la femme*, estaba trayendo a la memoria de los lectores la imagen hogareña de mujeres que limpian, cocinan, cosen y se ocupan de que nada falte para el bienestar de toda la familia.¹⁴

En las ciudades, las transformaciones socioeconómicas implicaron el surgimiento de un sector propietario que jerarquizó su pertenencia social a partir de fronteras culturales insalvables. Las viviendas se volvieron más amplias y confortables, a *la europea*, y en los enseres domésticos, sobre todo los más visibles, se demostraba el modelo de pertenencia francés o inglés. El redactor del proyecto de la Constitución Argentina de 1853, expresaba con su retórica apasionada la apropiación cultural occidental, necesaria para implantar la *civilización* capitalista y el conflicto étnico latente, que implicaba la eliminación de costumbres nativas y criollas. Decía:

Entrad a nuestras Universidades, y dadme ciencia que no sea europea, en nuestras bibliotecas, y dadme un libro útil que no sea extranjero [...] La moda, el traje, el calzado

• • • • •

13 William Mac Caan, *Viaje a caballo por las Provincias argentinas*, Buenos Aires, Hyspamérica, 1985, p. 78. En los recorridos por las extensas llanuras de La Pampa del siglo XIX, viajeros ingleses y franceses coincidían en afirmar una imagen, por otra parte ya clásica, de ranchos sucios, con escaso mobiliario y utensilios, y una vida familiar llamativamente desordenada para los parámetros occidentales victorianos. Las viviendas, por su composición y por estar desprovistas de las menores comodidades, introducían pautas de conductas difíciles de aceptar, como el sueño compartido de los miembros de la familia con sirvientes y forasteros, la imposibilidad de la limpieza personal y una sociabilidad familiar que se limitaba, en muchos casos, a la ronda del mate, a compartir el asado cocido en las brasas y a la limpieza de sabandijas del cabello. Las descripciones presentan una vida doméstica de extremada simpleza, que acompaña la escasez material: pequeñas construcciones precarias, sin ventanas, puertas y muchas veces sin pisos; carentes de muebles salvo un cuero como catre o un trozo de madera como asiento; donde los únicos instrumentos para cocinar son los cuchillos, contando apenas con una cuchara y una palangana que se utilizan tanto para la ropa como para servir la comida. Una visión más problemática, que incorpora las dificultades de vivir con comodidades en la pampa bonaerense; lejos de fuentes de energía —bosques— y agua. En Juan Carlos Garavaglia, "Ámbitos, vínculos y cuerpos. La campaña bonaerense de la vieja colonización", en Fernando Devoto y Marta Madero (dirs.), *op. cit.*, 1999, pp. 55-83.

14 Alfred Ebelot, *La Pampa*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1961.

Dentro y fuera del hogar...

[...] llamamos de buen tono a lo europeo. ¿Cuando decimos comfortable [...] *bien comme il faut*, aludimos a cosas de los araucanos?¹⁵

De hecho, Juan Bautista Alberdi traía a colación una vida doméstica cada vez más problemática, a la luz de nuevas reglas de comportamiento social. En Buenos Aires, ciudad en acelerada transformación urbana, dos relatos retrotraen el presente a una vida hogareña añorada pero inexistente, y que por eso mismo se valora con el lente del *tiempo pasado*. Wilde hablaba así de una etapa anterior, la de *nuestras abuelas*, de simples tertulias presididas por las señoras de la casa, donde los miembros de las familias de alcurnia de Buenos Aires, —los Sarratea, los Escalada, los Alvear— bailaban al son de un piano El Cielito y la contradanza, y tomaban chocolate o mate. La época cuando las mujeres, en la casa, atendían el jardín con sus propias manos y esperaban las visitas con hospitalidad, en mesas provistas de abundantes manjares criollos, pero con manteles sucios de vino y no más de un vaso, “no porque no hubiese más, sino porque esa era la costumbre”.¹⁶ A este momento de ingenuidad, sencillez y a la vez desorden en las costumbres de poderosas familias de la capital rioplatense, se contraponen el presente, cuando los comportamientos han mudado de manera sustancial esa forma de vida tradicional. La modernidad ha sustituido los bailes entre primos por verdaderos festejos con orquestas, en salas acondicionadas lujosamente; las alcobas, ostentosamente amuebladas, están separadas de la servidumbre, que no puede invadir la vida privada de los miembros de la familia.

Ese orden se estableció además en la higiene general de la casa y en una esmerada atención de los niños. El cuidado de los bebés y la educación infantil, al menos en los primeros años, pasó a ser responsabilidad de las madres mucho más que de niñeras y amas de leche¹⁷ y está directamente relacionado con la aceptación social de pautas de higiene más modernas. Las mujeres, poco a poco, las hicieron

• • • • •

15 Juan Bautista Alberdi, *Organización política y económica de la Confederación Argentina*, Bezanon, Imprenta de José Jacquin, 1856, p. 37.

16 José Wilde, *Buenos Aires desde setenta años atrás*, Buenos Aires, W. M. Jackson, 1953, p. 241.

17 Lucio Victorio Mansilla rememoraba hacia 1889, que su madre, Agustina Rosas, era una “mujer de raro mérito. Aunque joven, bella, mimada y solicitada a cada momento por su posición social, ella no descuidaba los más mínimos deberes maternos y de señora de casa. En todo estaba. Cosía, zurcía, leía, rezaba (y nos hacía rezar rosarios interminables), oía misa, recibía visitas, salía, paseaba, bailaba, ¡qué sé yo! Ella lo vigilaba todo, desde la cocina, que era lo más limpio de la casa, hasta la sala. Ella

suyas gracias al ejemplificador discurso médico. Desde principios del siglo XIX, el *Semanario de Agricultura, Industria y Comercio*, imploraba a las madres cuidar de sus hijos, exigencia que se decía natural y religiosa para beneficio del Estado y la sociedad. El énfasis estaba en la alimentación con leche materna, el aseo diario, la negativa a usar andadores y fajar a los bebés, todas ellas costumbres *naturales*, de uso entre los pueblos *primitivos* y supuestamente más sanos que los civilizados.¹⁸

En la segunda mitad del siglo XIX, por el contrario, la sanción higiénica de la civilización, contraria al atraso secular de los salvajes, se generalizó entre la elite intelectual liberal. La incidencia de las propuestas en los hogares argentinos se intuye a partir de varios frentes complementarios: las reformas en la legislación civil, la expansión de la educación laica y las apelaciones de los expertos a la supuestamente única e indiscutible capacidad femenina maternal. El discurso del eminente pedagogo Osvaldo Piñero sintetiza esta idea, al señalar con singular énfasis:

Hay una verdad ineludible: la mujer es toda maternidad, su organización fisiológica, sus tendencias psicológicas, el rol que debe desempeñar en la conservación de la especie; todo obliga a anteponer esta condición a todas las demás.¹⁹

En la base de la propuesta, existe una intencionalidad de reforma de la vida doméstica, ya que la legislación establecía una unión matrimonial indisoluble, con el varón como jefe indiscutido y derechos civiles restringidos para las mujeres, haciéndose un paralelo entre el orden del Estado y el orden en las familias.²⁰ A su vez, la familia *moderna* debía tener mujeres educadas desde el Estado, y no por la Iglesia, para que fuesen capaces de auxiliar de forma eficaz en el interior doméstico la tarea social de la reproducción.²¹

• • • • •

era como nuestra sombra de día y de noche, cuando estábamos despiertos o fingíamos dormir", Lucio Victorio Mansilla, *Entre nos. Causeries del jueves*, Buenos Aires, Hachette, 1963, p. 54.

18 *Semanario de Agricultura, Industria y Comercio. Años 1802-1804*, reimpresión facsimilar publicada por la Junta de Historia y Numismática Americana, Buenos Aires, Industrias Gráficas Kraft, 1928.

19 Osvaldo Piñero, *Condición jurídica de la mujer*, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni, 1888.

20 Mark Szuchman, *op. cit.*, 1988, p. 101.

21 Marcela Nari, *art. cit.*, 1995, pp. 34-36, para un debate más general véase Francine Masiello, "Ángeles en el hogar argentino.

El debate femenino sobre la vida doméstica, la educación y la literatura en el siglo XIX", en *Anuario IEHS*, 1989, pp. 265-291.

Los consejos dados a las madres, divulgados por manuales de uso hogareño, fueron las primeras formas de contacto entre los especialistas y las familias. *El libro de las madres*, del médico irlandés Hugo O’Gorman, o el *Diccionario* de Pedro Napoleón Chernovitz fueron unos de los tantos libros con numerosas reediciones en el siglo XIX y XX,²² que brindaban un conocimiento vulgarizado de los preceptos médicos, para “uso de las haciendas sudamericanas” o de las viviendas de las lejanas comarcas del sur. Los textos, escritos por médicos, suponían a lectoras mujeres y por eso enfatizaban en sus dibujos e indicaciones para problemas a resolver en el ámbito hogareño, a partir del cuidado de las mujeres —sobre todo en enfermedades debilitantes—, o que dependían de su organización domésticas —el caso de la comida, la ropa de cama, la ventilación y tantas otras nociones higiénicas más—. Si bien se reclama siempre que no se desea reemplazar al profesional, las exhortaciones eran tan completas que podría excluirse la consulta en el diagnóstico de muchas enfermedades de la niñez. Se daban indicaciones preventivas y se resolvía también la curación, ya que en cada casa debía haber un completo botiquín, con indicaciones para su uso.

A finales del periodo, la irrupción del anarquismo y del socialismo significó una mirada diferente sobre la organización doméstica *burguesa*. A través de *La Voz de la Mujer*, un periódico de finales del siglo decimonónico denominado *comunista-anarquista*, feministas como Pepita Guerra, Rosana de Acuña, Josefa de Martínez y tantas otras hacían una estentórea denuncia de la dominación patriarcal en la era capitalista. El amor libre, propuesto en lugar del matrimonio, y la responsabilidad compartida de los hijos se acompaña con encendidas protestas en favor de la igualdad de clases y en contra de la explotación, la prostitución, la autoridad y el clero. La higiene, sin embargo, no era parte de la crítica; su valor indiscutido, permitía a la clase trabajadora la supervivencia y mejora de la *raza*. Pero lo que expresaban las anarquistas porteñas era que, para lograr la limpieza personal y doméstica, las mujeres debían compartir las tareas con los varones: “nuestra misión no se reduce a criar vuestros hijos y lavarlos la roña, nosotras también tenemos derecho a emanciparnos y ser libres de toda

• • • • •

22 El manual de Pedro Napoleón Chernovitz tuvo 16 ediciones entre 1841 y 1899, y el de Hugo O’Gorman fue editado hasta la primera década del siglo XX. A estos se pueden agregar otros de iguales características, como el de Silveiro Domínguez o el más reconocido de Gregorio Araoz Alfaro, véase María Silvia Di Liscia, *op. cit.*, 2003.

clase de tutelajes, ya sea social, económico o marital”.²³ Se trata sin duda de visiones minoritarias de la función femenina en el hogar, pero que planteaban un quiebre con las unificadas voces del *ángel higiénico* y madre abnegada, que invadieron todos los intersticios ideológicos y unificaron el panorama intelectual. Esta situación se vincula con una modernización sanitaria del ámbito doméstico, que avanzó verticalmente desde las viviendas de los sectores más acomodados hacia los conventillos, *casas colectivas* y ranchos del interior.

SOCIALIZACIÓN DE LA MATERNIDAD

A finales del siglo XIX, las principales ciudades argentinas, como Rosario, Córdoba y Buenos Aires tenían provisión de agua potable y, en menor medida, cloacas. Pero las obras se centraron en el centro y en las zonas más elegantes se mantuvieron sin servicios, en las barriadas pobres, a miles de personas, en su mayoría inmigrantes de ultramar. Una vida familiar muy diferente a la burguesa se desarrollaba en las pequeñas y precarias habitaciones de un conventillo porteño, donde se hacinaban los cónyuges, sus hijos y otros parientes, como en los patios comunitarios, donde se cocinaba y se lavaba al aire libre.²⁴

Mientras las grandes residencias porteñas incorporaron modernas cocinas y baños unidos a la red sanitaria, en los patios de los conventillos, que a finales del siglo XIX sumaban más de 1800, sus ocupantes dependían de retretes y piletones en común. La denuncia de los conventillos como *focos de contagio* de los médicos higienistas —como Eduardo Wilde, Manuel Podestá, Guillermo Rawson y Emilio Coni entre otros— fue decisiva e impulsó una legislación destinada a la modificación edilicia, que a su vez implicaba una mayor intervención en la vida doméstica de sectores progresivamente considerados como *peligrosos*.

Las críticas de los sectores más progresistas del espectro ideológico pueden ejemplificarse en dos obras, el monumental *Informe* de Biale Massé para el inte-

• • • • •

²³ *La Voz de la mujer. Periódico comunista-anarquista, 1896-1897*, (31/01/1896), Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes, 1997.

²⁴ Para Buenos Aires véase Luis Alberto Romero, "Entre el conflicto y la integración. Los sectores populares urbanos en Buenos Aires y Santiago de Chile a principios del siglo XX", en Marcelo Carmagnani, Alicia Hernández Chávez y Ruggiero Romano (coords.), *Para una historia de América III. Los nudos (2)*, México, Fondo de Cultura Económica/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México, 1999, pp. 296-297; sobre otras ciudades argentinas véase Diego Armus, *op. cit.*, 2000.

Dentro y fuera del hogar...

rior argentino y la obra de Augusto Bunge, ambas contemporáneas.²⁵ Hacia 1904, el médico catalán presentaba un panorama desolador del alojamiento de las clases obreras en Córdoba, donde se señala sugerentemente “no ha entrado la letrina civilizada” y viven mejor los trabajadores de los ranchos de las orillas, o en Tucumán, donde un relato estremecedor daba cuenta del *muladar* de un conventillo, donde “un niño de mirada imbécil” se entretiene en chupar inmundos trapos de una batea, presumiblemente de las lavanderas, verdadero “almacén de microbios, basura y podredumbre”. En Rosario, a pesar de las transformaciones urbanas, todavía era posible ver enjambres de chiquillos sucios y madres pobres enfermas, penando por subsistir en ambientes insanos. El ideal era la vivienda unifamiliar, con dos o tres piezas, jardín y huerta; donde la familia, aunque sea amparada por unas chapas de zinc y maderas por techo, pueda desarrollar su vida sin contacto con los vecinos, que contagia tanto la enfermedad como la inestabilidad y es la muerte del patriotismo.²⁶

El modelo difundido fue primero el de las *casas chorizo*, viviendas unifamiliares o colectivas, rodeadas de jardines y áreas para cocinar, limpiar y dormir separadas, con habitaciones comunicadas que daban a patios laterales, cocina y retrete al fondo y separadas del resto de la vivienda. En el manual de Emilio Olivé, editado por primera vez en 1884 y aprobado en 1909 para el estudio de *Anatomía, Fisiología e Higiene* en escuelas normales, se detallaban todas las condiciones de habitabilidad: cocinas azulejadas, letrinas con agua en abundancia, dormitorios separados con “10m³ de aire por hora para cada persona”,²⁷ aseados y ventilados, para impedir que se impregnen miasmas perjudiciales para la salud.

Este diseño estaba pensado para vivienda de los nuevos sectores sociales, que ascendieron al ritmo de las transformaciones socioeconómicas de finales del siglo XIX. Apenas en la primera década del siglo xx se estableció en la agenda pública el problema del hábitat urbano de los sectores populares; que inicialmente debatió sobre viviendas colectivas o unifamiliares, aisladas o integradas e incluso si debían ser compactas o con patios. Pero los proyectos de casas “baratas” fueron

• • • • •

25 El informe de Augusto Bunge, *Las conquistas de la higiene social. Informe*, tomo I, Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1910, es un extenso estudio realizado por un médico del Departamento Nacional de Higiene sobre las consecuencias de la industrialización temprana en el Litoral y los efectos negativos, tanto físicos y psíquicos, en la población obrera.

26 Juan Bialek Massé, *Informe sobre el estado de la clase obrera*, tomo I, Buenos Aires, Hyspamérica, 1986, pp. 205, 337 y 362.

27 Emilio Olivé, *Nociones de anatomía, fisiología e higiene*, La Plata, Joaquín Sesé y Cia., 1920, pp. 179-189.

limitados a algunas áreas del país y proponían viviendas demasiado onerosas y con materiales de construcción escasamente satisfactorios.²⁸

La cuestión era dejar entrar en las viviendas las novedades tecnológicas, que si bien estaban valoradas positivamente por arquitectos, urbanistas e higienistas, se enlazaba con un proceso de urbanización sanitaria de verdadera higiene pública. Para ser realizable, requería de inversiones onerosas y no se llevó a cabo en Argentina salvo en las áreas urbanas que presentaron riesgos epidémicos. Esa fue una característica de Buenos Aires y Rosario, ambas con episodios periódicos de fiebre amarilla y cólera. No se trató de un problema grave para la población rural o incluso para las pequeñas localidades, aún las que, como La Pampa, tenían altos índices de crecimiento demográfico. En estos casos, se estaba a salvo de las epidemias gracias a la distribución demográfica y la lejanía de focos de contagio urbano, se retrasó la modernización sanitaria, y al llegar ésta fue parcial, limitándose a la provisión de agua corriente.²⁹

Como se ha señalado, el impulso liberal para generalizar la educación femenina no llegó a romper los estereotipos de género decimonónicos; fue legítimo estimular una instrucción científica femenina y a la vez, mantener a las mujeres dentro del hogar, haciendo de ellas las primeras educadoras y las mejores higienistas de sus propias familias. Desde la tribuna médica y pedagógica, se insistió con energía en una necesaria transformación higiénica de las costumbres populares: las amas de casa, entrenadas en las normas científicas modernas, eran las indicadas para poner en práctica el orden burgués doméstico, y quebrar así el primitivismo de las costumbres tradicionales para el despegue hacia el progreso ineludible de la nación.³⁰ Era, sin embargo, dudoso, que ese despegue introduje-

• • • • •

28 Jorge Liernur, *op. cit.*, 2001, pp. 107-111, acerca de las características de las *casas compactas*, que a partir de 1930 reemplazan a las *casas chorizo*, véase Anahí Ballent, *op. cit.*, 2000, p. 21.

29 Si observamos como ejemplo el caso del Territorio Nacional de La Pampa, el agua corriente no se instaló hasta 1922 en la capital; hasta entonces, la población se proveyó de pozos individuales. El ejemplo es interesante porque Santa Rosa era en ese momento una ciudad de unos 10.000 habitantes, en un espacio que en 1895 tenía más de 90% de población rural y 10% de población urbana, y donde no se presentaron epidemias de importancia, salvo focos reducidos en escuelas y cárceles de la capital. Sobre características demográficas del Territorio, véase Ezequiel Ander Egg, *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económica*, vol. 1: *Demografía*, Santa Rosa, Gobierno de la Provincia de La Pampa, 1958.

30 Los manuales de Economía doméstica son un ejemplo de la divulgación científica de estos saberes, al especificar todos y cada uno de los aspectos que las amas de casa debían de tener en cuenta para formar y mantener una familia. Las indicaciones van

Dentro y fuera del hogar...

ra cambios en la estructura de poder de las mismas familias y, en general, en los estereotipos de género.

Las primeras agentes del cambio, dirigido desde el ámbito público, fueron las educadoras.³¹ El mensaje higiénico era parte fundamental de los contenidos científicos, con un afán de distribuir al mismo tiempo pautas de limpieza y reglas de obediencia y moralidad. La intervención en las familias se hacía de manera indirecta, a través de los niños, o directamente, puesto que las maestras eran también las encargadas de distribuir la ayuda social de las diferentes agencias de bienestar social —alimentos, ropas, calzado— a las familias más necesitadas. La publicación oficial del Consejo Nacional de Educación distribuyó profusamente las pautas que dictaban reglas a cumplir en el interior del hogar, como el cuidado de la ropa, el baño periódico, el lavado de las manos antes de ingerir alimentos y prohibían tradiciones que en esta época habían quedado en las clases populares, como el mate compartido.³² Las diferencias con etapas anteriores, someramente enunciadas en el primer apartado, son claras, puesto que aquí quienes proveyeron los argumentos científicos que justificaban los hábitos modernos eran los médicos; las maestras estaban encargadas de la divulgación.³³

Para poner en marcha la medicalización de la reproducción, fue preciso instrumentar la profesionalización femenina de un nuevo sector, puesto que los riesgos de los nacimientos en los hogares provocaron un afán de hospitalización, y por lo tanto, un impulso diferente en la intervención familiar. A despecho de las indicaciones de los profesionales, las mujeres parían en sus casas, con el auxilio de vecinas y parientes o bien de comadronas empíricas. En 1875, se fundó en Buenos Aires la nueva escuela de parteras, basada en una anterior, existente desde la

• • • • •

desde las flores a cultivar en el jardín hasta la forma de esterilizar el agua y comprar el calzado, y todas con base en una concepción *racional* del manejo del hogar; véase Ángel Bassi, *Gobierno, administración e higiene del hogar*, Buenos Aires, Cabaut y Cía., 1920.

31 Los estudios de género se han ocupado profusamente de la feminización de la enseñanza, véase como síntesis Silvia Yannoulas, *Educación: ¿una profesión de mujeres? Feminización del normalismo y de la docencia (1870-1930)*, Buenos Aires, Kapeluz, 1996.

32 Existen innumerables casos descritos sobre reglas de conducta y de higiene a la vez, véase al respecto *El Monitor de Educación Común. Órgano del Consejo Nacional de Educación*, Buenos Aires, Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, serie: 1898-1948.

33 Los educadores, sobre todo mujeres, eran mayoría en las áreas centrales del Litoral y aún en los espacios recientemente poblados; además, por las características del proceso, se trató de una profesión vinculada con el Estado mucho más que la medicina, que también tenía posibilidades de desarrollo en el ámbito privado; véase al respecto María Silvia Di Liscia, *op. cit.*, 2004.

época de Rivadavia que tuvo dudoso apoyo estatal y muy pocas egresadas. De acuerdo a Llames Massini, entre las mujeres que se incorporaron había muchas extranjeras, que revalidaban en el país el diploma obtenido en el exterior, y también enfermeras y mucamas de los hospitales, que ejercían de hecho como parteras aunque sin tener estudios habilitantes. Las parteras diplomadas trabajaban en las maternidades, preferentemente en el Hospital de Mujeres dependiente de la Sociedad de Beneficencia, con mujeres de sectores populares. A pesar de que la atención era gratuita, llama la atención que en ese centro fuese tan limitada la cantidad de parturientas: en 1871, cuando la población de la ciudad pasaba los 170,000 habitantes, sólo se atendieron 73 partos. La razón habría que buscarla en las altas tasas de mortalidad hospitalaria a causa de epidemias o de infecciones post-parto.³⁴

En 1881, se introdujeron en la enseñanza obstétrica teorías microbianas y principios de antisepsia, así como conocimientos de anatomía que las alumnas compartían con los obstetras, médicos varones de la misma especialidad.³⁵ Los métodos antibacterianos, sobre todo en salas de partos y cirugía, propuestos por Coni en 1886, fueron refutados por sus contemporáneos como exagerados e imposibles de llevarse a cabo con las condiciones existentes en los hospitales porteños, pero hacia 1915 ya parecían insuficientes y anticuados. En ese momento, se registró una matrícula muy superior en la Escuela de Parteras de Buenos Aires, que hace pensar en un interés cada vez mayor por esta elección profesional para las mujeres de sectores medios.³⁶

Pero la cantidad de parteras era insuficiente; su concentración limitada a determinados espacios urbanos del Litoral y no había suficiente confianza en las instituciones públicas para atención de los nacimientos. Muchas mujeres del interior argentino, e incluso de la Capital Federal, siguieron prefiriendo el parto domiciliario, aún en la década de 1920 y 1930, lo cual atestiguan los mismos profesionales de la salud, que llevaban estadísticas al respecto, así como los avisos en los diarios de atención domiciliaria y la venta anunciada de *cajas de partos* en

• • • • •

34 Juan Carlos Llames Massini, *La partera de Buenos Aires y la escuela de parteras*, Buenos Aires, Imprenta Flaiban y Carillioni, 1915, p. 131; datos generales de mortalidad en el período en Susana Torrado, *op. cit.*, 2003, p. 90.

35 Eliseo Cantón, *Historia de la medicina en el Río de la Plata. Desde su descubrimiento hasta nuestros días*, tomo VI, Madrid, Biblioteca de Historia Hispanoamericana, 1928, pp. 194-204.

36 En 1895, la inscripción fue de 49 alumnas; en 1915, de 23, Juan Carlos Llames Massini, *op. cit.*, 1915.

Dentro y fuera del hogar...

la prensa médica especializada.³⁷ En muchos de estos casos, se trataba de partos donde había cierto control médico, pero quedan también para evaluar la gran cantidad que no estaban medicalizados, donde el nacimiento continuaba siendo un problema privado. Se trata de una tarea ciertamente imposible de llevar a cabo con la información de que se dispone, por lo cual sólo podemos tener datos parciales pero ilustrativos de la población que carecía de atención médica en el momento del nacimiento.³⁸

Es importante observar que el interés por la reproducción no fue solamente inducido por médicos varones: las mismas mujeres, sobre todo las de clase alta, asumieron como suya la organización de maternidades, como lo hicieron con otras instituciones de beneficencia. Las palabras llenas de admiración de la italiana Cesarina Luppati Guelfi hacia las *señoras*, que se dedicaban a la *práctica de la caridad*, y que regentaban tanto asilos como albergues, manicomios y hospitales, contrastan con las críticas de las paupérrimas condiciones de los conventillos porteños, donde se arracimaban las familias de inmigrantes y de los pobres ranchos de la campaña bonaerense, cuyos habitantes llevaban una dura vida de miseria y abandono.³⁹ La preocupación de las mujeres de la elite implicó una intromisión cada vez mayor en los hogares pobres, para tratar de regular la vida

• • • • •

37 En una fecha tan tardía como 1944, un médico y una visitadora planteaban el riesgo que representaban los nacimientos domiciliarios, y la cantidad de mujeres que no utilizaban los servicios públicos; véase María Silvia Di Liscia, "Hijos sanos y legítimos. Sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)", en *Historia, Ciencia, Saúde & Manguinhos*, Río de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, vol. 9, Suplemento, 2002, pp. 209-232. Respecto a los avisos, revistas especializadas publicitaban la *Caja de útiles para partos*, importantes porque muchas veces no se encontraban los implementos (vendas, telas de goma, algodón, alfileres, bicloruro de mercurio, cepillo, tijera, talco y otros) en las casas de las parturientas, *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, julio-agosto de 1902.

38 Véase al respecto los Expedientes sobre Ejercicio Ilegal de la Medicina, en el Archivo Histórico Provincial Santa Rosa (en adelante AHP), donde surgen casos de mujeres que actuaban como parteras empíricas en pequeñas localidades pampeanas en las décadas de 1910 y 1920.

39 Cesarina Luppati Guelfi, *Vida argentina*, Barcelona, Casa Editora Maucci, 1910. Acerca de la beneficencia en Argentina, véase Jules Huret, *En Argentine. De La Plata à la Cordillère des Andes*, París, Bibliothèque Carpentier, 1913 y *De Buenos Aires al Gran Chaco*, Buenos Aires, Hyspamérica, 1986; Emilio Coni, "Higiene y salubridad en la República Argentina", en *Congreso Médico Latino-Americano*, Santiago de Chile, tomo I, 1-9 de enero de 1901, pp. 20-111; y *Progrès de l'Hygiène dans la République Argentine*, París, Librairie J.B. Baillièrre, 1887-1901; Alberto Meyer Arana, *La caridad en Buenos Aires*, tomos I y II, Barcelona, Sopena, 1911.

doméstica con indicaciones tanto morales como higiénicas; así, el abandono de los niños y el acortamiento o eliminación de la lactancia materna tuvieron una sanción positiva cada vez mayor, enfatizando el carácter social y patriótico de la medida.⁴⁰

En Buenos Aires, si bien la mayoría de las instituciones que atendían a mujeres y niños pobres dependía de la Sociedad de Beneficencia, esta asociación privada tenía aportes del Estado y, paulatinamente, integró en sus filas —no sin conflicto— a profesionales sanitarios con nuevos saberes y tecnología científico-médica, tan ocupados como las *damas* por extender los beneficios higiénicos a un número cada vez mayor de familias.⁴¹ Un reflejo de esta situación también se observa en otros espacios de Argentina; por ejemplo, en el Territorio Nacional de La Pampa, las mujeres de la elite, en su mayoría maestras y a la vez familiares de profesionales y funcionarios, fueron las primeras en establecer una red de pequeñas instituciones sanitarias y sociales en distintas localidades pampeanas para la atención de las familias más necesitadas, con apoyo de las municipalidades y ocasionales subsidios del Estado nacional.⁴²



40 Véase Donna Guy, "Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires", en Daniel Balderston y Donna Guy (comps.), *Sexo y sexualidades en América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 1999, pp. 231-256.

41 Sobre la Sociedad de Beneficencia y las disputas con los médicos véase Ricardo González Leandri, "Médicos, damas y funcionarios. Acuerdos y tensiones en la creación de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires", en José Luis Peset (coord.), *Ciencia, vida y espacio en Iberoamérica*, vol. 1, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1988, pp. 77-93; Valeria Pita, "Damas, locas y médicos. La locura expropiada", en Fernanda Gil Lozano *et al.*, *Historia de las mujeres en la Argentina, Colonia y siglo XIX*, Buenos Aires, Aguilar/Altea/Taurus, 2000, pp. 273-291, y "¿La ciencia o la costura? Pujas entre médicos y matronas por el dominio institucional, Buenos Aires, 1880-1900", en Adriana Álvarez, Irene Molinari y Daniel Reynoso (eds.), *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004, pp. 81-109. En relación con la noción de intervención social, la figura de Gregorio Araoz Alfaro es paradigmática, ya que se trató de uno de los profesionales que desarrolló una amplia labor en pos de la creación de asilos obreros y salas anexas a las fábricas para las mujeres embarazadas. Decía: "Es por la unión de todos estos medios de defensa contra la mortalidad infantil y por su difusión en todos los barrios de la ciudad y en todas las regiones del país que esperamos bajar la mortalidad infantil a proporciones mínimas", véase Gregorio Araoz Alfaro, "Sur les gouttes de lait à Buenos Aires et en particulier sur le fonctionnement de celle de l'Hôpital de San Roque", en *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, núm. 1, marzo, 1905, pp. 352-355.

42 Ana Rodríguez, "Ante las demandas sociales, las mujeres responden. La beneficencia en el territorio pampeano en la primera mitad del siglo XX", en María Herminia Di Liscia y José Maristany (eds.), *Mujeres y Estado en la Argentina. Educación, salud y beneficencia*, Buenos Aires, Biblos, 1997.

Dentro y fuera del hogar...

Entre las tareas de estas mujeres de La Pampa estaba obtener fondos y distribuirlos para vestir, cuidar y dar de comer a enfermos, niños y ancianos en instituciones específicas, como patronatos, asilos y hospitales, y sobre todo, para la atención en el parto a mujeres de sectores populares. Por su condición femenina, podían extender la función maternal al resto de la sociedad sin menoscabo de las funciones técnicas de atención social. Para ello, generaron una permanente vigilancia en los hogares pobres, de manera tal que implementaron las nuevas pautas de higiene y coadyuvaron a la intervención médico-social. No escapan a estos intentos el hecho de que se tratara de las representantes femeninas más privilegiadas, pero, a diferencia de otras regiones del país, las mujeres hicieron uso de varias actividades conjuntas: pedagógica, de gestión y el uso de redes sociales, en la medida que el servicio prestado era el único en un amplio espacio y para un número creciente de familias necesitadas.

PROFESIÓN DE MUJERES PARA UNA TAREA SOCIAL

En la década de 1920, las preocupaciones médicas reflejadas en gran parte de la prensa y la agenda pública, se transformaron de manera significativa para dar lugar a un interés cada vez mayor por las consecuencias de la urbanización acelerada. Los riesgos sociales de la modernidad fueron predicados desde tribunas tan dispares como los ámbitos políticos, la prensa, las reuniones y congresos, y aun la literatura. Un conjunto heterogéneo de demógrafos, legisladores y funcionarios, médicos(as), juristas, educadores(as), intelectuales y otros expertos, se manifestaron acerca de la necesidad imperiosa de intervenir de manera institucional en las familias de sectores populares, evitando la decadencia de la *raza* argentina.

En este punto, se inició un proceso de desplazamiento de las damas de beneficencia, con el reemplazo de instituciones de caridad por nuevos centros públicos de atención sanitaria y social. La *cuestión social*, instalada en la Argentina finisecular pero ahora con un nuevo signo, implicaba entonces prestar atención a *vicios* —alcoholismo, prostitución— y enfermedades sociales, como la tuberculosis y la sífilis, todos ellos amenazas latentes para el crecimiento de la población de menores recursos. El interés médico, incorporado en la década de 1920 a la agenda pública de manera primordial, cambió de rumbo y no se dirigió ya a evitar los contagios y a proclamar y exigir la generalización de pautas de higiene, sino directamente a interesarse en la vida privada de los sectores populares a

través de instituciones y prácticas científicas, con una visión que combinaba, en diferente medida, autoritarismo y preocupación social.⁴³

El afán de modificar ciertas conductas reservadas a la vida privada —la limpieza, el contacto personal, la sexualidad, las costumbres de alimentarse, entre muchas otras pautas— estaba en este caso relacionado con el peligro social, no ya de contagio bacteriológico, sino para impedir la extensión de patologías debilitantes en una población urbana en expansión, donde la preocupación por la masa inmigrante cedía paso a un interés por los contingentes de la empobrecida población del interior.⁴⁴

Desde este punto de vista, la atención de las madres y los niños adquirió mayor énfasis a partir de la década de 1920, cuando se generó, en Buenos Aires, un sistema institucional sanitario de amplia cobertura social. Los institutos de puericultura y las maternidades, dependientes muchos de ellos del municipio porteño, incorporaron además de una atención médica moderna a embarazadas y bebés, un sistema social paralelo. Para muchos especialistas, era imposible lograr éxito en limitar la mortalidad y morbilidad infantil, que a pesar de haberse disminuido, seguía siendo alarmante,⁴⁵ valiéndose de las posibilidades médicas exclusivamente. El cuidado del embarazo y el parto significaba un control perió-

• • • • •

43 Un ejemplo de esta cuestión es el *Manual del médico y político progresista Germinal Rodríguez*, editado por primera vez en 1936, y que se dedica a rescatar en un volumen la legislación, las instituciones y la práctica profesional para los alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas; Germinal Rodríguez, *Compendio de demofilaxis*, Buenos Aires, López & Etchegoyen, 1955.

44 En 1895, del total de la población 42% era urbana y 58% rural; en 1914 los índices se invirtieron, ya que la población urbana representaba 58%; en 1947, creció hasta 62.2%; véase Susana Torrado, *Estructura social de la Argentina, 1945-1983*, Buenos Aires, Ediciones La Flor, 1994, p. 78 y Víctor Vásquez Presedo, *Estadísticas históricas argentinas (comparadas) III, 2ª. parte: 1914-1939*, Buenos Aires, Ediciones Macchi, 1976, p. 20.

45 De acuerdo con Susana Torrado, *op. cit.*, 2003, entre 1895-1925, la población tuvo un crecimiento vegetativo alto; pero entre 1925-1929, se produjo una limitación de la natalidad sin que se disminuyera la mortalidad, lo cual fue preocupante para muchos de los demógrafos de la época (véase por ejemplo Alejandro Bunge, *Una nueva Argentina*, Buenos Aires, Hyspamérica, 1984). La esperanza de vida aumentó substancialmente para todo el país; en el periodo 1913-1948 ascendió de 48.5 a 61.8 años, aunque las diferencias regionales son importantes. En el mismo periodo, en Buenos Aires aumentó de 51 a 67 años, pero en la región del Nordeste mantuvo una de las más bajas del país: de 37 años en 1913 a 51 años en 1948 (véase Mario Boleda, "Evolución de la mortalidad argentina en el contexto regional: la situación del noroeste argentino", en Hernán Otero y Guillermo Velázquez (comps.), *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*, Tandil, Programa de Procesamiento de Información y Estudios de Población-Instituto de Estudios Históricos y Sociales, pp. 95-121.

Dentro y fuera del hogar...

dico de las madres (peso, vacunación, alimentación, tensión arterial, medicación), que debía continuar con la observación de los niños pequeños y más adelante, con el resto de la familia, también en riesgo médico permanente.

Todas estas pautas requerían que la población concurren para diagnóstico temprano y tratamiento a los dispensarios, maternidades, centros de asistencia y otras instituciones públicas, sin interrumpir las visitas al médico o a la partera. Esta cuestión fue difícil de lograr de manera automática, aunque se tratara de atención gratuita y se aseguraran ventajas en recibir el tratamiento. Las dificultades por inducir las prácticas de manera periódica estaban acompañadas por una visión médica de instrumentación autoritaria de medidas profilácticas, heredadas de la etapa anterior. Pero además, si las familias se negaban a asistir al médico, debían habilitarse nuevas metodologías para asegurar esa atención. Es decir, impregnar a los sectores populares urbanos de los beneficios de la higiene pública no ya confiando en las ventajas sociales comparativas, en la educación formal o en la publicidad, sino en la transmisión de pautas culturales a partir del conocimiento personal y de la influencia directa en los hogares.

La creación de las *visitadoras* obedeció a esa lógica. La denominación anunciaba una relación amistosa y familiar, a medio camino entre la tarea de enfermería y la asistencia social. A diferencia de la enfermería, que podía interesar también a varones (aunque ciertamente el diploma de las escuelas de Capital Federal los excluía), las visitadoras fueron siempre mujeres y de clase media. La carrera se cursó desde 1925 en el Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, y los primeros títulos otorgados agregaban de *Higiene Social*, especificando el carácter médico preventivo de las funciones técnicas. De acuerdo con su creador, el médico Manuel Carbonell, se trató de que las *enfermeras de los pobres* fueran las *mensajeras de la higiene*, en contacto entre *el problema social y el problema médico*. Su función iba más allá de la prevención médica de enfermedades infecto-contagiosas, e incluían la divulgación de conocimientos de pericultura, de sanidad escolar e industrial, enfermedades mentales y sobre todo, del *servicio social*.⁴⁶ Antes de 1925, hubo en Argentina varios proyectos legislativos para la aprobación de Escuelas de Enfermeras Visitadoras.

• • • • •

46 Manuel Carbonell, "Proyecto de creación del curso para Visitadoras de Higiene Social", en *La Prensa Médica Argentina*, tomo XI, 1924-1925, pp. 164-168. Carbonell fue profesor de la cátedra de Higiene en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires desde 1920.

A su vez, se basaban en la experiencia de Inglaterra, Estados Unidos, Francia, Bélgica, e incluso Brasil y Uruguay, países que contaban con cientos de miles de estas profesionales en sus instituciones públicas.

En Buenos Aires, las mujeres trabajaban vinculadas a los institutos de puericultura y maternidades públicas y su tarea era tan amplia, que incluía además de las cuestiones higiénicas ya citadas, las referidas a la moralidad familiar. Muchas se encargaban, con la anuencia de los médicos, en realizar las gestiones para formalizar las uniones ilegales a través del matrimonio. La integración exclusiva de mujeres a la profesión de visitadoras tiene relación con una visión de género muy particular, que planteaba la necesidad de incorporar la abnegación y el cuidado higiénico-científico para un seguimiento sistemático de la población indigente. Para sus *jefes naturales*, los facultativos, con su labor eran capaces de detectar los problemas sociales antes de que fueran totalmente irresolubles, basándose en indicios relacionados con su experiencia hogareña. Su sensibilidad hacía que pudieran captar mucho mejor las dificultades familiares y también, podían solucionar muchas de ellas con una buena dosis de voluntarismo.

En el interior argentino, donde fue escasa la irrupción de la salubridad de finales del siglo XIX, la intervención sanitaria y social estatal aparece de manera más definida en relación con la interpretación de la decadencia física futura y la desaparición de la población sana, así como por una preocupación por aumentar la natalidad para paliar la pérdida de población producto de la migración. En el caso del Territorio Nacional de La Pampa, se une a esta situación el proceso de despoblamiento que es común a otras regiones del país a partir de la concentración metropolitana por un lado, y de la crisis rural por otro.⁴⁷ A finales de la década de 1930 y principios de 1940, aparecen en los *Cuadernos de las Visitadoras*, una fuente única hasta el momento en el país, el registro pormenorizado que debían presentar ante sus superiores. El listado original se entregaba a las visitadoras en los centros de salud pública, en el caso que nos compete, en la Asistencia Pública y en el Centro Maternal, y también en las escuelas, donde se estableció un sistema de inspección sanitaria de los alumnos. Como en la Capital

• • • • •

⁴⁷ Las tasas de natalidad de La Pampa eran, en 1935, de 24.7 por mil mientras que Argentina tenía tasas similares (24.5 por mil).

En 1948, los índices se mantuvieron (25.5 y 25 respectivamente). En 1954, La Pampa tenía las tasas más bajas del país, junto con Buenos Aires, Santa Fe y Capital Federal. En 1935, los nacidos vivos habían sido 4521 y las defunciones alcanzaron 1822.

En 1941, se operó una reducción porque hubo 4,339 nacidos vivos y 1,511 defunciones; Ezequiel Ander Egg, *op. cit.*, pp. 96-97.

Dentro y fuera del hogar...

Federal, las visitadoras recorrían periódicamente las familias en riesgo vigilando aspectos tan dispares como la limpieza, los utensilios, el abrigo, la medicación, entre muchas cuestiones más. Los ejemplos más significativos parten de la vigilancia higiénica a mujeres embarazadas y con niños pequeños, muchos de los cuales eran reacios a acudir al médico.⁴⁸

Viviendas sucias, partos sin control médico alguno, abortos encubiertos, niños que se arrastran en la basura y que permanecen sucios en las cunas, fueron algunas de las cuestiones higiénicas y sociales observadas y cuestionadas. Y además, una insistencia en la medicalización dirigida al control sanitario de la población pobre, ya que se enfatizaba a las embarazadas, parturientas y madres con infantes a concurrir a las instituciones públicas para recibir atención médica.

Las familias con enfermos tuberculosos y con enfermedades venéreas eran visitadas periódicamente, sobre todo cuando abandonaban la medicación, e igual situación se producía cuando las madres no iban al control pediátrico o dejaban de retirar la leche gratuita. Por lo tanto, estas mujeres funcionaron como eficaces auxiliares médicas, llevando el mensaje higiénico y eugénico a las familias más necesitadas. En el registro de su tarea, se dejaba constancia que muchas más

• • • • •

48 El cuaderno de Victoria Gómez de Zucca, tiene anotado que el día 15 de junio de 1938, se visitó a Kalinger, Marcelino Luis: "Por indicación del Doctor Acuña se visita para saber cuál es la causa de que no concurra a la Escuela nº 38, manifiesta la madre que ha tenido difteria y que no se encuentra bien. Regular higiene en la casa". En el mismo cuaderno, el día 17 de junio de 1938: Lucero Oscar: "Se lo visita por no haber concurrido para curar su conjuntivitis gonocócica. El niño se le encontró acostado en una cama sin sábanas y la ropa de abrigo sucia. Toda la cara tapada que podía producirle una asfixia además tomaba el niño sólo la mamadera. La madre es una persona de lo más negligente en sus cuidados hacia el hijo. No escucha los consejos del médico ni los de las visitadoras". Otro ejemplo, tal vez el más interesante, da cuenta de las dificultades para extender el mensaje de aumentar la natalidad de manera concreta, en los sectores más necesitados. El mismo cuaderno informa acerca de la visita del 4 de septiembre de 1939 a una mujer embarazada de tres meses, que había concurrido a la Maternidad para que se hiciera un aborto. La visitadora tuvo que insistir en que la institución era para proteger los embarazos y no con otros fines, pero no se logró convencerla. Las miradas al hacinamiento y la pobreza en Santa Rosa, se repiten a cada paso. En el cuaderno de Mercedes Mallo de Korn, la visita domiciliaria del 2 de junio de 1939 a otra familia señala que "La vivienda consiste en una sola habitación de unos cuatro por cuatro metros, donde duermen seis personas mayores y cinco menores. Todo está desordenado y sucio". En el mismo documento, la visitadora anota que el día 22 de diciembre de 1940 cuando se visitó a María Luisa Avellaneda: "porque concurrió el día 17 con fiebre y baja de peso. Nos dice la madre que le quitó el pecho. El pozo de agua está a unos cinco metros del pozo ciego. Hay un corral de chivos a dos metros".

madres concurrían al centro por consejo de la visitadora que por consejo del médico, por lo que la ayuda de las visitadoras parecía ser imprescindible.⁴⁹

CONCLUSIÓN

En el establecimiento del proceso de medicalización, iniciado a fines del siglo XIX, el *evangelio de la higiene* se generalizó dentro de la elite, tomando posteriormente como justificación, los argumentos científicos propagandizados por el colectivo médico. La extensión se produjo a partir de la interiorización en los sectores medios y populares de pautas que brindaban a quienes las adoptaba, estatus social y respetabilidad; las diversas agencias que dispersaron el mensaje higienista, —instituciones médicas estatales y privadas, educativas y legislativas— lo hicieron fortaleciendo el pensamiento científico, secular y estatal —autoritario frente a ideologías de signo contrario— religiosas, tradicionales y también frente al liberalismo político.

La salud dejó de ser una cuestión doméstica para ingresar en la agenda como problema público. En ese trayecto, las mujeres fueron desplazadas del papel de cuidadoras de todo el grupo familiar para ser compelidas en dos sentidos, quizá contrapuestos: por un lado, a la responsabilidad de la limpieza del hogar y de la higiene de la familia, y por otro, a la maternidad como valor en sí. Estas dos cuestiones tuvieron diferentes consecuencias, relacionadas con el sector social de pertenencia: las mujeres de las clases altas cubrían el primer requerimiento con una masa de sirvientes, pero fueron impulsadas para extender la maternidad a un mayor número de personas en multitud de instituciones privadas que a su vez recibían ayuda estatal.

Las mujeres de clase media aceptaron en sus hogares las ventajas higiénicas y en algunos casos, se beneficiaron con la ola sanitarista en las viviendas y además, tal como los sectores más privilegiados, con una mayor expectativa de vida. Al limitarse el número de integrantes de las familias, vieron también reducido el trabajo en el hogar, y a su vez, se integraron en el conjunto en expansión de trabajadores de servicios en educación y salud aunque con un papel subordina-

• • • • •

49 AHP, Fondo de Gobierno, Dirección de Maternidad e Infancia, Departamento Nacional de Higiene, Centro de Higiene Maternal e Infantil de Santa Rosa, 1940. El registro señala que por consejo del médico fueron 83 madres y por indicación de la visitadora, 516.

Dentro y fuera del hogar...

do, ya que las mujeres médicas o inspectoras y miembros del Consejo Nacional de Educación constituyen una minoría en el periodo analizado. Desde el ámbito laboral, la tarea técnica de maestras, parteras, visitadoras y asistentes sociales implicó una intervención en los hogares pobres, también bajo el manto de la maternidad social.

De hecho, se trataba de extender el brazo del Estado para abarcar a un conjunto mucho mayor de la población en riesgo médico y social. Se brindaban al mismo tiempo, las pautas de limpieza e higiene, y las indicaciones básicas que impedían la extensión de peligrosas patologías sociales. Sin duda, un proyecto loable que no siempre estuvo acompañado por el correlato material. Sorprendentemente (o no tanto), las descripciones de los hogares de muchos que requerían la ayuda social en el interior argentino a finales de la década de 1930, son casi el reflejo de los relatos de ranchos y conventillos, elaborados por los viajeros de un siglo antes y repetidos en los informes de los especialistas, contemporáneos al impacto del progreso.

Después de la fiebre higiénico-sanitaria, divulgada primero como pauta cultural que significaba aceptación social y luego como avance científico de la modernidad, gran cantidad de la población carecía de las mínimas posibilidades para el acceso a las virtudes tan abiertamente publicitadas. La profesionalización subalterna femenina en la educación, la salud y la atención social significó, sin duda, un gran paso en favor de un sustancial mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores más desprotegidos. Aunque maestras, parteras y visitadoras, poco podían hacer para modificar situaciones azarosas con preceptos e indicaciones sanitarias, si faltaban los recursos básicos para llevarlos a cabo. Es posible especular además que, en virtud de la pertenencia social, de la legitimidad proporcionada por el Estado y de la posesión de saberes validados científicamente, muchas de ellas se presentarían en los hogares pobres con un marcado perfil autoritario, lo cual menoscababa la relación de confianza que se deseaba establecer.

D.R. © María Silvia Di Liscia, D.F., enero-junio, 2005.