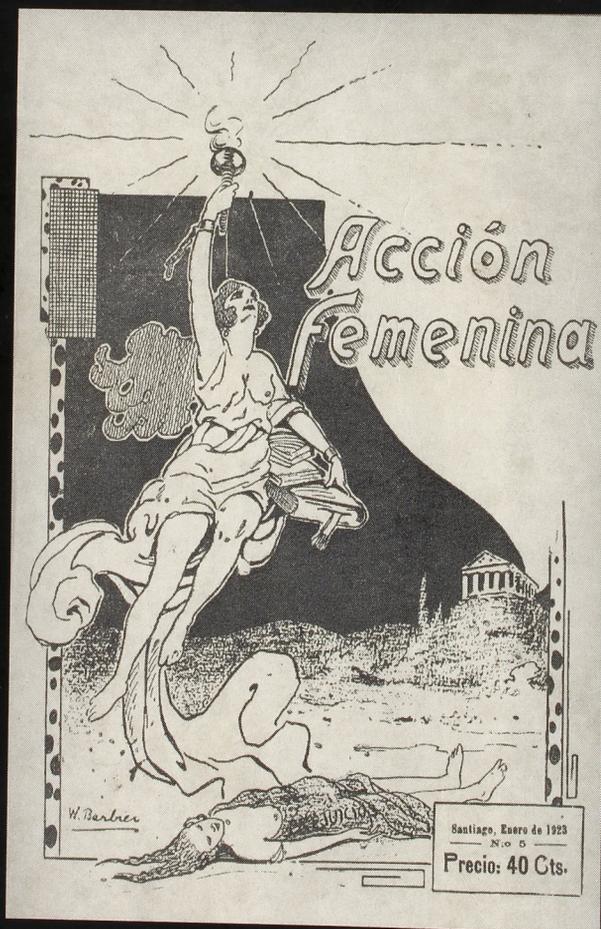


COLECCIÓN SOCIEDAD Y CULTURA

MUJERES, FEMINISMO  
Y CAMBIO SOCIAL  
en Argentina, Chile y Uruguay 1890- 1940

Asunción Lavrin



CENTRO  
DE INVESTIGACIONES  
DIEGO BARROS ARANA



11/834-52/

2005 c. 7

383985

Asunción Lavrin, graduada de la Universidad de Harvard, es profesora catedrática en la Universidad Estatal de Arizona, en Tempe. Se especializa en historia de la mujer y la iglesia en el período colonial, y la mujer y género en Hispanoamérica en los siglos XIX y XX.

Ha publicado más de sesenta artículos y capítulos sobre esos temas y los siguientes títulos: *Las mujeres Latino-Americanas. Perspectivas Históricas* (México, 1985); *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica* (México, 1990); *Women, Feminism and Social Change, Argentina, Chile and Uruguay, 1890-1940* (Lincoln, 1995); *Monjas y Beatas: La escritura femenina en la espiritualidad barroca novohispana, siglos XVII y XVIII*, coeditado con Rosalva Loreto López (México, 2002).

Ha recibido los premios James Alexander Robertson Memorial Prize; Arthur P. Whitaker Memorial Prize y Harold Eugene Davis Memorial Prize.

Ha sido receptora de becas Guggenheim y del Consejo Nacional de Humanidades.

BIBLIOTECA NACIONAL



1152906

MUJERES, FEMINISMO Y CAMBIO SOCIAL  
EN  
ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY  
1890 - 1940

MUJERES, FEMINISMO  
Y CAMBIO SOCIAL  
en Argentina, Chile y Uruguay  
1890-1940

Asociación Latinoamericana

Editorial  
María Teresa Pacheco

*Colección  
Sociedad y Cultura*

©DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS, ARCHIVOS Y MUSEOS. 2005  
Inscripción N° 151.324

ISBN 956-244-176-8 (*título*)  
ISBN 956-244-071-0 (*colección*)

Derechos exclusivos reservados para todos los países

Directora de Bibliotecas, Archivos y Museos  
y Representante Legal  
*Sra. Clara Budnik Sinay*

Director del Centro de Investigaciones Diego Barros Arana  
y Director Responsable  
*Sr. Rafael Sagredo Baeza*

Editor  
*Sr. Marcelo Rojas Vásquez*

Diseño de Portada  
*Sra. Claudia Tapia Roi*

Fotografía Portada  
Portada de *Acción Femenina*, N° 5,  
Santiago de Chile, enero de 1923

Traducción encargada por Anne Pérotin-Dumon  
en el marco del proyecto 'Modernización de la historia',  
del Instituto de Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile,  
que contó con el apoyo de la Fundación Ford.

Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos  
Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 651  
Teléfono: 3605283. Fax: 3605278  
Santiago. Chile

IMPRESO EN CHILE/PRINTED IN CHILE

# MUJERES, FEMINISMO Y CAMBIO SOCIAL en Argentina, Chile y Uruguay 1890- 1940

Asunción Lavrin

Traducción

María Teresa Escobar Budge



CENTRO  
DE INVESTIGACIONES  
DIEGO BARROS ARANA

# ÍNDICE

Siglas y abreviaturas	11
Agradecimientos	13
Introducción	15

## EL FEMINISMO EN EL CONO SUR: DEFINICIONES Y OBJETIVOS 29

<i>Feminismo socialista</i>	35
<i>Feminismo liberal</i>	43
<i>Primer Congreso Femenino Internacional y definición del feminismo liberal</i>	47
<i>Feminismo: segunda fase</i>	51
<i>El papel de los sexos: feminidad y feminismo</i>	52
<i>Feminismo de compensación</i>	60
<i>El feminismo como actividad política</i>	62
<i>El feminismo como reforma moral y social</i>	71

## MANO DE OBRA Y FEMINISMO: FUNDAMENTOS DEL CAMBIO 77

<i>La mujer y sus cifras laborales</i>	79
<i>El trabajo femenino en Argentina: perfil estadístico</i>	81
<i>Perfil ocupacional femenino en Uruguay</i>	86
<i>Perfil laboral femenino en Chile</i>	87
<i>Condiciones de trabajo</i>	91
<i>Salario y sexo</i>	95
<i>Trabajo industrial a domicilio</i>	100
<i>Protección y reforma por intermedio de la ley</i>	104
<i>Regulación del trabajo industrial</i>	104
<i>Regulación del trabajo a domicilio</i>	106
<i>El Código del Trabajo en Chile</i>	107
<i>Protección para las madres obreras</i>	109
<i>Leyes de protección. El problema del cumplimiento</i>	113
<i>Racionalización del trabajo de la mujer: los pro y los contra</i>	115

<i>El trabajo como explotación de la mujer</i>	116
<i>Trabajo, salud y honra</i>	119
<i>El trabajo como independencia económica. Una realidad ambivalente</i>	122
<i>Fruto amargo: ataques al trabajo femenino</i>	124

PUERICULTURA, SALUD PÚBLICA Y MATERNIDAD	131
--	-----

<i>La mortalidad infantil como problema sanitario y social</i>	134
<i>El papel de la mujer en la promoción de la higiene social</i>	138
<i>Los congresos del Niño y el culto de la maternidad</i>	141
<i>Al servicio de la maternidad y de la niñez</i>	150
<i>Mandato legal para la protección del niño</i>	159

FEMINISMO Y SEXUALIDAD: UNA RELACIÓN INCÓMODA	165
---	-----

<i>Mujeres, feminismo y educación sexual</i>	166
<i>Anarquismo e izquierda en materia de sexualidad</i>	170
<i>Una sola moral para ambos sexos</i>	175
<i>Moral única y educación sexual: el debate</i>	176
<i>Opiniones femeninas sobre educación sexual</i>	183
<i>La ilegitimidad como causa feminista</i>	188
<i>Medición de la ilegitimidad</i>	189
<i>La ilegitimidad y el reconocimiento de la paternidad</i>	194
<i>Defensores del cambio: las relaciones entre los sexos y la ilegitimidad</i>	199

EL CONTROL DE LA REPRODUCCIÓN: ESCRUTINIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS SEXOS	207
--	-----

<i>Las mujeres opinan sobre la eugenesia</i>	210
<i>La eugenesia y la iniciativa de reforma de las leyes de matrimonio</i>	215
<i>Feminismo, reproducción y debate sobre el aborto</i>	224
<i>El aborto en Uruguay: un debate insólito</i>	228
<i>El debate sobre el aborto en Chile y Argentina</i>	238

REFORMA DE LOS CÓDIGOS CIVILES: LA BÚSQUEDA DE LA IGUALDAD ANTE LA LEY	247
---	-----

<i>Realidades en curso de cambio: reformas en estudio, 1880-1915</i>	252
<i>La mujer habla con voz propia</i>	259

<i>Permitase que la mujer sea igual al hombre ante la ley</i>	262
<i>La reforma de los códigos civiles, 1920-1946. Panoramas nacionales</i>	265
Argentina	265
Chile	268
Uruguay	273
EL DIVORCIO: TRIUNFO Y AGONÍA	287
<i>El debate de la indisolubilidad y la solución uruguaya</i>	289
<i>Debate en Chile y Argentina: una historia inconclusa</i>	293
<i>El divorcio en Argentina</i>	298
<i>Mujer y divorcio</i>	305
<i>Los sexos en el debate sobre el divorcio</i>	311
<i>El divorcio y la familia</i>	318
POLÍTICA FEMENINA Y SUFRAGIO EN ARGENTINA	323
<i>La izquierda organiza a la mujer</i>	329
<i>La visión anarquista</i>	332
<i>La cumbre de la campaña sufragista: 1919-1932</i>	336
<i>La ley de sufragio: desencanto y esperanzas dilatadas</i>	352
POLÍTICA FEMENINA Y SUFRAGIO EN CHILE	361
<i>Definición de un objetivo político: los primeros años</i>	368
<i>Definiciones políticas y movilización a comienzos de los años treinta</i>	374
<i>La Unión Femenina de Chile y Delia Ducoing</i>	375
<i>El voto municipal: a mitad del camino a la ciudadanía cabal</i>	378
<i>Política y agrupaciones: la derecha y el centro</i>	380
<i>Política y agrupaciones: el centro y la izquierda</i>	386
<i>El sufragio como praxis femenina</i>	393
<i>Agrupaciones femeninas y contragolpe masculino</i>	398
<i>La mujer y las elecciones de 1938</i>	400
POLÍTICA FEMENINA Y SUFRAGIO EN URUGUAY	405
<i>Feminismo: definición de las primeras posiciones</i>	406
<i>Consejo Nacional de Mujeres: en busca de un lugar para el feminismo</i>	413
<i>El decenio largo: problemas en el camino</i>	419



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AGNM, PL.	Archivo General de la Nación, Montevideo. Archivo Paulina Luisi
comp.	compilador a veces compiladora
comps.	compiladores a veces compiladoras
Dr.	doctor
Dra.	doctora
Dres.	doctores
ed.	edición
eds.	editoras a veces editores
FEChIF	Federación Chilena de Instituciones Femeninas
FOA	Federación Obrera Argentina
FORA	Federación Obrera Regional Argentina
GRECMU	Grupo de Estudios sobre la Condición de la Mujer
Hnos.	Hermanos
MC	madre conocida
MD	madre desconocida
MEMCh	Movimiento Pro Emancipación de las Mujeres de Chile
Mme.	Madame
NEH	Fundación Nacional para las Humanidades
OEA	Organización de Estados Americanos
p.	página
PAU	Pan American Union
PC	padre conocido
PD	padre desconocido
PIDF	Partido Independiente Democrático Femenino
pp.	páginas
PPD	padres desconocidos
prof.	Profesora <i>a veces</i> profesor
s.f.	sin fecha
ss.	siguientes

seud.	seudónimo
vol.	volumen
vols.	volúmenes

## PUERICULTURA, SALUD PÚBLICA Y MATERNIDAD

Si bien el trabajo significó un cambio importante para la mujer en muchos niveles, la salud pública y la puericultura conformaban un terreno singular donde las feministas podían defender el papel especial de la mujer en todo esquema de cambio social. La mala calidad de las viviendas, la falta de agua potable y el escaso desarrollo de los sistemas de alcantarillado no eran sino algunos de los problemas ambientales que debía encarar la población de los centros urbanos en rápido crecimiento<sup>257</sup>. La tuberculosis afectaba en forma permanente a una cantidad considerable de personas y las enfermedades infecciosas, junto con la mortalidad infantil, visitaban con regularidad los barrios pobres. De qué manera la enfermedad y las malas condiciones de trabajo afectaban la salud de mujeres y niños era uno de los temas más importantes que ocupaban a médicos y feministas, quienes encontraron en el cuidado de los niños una fuente clave de legitimación para el surgimiento de la mujer en la escena pública. La visión tradicional de la mujer como madre, encargada de alimentar, cuidar y sanar, adquirió renovado interés cuando se puso al servicio de la nación. Las profesionales que obtuvieron títulos universitarios en el primer decenio del siglo xx conquistaron el apoyo de muchos hombres, porque ellas se dedicaban a problemas sociales que no disminuían su femineidad y determinaban una conducta femenina aceptable.

La urbanización y el crecimiento demográfico que se observó en los países del cono sur entre 1890 y 1910 fue consecuencia, en parte, de una inmensa ola de inmigración en Argentina y Uruguay, y de la migración interna en Chile. Por apetecible que fuera este crecimiento, lo asediaban problemas de salud alarmantes que perjudicaban la imagen de estos países cuando procuraban unirse a la corriente principal del "progreso" occidental. Una manera de demostrar "civilización" era controlar los complicados problemas médicos y sociales que afectaban sus ciudades. En los primeros años de 1880, un grupo de médicos interesados pusieron en pie el primer intento de cambiar la caridad por la medicina preventiva y educar a la población en aspectos críticos de salud, pero el efecto pleno de los planes de salud pública y los

<sup>257</sup> Sobre las condiciones de vida y de trabajo en los centros urbanos del cono sur, en los comienzos del siglo xx, véanse Barrán y Nahum, *Battle...*, *op. cit.*, tomo 1, El Uruguay del novecientos; James R. Scobie, *Buenos Aires: Plaza to Suburb, 1870-1910*; Leandro Gutiérrez, "Condiciones de la vida material de los sectores populares en Buenos Aires (1880-1914)", pp. 167-202; Krzeminski, *op. cit.*, pp. 165-257; Claudio Orrego *et al.*, *Siete ensayos sobre Arturo Alessandri Palma*, pp. 165-257.

debates en torno al tema no se vino a sentir hasta pasado 1910, cuando los gobiernos de estas naciones comenzaron a reaccionar en serio ante la presión de los facultativos.

La protección de la maternidad y de la infancia tocaba a quienes se autotitulaban higienistas, un grupo de médicos y sociólogos que veían en los programas de salud pública una forma de mejorar el perfil sanitario urbano y conseguir que sus países se acercaran a los modelos europeos y estadounidenses de progreso social. La higiene social fue el resultado de investigaciones que se realizaron en los últimos decenios del siglo XIX sobre la relación entre la enfermedad, el entorno urbano y las condiciones de vida y trabajo de las personas. Los especialistas en salud pública relacionaban estas materias con la dictación de políticas estatales de largo plazo que asegurarían algún control duradero sobre la morbilidad y mortalidad. Un funcionario uruguayo del sector de la salud diría más adelante que la nueva orientación en salud pública “da de esta manera plena satisfacción a las nuevas orientaciones científicas tendientes a la conservación de la salud por medio del diagnóstico precoz de las enfermedades y al mejoramiento de las condiciones de vida en nombre de la solidaridad social”<sup>258</sup>. Entre 1900 y 1940, el estandarte del higienismo se mantuvo principalmente en manos de médicos varones, a los que se unieron algunas mujeres en los años veinte. Entre los higienistas más destacados de su tiempo se contaban los argentinos: Emilio Coni, Telémaco Susini, José Penna y Domingo Cabred; los chilenos: José F. Salas, Eduardo Moore, Pedro Lautaro Ferrer, Manuel Camilo Vial, Roberto Dávila Boza y los uruguayos: Joaquín Canabal, Ernesto Fernández Espiro, Alfredo Vidal y Fuentes, y Julio A. Bauzá<sup>259</sup>.

El mejoramiento de la salud pública se apoyaba en diversas estrategias, de las cuales la atención preventiva era un elemento clave. La higiene social se proponía rodear a la población con un ambiente limpio, enseñarle los fundamentos del aseo personal y modificar sus hábitos, con miras a prevenir la enfermedad y asegurar la salud de las generaciones venideras. La influencia cada vez mayor del higienismo trajo como consecuencia las primeras instituciones encargadas de controlar la enfermedad y promover la salud nacional. En Chile, se propuso a la Cámara de Diputados, en 1881, la creación de un Consejo Superior de Higiene Pública, el que recibió aprobación oficial en 1882, junto con un instituto de higiene<sup>260</sup>. Es de lamentar que, al no

<sup>258</sup> Javier Gomensoro, “La evolución de la asistencia y el nuevo concepto de salud pública”, p. 713. Solidaridad, en este caso, significa deber.

<sup>259</sup> Véase Emilio Coni, *Higiene social y Memorias de un médico higienista*; Ángel Giménez, *Consideraciones de higiene sobre el obrero en Buenos Aires*.

<sup>260</sup> *Revista Chilena de Higiene*, 20, 1914, p. 15. Sobre el estado de la salud pública y su cuidado institucional en Chile en 1911, véase Pedro Lautaro Ferrer R., *Higiene y asistencia pública en Chile*.

contar con apoyo político ni económico del gobierno, escasamente afectaron la salud de la población en general. Además, por entonces la medicina recién descubría el origen de las enfermedades y muchos enfermos ya no podían sanar del todo. Luego de prolongados debates y demoras, en 1918 se promulgó el *Código Sanitario*, que compilaba las leyes de salud pública<sup>261</sup>.

Este código se reemplazó en 1925 con otro que elaboró el médico John A. Long, higienista de los Estados Unidos. A pesar de la crisis constitucional que sufría el país, por decreto de marzo de 1925 se creó un servicio de higiene social dentro del Ministerio de Salud, Beneficencia Social y Trabajo. Esa ley disponía la instalación de consultorios que controlaran las enfermedades venéreas y ofrecieran atención ginecológica y pulmonar<sup>262</sup>. La enseñanza de “higiene social” se hizo obligatoria en todas las escuelas primarias<sup>263</sup>. En 1931, otro código sanitario reemplazó al de 1925, que había quedado sin efecto. El *Código* de 1931 mantenía muchas de las disposiciones del anterior, en cuanto al cuidado de la salud pública, y creaba un servicio nacional de salubridad, a cargo de un director general de sanidad<sup>264</sup>. La reorganización del sistema de salud pública inició una nueva era de servicios centralizados y, más importante aún, reflejó el propósito del Estado de intensificar el control sobre las necesidades médicas de la nación. Durante todos los años treinta se dictaron leyes especiales que comenzaron a poner en práctica el mandato del Servicio Nacional de Salubridad<sup>265</sup>.

En Uruguay, las leyes promulgadas en 1892, 1894 y 1895 proponían la creación de un consejo nacional de higiene. La última de ellas prosperó y el Ejecutivo nombró el consejo en octubre de 1895<sup>266</sup>, encargado de controlar las enfermedades infecciosas y contagiosas, la prostitución y las actividades de la profesión médica<sup>267</sup>. Una reorganización administrativa, en 1927, condujo a la fundación de un consejo nacional de asistencia pública<sup>268</sup>. En 1931 el Consejo de Salud Pública consolidó los servicios que antes proporcionaban el Consejo Nacional de Higiene y el Instituto para la Profilaxis de la Sífilis<sup>269</sup>.

<sup>261</sup> Luis G. Middleton C., *Apuntes sobre legislación sanitaria*; Ernesto Medina Lois et al., *Medicina social en Chile*, pp. 41-59. El *Código Sanitario* dispuso la fundación de la Dirección General de Sanidad.

<sup>262</sup> Antes de 1925, Chile tenía un servicio de beneficencia (Beneficencia y Asistencia Pública), creado en 1832 y modificado en 1886 y 1920. Véase Marta Niedbalski, *La asistencia social*, pp. 238-276.

<sup>263</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, p. 732.

<sup>264</sup> PAU, *Bulletin*, 66, 1932, pp. 145-149. La publicación del *Boletín Sanitario* se inició en enero de 1927.

<sup>265</sup> *Actas y Trabajos de la Tercera Jornada Sanitaria de Chile, 1940, passim*.

<sup>266</sup> Luis D. Brusco, *Contribución al estudio de la ley de creación del Consejo Nacional de Higiene; Libro del centenario del Uruguay*, tomo 2, p. 623.

<sup>267</sup> Consejo Nacional de Higiene, *Recopilación de leyes...*, op. cit.

<sup>268</sup> *Revista Uruguaya de Dermatología y Sifilografía*, 1-2, 1936-1937, p. 74.

<sup>269</sup> PAU, *Bulletin*, 66, febrero 1932, pp. 149-150.

Cuando se fundó el Ministerio de Salud Pública, en 1934, se encargó de vigilar los aspectos establecidos de la salud pública y también otros nuevos, como la adicción a las drogas y la emisión de certificados prenupciales<sup>270</sup>.

La salud pública se introdujo oficialmente en Argentina en 1852 con la fundación del Consejo de Higiene Pública y quedó firmemente establecida como disciplina gracias al Dr. Guillermo Rawson, quien comenzó en 1873 a enseñar salud pública en la Universidad de Buenos Aires. Rawson formó una generación de especialistas en salud pública, entre ellos Emilio Coni y Telémaco Susini, quienes llevaron hasta el siglo xx la obra del maestro. Hubo diversos consejos transitorios en el ámbito municipal y nacional, que funcionaron de manera más bien ineficiente hasta que el gobierno federal, en 1880, creó el Consejo Nacional de Higiene. Debido a reyertas internas entre las autoridades municipales y nacionales, la autoridad de la Dirección se amplió en virtud de una ley de 1891, que entró en vigencia en 1900 y que le encomendó todos los asuntos relativos a la salud pública. Esta institución dirigió las políticas de salud pública hasta 1943, cuando la reemplazó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social<sup>271</sup>.

#### LA MORTALIDAD INFANTIL COMO PROBLEMA SANITARIO Y SOCIAL

A comienzos del siglo xx, los tres países del cono sur mostraban cifras altísimas de mortalidad infantil. Los reformadores sociales y los higienistas exigían políticas de salud estatales eficaces, puesto que la mortalidad infantil afectaba, en último término, el bienestar de la nación. Se estimaba que una tasa elevada de mortalidad en la infancia y la niñez reflejaba falta de protección a las generaciones futuras. Como la mujer era la pieza clave en el cuidado de los niños, constituía un elemento indispensable en la elaboración de toda política dirigida a satisfacer sus necesidades como madre, además de las de sus hijos. Un panorama de las políticas sobre cuidado infantil que se adoptaron en los países del cono sur nos ayudará a comprender el nuevo papel cooperador que el higienismo asignaba a la mujer.

Alrededor de 1900 eran dos las causas de la alta tasa de mortalidad en los países del cono sur: la tuberculosis y la mortalidad infantil. Las dolencias respiratorias y gastrointestinales afectaban por igual a niños y adultos, pero los niños sufrían más y en 1875 representaban el 52% del total de muertes en la ciudad de Buenos Aires<sup>272</sup>. Emilio Coni sostenía que, antes de 1907, todos

<sup>270</sup> Ministerio de Salud Pública, *Memorias, 1936-38*; Ministerio de Salud Pública, *Boletín de Salud Pública*, ser. 2, 1, 1.

<sup>271</sup> Juan Carlos Veronelli, *Medicina gobierno y sociedad*, pp. 43-63.

<sup>272</sup> Guillermo Rawson, *Estadística vital de la ciudad de Buenos Aires*. Sobre mayores datos de mortalidad infantil, véase Enrique L. Day, *La mortalidad entre los recién nacidos*. Las cifras de

los años morían ciento dieciséis por mil niños menores de un año. Gracias a una intensa labor de puericultura, entre 1913 y 1915 esa cifra bajó a ciento dos por mil<sup>273</sup>. De manera encomiable, en los años siguientes Argentina logró reducir aún más la mortalidad infantil y ya a mediados de los años veinte la cantidad de muertes de niños menores de un año había bajado notablemente. Sin embargo, en 1924, un informe de la provincia de Buenos Aires señalaba que los lactantes menores de un mes de edad seguían muriendo a razón de sesenta y nueve por mil y los niños menores de un año, a razón de ciento cinco por mil<sup>274</sup>. Si bien la situación había mejorado en comparación con la del decenio anterior, la tasa todavía era alta. A fines de los años treinta, la tasa de mortalidad de aquella provincia permanecía estacionaria, con 65,5 por mil niños entre un mes y un año de edad<sup>275</sup>. La tasa era mucho mayor en algunas de las provincias distantes más pobres, como Jujuy, donde llegaba a ciento noventa y nueve por mil.

En Chile la tasa de mortalidad infantil era espantosa, especialmente en Santiago. Entre 1871 y 1908 subió de doscientos setenta y tres por mil a trescientos veinticinco por mil, con un máximo de trescientos cuarenta por mil en 1891-1895<sup>276</sup>. Las cifras de 1905 relativas a los niños menores de cinco años representaban el 49,3% del total de muertes, casi igual a las de Buenos Aires en 1875. Dos años más tarde (1907), la tasa bajaba ligeramente, a 37,09%<sup>277</sup>. La mortalidad infantil disminuyó en los dos primeros decenios del siglo xx, pero permanecía muy alta en comparación con la de Argentina, Uruguay y otros países del mundo occidental.

Los datos estadísticos de largo plazo, entre 1900 y 1930, señalan que en Chile la mortalidad infantil mostraba puntos máximos y simas, con una declinación lenta a lo largo de los años. Dos puntos máximos, de trescientos dos por mil en 1905-1909 y trescientos seis por mil en 1919, marcan la incidencia mayor, pero entre 1915 y 1930 la tasa de mortalidad disminuyó de doscientos cincuenta y cuatro por mil a doscientos treinta y cuatro por mil<sup>278</sup>.

mortalidad infantil suelen distinguir entre lactantes o niños menores de un año y niños de uno a cinco años. Las fuentes estadísticas, en su mayoría, no cuentan los nacidos muertos.

<sup>273</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, pp., 81-85. Las estadísticas correspondientes a esos años son imprecisas. El médico Alberto Peralta Ramos cita tasas de mortalidad de lactantes menores de un año, que fluctúan entre noventa y cien por mil, en 1901-1911, y observa una disminución a ochenta por mil en 1921. Véase Alberto Peralta Ramos, *Puericultura postnatal*.

<sup>274</sup> *Anuario estadístico de la provincia de Buenos Aires* 1924, p. 141.

<sup>275</sup> *Anuario estadístico de la provincia de Buenos Aires* 1940, p. 114.

<sup>276</sup> Alfredo Commentz, "Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile", pp. 315-333; Salvador Allende G., *La realidad médico-social chilena*, pp. 79-80. Una epidemia de sarampión que causó la muerte de miles de niños en 1900 inspiró la fundación del primer hospital de niños, en enero de 1901. Véase Ferrer R., *op. cit.*, p. 283.

<sup>277</sup> *Boletín de Higiene y Demografía* 7, 121, 1905; 9, 12, 1907. En 1905, el total de muertos registrados fue de 13.241, de los cuales 6.532 fueron niños menores de cinco años.

<sup>278</sup> *Anuario estadístico, 1930*, p. 4.

De 1931 a 1935, la situación no dio muestras de mejorar mayormente, puesto que en 1935 la tasa nacional de mortalidad infantil seguía en doscientos cincuenta por mil, y muy poco inferior en los centros urbanos<sup>279</sup>. La cifra de 1936 fue doscientos cincuenta y dos por mil. En aquel momento Chile mostraba una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo y ocupaba el primer lugar de una lista de veintiséis países, ninguno con más de doscientos por mil muertes<sup>280</sup>. Las cifras fuera de Santiago confirman la intensidad y amplitud del problema. En 1928, *El Mercurio* de Santiago daba la mortalidad infantil en la ciudad nortina de Iquique en 29% de todos los nacidos<sup>281</sup>. Más deprimente fue la estadística de la ciudad de Chillán en 1935, donde sólo veinte de cada cien niños sobrevivieron al primer mes<sup>282</sup>.

Uruguay mostraba la mitad de la mortalidad infantil de Chile, pero en 1920 el pediatra Julio A. Bauzá se lamentaba de la lentitud con que se avanzaba hacia una reducción. En 1905-1910 la mortalidad infantil representaba 11% de todas las muertes, y el 12,5% entre 1913 y 1915. De hecho, más niños murieron de complicaciones gastrointestinales entre 1910 y 1915 que entre 1901 y 1905<sup>283</sup>. Las estadísticas del segundo decenio del siglo xx no fueron más optimistas. En Montevideo, la mortalidad infantil alcanzó su máximo en 1915, cuando llegó a ciento cuarenta y siete por mil, y su mínimo en 1921, con cien por mil. Las tasas nacionales de mortalidad infantil fluctuaron entre 1911 y 1921, pero nunca bajaron de noventa y tres por mil (1912), y llegaron a ciento veinticuatro por mil en 1916<sup>284</sup>. A pesar de todos los esfuerzos por brindar atención en salud a los recién nacidos y a las madres, en Uruguay se registraron cuatro mil quinientas muertes sobre un total de 19.939 niños menores de un año (22,5%). En el mismo año, 1.392 niños nacieron muertos. En ese momento, la mortalidad promedio de todo el país era de ciento diez por mil<sup>285</sup>.

Diez años después se produjo un mejoramiento significativo. Entre 1938 y 1939 la tasa nacional cayó a ochenta y dos por mil. Igual que en Argentina, en los departamentos rurales la mortalidad era muy superior. Así sucedió en Rivera, Cerro Largo y Artigas, donde las tasas de mortalidad fluctuaban en-

<sup>279</sup> Dirección General de Estadística, *Estadística Chilena* 8, 8, p. 533.

<sup>280</sup> Allende G., *op. cit.*, pp. 80-81. Malta, que ocupaba el segundo lugar, tuvo 190/1000 muertos. Seguían Egipto y Hungría.

<sup>281</sup> *El Mercurio*, Santiago, 12 de junio de 1928.

<sup>282</sup> Dirección General de Estadística, *Estadística Chilena* 8, 12, p. 532.

<sup>283</sup> Julio A. Bauzá, *La mortalidad infantil en el Uruguay, passim*. En 1901, la tasa fue de 28%; en 1911-15, de 40%, p. 36.

<sup>284</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, p. 1.269.

<sup>285</sup> Acevedo, *op. cit.*, tomo 2, p. 303. Véase también Luis Morquió, *El problema de la mortalidad infantil, passim*. Comparadas las cifras entre sí, la tasa de mortalidad de niños menores de un año fluctuó entre el 11% y el 13%. Esta tasa concuerda, aproximadamente, con las cifras que entregó la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Salud Pública, de 1926.

tre ciento catorce y ciento veintiuno por mil. En Canelones, sin embargo, la tasa no pasaba de cincuenta y dos por mil. Montevideo, con ochenta y uno por mil, se mantuvo cerca del promedio nacional. Parecía que la esperanza de los funcionarios de salud pública, pediatras y eugenistas, en el sentido de que la atención pre y posnatal determinaría una diferencia, se acercaba más a la realidad en 1943, cuando la tasa de mortalidad fue de 60,3 por mil fuera de Montevideo y 30,7 por mil en la capital<sup>286</sup>.

Los datos estadísticos relativos a los tres países destacan la índole urgente de este problema de salud pública. Las cifras de mortalidad de lactantes y niños, a mediados de los años treinta, se comparaban en forma desfavorable con países europeos como Suiza y Suecia, y aproximaban el cono sur más a las naciones de Europa Oriental y a Irlanda del Norte. Con todo, la situación del cono sur fue diferente de la de los demás países latinoamericanos. En 1930, Chile, con la tasa de mortalidad más alta del cono sur, estaba muy por encima de México, Colombia, Costa Rica y El Salvador. Argentina y Uruguay se comparaban favorablemente con Colombia y Costa Rica, cuya mortalidad era superior<sup>287</sup>. De acuerdo con una fuente eugenista, Chile y Costa Rica, en 1941, se mantenían entre las naciones del mundo con las tasas más elevadas de mortalidad infantil, en tanto que Uruguay figuraba como poseedor de una tasa de mortalidad infantil “moderada”, y Argentina, junto con Venezuela, Ecuador y México, se contaba entre los países de mayores tasas<sup>288</sup>. En los años treinta, la disminuida tasa de natalidad, junto con la alta tasa de mortalidad infantil, determinaban un pronóstico sombrío. La inmigración había dejado de aumentar la población y ciertos políticos y eugenistas temían que su patria se “debilitara” y no pudiera cumplir su potencial social y económico. Hay que tener presente este ambiente de opinión, si hemos de apreciar el significado de las políticas dirigidas a la protección de la maternidad y la infancia.

La salud de las embarazadas constituía otra fuente de inquietud médica. Las mujeres, en su mayoría, no contaban con medios para controlar la natalidad y muchas sufrían de complicaciones durante todo el embarazo y al momento del parto. Para controlar su fecundidad, algunas recurrían a abortos, que mandaban a muchas a salas de “maternidad”, cuando no a la tumba<sup>289</sup>. La

<sup>286</sup> Dirección General de Estadística, *Síntesis estadística de la República O. del Uruguay*, p. 23; *Anuario estadístico*, 1, Montevideo, p. 36.

<sup>287</sup> Datos tomados, con fines de comparación, de la Dirección General de Estadística, *Síntesis estadística...*, *op. cit.*, p. 25. En 1930, la tasa de mortalidad infantil de Checoslovaquia fue de 147/1.000 y la de Lituania, de 155/1.000. En 1937, las tasas de Suecia y Suiza fueron de cuarenta y siete y cuarenta y seis por mil, respectivamente. Véase también Allende G., *op. cit.*

<sup>288</sup> Amanda Grossi Aninat, *Eugenésia y su legislación*, p. 174. Las estadísticas comparadas tienden a variar según la fuente; el investigador debe mostrar mucha cautela cuando las emplee. Las cifras que se citan aquí se derivan de fuentes secundarias y se usan como índices del problema médico.

<sup>289</sup> Sobre el aborto, véase el capítulo: El control de la reproducción: escrutinio de las relaciones entre los sexos.

atención prenatal era escasa: las maternidades ofrecían servicios durante el parto y por un lapso breve posterior, pero la escasez de hospitales obligaba a muchas mujeres a dar a luz en casa, con ayuda de una comadrona. Durante los primeros decenios del siglo xx, las mujeres mayormente preferían hacerlo así. Sólo cuando el hogar era totalmente inadecuado, se les recomendaba trasladarse a un hospital, con la idea de que las madres no debían abandonar a sus hijos y a sus familias por un parto<sup>290</sup>. A mediados de los años treinta, la cantidad de personal disponible en los tres países para atención prenatal era todavía insuficiente. En el registro de profesionales médicos que prestaban servicios en el sistema de previsión social chileno había cuarenta y dos y ciento noventa y ocho matronas. En la provincia argentina de Catamarca había sólo tres matronas acreditadas, lo que condujo a una alta tasa de mortalidad durante el parto y mala salud durante el embarazo<sup>291</sup>. En 1939, de un total de 166.251 mujeres encinta, el Ministerio de Salud de Chile estimó que 9.650 contaban con sus propios medios de atención prenatal y no acudían a ningún establecimiento estatal. Suponiendo con generosidad que una tercera parte de ellas tuvieran el dinero suficiente para pagar servicios médicos, se calculaba que más de sesenta y cuatro mil mujeres carecían de toda atención médica, más de una tercera parte de todas las mujeres embarazadas<sup>292</sup>.

#### EL PAPEL DE LA MUJER EN LA PROMOCIÓN DE LA HIGIENE SOCIAL

Los atroces problemas de salud que encaraban las mujeres y los niños explican el interés de los higienistas por desarrollar un sistema de atención de salud que fuera más accesible a los necesitados y atendido, en lo posible, por mujeres. La higiene social tenía dos temarios que proponer a la mujer: enseñar a las demás mujeres cómo cumplir mejor su papel de madres y servir a la nación en calidad de profesionales de la salud. Cuando en el decenio de 1880 la educación de la mujer se convirtió en asunto de interés nacional, numerosas voces reclamaron educación “superior”, para permitir que la mujer tuviera ingreso a las carreras profesionales. No obstante, muchos educadores no perdían de vista la necesidad de preparar mujeres con fines menos elevados, como la administración eficiente del hogar y el cuidado “científico” de los hijos.

<sup>290</sup> Escasa atención se ha prestado a la salud de la mujer, en especial durante el embarazo y después de él. Véase Ferrer G., *op. cit.*, pp. 278-279; Romero Aguirre, “El cuidado del embarazo y la asistencia del parto como factores de protección a la infancia”, pp. 210-218 y Alcibiades Vicencio, “Organización del Instituto de Puericultura”, pp. 227-231.

<sup>291</sup> Allende G., *op. cit.*, p. 144. Alicia Moreau de Justo, “La protección de la madre y el niño no es un problema aislado”, pp. 11-13. Moreau de Justo se apoyó en un informe que publicó un diputado de Catamarca.

<sup>292</sup> Gross Aninat, *op. cit.*, p. 189.

El debate sobre la educación de la mujer tenía elementos filosóficos además de pragmáticos. Los educadores de la época veían a la mujer en primer término como futura madre; poseedora de una influencia moral y educativa considerable sobre los hijos y el hogar, y susceptible de beneficiarse con una educación dirigida a tales fines. La economía en el manejo de la casa mejoraría con el estudio de las matemáticas; la química, la fisiología y la higiene permitirían que las madres comprendieran las reglas de la salud y mantuvieran a su familia en buenas condiciones<sup>293</sup>. Una de las materias nuevas que había que introducir en la educación de la mujer era el cuidado de los hijos o puericultura. La capacitación de la mujer en la entrega de mejores cuidados salvaría las vidas de los hijos y entregaría a las madres un nuevo sentido de responsabilidad y orgullo en torno a su función. El cuidado científico de los hijos fue un corolario lógico de la reforma pedagógica de fines del siglo XIX, cuando la ciencia de preservar la salud se dirigió a aquellas “llamadas a desempeñar los altos y sagrados deberes de la maternidad”<sup>294</sup>.

A mediados de los años diez, puericultura también quería decir la enseñanza que había que dar para atender correctamente a madres e hijos en los hospitales que proporcionaban servicio de obstetricia. El gobierno de Chile fundó en 1906 el Instituto de Puericultura con el fin de ofrecer atención médica a las mujeres embarazadas y a los niños menores de un año. En junio de 1913 se fundó en Santiago una escuela de obstetricia y puericultura<sup>295</sup>. Servicios parecidos ofrecían ya en 1912 los Institutos de Puericultura de Buenos Aires, que se habían ampliado a seis clínicas, con ayuda de la Asistencia Pública, y que terminaron por convertirse en centros de cuidado infantil<sup>296</sup>.

Uno de los mejores tratados de educación doméstica se publicó en Chile en 1909. Un capítulo estaba dedicado al cuidado de los lactantes y a la identificación de las enfermedades más comunes de la infancia. En 1929 apareció un texto completo sobre el tema del cuidado de los niños<sup>297</sup>. En Argentina, el Ministerio de Educación autorizó, en julio de 1897, un curso de higiene infantil<sup>298</sup>. Uno de los primeros libros en poner el tema de la higiene infantil al alcance de las madres se publicó en Buenos Aires, a comienzos del siglo XX.

<sup>293</sup> Juan Emilio Corvalán A., *Importancia de la educación científica de la mujer, passim*; Casanova de Polanco, *Educación...*, *op. cit.* y “Reflexiones sobre la educación pública de la mujer en Chile”, 1, 1, 1876, pp. 1, 2; 4-5, 1876, pp. 16-18; 1, 8 1876, pp. 89-91; Pinochet Le Brun, *op. cit.*; Carlos Octavio Bunge, *La educación, op. cit.*, tomo 3, pp. 43-52.

<sup>294</sup> R. Florencio Moreyra, “Lijeras observaciones al proyecto de educar científicamente a la mujer”, pp. 603-615; Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*, p. 93.

<sup>295</sup> Ferrer G., *op. cit.*, pp. 306-312; *Anuario estadístico*, 2, p. 70; Vicencio, *op. cit.*, pp. 225-231.

<sup>296</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, p. 81 y ss.

<sup>297</sup> Teresa Prats de Sarratea, *Educación doméstica de las jóvenes*, pp. 304-350; *El Mercurio*, 13 de noviembre de 1929, p. 3; María Rosa Baró de Engo, *Tratado de economía doméstica, corte y confección, y labores*.

<sup>298</sup> Enrique A. Feinmann, “Una nueva ciencia de la mujer: la puericultura”, pp. 562-576.

Su autor fue un eminente pediatra e higienista, Gregorio Aráoz Alfaro, quien comenzó a escribir sobre el tema en 1893 y pasó el resto de su vida promoviendo la salud pública y la puericultura. Su *Libro de las madres*, publicado en 1899, abarcaba desde la atención prenatal hasta el final de la infancia. Nada menos que la Dra. Alicia Moreau lo recomendaba todavía, en 1919, como manual de la madre<sup>299</sup>.

El cuidado científico y responsable de los hijos otorgaba un prestigio especial al papel de la madre. La mujer ayudaría a rebajar la mortalidad infantil a toda edad, demanda urgente de la salud pública, y serviría de agente del progreso social; eran conceptos fuertes en el primer decenio del siglo xx. En Argentina, la puericultura fue el catalizador que condujo a la formación de diversos grupos femeninos con miras a promover la protección de madres e hijos. Una de tales instituciones fue el Club de Madres. Este club, fundado en 1912 por un grupo de mujeres de clase alta, pretendía poner en práctica un extenso plan de actividades “higiénicas” para mejorar la salud de los niños. No obstante, sus primeras iniciativas fueron las tradicionales de donar alimentos y ropa a las familias de los tugurios o conventillos<sup>300</sup>. Mucho más importante fue la fundación de Unión y Labor, obra de un grupo de mujeres feministas y socialistas, cuyo propósito era trabajar por el progreso femenino y la protección de la niñez<sup>301</sup>. La institución publicaba una revista del mismo nombre y el producto de la venta se canalizaba hacia un centro de cuidado infantil (Casa de los Niños) para niños en su primera infancia.

Los colaboradores de la revista eran intelectuales de Buenos Aires que, si bien no compartían las mismas opiniones políticas, tenían en común una visión de la mujer como factor clave del cambio social. Algunos, como la Dra. Emilia Rawson de Dellepiane, eran feministas convencidos, dedicados a la emancipación de la mujer<sup>302</sup>. Sara Justo era socialista y aspiraba, como lo hacía Emilia Rawson de Dellepiane, a fundar hogares infantiles y hogares maternos que entregaran servicios a las madres pobres y a sus hijos<sup>303</sup>. En

<sup>299</sup> Gregorio Aráoz Alfaro, *El libro de las madres*, *passim*; Estanislao S. Zeballos, “Mortalidad infantil: Una obra digna de la piedad de mujeres serias”, pp. 597-600.

<sup>300</sup> “El Club de Madres”, pp. 345-347.

<sup>301</sup> *Unión y Labor* 1, 1, 1909. Quienes escribieron en *Unión y Labor* bajo la dirección de Matilde T. Flairoto fueron Sara Justo (hermana del dirigente socialista Juan B. Justo), Andrea Moch, Ernestina López, María Teresa de Basaldúa y Alicia Moreau. Algunos hombres feministas, como Ernesto Nelson y Carlos N. Vergara, escribieron artículos de manera ocasional. Véase también Auza, *op. cit.*, pp. 102-103.

<sup>302</sup> “Conclusiones presentadas por el grupo femenino Unión y Labor al Congreso Femenino internacional”, pp. 13-15; Editorial, p. 2. *Unión y Labor* también se interesó por la causa de los niños callejeros, especialmente los suplementeros, y por las escuelas profesionales para niños varones. Había seis escuelas profesionales para niñas, pero ninguna para niños.

<sup>303</sup> Naría C. de Spada, “Alimentar a la madre para salvar al hijo”, pp. 15-17. La asociación femenina Juana Manuela Gorriti y una delegada del Departamento Nacional de Higiene administraron conjuntamente el primer hogar maternal en Buenos Aires. Véase *Unión y Labor*, 1, 1, 1909; 1, 5, 1910, p. 25; 1, 9, 1910, p. 27; 2, 21, 1911, pp. 27, 31, 32.

1910 la sociedad recibió un terreno para la construcción de un hogar infantil, aunque a fines de 1911 tenía activos por veinticinco mil pesos, no sabemos si efectivamente lo construyó<sup>304</sup>. A mediados de 1913 Unión y Labor se manifestó en favor de enseñar puericultura en las escuelas normales<sup>305</sup>. La revista dejó de publicarse, lamentablemente, después del Primer Congreso del Niño (véase más adelante) y quedan pocos indicios posteriores de su personal. Las actividades de Unión y Labor no giraban exclusivamente en torno a la atención médica de la infancia y la niñez. Sus socias apoyaban los servicios sociales para madres pobres y niños de la calle. Esto lo veían como parte de una contribución feminista a la sociedad, destinada a cambiar la condición de la mujer sin perjudicar su función de madre, y a promover los derechos de los niños a la asistencia y la felicidad.

La puericultura fue uno de los diversos temas importantes que se trataron en el Primer Congreso Femenino Internacional, de Buenos Aires. Elvira Rawson de Dellepiane se ocupó del cuidado infantil en un trabajo en que pintaba un cuadro deprimente de los niños afectados de debilidad congénita, y pedía escuelas especiales para los niños retrasados mentales y para los niños normales, pero enfermizos. Para describir el resultado de la herencia negativa empleó los términos descarnados de una médica acostumbrada a los casos de hospital, con miras a adelantar el concepto de la profilaxis social. Sin referirse abiertamente a las enfermedades venéreas, dejó en claro que “una triste herencia morbosa” tenía la culpa del estado lamentable de los niños, Rawson explicó el régimen que se había de seguir con los niños enfermos, el que se componía de atención médica metódica y continua, una dieta nutritiva y un entorno saludable<sup>306</sup>. Otros delegados al Congreso se refirieron a la puericultura, en sus trabajos o, bien, en el debate sobre otros temas. La actitud más importante en puericultura fue la de la Comisión de Ciencia, que se manifestó en favor de enseñar puericultura a las mujeres de quince a veinte años de edad<sup>307</sup>.

#### LOS CONGRESOS DEL NIÑO Y EL CULTO DE LA MATERNIDAD

El apoyo a la maternidad “científica” que brindó el Primer Congreso Femenino Internacional fue fundamental para su aceptación entre las mujeres adelantadas que se interesaban por el servicio social. Con la aprobación de médicos y feministas, el cuidado de los hijos y el papel de la mujer en el cambio del porvenir demográfico de la nación fueron temas de política que se de-

<sup>304</sup> *Unión y Labor*, 2, 15, 1910, p. 3; 25, 1911, p. 26.

<sup>305</sup> *Unión y Labor*, 4, 45-46, 1913, p. 2.

<sup>306</sup> Elvira Rawson de Dellepiane, “Los niños débiles ante la educación”, pp. 102-111.

<sup>307</sup> Primer Congreso Femenino Internacional de la República Argentina, *Historia...*, *op. cit.*, pp. 364-366. Véase las observaciones de la peruana Dora Meyer sobre la importancia del cuidado prenatal y posnatal, p. 250.

batieron en los congresos nacionales sobre el niño que se realizaron en 1912 en Chile y en 1913 en Argentina. El Congreso Nacional de Protección a la Infancia se celebró en Chile entre el 21 y el 26 de septiembre y se centró, fundamentalmente, en aspectos médicos y jurídicos. La mortalidad infantil era grave, pero se entendía que la mujer era el pararrayos. La atención pre y posnatal, junto con la instrucción en salud de las embarazadas y madres lactantes, se consideraron esenciales y se analizaron en detalle. Un participante, el médico Víctor Korner, preconizó la atención maternal total y recomendó la dictación de una ley que prohibiera el trabajo de la mujer desde un mes antes del parto y hasta cuarenta días después.

Una de las dos mujeres que figuran entre los “asistentes” al congreso observó que los médicos no habían destacado lo suficiente las necesidades económicas de la mujer obrera y propuso que toda ley dirigida a regular el trabajo de la mujer debía obligar a los empresarios a formar un fondo descontado de los salarios de las obreras y destinado a financiar el servicio médico cuando se “enfermaban”. Rafael Edwards fue el único participante en concentrarse en la reglamentación estatal del trabajo de mujeres y niños. Reconoció la necesidad de proteger a las mujeres obreras y subir sus salarios. Para él, dichas políticas no constituían una opción sino un deber. La reglamentación que prohibía el trabajo de las embarazadas tenía que contrapesarse con servicios de salud gratuitos y la creación de sociedades mutualistas que proporcionaran servicios a las mujeres obreras. Edwards no fue más lejos en su proposición de satisfacer las necesidades de la mujer, porque se resistía a imponer reglamentos a los dueños de fábricas.

Los médicos asistentes se limitaron a hablar de niños “pobres” o “indigentes”, sabiendo que los problemas que analizaban los sufrían normalmente los pobres. Recomendaron la confección de estadísticas mejores, para poder correlacionar las tasas de mortalidad y los problemas sociales, proteger a los niños abandonados y dar descanso a las mujeres obreras, reglamentación de las nodrizas comerciales y una mayor cantidad de salas de maternidad en los hospitales generales. Ninguna mujer asistió oficialmente al congreso. Las mujeres todavía formaban una fracción pequeñísima de los estudiantes de Medicina; en 1907 había en la provincia de Santiago cuatro médicas y trescientos cinco médicos. En cambio, había ciento cuarenta y dos estudiantes de Obstetricia. Aun cuando la cantidad de médicas iba aumentando, en 1912 no tenían todavía el prestigio suficiente para que se las invitara a participar en el congreso. No extraña, entonces, ver que los problemas de la maternidad y la infancia se trataban en sus aspectos jurídicos, como la criminalidad, la adopción y la protección legal. La imagen de la mujer que salió de este congreso fue la de la madre dedicada a la tarea física de dar a luz, amamantar y cuidar a los hijos, mientras que el Estado asumía un papel cada vez más amplio de protector<sup>308</sup>.

<sup>308</sup> “Protección de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio: Su influencia sobre la mortalidad infantil”, pp. 137-144, 536; y los comentarios de Sofía Rojas de Aliste en p.

El congreso argentino se realizó en octubre de 1913 y asistieron a él participantes uruguayos invitados. En contraste con la orientación médica del congreso chileno, el congreso argentino fue una reunión intelectual y no sólo médica, a la que asistió un conjunto brillante de sociólogos, médicos, especialistas en salud pública, educadores y feministas. Se le hizo propaganda con anticipación en círculos periodísticos y académicos, y muchas personalidades e instituciones manifestaron su apoyo. En su sesión inaugural, que tuvo lugar el 13 de octubre, el congreso se convirtió en foro para debatir las ideas más avanzadas en materia de educación, reforma de la ley, sicología infantil y puericultura<sup>309</sup>.

Presidió el congreso la conocida "librepensadora", activista social y feminista, Dra. Julieta Lanteri. La secretaria oficial fue la educadora y reformadora socialista Raquel Camaña. La Dra. Paulina Luisi representó a Uruguay y a los médicos a cargo de los alumnos de escuelas primarias en su país. Entre otras mujeres notables de esta generación que tomaron parte en el congreso se contaban: Carolina Muzilli, la Dra. Elvira Rawson de Dellepiane, la Dra. Petrona Eyle, Elvira López y la Dra. Alicia Moreau. La Asociación de Mujeres Universitarias Argentinas y Unión y Labor figuraban entre las instituciones que patrocinaban la reunión. Que una mujer presidiera la reunión fue en parte cosa de "gentileza" varonil, pero también un reconocimiento de la calidad intelectual de las mujeres participantes. Aunque en minoría, las mujeres profesionales que asistieron participaron en todos los debates y presentaron trabajos importantes, los que merecieron el apoyo entusiasta del congreso.

En la sesión inaugural, Lanteri atribuyó la idea del congreso a la Liga para los Derechos de la Mujer y el Niño, fundada en Buenos Aires en enero de 1911. La Liga fue otra expresión más del interés que esta primera generación de feministas sentía por el bienestar de los niños. Sus miembros patrocinaban conferencias públicas sobre asuntos de la niñez, escribían cartas a las autoridades protestando por el abuso del trabajo infantil, proponían proyectos para dar asistencia a los niños pobres, copatrocinaban la fundación de escuelas y apoyaban las candidaturas femeninas al Consejo Nacional de Educación<sup>310</sup>.

Poco después de su fundación, la Liga se había abocado a organizar un congreso para analizar temas sociales importantes en relación con la niñez. Había buscado el apoyo de muchos hombres distinguidos, no porque las

556. Véase también Rafael Edwards, "Apuntes, observaciones y propuestas sobre el tema legislación del trabajo de los niños, de las madres y de las mujeres encinta", pp. 417-454. Sobre resúmenes y conclusiones, véanse pp. 531-567. Véase "Censo levantado el 28 de noviembre...", *op. cit.*; *Anuario estadístico*, 1, pp. 90, 96.

<sup>309</sup> Todos los datos del congreso se basan en las crónicas detalladas de *La Nación*, 13-19 de octubre; *Unión y Labor*, 2, 18, 1911, pp. 28-29.

<sup>310</sup> *La Nación*, 17 de octubre de 1913, p. 14.

mujeres no tuvieran fe en su propia capacidad organizativa, según explicó Lanteri, sino porque el porvenir de los niños estaba en manos de ambos sexos. Tras esta fuerte afirmación de la necesidad de preservar la colaboración y la armonía entre los sexos, el congreso trató una diversidad de temas en sus sesiones sobre educación, higiene, leyes y sicología.

En los trabajos que se presentaron se define el papel de la mujer en el cuidado de la infancia como una tarea nacional y personal. Se insta a la mujer a tomar parte en proyectos de salud pública en pro de la salud e higiene infantiles. Aunque las mujeres profesionales llevaban varios años ocupadas en iniciativas de salud pública, en los debates quedó en claro que había cierto nivel de profesionalismo que los hombres no estaban dispuestos a aceptar. El médico Rafael Sedano Acosta propuso que las médicas deberían ocupar un lugar de privilegio en la inspección médica de las escuelas primarias, pues la mujer tenía habilidades didácticas especiales y una gran "afinidad para el trabajo". Además, dijo, era de "alta conveniencia social y moral" que las mujeres tomaran ese papel. Sus palabras encendieron un acalorado debate entre los que pensaban que la "dignidad de los médicos" sufriría si médicas reemplazaban a los hombres en las inspecciones. Sedano Acosta rebatió este argumento explicando que los médicos inspectores examinaban casi exclusivamente a maestras y alumnas que probablemente preferirían que las examinara una mujer. La Dra. Lanteri apoyó "con vehemencia" a Sedano Acosta en un intercambio estridente. En 1913 las mujeres profesionales suponían que habían obtenido la aceptación profesional y un nicho en sus disciplinas, pero el ego de muchos higienistas varones sufría con la idea. Nadie sostuvo que la enseñanza de puericultura no se debiera reservar para las maestras: en 1913, la maestra era una figura típica en Argentina. La enseñanza se estaba "feminizando", pero la medicina seguía siendo un reino masculino. La diferencia de categoría entre una médica y una maestra era grande. Se aceptaba que una maestra, por ser mujer y pertenecer a una profesión femenina, era la más idónea para enseñar a las mujeres más jóvenes el cuidado de los lactantes. Pero inspeccionar un distrito escolar, en una calidad reservada hasta entonces para el hombre, todavía era una función inaceptable en una mujer.

En lo personal, la enseñanza y el aprendizaje de la puericultura formaban parte de la educación ideal de todas las mujeres en su calidad de futuras madres. Un proyecto que imponía la puericultura como ramo obligatorio en las escuelas normales recibió aprobación unánime en el Congreso. El médico Enrique Feinmann, en 1912, ya había presentado un proyecto parecido a la Junta de Educación, por lo que la aprobación del Congreso constituía un sello público e intelectual de aceptación. Los médicos Pedro Rueda y Mariano Etchegaray convinieron en que la mujer argentina necesitaba con urgencia aprender los principios de la higiene infantil. Rueda apoyó el papel que las médicas podían cumplir en esa tarea y respaldó las recomendaciones de Sedano Acosta en el sentido de nombrar a mujeres en ciertos cargos públicos.

Etchegaray recomendó el ensayo, desde los primeros años, de las funciones maternas, atadas a los últimos adelantos de la higiene personal y social. Las escolares de ocho a diez años jugarían a las muñecas para aprender su función de madres. En su opinión, cuando todas las madres conocieran a fondo sus responsabilidades frente a sus hijos, la República Argentina habría dado un paso gigantesco hacia el progreso y el mejoramiento de la raza<sup>311</sup>.

La defensa de la niñez dependía de la enseñanza de la puericultura dentro del sistema de escuelas públicas. Feinmann propuso que hubiera cursos para todas las niñas mayores de doce años, ya sea que asistieran a escuelas normales o a liceos. A todas las alumnas se las debería educar para cuidar de sus hermanos menores, pues en los hogares modestos las hermanas mayores muchas veces desempeñaban este papel mientras los padres trabajaban. Feinmann terminó con la petición de un instituto de maternidad y puericultura que educaría a las madres solteras además de las casadas.

Tres años más tarde, la defensa de la puericultura, la vinculación de toda mujer con el cuidado de los hijos por la maternidad, recibió el beneplácito promocional oficial del Primer Congreso Americano del Niño, en Buenos Aires, en julio de 1916. Asistió una numerosa concurrencia de distinguidos intelectuales, médicos, educadores y abogados del cono sur. En su calidad de continuador del Congreso Nacional del Niño, de 1913, esta reunión no tuvo el impulso innovador que caracterizó al anterior; no obstante, el congreso pretendía un alcance continental y recibió delegaciones de casi todos los países latinoamericanos. Lo irónico fue que el gobierno argentino, que ese mismo año celebraba el centenario de la declaración de independencia, ni consideró al congreso en su lista de actos oficiales ni contribuyó fondos para él.

La primera generación de mujeres feministas y activistas estuvo bien representada en esta ocasión y la participación femenina fue mayor que en 1913. Argentina contó con la mayor cantidad de mujeres participantes. La delegación uruguaya se componía de Paulina y Clotilde Luisi, y otras nueve educadoras o directores de instituciones de caridad para mujeres. Chile no envió a ninguna mujer. Otra vez se pidió a la Dra. Julieta Lanteri Renshaw que presidiera el congreso en su calidad de médica y presidenta de la Liga por los Derechos de la Mujer y el Niño. Estuvieron presentes, entre otras mujeres educadoras, feministas, médicas y abogadas, la Dra. Alicia Moreau, Elvira López, Francisca Jacques, María Angélica Barreda, Ernestina López de Nelson, la Dra. Elvira Rawson de Dellepiane y Petrona Eyle. Representaban a los socialistas Carolina Muzilli, el médico Enrique del Valle Iberlucea, el médico Ángel M. Giménez y el diputado Alfredo Palacios. Otros personajes notables fueron José Ingenieros, Carlos Octavio Bunge, Alejandro Korn y el escritor uruguayo Carlos Vaz Ferreira. La presencia de tan distinguidos intelectuales prueba su preocupación por la niñez como símbolo del futuro y

<sup>311</sup> *Primer Congreso Americano del Niño, passim.*

su fe en que las ciencias físicas y sociales podrían trazar un rumbo nuevo para la sociedad. El programa reflejaba las inquietudes de higienistas y feministas en favor de los niños: organización de un ministerio de menores; investigación de la paternidad; los delinquentes infantiles abandonados y el tratamiento de los niños en el *Código Penal*. Los delegados analizaron un proyecto de ley dirigido a reglamentar el trabajo de niños y mujeres, el trabajo a destajo, los riesgos sanitarios en los establecimientos industriales que ocupaban a mujeres y niños, y las salas-cunas. La sesión sobre aspectos sociales se ocupó de educación intelectual y física, y la enseñanza de higiene durante la educación secundaria (once a catorce años). En una sesión dedicada a la asistencia de mujeres y niños se analizó la protección de la maternidad y la educación especial de la mujer. También se habló de la creación de clubes de madres y clubes de niños, y de la necesidad de promover y proteger las industrias “apropiadas para la mujer”.

La socialista argentina Carolina Muzilli leyó un informe sobre el trabajo infantil y pidió su reglamentación, sugerencia que fue aprobada por unanimidad. También propuso que a las mujeres se les diera tiempo para descansar durante su menstruación, lo que revela la actitud vigente respecto de un problema “particular” femenino. Ante su sugerencia, el congreso aprobó una recomendación en el sentido de que las mujeres obreras podrían faltar al trabajo tres días de cada mes, sin expresión de causa. Los participantes en el congreso, feministas o no, no se inmutaron ante una medida que destacaba las diferencias entre hombres y mujeres, y que podría ayudar a devaluar aún más el trabajo de la mujer. Para el reformador social, lo importante era una obrera en buena salud y protección para el que entonces se conocía como problema físico, incómodo y agotador, de la mujer. El congreso celebró también una sesión sobre eugenesia, en cuanto concepto biológico, social y “etnológico”, y sobre el papel del Estado en el logro de sus metas.

El Congreso del Niño no fue simplemente una conferencia sobre la niñez, sino que marcó un punto de partida para atribuirle al Estado la responsabilidad de la protección de niños y mujeres. En él se reflejaron las inquietudes de los reformadores sociales de distintos oficios y su convicción relativa a la vulnerabilidad del sector “más débil” del cuerpo social. Algunos participantes, como los socialistas, por ejemplo, pretendieron acentuar y legitimar su papel de defensores de la mujer y de la reforma social. Los intereses de las mujeres eran más pragmáticos. En su calidad de educadoras, médicas y abogadas, tenían que ver a diario con madres y niños, y procuraban que sus gobiernos tomaran medidas claras por su bienestar. Su presencia tenía importancia política por cuanto el apoyo de varones eminentes para su causa reafirmaba su papel de constructoras del porvenir y participantes en el cambio social.

El Congreso de Montevideo, en 1919, continuó el debate sobre temas como el abandono de los hijos, nutrición, sociedades protectoras de la infan-

cia y reglamentación del trabajo de niños y niñas menores de quince años. Se condenó la venta callejera y una proposición de prohibirla para las niñas señala preocupación de que esa actividad pudiera conducir a la prostitución. El abandono de los hijos se trató porque había un estigma social que se aplicaba a las madres solteras y a la incapacidad del Estado de ayudar a la mujeres, casadas o no, que debían criar a sus hijos solas. La responsabilidad estatal, de asistir a madres e hijos, se reiteró en varios trabajos sobre subsidios para madres lactantes, con el fin de suprimir a las nodrizas institucionales, las bonificaciones en efectivo a las familias que criaban hijos y la asignación de mayores recursos para la enseñanza de puericultura<sup>312</sup>. Se seguía culpando a la ignorancia materna en puericultura e higiene infantil de la elevada tasa de mortalidad infantil. La Dra. Isabel Pinto Vial disertó sobre las causas sociales de la delincuencia juvenil. El congreso terminó con un dramático discurso de clausura de la Cámara de Diputados uruguaya, relativo al derecho y al deber del Estado de proteger a las mujeres y los niños, y reglamentar sus condiciones de trabajo<sup>313</sup>.

Éste y otros congresos sobre el niño apuntalaron el papel de la madre educada, en la protección de los hijos, y estimularon la participación del Estado en la elaboración, financiamiento y mantención de políticas demográficas y de salud. En teoría, y asimismo en la práctica, a fines de los años diez la puericultura recibió su espaldarazo. De ahí en adelante, permanecería íntimamente ligada a la salud pública y la eugenesia, si bien el vínculo no quedaba siempre claro<sup>314</sup>. Las escuelas normales 1 y 2, en Santiago, no adoptaron la enseñanza de la puericultura sino a mediados de los años treinta<sup>315</sup>. Ya en 1915 Argentina había iniciado la enseñanza del ramo en las escuelas normales y su institución en las escuelas profesionales<sup>316</sup>. Aun cuando la puericultura permaneció como ramo de estudio en las escuelas normales argentinas, su destino en las escuelas profesionales fue más azaroso. No está claro si el nombramiento de un profesor varón, en 1914, se revocó más tarde,

<sup>312</sup> Sobre nodrizas, véase Estela Pagani y María Victoria Alcaraz, *Las nodrizas en Buenos Aires: Un estudio histórico (1880-1940)*, p. 9.

<sup>313</sup> Resumen basado en informes publicados en *La Prensa*, 17-25 de mayo de 1919.

<sup>314</sup> Feinmann, "Una nueva...", *op. cit.*, pp. 562-576; *Unión y Labor* 4, 45-46, 1913. La revista celebró la enseñanza de puericultura en la que estimaba como una campaña lograda contra "prejuicios añejos" que no percibían la utilidad de enseñar dichas materias femeninas, "naturales e inherentes", en las escuelas.

<sup>315</sup> En Chile, la instrucción comprendía "nociones de eugenesia" y los efectos hereditarios de la sífilis. Cada año asistían al curso entre doscientas y doscientas cincuenta maestras de las escuelas normales. Quedaba mucho por hacer en materia de puericultura. Una fuente señala que de las seiscientas mil alumnas de escuelas públicas y colegios particulares, sólo el 15% recibían instrucción en la materia. Véase *Acción Femenina* 5, 16, Santiago, 1936.

<sup>316</sup> Alicia Moreau (firma A.M.), en *La Vanguardia*, Buenos Aires, 9 y 27 de febrero de 1917. *La Vanguardia* mantuvo durante varios años una sección para las madres, que se llamaba "Rincón de las madres", en la que se daba consejos sobre el cuidado de los niños.

pues en junio de 1924 se restableció el curso de puericultura en dos escuelas profesionales. El ramo se abolió nuevamente en 1931 ante la recomendación de una inspectora de escuelas, quien estimó que estos asuntos eran “inmorales”<sup>317</sup>.

Los socialistas aprovecharon la oportunidad para señalar que la puericultura se enseñaba siempre en los liceos y escuelas normales, y destacaron la ironía que significaba suprimir el ramo en escuelas a las que asistían mujeres de hogares modestos, especialmente mientras Argentina todavía exhibía una mortalidad infantil muy alta. Varios años más tarde, el diputado socialista Américo Ghioldi defendió la introducción de la puericultura como materia de estudio en las escuelas normales para hombres<sup>318</sup>. La sugerencia no prosperó porque se adelantaba a su tiempo, pues el cuidado de los niños todavía se miraba como ocupación exclusivamente femenina.

La popularidad de la puericultura durante los años veinte y treinta da a entender que, pese a la presencia cada día más numerosa de mujeres en la fuerza laboral, y la certeza de que sus funciones en la sociedad estaban cambiando, el destino biológico seguía siendo la preocupación más destacada de los educadores de ambos sexos, de los políticos y de muchas mujeres del bando feminista. Como la maternidad, la puericultura era sumamente aceptable para los feministas. Se vinculaba con diversas causas sociales y satisfacía el *ethos* de servicio, moral y edificación de la mujer que profesaban. No habría división entre el cambio social para la mujer y las exigencias de su propio sexo. La Dra. Elvira Rawson de Dellepiane, por ejemplo, se había hecho cargo de la administración de servicios de salud en un jardín infantil situado en el populoso barrio de La Boca. Comprendió que el suministro de alimento no bastaba y organizó un comité de madres que proporcionara baños y ropa limpia, dentro de un programa para enseñar a los niños principios de higiene<sup>319</sup>.

En 1920, el Consejo Nacional de Mujeres, en Uruguay, explicó su apoyo a la puericultura pre y posnatal con el argumento de que las causas de la mortalidad infantil eran la ilegitimidad, la pobreza y la ignorancia. El problema de la ilegitimidad se podría resolver si se adoptaba un solo criterio de moral. Las madres solteras eran con frecuencia pobres e ignorantes. Si bien la pobreza no se podía resolver de inmediato, se podía remediar si se enseñaba a la madre el cuidado “intrauterino” u “obstétrico” de los niños (atención prenatal), y el cuidado de los hijos en los decisivos primeros meses de sus vidas. El consejo instó al Estado a aprobar subsidios que permitieran que las madres cuidaran a sus hijos sin sufrir presiones económicas<sup>320</sup>. La inquietud

<sup>317</sup> *La Vanguardia*, Buenos Aires, 2 de diciembre de 1932, p. 1.

<sup>318</sup> Martín I. Becerra, “¿Debe enseñarse la puericultura a los alumnos varones?”, pp. 30-31, 34.

<sup>319</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, pp. 127-128. El Consejo Nacional de Educación suspendió el programa en 1917 y lo redujo a la repartición de leche y pan.

<sup>320</sup> *Acción Femenina*, 4, 28-29, Montevideo, 1920, pp. 48-55, 98-105. Informe de Haydée B. de Brignole; 4, 30-31, 1920; 4, 32-33, 1920 y 4, 34-35, 1920, pp. 184-196.

del grupo feminista mejor organizado de Uruguay por el tema de la salud del que por entonces se conocía como “binomio madre-hijo” refleja la importancia que tenía la puericultura como medio de legitimar el papel nuevo de la mujer en la sociedad. La puericultura ofrecía el estímulo para una mayor participación de la mujer en los sistemas nacionales de salud y le brindó más visibilidad junto con un papel más activo en la vida nacional.

Cuando se celebró en Santiago el Cuarto Congreso del Niño, en octubre de 1924, ya había un cuerpo sólido de estudios pediátricos y de salud que respaldaba el concepto de la puericultura como elemento esencial de la higiene social, y tanto los feministas como sus contendores habían consagrado a las mujeres como sacerdotisas del nuevo estudio, aunque los hombres conservaron la facultad de elaborar las políticas. Conocidos pediatras e higienistas de los tres países, en su mayoría varones, asistieron a este congreso: Gregorio Aráoz Alfaro y Emilio Coni, de Argentina; Luis Morquió, Pedro Blanco Acevedo, Dardo Regules y Augusto Turenne, de Uruguay. Varias mujeres notables de los tres países desempeñaron funciones importantes y, si bien tuvieron menos prominencia que en el congreso de Buenos Aires en 1916, el hecho de que la Dra. Ernestina Pérez, médica chilena, presidiera el congreso marcó un cambio importante respecto del primer congreso celebrado en Santiago doce años antes. La Dra. Cora Mayers, Amanda Labarca y Enriqueta Aliaga de Silva, entre otras, representaron a Chile. La Sociedad de Puericultura de Valparaíso envió representantes. La delegación uruguaya se componía mayoritariamente de hombres y no contaba ninguna mujer notable entre sus participantes. La Dra. Elvira Rawson de Dellepiane, Esther y Felicitas Smith Bunge, y la Dra. Ernestina López representaban a Argentina.

Ciertas materias se habían convertido en temas obligados de los congresos, como, por ejemplo, las instituciones para madres solteras, leche para los niños pobres, atención de lactantes, niños abandonados, clínicas para madres e hijos, los derechos de la madre sobre sus hijos y proyectos de creación de escuelas para madres<sup>321</sup>. El argentino Enrique Feinmann continuó apoyando el proyecto de enseñar puericultura en los colegios secundarios y también recomendó la labor de enfermeras visitadoras especializadas en puericultura. En la clausura el congreso recomendó la creación de oficinas para la coordinación de medidas eugenésicas, la formación de centros médico-pedagógicos para atención infantil, y la ampliación metódica de la práctica de la puericultura. Diversos grupos femeninos se reunieron antes del congreso y durante su curso, y enviaron peticiones al gobierno en pro de cambios en la condición de la mujer. Pocos días después de clausurado el congreso, la Gran Federación Femenina, de Chile, anunció su participación en una cruzada planificada contra la mortalidad infantil, organizada por las clínicas populares<sup>322</sup>.

<sup>321</sup> *El Mercurio* de Santiago cubrió este acontecimiento. Véanse los números de octubre.

<sup>322</sup> *El Mercurio*, Santiago, 26 de octubre de 1924, p. 23.



Primera generación en graduarse de enfermeras sanitarias, Santiago, Chile. La doctora Cora Mayers es la segunda desde la izquierda, en la segunda fila, con un prendedor de flor. Sara Adams, directora de la Escuela de Enfermeras Sanitarias, se halla al centro, con cofia. Biblioteca Nacional de Chile.

#### AL SERVICIO DE LA MATERNIDAD Y DE LA NIÑEZ

La defensa de la puericultura en congresos nacionales e internacionales intensificó las actividades privadas y públicas dirigidas a ofrecer atención suficiente a madres e hijos, no tanto con un espíritu de caridad, como fue la costumbre a comienzos de los años veinte, sino como servicio cívico a la nación. En Chile, a comienzos de los años veinte, Cora Mayers, resuelta defensora de la higiene social, la educación sexual y la puericultura, ocupó el cargo de jefe del Servicio de Educación Sanitaria. Uno de sus éxitos fue la organización de la Liga de Madrecitas, siguiendo una idea que se ensayó primero en los Estados Unidos, dentro de un programa más amplio dirigido a popularizar la atención de salud<sup>323</sup>. El argentino Emilio Coni también conocía la existencia de la Liga de Madrecitas en los Estados Unidos, pero no había logrado realizar la idea en su patria<sup>324</sup>.

Mayers proponía enseñar puericultura a muchachas que tuvieran hermanos menores, para alentarlas a convertirse en ayudantes de sus madres. Este cuidado hogareño se atendería a las reglas básicas de la higiene y los lactantes

<sup>323</sup> Véase Cora Mayers, "Educación sanitaria", pp. 402-406. Una traducción al inglés apareció en PAU, *Bulletin*, 62, noviembre de 1928, pp. 111-115. También de Cora Mayers, *La mujer defensora de la raza, passim* y "El examen físico de los escolares y la educación sanitaria", pp. 118-121.

<sup>324</sup> Emilio R. Coni, *Puericultura práctica argentina*, pp. 24-25.

tendrían una mayor probabilidad de sobrevivir. La Liga aceptaba a niñas mayores de doce años que pudieran ejercitarse con un niño en su propia familia. La Liga les enseñaba alimentación infantil, baño, identificación precoz de enfermedades, esterilización de la leche, ropa adecuada, etcétera. El plan suponía que algún día todas las niñas serían, a su vez, madres y que el aprender puericultura a temprana edad sería un gran beneficio para ellas, además de la sociedad. La Liga de Madrecitas se instaló en algunos liceos<sup>325</sup>. Otros chilenos estaban dispuestos a aprobar este plan o cualquier otro que introdujera la puericultura en la educación de la mujer, la que tenía que ser diferente a la del hombre, según sostenía un médico que quería ver esa materia en los programas de todos los establecimientos de educación secundaria.

En Argentina, un decreto presidencial de 1923 dispuso la creación de una oficina de Asistencia a la Infancia, al amparo del Departamento de Higiene<sup>326</sup>. Esta repartición estudiaría el problema de las enfermedades y mortalidad infantiles, protegería a las madres y promovería la higiene infantil en los hogares y escuelas. Su estructura sobrecargada fue sintomática de la orientación de aquellos organismos gubernamentales que en los países del cono sur eran demasiado lentos en cumplir sus programas. Las instituciones privadas ayudaban a compensar la lentitud oficial. En 1924 el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro viajó a la provincia de Catamarca para ayudar a instalar centros de cuidado infantil y en los barrios más populosos de Buenos Aires se organizaron guarderías y comedores infantiles<sup>327</sup>. El hogar infantil abrió sus puertas en noviembre de 1925 para albergar a cuarenta niños de ambos sexos entre los seis y los doce años de edad. En 1926 el Consejo Nacional de Mujeres participó en la tendencia con la organización de la Comisión de Asistencia Infantil Cruz Blanca, con el fin de ayudar a las instituciones y asociaciones a llegar hasta los niños necesitados y a instruir a niñas y mujeres en puericultura<sup>328</sup>. La promoción de la maternidad y la puericultura se popularizó aún más con la organización de ocasiones especiales como la Semana del Bebé, patrocinada por el Club de Madres de Buenos Aires, que ofrecía conferencias sobre cuidado de lactantes y niños, analizaba las ventajas de un biberón bien preparado y de la ropa adecuada, además de la relación entre mortalidad infantil, enfermedad venérea y alcoholismo. Un desfile de niños sanos y el cierre de varias calles para convertirlas en patios de juegos, llevaron el mensaje al corazón de los barrios de la ciudad<sup>329</sup>.

<sup>325</sup> Carlos Illanes Beytía, "Influencia de la mujer en la higiene social de la infancia", pp. 668-681. En 1929 se fundó una liga en la Escuela Superior de Niñas N° 26, de Santiago. Véase *El Mercurio*, Santiago, 23 de noviembre de 1929, p. 3.

<sup>326</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 316.

<sup>327</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, pp. 657, 1.061; 59, 1925, p. 20; 60, 1926, p. 730. Sobre la organización de comedores infantiles, véase 56, 1924, pp. 676-682.

<sup>328</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, p. 202.

<sup>329</sup> PAU, *Bulletin*, 56, 1923, p. 95.

Chile y Uruguay no se quedaron atrás en la ola de actividades en alabanza de la maternidad y la infancia sanas, Chile adoptó el Día de la Madre en 1924<sup>330</sup>. Entre las actividades especiales hubo premios para las madres de cinco hijos o más, y por el hogar de familia obrera mejor cuidado. Otra Semana del Bebé se celebró en Montevideo en 1925, con un desfile de cuatro mil niños, bajo los auspicios de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, fundada en 1924<sup>331</sup>.

En 1925, el mismo año en que se aprobó la ley de protección a las madres obreras, la Sociedad Pediátrica de Chile comenzó a ofrecer clases de puericultura a las madres de clase obrera. En 1926, la Dirección de Educación Sanitaria organizó una serie de conferencias de Cora Mayers, con miras a estimular a los padres a apoyar las iniciativas del gobierno para realizar exámenes médicos a los niños<sup>332</sup>. El apoyo a la puericultura, por parte de la profesión médica, se reforzó con las actividades del Consejo Nacional de Maternidad, fundado en 1926 para combatir las enfermedades venéreas y promover la maternidad sana. Su programa comprendía el funcionamiento de clínicas para tratar la sífilis e instalaciones para dar clases prenatales y servicios de salud infantil. Su director fue el médico Carlos Monckeberg, quien más tarde se vio envuelto en una controversia por la legalización del aborto en Chile<sup>333</sup>.

Ya en 1928 la puericultura se había convertido en palabra de uso corriente en el cono sur. *El Mercurio* de Santiago, informó sobre una conferencia que pronunció Berta Gaudie de Ortiz y que atrajo mucho público; se titulaba “Puericultura y leche descremada” y trataba de las ventajas de la lactancia materna. La conferencia se ilustró con un filme sobre puericultura. Tras esta conferencia y otras parecidas estaba la idea de que la ignorancia de las madres condenaba a muerte a sus hijos. Su objetivo, como es de suponer, era la mujer obrera o la mujer de clase obrera, las más de las veces la misma persona. Los asistentes querían que se mostrara la película en barrios obreros para ayudar a que las mujeres de los obreros aprendieran los deberes de su “delicada misión”<sup>334</sup>. Detrás de todas estas observaciones y de todas las iniciativas para remediar la situación había un reconocimiento tácito de las diferencias que crean la riqueza y la clase. A la percepción de clase que manifiestan algunos de estos programas cabe agregar los denuestos que ciertos comentaristas

<sup>330</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 207.

<sup>331</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, p. 1.142.

<sup>332</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, p. 740; Mayers, “El examen...”, *op. cit.* Sobre la ley de protección a la maternidad obrera, véase *El Mercurio*, 22 de marzo de 1925, p. 5.

<sup>333</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, p. 733.

<sup>334</sup> *El Mercurio*, Santiago, 9 de enero de 1928, p. 3. En los números del 3 y del 5 de junio de 1928 se informa sobre la Sociedad Protectora de la Infancia. La presunción de que las madres de clase obrera eran ignorantes fue común entre los médicos chilenos que participaron en el Primer Congreso de Protección a la Infancia (1912).

lanzaban contra la “mujer moderna”. Junto con destacar los hábitos sanos, estas campañas condenaban ciertos hábitos sociales relacionados con la “liberación” de la mujer, por ejemplo fumar y beber alcohol, que se señalaban como productos de la “modernización” y que merecían la firme censura de los defensores de la puericultura<sup>335</sup>.

La leche materna ocupaba un lugar importante en las campañas que preconizaban la atención prenatal para embarazadas, la puericultura, la eugenesia y la atención de salud pública. El suministro, a las madres lactantes y post-lactantes, de leche pasteurizada con métodos higiénicos era una causa popular segura de ganar al menos algún apoyo administrativo. El amamantar, en sí, iba camino de convertirse en objeto de veneración. En 1909, el Centro de Propaganda contra la Tuberculosis organizó en Valparaíso un concurso de un año de duración para madres lactantes, con premios para las madres de los niños de un año amamantados por ellas y más sanos: se inscribieron 349 madres, ciento sesenta llegaron al final del concurso y se registraron sólo cuatro muertes entre las que se inscribieron originalmente. Esto era lo que los médicos querían demostrar. Se examinó a los niños durante el año para confirmar el aumento de peso y el estado general de salud, y se repartieron premios en dinero a los niños que habían subido más. Este concurso se presentó en 1912 ante el congreso de protección a la infancia, como una buena manera de instruir a las madres y conseguir que llevaran a sus hijos a controles médicos periódicos<sup>336</sup>.

Las mujeres que negaban a sus hijos el precioso alimento comenzaron a experimentar la condena de los médicos. El Dr. Emilio Coni hizo un panegírico de los servicios de alimentación y atención para madres lactantes que funcionaban en Buenos Aires desde 1916, los que ayudaban, en su opinión, a cumplir una imperiosa demanda de la madre naturaleza en favor de los intereses de las madres, los hijos y el orden social<sup>337</sup>. En un aviso de una bebida malteada que apareció en *La Nación*, de Buenos Aires, en 1916, se veían fotos de soldados, muertos y ataúdes de la Primera Guerra Mundial para recordar a las madres la guerra en curso y se las instaba a consumir el producto para mejorar su producción de leche. La madre que recurriera a sustitutos artificiales de la leche exponía a su hijo a más peligros que los de un soldado en el campo de batalla. Diez años más tarde, una caricatura chilena mostraba a

<sup>335</sup> Lucas Sierra, *Bases de la higiene moderna: Papel que en la difusión de sus principios debe desempeñar la mujer*. Véanse las observaciones de Margarita Escobedo durante el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, *Trabajos y actas*, p. 552 y las de Delia Rouge, en *Acción Femenina*, 4, 4, Santiago, 1935, p. 13.

<sup>336</sup> Enrique Deformes, “Los concursos de lactantes en Valparaíso”, pp. 297-304. La sociedad distribuyó treinta mil folletos con informaciones para madres lactantes. En el concurso de 1910-1911 se inscribieron trescientas cinco madres, de las cuales ciento setenta y cinco terminaron. En el concurso de 1911-1912 se inscribieron doscientas ochenta y cinco madres.

<sup>337</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, p. 251.

una madre con un niño en brazos, el que se dirigía a una vaca, diciendo: –No te necesito. Yo tengo mamá<sup>338</sup>.

No siempre se disponía de leche materna, pues muchas madres obreras no podían, o no querían, darse tiempo para amamantar. Además, los niños necesitaban leche sin riesgos, pasados los años de lactancia. Feministas y peritos en salud pública opinaban que el Estado debía resolver estos problemas. A fines de los años diez, en Uruguay se repartía leche gratuita por intermedio de una comisión de caridad pública que compraba la leche y la hacía distribuir a las gotas de leche, centros de distribución donde las madres pobres recogían para sus hijos leche tratada higiénicamente. En 1918 estaban bajo la vigilancia del Consejo Nacional de Higiene. También empleaban a nodrizas sanas que dieran leche humana a los niños necesitados<sup>339</sup>. Las Gotas de Leche se extendieron, muchas veces ligadas a un hospital, como la que funcionó desde 1921 en la ciudad de Talca, en Chile<sup>340</sup>. En este país, el Patronato Nacional de la Infancia, institución de beneficencia fundada en 1901, comenzó en 1908 a distribuir leche a los niños pobres. Otra institución, la Sociedad Protectora de la Infancia, también inició el reparto de leche alrededor de 1915, y en 1924 informó que había atendido a 3.047 niños cada mes en ese año, además de dar conferencias sobre puericultura en diversos barrios de Santiago. Había instituciones similares en Valparaíso y Concepción<sup>341</sup>. En 1930, las Gotas de Leche repartían más de seiscientos mil litros de leche al año a más de trece mil niños, principalmente en Santiago<sup>342</sup>.

En Argentina había programas de gotas de leche y de copas de leche. En 1904, el médico Emilio Coni, en su calidad de médico municipal, aprobó la creación de las gotas de leche, programa que propuso otro higienista, el médico Enrique Foster. La municipalidad mantenía una clínica que entregaba leche a cincuenta niños pobres. En 1908 el proyecto pasó al cuidado de la Asistencia Pública, la que abrió seis locales en 1912 y que, además, verificaba la salud de las nodrizas que se contrataban para entregar leche<sup>343</sup>. En 1912 las Gotas de

<sup>338</sup> *La Nación*, 1 de julio de 1916, p. 3; *El Mercurio*, Santiago, 8 de noviembre de 1929, p. 14. Sobre la disminución de la demanda de nodrizas, véase Pagani y Alcaraz, *op. cit.*, pp. 18-19, 21, 26.

<sup>339</sup> Consejo Nacional de Higiene, *Recopilación de leyes...*, *op. cit.*, 94; PAU, *Bulletin*, 56, 1923, p. 417.

<sup>340</sup> *El Mercurio*, Santiago, 19 de enero de 1922.

<sup>341</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 1.063. Esto significaba 143.954 botellas de leche al mes. El Asilo Maternal, que formaba parte del Patronato, asilaba a treinta y siete madres y setenta y seis lactantes, y entregaba almuerzos, ropa y ajuares para las madres y los niños necesitados. Véase Ferrer R., *op. cit.*, pp. 299-301. La Protectora de la Infancia era un orfanato dirigido por religiosas y financiado en parte por el Estado y en parte por benefactores particulares. En 1928 dio asilo a 934 niños de diversas edades. Véase *El Mercurio*, Santiago, 2, 3, y 5 de junio de 1928, sobre esta institución.

<sup>342</sup> Dirección General de Estadística, *Estadística anual de demografía y asistencia social 1930*, p. 99.

<sup>343</sup> *General Census of the Population, Building, Trades, and Industries of the City of Buenos Aires*, 3, pp. 431-432. La inspección de la calidad y seguridad de la leche de las nodrizas se inició en

Leche se complementaron con servicios públicos pre y posnatales<sup>344</sup>. Las copas de leche formaban un proyecto algo distinto, que se ensayó por primera vez en 1905, para proporcionar leche a los niños que asistían a las escuelas públicas. La idea tuvo tanto éxito que cuando Ana C. de Uranga, directora de un liceo de niñas, fundó la Sociedad de Protección a la Infancia, en 1907, uno de sus propósitos era organizar el programa de copas de leche. Ya en 1915 el programa distribuía tres millones de vasos de leche durante el año escolar<sup>345</sup>.

La Semana de la Madre, que se celebró en Santiago en noviembre de 1929 con conferencias sobre puericultura, profilaxis social y eugenesia, glorificó el papel de las madres y el interés que tenía el Estado chileno en proteger a madres e hijos. El Presidente, general Carlos Ibáñez, asistió a la reunión inaugural y *El Mercurio* cantó alabanzas a la puericultura. Un titular declaraba que “la leche y el corazón de una madre jamás podrán substituirse”, y el Ministerio de Beneficencia y Asistencia Social abrió una nueva subsección, con oficinas en ciudades claves, para centralizar los servicios de asistencia para madres e hijos<sup>346</sup>. Para afirmar el cuidado correcto de los niños, la Sociedad Pediátrica propuso que se anexara una hoja de instrucciones al certificado de nacimiento que emitía el Registro Civil.

El 19 de marzo de 1924 se fundó en Uruguay una asociación de asistencia infantil. Igual que el Patronato Nacional de la infancia, de Chile, era una institución amplia que recibía fondos tanto públicos como privados<sup>347</sup>. El Departamento de Asistencia Infantil, financiado por el Estado, prestaba albergue a niños y madres, y a los niños cuyas madres se empleaban de nodrizas. En ocho Centros de Asistencia a la Infancia, en Montevideo, se hacían exámenes médicos y tratamientos a los niños enfermos. En 1924 anunciaron que habían tratado a cuatro mil niños. Estos centros se preocupaban, principalmente, no de enseñar puericultura, sino de entregar servicios, especialmente leche<sup>348</sup>. La enseñanza de puericultura estaba en manos de enfermeras visitadoras o visitadoras sociales capacitadas por la Asociación de Asistencia Infantil, la que en 1926 comenzó a colocar sus visitadoras sociales en los

1902, se suprimió luego, en 1904, por motivos económicos, y se repuso en 1906. Las nodrizas no podían obtener empleo sin un certificado de salud, en virtud de un decreto de 22 de marzo de 1905. Protección a la Infancia tenía una lechería próxima a Buenos Aires, que suministraba la leche que la institución distribuía.

<sup>344</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, pp. 81-86.

<sup>345</sup> *Op. cit.*, p. 76.

<sup>346</sup> *El Mercurio*, Santiago, 8-16 de noviembre de 1929. Cabe señalar aquí la existencia de un museo del niño, que se abrió en 1924, con el patrocinio de la embajada de Alemania y de la filántropa Elisa Parada de Miguel.

<sup>347</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 849. En 1924, Montevideo se convirtió en sede de la Oficina Internacional de Asistencia al Niño, financiada por la Unión Panamericana. Véase PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 1.286.

<sup>348</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, pp. 601-603.

centros de asistencia del gobierno, con miras a estudiar los antecedentes de las madres que llevaban allí a sus hijos. Ya en 1926, igual que en Buenos Aires, el gobierno mantenía cantinas infantiles en los barrios más pobres de la ciudad, pero ese año sólo lograron alimentar a cincuenta niños<sup>349</sup>.

Otra institución de beneficencia que atendía a madres e hijos en el cono sur, fue la de las cantinas maternas, fundadas privadamente en 1915 por una acaudalada filántropa argentina, Julia Elena Acevedo de Martínez de Hoz, y financiada por mujeres de las clases altas<sup>350</sup>. En 1924 había seis cantinas en funcionamiento, que servían dos comidas diarias a las mujeres embarazadas, casadas o no. Un médico y una enfermera hacían visitas diarias para ofrecer asesoría en salud. Después del parto, una enfermera visitaba a las madres durante diez días y les daba un peso para las necesidades diarias. Dos semanas después del parto, la madre podía volver a las comidas hasta que el hijo tuviera dos años de edad. A los niños se les hacía un examen médico semanal. A los escolares de seis a doce años de edad se les daba almuerzo si presentaban una tarjeta de la maestra<sup>351</sup>.

Varias ollas comunes funcionaban en 1924 en los barrios populosos de la ciudad de Buenos Aires (Boca, Barracas, Nueva Pompeya, Villa Crespo), donde los niños pobres podían almorzar por veinte centavos. Estos servicios de almuerzo, financiados por la municipalidad, se habían abierto en 1925 y atendían a ciento cincuenta niños<sup>352</sup>. Las iniciativas anteriores prueban que la mujer efectivamente creaba más espacio para sí dentro del nicho de maternidad que se le asignaba. La Liga Internacional de Mujeres Ibéricas e Hispanoamericanas, institución feminista que aspiraba a crear lazos entre las mujeres, en España y América Latina, se unió al movimiento por la puericultura en 1926 cuando decidió celebrar un congreso para analizar a la mujer como influencia en la reconstrucción moral y material en todos los países, los derechos civiles y políticos, y el mejoramiento educacional, además de las leyes de protección a las mujeres obreras, las prestaciones maternas y las guarderías infantiles o salas cunas<sup>353</sup>.

No obstante, en los años veinte la caridad iba pasando de moda. El presidente argentino Hipólito Yrigoyen, que no brillaba por su sensibilidad social, no pudo eludir el atractivo de la maternidad y la infancia, y el 12 de noviembre de 1923 firmó un decreto presidencial que creaba el Departamento de Asistencia a la Infancia, como rama del Departamento de Higiene<sup>354</sup>. Para

<sup>349</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, pp. 101-839.

<sup>350</sup> PAU, *Bulletin*, 56, 1923, pp. 676-681.

<sup>351</sup> Emilio Coni, *Higiene...*, *op. cit.*, pp. 247-254. En 1918, Coni describió estas instituciones como una combinación de clínicas, hospederías y centros de comidas. Véase también PAU, *Bulletin*, 56, 1924, pp. 676-682.

<sup>352</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, p. 20.

<sup>353</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, p. 730.

<sup>354</sup> PAU, *Bulletin*, 58, 1924, p. 316.

no ser menos, el Departamento del Trabajo recomendó la instalación de un servicio de maternidad domiciliario<sup>355</sup>. Que un servicio semejante exigía algo más que decretos, debe de haber sido cosa obvia para todos. Algunos de los programas se ejecutaron, otros tuvieron que esperar las asignaciones presupuestarias y, sobre todo, la organización de los recursos necesarios. En 1926, la Junta del Colegio de Medicina pidió que el Consejo de Educación contemplase en su presupuesto fondos suficientes para mantener a setenta y cinco asesoras de salud en las escuelas primarias. Éstas pertenecían a un grupo recién formado de maestras que habían seguido un curso de dos años, dictado por la Escuela de Medicina, para capacitarse en controlar la salud dental de los niños y dar conferencias sobre higiene. Esta tarea aumentó la visibilidad de la mujer en proyectos de salud pública, si bien la capacitación limitada de las visitadoras las calificaba como ayudantes útiles y no como profesionales. También en 1926, el Consejo Nacional de Mujeres fundó la Comisión de Asistencia Infantil Cruz Blanca, con el fin de ayudar a las instituciones a identificar a niños necesitados, además de asesorar a las niñas y mujeres que deseaban especializarse en puericultura<sup>356</sup>.

La higiene social y el interés por la puericultura generaron una carrera nueva para la mujer, la de visitadora social. En 1920, Emilio Coni propuso un cuerpo de cuidadoras de la higiene infantil y visitadoras sociales según el modelo en vigor en los Estados Unidos. Veía en estas mujeres las ayudantes naturales de médicos e higienistas, con alcance extendido dentro de la comunidad. Al mismo tiempo, otro grupo de pediatras preconizaba un cuerpo de enfermeras visitadoras, de acuerdo con un modelo británico. El médico Alberto Parada sostenía que sólo las mujeres poseían el temperamento y las cualidades psicológicas para establecer una red de madres y nodrizas. El grupo debía ser abnegado y capaz de manejarse con amor, dedicación, tino y discreción para convencer a “mujeres muchas veces ignorantes y mal dispuestas” acerca de las reglas salvadoras de la higiene. Algunos de estos médicos siguieron viendo cualidades negativas en la mujer de clase baja, asignando implícitamente a las enfermeras de clase media el papel de abanderadas de ilustración frente a sus hermanas menos instruidas<sup>357</sup>.

Hacia fines de los años veinte, las visitadoras sociales recibieron el espaldarazo oficial en Chile y Uruguay. A pesar de la crisis constitucional de 1925, ese año se fundó en Chile la Escuela de Servicio Social. Tuvo como modelo una institución belga y la dirigió un especialista de esa nacionalidad. Las alumnas seguían cursos de higiene social, economía política, educación cívica, contabilidad, nutrición, economía doméstica y demás ramos pertinentes a su misión. Las visitadoras sociales chilenas formaban un cuadro de apoyo

<sup>355</sup> PAU, *Bulletin*, 59, 1925, p. 45.

<sup>356</sup> PAU, *Bulletin*, 60, 1926, p. 202.

<sup>357</sup> Peralta Ramos, *op. cit.*, *passim*.

sanitario y social que visitaba a las madres obreras y sus familias para enseñarles elementos de puericultura y enfermedades contagiosas, lo que se presumía que desempeñaría un papel importante en ayudar a las familias pobres a resolver sus problemas. Dictaba las clases Asistencia Social, organismo estatal que se ocupaba del bienestar de las familias de clase obrera. Las primeras tituladas encontraron empleo en un instituto recién creado para cuidar de la salud de los niños de las escuelas primarias (Instituto de Salud Escolar), en los hospitales y como consejeras de menores delincuentes. En 1930, otras reparticiones públicas, como la Dirección del Trabajo y la Presidencia de la República, comenzaron a ocupar sus servicios. No cabía duda de que el servicio social ofrecía a la mujer chilena de clase media una oportunidad de empleo muy satisfactoria<sup>358</sup>. En 1939 estas profesionales ya seguían cursos de Estadística, Sicología y Criminología que sobrepasaban la tarea original de proporcionar atención materno-infantil, aunque seguían ligadas al servicio familiar<sup>359</sup>.

Uruguay distinguía a sus visitadoras sociales con especial orgullo. En 1927 se titularon las doce primeras visitadoras, tras dos años de estudios en el Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina. Otras doce ingresaron como socias honorarias, que formaron un cuerpo de visitadoras sociales para la División de Higiene y Servicios Escolares<sup>360</sup>. En 1934 se creó la Escuela de Salud Pública y Servicio Social, que reemplazó en esta tarea a la Escuela de Medicina. La nueva escuela exigía a las aspirantes mayor preparación previa. Para iniciar sus estudios, las primeras visitadoras habían necesitado sólo un certificado de educación primaria, pero a partir de 1934 todas las postulantes debían poseer un certificado de educación secundaria o normal. Más niñas que nunca terminaban la educación secundaria y las autoridades estaban ciertas de que percibirían las ventajas de una “carrera corta” que les aseguraría un empleo después de titularse.

El nuevo programa comprendía cursos de higiene, puericultura y maternidad, economía doméstica y trabajo en laboratorio. Muchos de los médicos ofrecieron enseñanza gratuita, para colaborar en la preparación de las visitadoras sociales. Las autoridades de salud pública uruguayas exhibieron un orgullo más que modesto cuando informaron que las visitadoras asistían a cursos en la Escuela de Medicina y estaban bien capacitadas en materias de salud pública e higiene<sup>361</sup>. En 1941, cuando el gobierno hubo aprobado el reglamento de la asistencia estatal de los niños entre tres y catorce años de

<sup>358</sup> Roxane, “Entrevista a la directora de la Escuela de Servicio Social, Srta. Leo Cordemans”, p. 11. A partir de los primeros años veinte, las educadoras venían pidiendo la educación de la mujer en “trabajo social”. Véase *El Mercurio*, Santiago, 28 de febrero de 1922, p. 3. Declaración de Rosa Prats de Ortúzar.

<sup>359</sup> Marta Niedbalski, escribiendo en 1924, se refiere a las visitadoras como al último adelanto en asistencia pública. Véase *op. cit.*, p. 234.

<sup>360</sup> Consejo del Niño, *Memoria del primer ejercicio, 1934-1940*, p. 163 y ss.

<sup>361</sup> Javier Gomensoro, “Propaganda y educación higiénicas”, pp. 92-95.

edad (segunda infancia), se estimaba que las visitadoras sociales eran un elemento esencial del proyecto. Además, los planes de establecer centros maternales o jardines infantiles que dieran el cuidado total: alimento e instrucción, a niños entre dos y siete años de edad, merecieron aplausos como “una nueva forma de empleo femenino”, ideal que compartía el médico argentino Gregorio Aráoz Alfaro<sup>362</sup>. Los varones que detentaban la autoridad insistían en ver a las mujeres que se desempeñaban en el campo de la asistencia social en un papel maternal dentro de las instituciones que las ocupaban. Las empleadas ofrecerían un cálido ambiente hogareño, como fuentes de consejo y comprensión<sup>363</sup>. Las costumbres culturales de los años treinta conservaban esta visión tradicional de la mujer: lo viejo y lo nuevo coexistían en una relación extraña bajo el culto de la maternidad.

Ya a fines de los años treinta, las autoridades de salud uruguayas habían extendido la enseñanza de puericultura a los campos, por medio de clínicas y distribución de leche. Habían llegado a la conclusión de que la puericultura era indispensable para ayudar a rebajar la mortalidad infantil y proponían un aumento de la cantidad de visitadoras sociales que vivían en comunidades rurales y trabajaban en equipo con las maestras locales. Estos planes señalan hasta qué punto la higiene social, la puericultura, la maternidad y la condición de mujer se habían asociado en la formación de políticas de salud nuevas en el cono sur<sup>364</sup>. Pero la elevación de la puericultura a la categoría de ciencia polarizó aún más las funciones de los sexos. La feminidad vencía al feminismo en el terreno técnico.

#### MANDATO LEGAL PARA LA PROTECCIÓN DEL NIÑO

Veinte años de pautas médicas, políticas públicas y refuerzos culturales relativos a las ventajas de la puericultura condujeron a la promulgación del *Código del Niño*, de 1934, en Uruguay y de leyes de protección en Argentina y en Chile. Una médica suiza propuso el concepto de una declaración de la carta de derechos del niño, y la Liga de las Naciones lo adoptó en 1924. El Congreso del Niño, en Cuba, aprobó en 1927 una declaración de los derechos del niño, y en 1928 el Cuerpo Médico de Chile formuló un Decálogo de los Derechos del Niño. En 1927, la Cuarta Conferencia Panamericana ratificó al Instituto Americano Internacional para la Protección de la Infancia, con sede en Montevideo<sup>365</sup>.

<sup>362</sup> Consejo del Niño, *Reglamento de la División de la Segunda Infancia*, pp. 38-41. Sobre las ideas de Araoz, véase Peralta Ramos, *op. cit.*, p. 22.

<sup>363</sup> Consejo del Niño, *Memoria del primer...*, *op. cit.*, p. 269; Consejo del Niño, *Reglamento de la División...*, *op. cit.*, p. 39.

<sup>364</sup> *Ibid.*

<sup>365</sup> Grossi Aninat, *op. cit.*, pp. 180-181, 185.

Ni Chile ni Argentina promulgaron un código para los niños, pero los tres países procuraron establecer un sistema legal de protección para niños pobres y sus madres. Con ello aspiraban, en esencia, a encontrar una solución al importante problema social de los nacimientos fuera del matrimonio. Aun cuando el *Código* no alteraba la familia patriarcal establecida, era una forma de reconocer que las cosas no andaban del todo bien en las relaciones entre los sexos ni en el cuidado de los hijos. En la mayor parte de las leyes y de las medidas iniciadas por el Estado faltaba el padre, a quien casi nunca se mencionaba. Las iniciativas oficiales y privadas pasaban por alto, totalmente, los deberes y responsabilidades de la paternidad. Si bien las inquietudes de los feministas de comienzos del siglo xx concitaron por fin la atención oficial, cuando el estado optó por asumir su parte de responsabilidad por la generación futura, el diálogo sobre el tema se realizó entre mujeres y los médicos que representaban al Estado.

El *Código del Niño* (Uruguay) disponía la creación de un consejo del niño, “entidad dirigente de todo lo relativo a la vida y bienestar de los menores desde su gestación hasta la mayoría de edad”<sup>366</sup>. Tan amplia jurisdicción se debilitó por influencia de muchas circunstancias como, por ejemplo, las limitaciones presupuestarias y el prolongado proceso de obtener aprobación de los cargos propuestos. Con su pretensión de proporcionar cobertura pre y posnatal plena, el *Código* procuraba asesorar sobre la conducta “eugenésica” de la pareja antes de casarse y animarla a visitar las clínicas “prenupciales” del Ministerio de Salud Pública. Para las autoridades uruguayas, la mujer era madre desde el momento de la concepción, y el Estado debía asistirle durante la preñez y el parto<sup>367</sup>. La protección de los niños, según reconoció el consejo, tenía que comprender las necesidades de madres y familias. En el artículo 37 se disponía un derecho importante de las madres obreras, el que garantizaba a toda mujer encinta un mes de permiso antes del parto y un mes después. Durante esos dos lapsos la madre recibía la mitad de su salario y conservaba el derecho a recuperar su trabajo, aunque tal vez no pudiera volver a trabajar después de un mes, por motivos de salud.

La memoria de los seis primeros años del Consejo señala que Uruguay probó con equidad este ensayo de reforma social. Varias instituciones de caridad privadas, ya establecidas, prestaron su colaboración. Las madres solteras adolescentes podían buscar refugio en La Bonne Garde. La Casa del Niño recibía a las madres mientras les buscaba empleo como criadas, señal de que las mujeres que pedían ayuda eran mayoritariamente pobres y sin calificación. Una red de cantinas maternas y clínicas daba comidas gratuitas a las

<sup>366</sup> *Código del Niño*. Al comienzo, el consejo dependió del Ministerio de Salud Pública. En 1918 pasó a depender del de Instrucción Pública.

<sup>367</sup> Sobre opiniones relativas al aborto y la definición de los derechos fetales, véase el capítulo: El control de la reproducción: escrutinio de las relaciones entre los sexos.

mujeres gestantes. Las políticas pronatalistas guiaban a los funcionarios de salud pública, quienes felicitaron a las enfermeras jefes de un albergue por alentar los matrimonios por primera vez, regularizar las “relaciones” y estimular las adopciones. Había que regular con cuidado la separación de la familia en el caso de los niños menores de tres años, y la División de la Segunda Infancia tenía el deber de investigar el estado civil de los niños que tenía a su cargo<sup>368</sup>. Esto quería decir que había que reconocer la ilegitimidad, pero que el Estado protegería la salud de todos los niños, fuera cual fuere la categoría legal de su nacimiento.

Aunque Chile no promulgó un código del niño, la protección de madres e hijos ya formó parte del *Código Sanitario* de 1931 y del *Código del Trabajo*. En agosto de 1935 se intentó conseguir la promulgación de un código del niño, con cuyo fin se presentó ante la Cámara de Diputados, sin lograrla, un proyecto de ley para la creación de un consejo del niño y una carta de defensa de los niños desprotegidos<sup>369</sup>. En marzo de 1925 se había promulgado una ley de protección de las madres obreras, la que disponía sesenta días de permiso posterior al parto y conservaba el trabajo de la mujer pasado ese lapso. La Dirección del Trabajo debía vigilar el cumplimiento de esta norma y cerciorarse de que las fábricas informaran a sus obreras acerca de estas disposiciones<sup>370</sup>. En 1929, durante el gobierno de Carlos Ibáñez, se elaboraron planes con financiamiento estatal y municipal para ofrecer servicio médico y ayuda financiera a las mujeres obreras embarazadas, además de apoyo económico durante cuatro meses después del parto. Dichas medidas se incorporaron al *Código Sanitario*, el que garantizaba la protección del Estado a las embarazadas, desde la concepción, durante el embarazo y hasta seis meses después del alumbramiento<sup>371</sup>. Esta protección se interpretaba en términos médicos (higiene) y sociales (asistencia social), y sería gratuita para quienes no tenían los medios para pagar. El *Código Civil* exigía seis semanas de licencia pre y posparto para las mujeres obreras. Tanto el Estado como el empleador cotizaban a un fondo maternal que pagaría a la mujer medio salario durante toda la licencia<sup>372</sup>.

En Argentina se presentó a la Cámara de Diputados, en 1932, un proyecto de ley que creaba la Oficina Nacional del Niño, pero la iniciativa no pros-

<sup>368</sup> *Código del Niño*, *op. cit.*, artículos 48-54, 12-13; Consejo del Niño, *Memorias del primer...*, *op. cit.*, pp. 51, 53, 129.

<sup>369</sup> Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 2, 1935, p. 2.069.

<sup>370</sup> *El Mercurio*, Santiago, 18 de marzo de 1925, p. 19; 19 de marzo de 1925, p. 21; 22 de marzo de 1925, p. 5.

<sup>371</sup> *El Mercurio*, Santiago, 9 de junio de 1929, p. 32: “La maternidad no debe ser una carga imposible para la mujer”. En ese momento el proyecto comprendía centros maternas, jardines infantiles y la investigación de la paternidad ilegítima. Véase también Grossi Aninat, *op. cit.*, p. 189.

<sup>372</sup> Grossi Aninat, *op. cit.*, pp. 194-196.

peró<sup>373</sup>. En octubre de 1935 se fundó una sociedad por los derechos del niño: el orador fue Ernesto Nelson, feminista y especialista en delincuencia juvenil. La sociedad apoyaba el estudio de la niñez, y ofrecía apoyo intelectual y moral a las instituciones que se ocupaban de los niños<sup>374</sup>. En 1937 ya tenía personería jurídica y había publicado “estatutos” en que figuraban los nueve derechos básicos del niño. El primero afirmaba que todos los niños tienen derecho a la vida, al cuidado materno, al reconocimiento legal del padre y a la vigilancia del Estado. La protección de la generación futura se iniciaba con la conservación de la vida, tema sanitario, pero la mención del padre y del Estado en relación con el cuidado de los niños ofrecía un elemento innovador que se dirigía directamente al debate sobre la investigación de la paternidad y el papel cada vez mayor del Estado como sustituto del padre<sup>375</sup>.

Otro actor clave en la defensa de la protección del niño fue el Partido Socialista Argentino que, desde el primer decenio del siglo xx, se había ocupado de numerosos temas de salud. El primer defensor de las leyes de protección de la mujer, en especial la mujer obrera encinta, fue Alfredo Palacios, quien propuso en 1907 la primera ley que disponía la licencia obligatoria para las madres. Entendida como “puericultura intrauterina”, esta ley cuidaba del feto tanto como de la madre. La ley se aprobó en 1908, pero el reglamento correspondiente no se dictó hasta 1913, con lo que la ley fue letra muerta durante cinco años. En 1915, el diputado socialista Enrique Dickmann llevó el concepto de la protección materna un paso más lejos y propuso el pago de un subsidio a las embarazadas durante la licencia obligatoria. Rogelio Araya y Leopoldo Bard, diputados del Partido Radical, presentaron sendos proyectos de ley relativos a un subsidio semejante, en 1918 y 1925, respectivamente<sup>376</sup>.

A pesar del apoyo de numerosos higienistas, de destacadas mujeres feministas socialistas como Alicia Moreau y otros miembros del Partido Radical, no entró en vigencia ninguna de estas leyes. La actitud contraria a la mano de obra que prevaleció durante los gobiernos de Yrigoyen y Marcelo T. de Alvear contuvo con eficacia las leyes sociales. El concepto de la licencia pagada se

<sup>373</sup> Cámara de Diputados, *Diario de Debates*, 3, 1932, p. 120. La tesis era que había que cuidar a la madre para asegurar la salud de sus hijos. Citó como modelo el North American Children's Bureau (Oficina Norteamericana del Niño).

<sup>374</sup> Ernesto Nelson, *Asociación por los Derechos del Niño: Nuestros propósitos*.

<sup>375</sup> Asociación por los Derechos del Niño, *Declaración de principios. Tabla de los derechos del niño. Concepto del servicio social. Estatutos, passim*. Éstos y otros planes de cuidado del niño se ciñeron a la Carta.

<sup>376</sup> Departamento Nacional del Trabajo, *Boletín*, 38, *op. cit.*, pp. 11-50; Departamento Nacional del Trabajo, *Boletín Informativo*, ser. 6, 16, 177-178, *op. cit.*, p. 4.324. Sobre el proyecto de Leopoldo Bard, véase Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 2, 67. La comisión parlamentaria encargada de estudiar ambos proyectos rindió una recomendación favorable en septiembre de 1926. Véase Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 5, pp. 71-72.

adoptó, por fin, el 14 de junio de 1934, en tiempos más propicios, y los conservadores lo apoyaron, probablemente bajo la influencia de las teorías vigentes sobre eugenesia. La ley 11.933 entró en vigor en 1936. Las mujeres obreras y sus empleadores estaban obligados a cotizar en un fondo destinado a remunerar a las madres después del parto. De hecho, las mujeres no recibían un servicio “gratuito”, sino que ayudaban a pagarlo. Las que ganaban un salario muy bajo quedaban exentas del descuento maternal. En agosto del mismo año, Palacios propuso otra ley (12.341) referida a la Dirección de Maternidad e Infancia, la que tendría “por finalidad propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras... combatiendo la mortalidad infantil en todas sus causas y amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre”<sup>377</sup>. Los diputados aprobaron la ley el 21 de diciembre de 1937. Entre sus propósitos se contaban la atención prenatal, un estudio nacional de la salud de los niños desde su nacimiento, albergues para madres solteras, centros de salud, jardines infantiles y centros de vacaciones para lactantes y niños mayores.

Otro objetivo de la ley 12.341 fue el control de las nodrizas profesionales, lo que se consiguió al imponer como obligatoria la leche materna para todos los niños lactantes. La ley disponía categóricamente que toda madre tenía el deber de amamantar a sus hijos. Ninguna madre podría amamantar a un hijo ajeno hasta que el propio tuviera cinco meses de edad. La ley eximía a las madres incapaces de amamantar. El diputado del Partido Radical Leopoldo Bard había presentado al Congreso, en 1926, una iniciativa con la misma idea de prohibir que la nodriza amamantase a otro niño hasta que su propio hijo tuviera cuatro meses de edad. Los hijos nacían con el “derecho a la leche materna”, pero no fue sino a mediados de los años treinta cuando el Estado se encontró dispuesto a afirmar ese derecho<sup>378</sup>. La Dirección de Maternidad e Infancia se arrogó la facultad de emitir certificados de salud a las mujeres que trabajaban como nodrizas comerciales. A su vez, la nodriza quedaría protegida con un certificado que declaraba que el niño que tenía a su cargo estaba libre de enfermedades contagiosas. Los padres y la nodriza debían inscribir su contrato para que la dirección iniciara su función de vigilancia. Dada la brusca disminución en la demanda de nodrizas inmediatamente anterior a la promulgación de esta ley, se la puede interpretar, más bien, como un gesto simbólico y no una forma eficaz de controlar la salud. No obstante, en lo ideológico, el oficio de nodriza murió en cuanto ocupación que rebajaba la maternidad.

<sup>377</sup> Palacios, *op. cit.*, pp. 10-83. La ley se publicó en *Vida Femenina*, 4, 42, 1932, pp. 6-7, 14, 39. En 1934 el diputado socialista Bruno Petranera propuso un proyecto de ley que prohibía el empleo de niños en el servicio doméstico. Véase *Vida Femenina*, 1, 8, 1934, p. 29; Alicia Moreau, “El niño: Esperanza de la humanidad”, pp. 4-5; Josefina Marpons, “Protección a la maternidad”, pp. 8, 10 y otro artículo con el mismo título en 3, 34, 1936, pp. 30-31.

<sup>378</sup> Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones* 6, 42.

Al parecer, la ley que disponía el pago de la licencia posparto prosperó, al menos en cuanto a crear un fondo. En 1942, Alicia Moreau abogaba por un aumento de las prestaciones en virtud de la ley, dado que el fondo mostraba un superávit. Con tal fin propuso licencias pagadas de mayor duración y un aumento de la bonificación para las madres de familias numerosas<sup>379</sup>. A fines de los años treinta el Partido Socialista reiteró su política tradicional en favor de la maternidad y la infancia, abogando por el apoyo estatal para las “madres prolíficas”, además de la protección municipal, tanto financiera como de salud, hasta el término de la educación primaria<sup>380</sup>.

La filosofía de protección contenida en la legislación de los años treinta fue el broche de oro de varios decenios de promoción de la maternidad, con apoyo de los higienistas, feministas, socialistas y, aun, anarquistas. “La maternidad en razón de su función social no sólo debe rodearse de una aureola de dignidad y respeto sino que aún más, el Estado debe auxiliarla en caso de estrechez económica”, dijo un sociólogo chileno en 1941<sup>381</sup>. Al conceptualizar los derechos del niño y la promulgación de leyes de protección, se estimaba que lo precioso y frágil de la vida del niño corría peligro. Esto concordaba con las ideas sobre salud y puericultura que surgieron a comienzos del siglo xx y con los debates sobre la definición de concepción y aborto que tuvieron lugar a mediados de los años treinta. Las vidas de la madre y del hijo estaban indisolublemente atadas en todo momento. La “protección al seno maternal” era una tarea sagrada que contaba con el apoyo de higienistas, reformadores sociales, visitadoras sociales y, por último, los eugenistas de los años treinta. ¿Quién ocupaba el centro de la definición y ejecución de la política: la madre o el hijo? La tensión se resolvió con el concepto del “binomio madre-hijo”, frase citada con frecuencia en círculos médicos, jurídicos y políticos, con miras a apoyar medidas en favor de la maternidad, la infancia y la familia. Madre e hijo quedaban fusionados en una unidad ideológica estrecha que dejaba la maternidad intacta como función suprema del sexo femenino. La mujer permanecía como objeto y sujeto del culto a la maternidad. Era la destinataria de leyes sociales que la redefinían como protagonista en el papel de cuidar, pero que a la vez la definían como sujeto necesitado de protección en el ejercicio de sus funciones biológicas. La ausencia del hombre en estos planes es significativa. El Estado se convirtió en sustituto del padre por intermedio de los médicos, cuyos cuidados afectuosos y constantes a los niños y sus madres ayudaban a llenar el vacío que dejaba, en el cuarto de los niños y a veces en el hogar, la ausencia del verdadero padre.

<sup>379</sup> Moreau de Justo, “La ley de protección”..., *op. cit.*, pp. 4-9.

<sup>380</sup> Juan Francisco Espino, “Desnatalidad: Sus causas y remedios”, pp. 29-31; Adolfo Rubinstein, “Protección a la infancia”, pp. 29, 46.

<sup>381</sup> Grossi Aninat, *op. cit.*, p. 188.