



# Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)

## *Healthy, Legitimate Children: On Marriage and Social Assistance in Argentina (1935-1948)*

El presente trabajo se realiza dentro del proyecto 'Género, salud y ciudadanía en los gobiernos peronistas', llevado a cabo en la FCH, UNLPam.

María Silvia Di Liscia

Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de la Pampa, Santa Rosa C/ Gil 353, L-6300 Argentina  
silviadi@fchst.unlpam.edu.ar

Di Liscia, M. S.: 'Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)'.

*História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, vol. 9 (suplemento): 209-32, 2002.

Este artículo analiza las formas que asumió la ayuda social en el período 1935-48, considerando especialmente los aspectos diferenciales de la mortalidad infantil y los índices de natalidad en las áreas urbanizadas del litoral argentino. Diferentes instituciones sanitarias estatales, como institutos de pediatría y maternidades, llevaron a cabo una tarea asistencial entre madres solteras en la cual tenía un papel importante la enseñanza moral, con insistencia en el papel regulador del matrimonio — incluso religioso — para evitar las altas tasas de ilegitimidad de los hijos. En esta tarea, médicos, visitadoras y asistentes sociales de instituciones estatales coincidían con la jerarquía eclesiástica y con intelectuales católicos, ya que ambos sectores consideraban esencial la legitimidad matrimonial para limitar el descenso demográfico nacional.

**PALABRAS CLAVES:** asistencia social, matrimonio, legitimidad, salud pública, Argentina.

Di Liscia, M. S.: 'Healthy, Legitimate Children: On Marriage and Social Assistance in Argentina (1935-1948)'.

*História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, vol. 9 (suplemento): 209-32, 2002.

*This analysis of the forms of social protection available in Argentina during 1935-48 pays special attention to the distinguishing aspects of infant mortality and birthrates in urbanized areas along the country's coastline. Different government public health institutions — such as pediatric and maternity institutes — undertook assistance work among single mothers, where moral teachings played an important role and where marriage was encouraged for its regulatory role in avoiding high rates of illegitimacy. In this task, physicians, visiting nurses, and social assistants from government institutions agreed with the church hierarchy and Catholic intellectuals, since both sectors considered matrimonial legitimacy vital to limiting a decline in the national birthrate.*

**KEYWORDS:** social assistance, marriage, legitimacy, public health, Argentina.

## Introducción

“Familia T: madre soltera de 14 años. Padre desaparecido. Ella casi ciega, trabaja como sirvienta en una casa de moralidad dudosa. Se le consigue colocación en casa de familia y se la vincula al Hospital de Santa Lucía, donde es atendida y muy mejorada. Hoy se ha casado con un hombre trabajador”, sintetizaba una ficha donde se remarcaban los éxitos del servicio de asistencia social en la transformación radical de la vida de una joven madre y en la constitución de una nueva familia (Murtagh *et al.*, 1941, p. 109). ¿Qué relación discursiva existe entre la maternidad y la legitimidad en la conformación de una nación con más y mejores habitantes? y ¿de qué manera pueden percibirse ambos conceptos vinculados al quehacer médico-social?

Para responder en parte a estos cuestionamientos, en este artículo se analizan las formas que asumió la ayuda social en el período 1935-48, considerando especialmente los aspectos diferenciales de la mortalidad infantil y los índices de natalidad en las áreas urbanizadas del litoral argentino, especialmente Buenos Aires, en contraposición con el interior del país. Esta etapa resulta de gran interés para observar la construcción y circulación de discursos respecto de la maternidad y la natalidad en diferentes ámbitos sociales y constituye además un período fundamental para la conformación de la estructura sanitaria y de asistencia social, antecesora a las reformas implementadas a partir de 1948 por el primer gobierno peronista, cuyo impacto en la población ha sido reconocido (Di Liscia *et alii*, 2000, pp. 39-51).

Distintos aportes historiográficos han mencionado ya la relación entre los estados de bienestar y las políticas maternalistas, familiares y natalistas (Bocks *et al.*, 1991),<sup>1</sup> sin que sea necesario volver sobre el punto más que para realizar algunas aclaraciones. Entre 1885 y 1914, se produjo en el país un descenso de la fecundidad, lo cual se vincula directamente con el uso de métodos de control de la natalidad, entre ellos el aborto (Nari, 1996, p. 159), por lo que desde los años 1930, la visión catastrofista de los especialistas insistió sobre el problema del futuro de la raza y consideró fundamental apuntalar la familia legalmente constituida como una de las soluciones.<sup>2</sup> Distintos sectores reclamaron entonces una mayor intervención pública en lo que se ha denominado la “cuestión familiar”, englobada dentro de la “cuestión social”. Las familias, y con ellas la función maternal, asumieron un papel de célula primordial en la medida en que allí se asentaba la noción primigenia, natural y verdadera de la nación y la patria (Lobato, 1997, p. 46). Esta construcción simbólica valorizó la maternidad, pero sobre todo la maternidad ejercida dentro del matrimonio, único espacio legítimo según el accionar estatal y eclesiástico.

En este artículo se analiza la tarea asistencial llevada a cabo en establecimientos públicos, como el Instituto de Pediatría y Puericultura, la Maternidad Samuel Gache, la Maternidad del Hospital Durand, en

los Dispensarios de Lactantes nº 9 y nº 10 y en el Instituto de Puericultura nº 3,<sup>3</sup> desde 1935, cuando comenzó en muchas de estas instituciones la labor asistencial, hasta 1948, momento en el cual se agregó la asistencia social de las instituciones sanitarias que pasaron a depender de la Dirección Nacional de Asistencia Social (DNAS). Este momento coincidió además con la creación de la Fundación Eva Perón.<sup>4</sup>

En la actividad del servicio social de estos dispensarios, lactarios,<sup>5</sup> institutos y maternidades se estimularon las uniones legítimas, pues consideraban que la mortalidad infantil, que era preciso disminuir, estaba relacionada con la descendencia “natural”. Una preocupación que excede lo meramente técnico, atraviesa a las instituciones y a sus discursos, donde lo médico está yuxtapuesto a la búsqueda e imposición de una necesaria moralidad social.

### **Protección de la familia y la sociedad**

El interés creciente del estado por fiscalizar los problemas de salud fue evidente desde principios del siglo XX a partir de un conjunto de medidas legales e institucionales que tendían a promover científicamente, y desde el estado, la crianza de los niños para solucionar el abandono y los defectos maternos visibles en la población (Barrancos, 2001, p. 3). En 1908, se creó, dentro de la Asistencia Pública, la Dirección para la Protección de la Primera Infancia que treinta años después tenía a su cargo en la Capital Federal cerca de 25 instituciones dedicadas al cuidado médico materno-infantil.

En 1938, por el decreto 5520/38, se organizó la Dirección de Maternidad e Infancia dentro del Departamento Nacional de Higiene que comprendía distintas dependencias: Eugenesia y Maternidad, Primera Infancia, Segunda Infancia, Niños Anormales, Odontología y Higiene y Servicio Social. Esta última incluía a los departamentos de Investigaciones y Estadísticas Sanitarias, Propaganda Higiénica y Educación Popular Sanitaria y Servicio Social.<sup>6</sup>

Además de esta institución de alcance nacional, existían otras organizaciones de asistencia social, aunque fragmentarias, en hospitales y maternidades donde coincidían aportes de diferente orden, tanto estatal como de organizaciones religiosas y benéficas. A pesar de los esfuerzos contrarios, la organización sanitaria seguía siendo defectuosa, o al menos así eran los planteos dirigidos en los años 1940 por determinados médicos que pugnaban por la introducción de un código y un orden integral de la salud a partir del estado, con la instauración de un Ministerio de Salud Pública (Galíndez, 1941, p. 218; *Centenario Argentino*, 1910, p. 500). Conjuntamente con este problema, la visualización de sectores desprotegidos llevó a un reclamo de políticas sociales de urgencia. Se propuso así la creación de un organismo de asistencia social estatal que proporcionase en forma racional y centralizada la ayuda a los más necesitados, entre ellos, mujeres y niños.

La asistencia social se determinó mucho antes de este período como uno de los puntales de la política sanitaria, tanto municipal como nacional. En 1935, el médico Mario Bortagaray (1935, pp. 46-7) planteaba generalizarla en los 25 dispensarios e institutos dependientes de la Dirección de la Primera Infancia, porque consideraba que se trataba de un elemento indispensable relacionado con la “defensa social” que implicaba una “lucha contra el pauperismo, la degeneración y la despoblación”.<sup>7</sup> Este vocabulario bélico, común por otra parte a los higienistas desde la implementación de las reformas de Pasteur y la guerra a los microbios, se significaba en una actitud del “hacer” más que del “decir”, en acciones prácticas y concretas más que en largas discusiones y debates, situación compartida por otros intelectuales acerca de la necesaria y rápida intervención frente a un inminente desastre demográfico nacional (Amadeo, 1940, p. 350).

En la misma época, el centro de este debate se desplazó al ámbito rural. En los discursos inaugurales del I Congreso de la Población de 1940, se mencionaba la importancia de mejorar la salud y las condiciones de vida de las áreas rurales para apoyar así “la consolidación de la familia rural y su retención en el campo” (Amadeo, 1940, p. 352).<sup>8</sup> En el mismo año, la sanción de la Ley Agraria 12.636 fue analizada por dos médicos, Carlos Montagna y Horacio Burgos. En su trabajo de sugestivo título, ‘Ley de colonización y natalidad’, señalaron que la ley había sido el primer (y único) paso destinado a resolver el grave porvenir demográfico del país, al impulsar el arraigo de la población rural e impedir el éxodo hacia las urbes. La necesidad de afianzar la familia rural provenía del riesgo del abandono de los predios hacia las ciudades del área pampeana donde las pautas de fecundidad eran ya, desde principios de siglo, notoriamente divergentes con respecto al campo, señalando una tendencia descendente en la natalidad urbana difícil de revertir. Estos dos médicos eran conscientes de que la población migratoria adquiriría, en el curso de una generación, las pautas metropolitanas y limitaban el número de la prole.

En el análisis del artículo 29, ambos facultativos destacaban el interés estatal en fomentar la propiedad de la tierra y la natalidad legítima al mismo tiempo. La ley creaba un Consejo Agrario que adquiriría tierras para a su vez entregarlas en propiedad a las familias. En la deuda contraída por la venta de los predios, se realizaría un descuento de 5% “por cada hijo legítimo del comprador que naciera en la propiedad” (Montagna *et al.*, 1941, pp. 24-5). Con este recurso jurídico los dos médicos señalaban el estímulo estatal a las familias legalmente constituidas que, al ver incrementarse el número de hijos, verían progresivamente disminuir su deuda.

La definición de la asistencia social fue, en la época analizada, un problema complejo. Una articulista planteaba la cuestión en términos de doble entrada; es decir, quienes hacían asistencia y quienes la

recibían. A la vez, señalaba las distinciones entre caridad, concepto en retracción y crítica, y asistencia social, elemento superador para una élite intelectual de avanzada. Así, Moreno Frers (1942, p. 65) señalaba que la caridad generaba una malsana dependencia, sustentada en la resignación y en el auxilio material, mientras que la asistencia social tenía como objetivos el reconocimiento de la dignidad de los oprimidos en la medida que se trataba de una “palanca” para levantarlos “por sus medios”, para ocupar “un lugar normal en la colectividad” a través de medidas que incluían lo material, pero que sobre todo estaban dirigidas a una toma de conciencia y a la necesidad de superación, no de aceptación, del papel social subordinado. Por otra parte, existía entre diferentes especialistas sanitarios una conceptualización técnica del servicio social. En la negación a la beneficencia, el médico Juan Murtagh y la visitadora Elsa De Simons proponían la asistencia social como la salvaguarda de un bien económico y caro al Estado: la vida de bebés y niños.<sup>9</sup>

La tarea social en hospitales y otros centros sanitarios había sido realizada desde sus inicios por mujeres, ya fuesen damas de la Sociedad de Beneficencia, de otros centros caritativos privados y religiosos o bien mujeres preparadas profesionalmente para trabajar en forma subalterna con médicos y especialistas varones (Wainerman *et al.*, 1992). En muchos de los textos, el trabajo social aparece como un hecho naturalmente femenino y que no debe ser explicado, atendiendo a una subordinación aceptada socialmente, junto con el concepto de la extensión del rol maternal de las mujeres pudientes hacia los más necesitados socialmente.<sup>10</sup>

La especialización de la ayuda social planteó la necesidad de generar una profesionalización mayor en determinadas mujeres. Así, las visitadoras de higiene<sup>11</sup> eran definidas como las perfectas auxiliares del médico, encargadas de atraer la familia al dispensario o centro de salud y de complementar su educación sanitaria, mientras que la asistente social debía asumir tareas más amplias, ya que su labor abarcaba problemas sociales que no necesariamente incluían al médico, sino al abogado, al psicólogo, al criminalista, al sociólogo, al educador y al sacerdote.<sup>12</sup>

De todas maneras, estas distinciones no se aplicaban a la realidad, ya que las mujeres que trabajaban por un salario en los centros médicos o que lo hacían gratuitamente (y eran una legión) podían ser tanto visitadoras y asistentes como maestras o bien simples “señoritas” sin estudios concretos, pero con verdadera vocación asistencial. Se menciona al respecto que, en 1944, se desempeñaban en el Servicio Social de la Asistencia Pública porteña, diez visitadoras de higiene rentadas, siete visitadoras honorarias y 15 asistentes sociales honorarias (Bortagaray, 1944, pp. 13-4). Asimismo, las alumnas de la Escuela del Museo Social Argentino colaboraban gratuitamente en los programas de asistencia a los dispensarios que también recibían la ayuda de “damas” de distintas sociedades caritativas.<sup>13</sup>

Las instituciones sanitarias que poseían un servicio social entre los años 1930 y 1940 atendían a los sectores más desprotegidos, aquellos que estaban bajo la línea de la pobreza a partir del desempleo y la marginación, en casi total desamparo y carentes de los bienes mínimos para la subsistencia. Los relatos sobre “casos sociales” resultan ejemplificadores de la población a la que se destinaba la asistencia social que incluía la entrega, a las familias de necesitados, de alimentos, leche, ropa (sobre todo, ajuares para bebés), calzado, cunas y otros muebles, así como insumos básicos (carbón, leña), medicamentos e indicaciones o contactos sobre atención médico-sanitaria. También se otorgaban subsidios en metálico, aunque en algunas instituciones estaban expresamente prohibidos. Y, sobre todo, se llevaba a cabo una tarea de gestión e intermediación para conseguir trabajo, tanto para las madres como para miembros de la familia,<sup>14</sup> para obtener viviendas y detener órdenes de desalojo, así como para realizar trámites y obtener permisos, cédulas y documentación variada.

En varios centros médicos, las visitadoras y asistentes realizaban cursos educativos y gestionaban específicamente el certificado prenupcial, compraban ropas de casamiento y realizaban incluso la misma ceremonia, en ocasiones, además de la civil, la religiosa. Sobre estos aspectos que asume la ayuda social es necesario profundizar, atendiendo al contenido moral que poseen y observando a su vez la justificación científica sobre los cuales se inscriben.

### **Los argumentos médicos: embarazo, parto y matrimonio**

Según el código civil, se denomina “hijos legítimos” a aquellos concebidos en el matrimonio y que hubiesen nacido hasta 180 días después de éste y trescientos desde la muerte del padre, e “hijos naturales” a los nacidos cuando la pareja no estaba unida en matrimonio, a pesar de carecer de impedimentos legales para hacerlo. Estos hijos quedaban legitimados con el casamiento de sus padres (Novick, 1992, pp. 98-9). Para Alejandro Bunge (1984, p. 17), desde principios del siglo XX, un número importante de nacimientos se producía fuera del matrimonio, tratándose en consecuencia de una situación que iba en contra del concepto cristiano de familia, la realidad doméstica y el orden natural. En 1910, de cada mil niños nacidos en el país, 220 eran ilegítimos y en 1938, esa cifra había aumentado a 282 niños sobre igual proporción de nacimientos anuales. En determinadas provincias, las cifras eran aun más alarmantes, ya que la mitad de los nacimientos se daban en condiciones de ilegitimidad, mientras que en la capital y Buenos Aires tendían a ser considerablemente menores.

Dentro de la población de riesgo, que recibía en forma especial los subsidios y el apoyo de los servicios sociales en las instituciones médicas, las madres solteras representaban entre los años 1930 y 1940 un porcentaje muy importante (ver Cuadro 1).

**Cuadro I: Estado civil de las pacientes de la Maternidad Gache**

<b>Año</b>	<b>Casadas</b>	<b>Solteras</b>	<b>Separadas/ divorciadas</b>	<b>Viudas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1942</b>	29	813	29	13	<b>884</b>
<b>1943</b>	15	819	32	19	<b>885</b>
<b>1944</b>	32	804	26	24	<b>886</b>
<b>TOTAL</b>	76	2.436	87	56	<b>2.655</b>

Fuente: *AMMSG*. Elaboración propia.

Este número significativo de mujeres solas, que tenían que hacerse cargo de sus hijos, alimentarlos, cuidarlos y vestirlos para que llegaran a ser adultos sanos, era en extremo preocupante para los expertos sanitarios, quienes percibían que en estas conductas familiares “desviadas” estaba la clave del principal fantasma nacional: la ‘denatalidad’.<sup>15</sup> De hecho, en la ciudad de Buenos Aires y de acuerdo con las estadísticas vitales, la proporción de nacimientos extramatrimoniales no se había incrementado notoriamente, pero las lecturas estadísticas llevadas a cabo por los especialistas se hacían sobre índices particulares, obtenidos en los registros propios y se extrapolaban las conclusiones, dándoles un carácter alarmante que en un examen general no es posible advertir. Atendiendo a esta situación, se ha afirmado que en la región de Buenos Aires, incluyendo Capital Federal y gran Buenos Aires, y en la región central y litoral, el número de ilegítimos era escaso, lo que coincidía con una baja natalidad y con familias de menor tamaño, a diferencia de otras regiones del país, como el nordeste, donde los patrones de alta fecundidad se unían a la alta ilegitimidad (Torrado, 1999, pp. 240-1).<sup>16</sup>

A partir de un elaborado estudio que reunía conclusiones estadísticas obtenidas en la maternidad y las comparaba con otras instituciones de la capital, los médicos Palacios Costa y Minujín daban diferentes argumentos para apuntalar la tarea social del servicio, considerando además que el problema estaba relacionado con el descenso demográfico a nivel nacional. De acuerdo con información de diez años de funcionamiento de la maternidad, se señalaba que habían sido atendidos más de veinte mil nacimientos con una tasa de mortalidad que consideraban relativamente alta, aunque dentro de los parámetros normales de la estadística municipal porteña.<sup>17</sup> Habida cuenta de la cantidad de servicios de atención hospitalaria y los avances obstétricos, no se consideraban resultados “brillantes” ya que la mortalidad había disminuido un porcentaje relativamente bajo, sólo 2% (ver cuadros 2 y 3), además de que se carecía de información respecto al resto de la república.

**Cuadro 2: Nacimiento y mortalidad feto-infantil en la Maternidad Samuel Gache**

<b>Etapa</b>	<b>Nacimientos</b>	<b>%</b>	<b>Defunciones M y N<sup>18</sup></b>	<b>%</b>
1933-43	24.140	93, 83	1.658	6, 17

Fuente: *AIMSG*. Elaboración propia.

**Cuadro 3: Nacimiento y mortalidad feto-infantil en la Capital Federal**

<b>Año</b>	<b>Nacimientos</b>	<b>%</b>	<b>Mortinatos</b>	<b>%</b>	<b>Neonatos*</b>	<b>%</b>
1903	33.035	92,37	1.399	4,23	1.183	3,4
1943	52.520	95,98	1.792	3,58	230	0,44
<b>TOTAL</b>	<b>85.555</b>	<b>—</b>	<b>3191</b>	<b>—</b>	<b>1.413</b>	<b>—</b>

\*Se consideran en este ítem a niños neonatos y a niños de hasta uno año de edad (mortalidad infantil). Fuente: *AIMSG*. Elaboración propia.

La estimación general de los médicos encargados de la maternidad era que se conseguía “extraer” cada vez más niños, pero que éstos fallecían después, es decir, se había controlado mejor la mortalidad neonatal pero menos la infantil. Esta situación se consideraba un grave factor de denatalidad que era preciso remediar. Para acrecentar la población se debían modificar, según este análisis, dos factores: en primer lugar, aumentar la natalidad y en segundo lugar, disminuir la mortalidad. La primera cuestión era, coincidiendo con el célebre higienista Gregorio Araoz Alfaro, “psicológicamente compleja y económicamente onerosa”. La segunda debía ser parte de un plan más vasto, que implicara la protección del niño después de nacer. Palacios Costa y Minujín (1944a, p. 65) eran partidarios de la segunda propuesta, es decir, de disminuir los índices de mortalidad feto-infantil,<sup>19</sup> situación que estaba técnicamente al alcance de la medicina.

Ahora bien, para lograr estos objetivos debía contarse necesariamente con las madres, a quienes era preciso atender desde el embarazo y luego obligarlas, si fuese necesario, para que llevaran a término las indicaciones médicas. Los dos facultativos enaltecían además la labor de las instituciones sanitarias para la atención obstétrica, expresando que había un riesgo mayor en los nacimientos domiciliarios. Para realizar esta tarea, definida como “médico-social”, Palacios Costa y Minujín (*ibidem*, pp. 67-8) expresaban el valor intrínseco del niño para toda la comunidad, considerando la natalidad como un bien público y la mortalidad fetal y mortalidad infantil como factores que conspiraban contra el bien común. Coincidentes con una visión intervencionista, ambos médicos exaltaban el derecho del Estado a adoptar “medidas impositivas”, como “la de obligar a la mujer grávida a realizar una asistencia correcta de su embarazo y de su parto”, considerando que el

concepto entonces vigente de Estado moderno implicaba “la coerción, la coordinación y el control perfeccionado de todas sus instituciones”.

En el análisis estadístico publicado, se desglosaban las causas de mortalidad que se habían encontrado en el período decenal a partir de tres factores de riesgo: en primer lugar, la primiparidad tardía; en segundo lugar, las madres solteras y en tercer lugar, las gestantes mal atendidas.<sup>20</sup> Con respecto al primer punto, se expresaba que en el estudio de Pilades Dezeo sobre natalidad en la Capital Federal, las primíparas habían aumentado la natalidad dentro del total, lo cual significaba que se incrementaban las familias con un hijo y las mujeres con mayor riesgo en el parto, dado que las primíparas experimentan problemas que no tienen las múltiparas. Igual situación se observaba en la maternidad Samuel Gache (cuadros 4 y 5).

**Cuadro 4: Partos y nacimientos en la Maternidad Samuel Gache**

Período	Primíparas	%	Múltiparas	%	Total de nacimientos	%
1934-44	10.838	44,9	13.302	55,1	24.140	100

Fuente: *AMSG*. Elaboración propia.

**Cuadro 5: Partos y mortalidad fetal en la Maternidad Samuel Gache**

Período	Primíparas	%	Múltiparas	%	Total Partos con mortalidad	%
1934-44	1.597	96,32	61	3,68	1.658	100

Fuente: *AMSG*. Elaboración propia.

Además, se consideraba que aquellas mujeres que tenían por primera vez un hijo lo hacían a una edad relativamente tardía en relación con sus posibilidades de fertilidad real, ya que la edad promedio de las primíparas en la maternidad era de 26 años.<sup>21</sup> Por su condición de primíparas, tenían más riesgo de perder el hijo que si ya hubiesen tenido otros con lo cual, según esta elaboración estadística, las mujeres “tienen su primer hijo a una edad cada vez más avanzada, este primer hijo muere cada vez con mayor frecuencia, tendrán luego un segundo, quizás un tercero y nada más” (Palacios Costa *et al.*, 1944a, p. 77).

Para los médicos, este panorama sombrío era propio de los sectores populares urbanos, entre quienes aumentaba el número de mujeres con sólo uno o dos hijos. Palacios Costa y Minujín (*ibidem*, pp. 82, 78) citan en su artículo la obra de Alejandro Bunge, señalando específicamente el descenso de los hijos legítimos y el aumento de los ilegítimos. Pero a diferencia de las propuestas de Bunge, no hacían responsable de dicha situación a una “crisis moral”, producto de un individualismo egoísta, sino al deseo de las clases más pobres de ascender socialmente. Estos higienistas señalaban que su profesión no

les permitía tampoco modificar la situación social, pero sí debían “aconsejar a la futura madre y fundamentalmente señalarle el peligro que para la vida del primer hijo significa la paridad tardía”, encareciendo la divulgación de este concepto a quienes deben hacer la difusión de los preceptos higiénico-sanitarios.

La desesperante situación podría ser resuelta a partir de una decisiva intervención que asegurara apoyo a las madres solteras con mayor riesgo de pérdida fetal y durante el parto, ya que éstas, según los dos médicos, por su condición civil, ocultaban su estado, trataban incorrectamente el embarazo y concurrían tardíamente a consultar sobre el parto, por lo cual, no era posible prever los problemas en la gestación o en el parto. Entre las enfermedades de la madre que acarreaban la muerte fetal, la sífilis ocupaba un lugar preponderante.

**Cuadro 6: Causas de mortalidad infantil en la Clínica Samuel Gache**

<b>Causas</b>	<b>%</b>
Enfermedades de la madre	17, 5
Enfermedades del feto	15, 6
Accidente de parto	27, 2
Causa desconocida	39, 7
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Fuente: *AMMSG*. Elaboración propia.

Lo que resulta interesante de este análisis es que el último ítem, “causa desconocida”, constituye la mayoría (39,7% del total). La nomenclatura internacional vigente entre los años 1930 y 1940 respecto a las causas de mortalidad incluía los siguientes ítems: enfermedad crónica de la madre (específicamente sífilis), enfermedad aguda o accidente de la madre, anomalías del feto, de la placenta y del cordón, muerte del feto por lesión y mortalidad referida a otras causas. El facultativo Francisco Menchaca, quien citaba este listado desglosado, planteaba la necesidad de profundizar sobre las “otras causas” o causas desconocidas que constituían, tal como en la citada maternidad, 30% de los casos letales. Y como en el artículo de Palacios Costa y Minujín, también consideraba que debía estudiarse la variable “ilegitimidad” para determinar si era fundamental o no en el análisis de la mortalidad infantil.

Este médico, tal como otros facultativos, destacaba la importancia del servicio social condicionado a que la tocoginecología había avanzado tanto que ya no era posible esperar mayor perfeccionamiento técnico y en consecuencia la lucha contra la mortalidad “será exigua sin un Servicio Social que establezca el sólido vínculo que sólo él pueda proveer entre la futura madre y el técnico que procurará la ortodoxia de su embarazo, parto y puerperio” (Menchaca, 1946, pp. 1-13).

### La conexión social: de madres solteras a casadas

El servicio social de la Maternidad Gache fue creado en 1936 y desde ese momento se hicieron esfuerzos por comunicar a partir de los *Anales* su funcionamiento y ventajas para la sociedad con el argumento de que su papel fundamental era la protección y amparo de las madres solteras y desvalidas (Palacios Costa *et al.*, 1944a, p. 84). De igual manera, otras instituciones sanitarias consideraron la maternidad directamente vinculada al matrimonio, ejerciéndose en ambos conceptos una retroalimentación circular que llevó a un discurso y a prácticas concretas para estimular a las mujeres a contraer matrimonio cada vez más jóvenes, a tener más hijos, pero sobre todo, a cuidarlos mejor a partir de la generalización de la puericultura. Se enfatizaba la importancia de reproducirse dentro del vínculo nupcial o bien de contraer matrimonio para devolver a los hijos su condición de legitimidad, la cual también fue una preocupación esencial dentro de los círculos católicos.

Desde la revista *Criterio*, monseñor Gustavo Franceschi llevó a cabo una campaña paralela a la de Bunge, señalando la necesidad de implementar medidas para solucionar la “crisis hogareña” producida en 30% de las familias con natalidad ilegítima. En un artículo, sugestivamente titulado ‘El estado contra la familia’, Franceschi (1940a, p. 6) arremetía contra el Registro Civil, cuyas reglamentaciones complicadas suponían el concubinato y el incremento señalado de la prole bastarda.<sup>22</sup> En las áreas rurales, donde ciertamente el número de hijos nacidos en uniones ilegítimas era mayor, eran precisos innumerables trámites para efectuar el matrimonio civil. Pero además, Franceschi remarcaba que la población (de clase baja) no advertía los beneficios de tal estado que, según él, tenía mayor sentido entre quienes pertenecían a un sector más alto de la sociedad en la medida que las uniones ilegítimas eran desaprobadas socialmente.

El arzobispo de Buenos Aires señalaba que estas parejas, padres de hijos en condiciones desventajosas, legalizarían su situación y la de su prole si tuvieran los medios para hacerlo. Por lo tanto, proponía directamente volver hacia atrás la oposición decimonónica Iglesia-Estado para que se permitiese a los sacerdotes otorgar el sacramento matrimonial, santificando para Dios y para las instituciones civiles, miles y miles de casos irresolubles de ilegitimidad matrimonial. Franceschi (*ibidem*, p. 7) se preguntaba así si “¿No habrá llegado la hora en que la legislación argentina, sin suprimir la inscripción del matrimonio en los registros del estado, busque el modo de que los párrocos y sacerdotes, delegados por los mismos, puedan realizar lo que sin perjuicio de ninguna especie para los fueros civiles se verifica en tantas naciones?”

Franceschi (1942, p. 359) agregaba a los argumentos de Bunge la inclusión directa de la Iglesia en la “cuestión matrimonial”, aduciendo un desplazamiento anterior que había ocasionado más problemas que

soluciones. La ilegitimidad estaba unida a conceptos tales como el amor transitorio, la inestabilidad familiar y se llegaba a vincularla con la negación a la autoridad “natural” del padre-esposo en una crisis que afectaba la familia y que podía también, consecuentemente, afectar a toda la comunidad nacional.<sup>23</sup> A su vez, Bunge y Franceschi acordaban con otros puntos, como la irracionalidad del certificado prenupcial, el cual mencionaban como uno de los principales elementos que impedían la nupcialidad legal, provocando consecuentemente el concubinato y la descendencia ilegítima. En un relato quizás verosímil, *Criterio* mencionaba las dificultades burocráticas que tenían que sortear quienes querían contraer nupcias, de un servicio sanitario a otro para finalmente descreer del diagnóstico fiable de una reacción Wassermam-Kahn negativa, ya que ésta no era un indicador de ausencia de sífilis. Se señalaba que la ley, que obligaba a la obtención del certificado, ocasionaba “graves perjuicios morales, familiares y sociales” (Franceschi, 1940b, p. 56) y constituía “un absurdo doctrinario, falsedad científica, grosería ética y mal gusto estético”. A su vez, provocaba graves impedimentos cuando se querían regularizar concubinatos de años, llevando a requerirlo a parejas que tenían ya no sólo hijos sino nietos (Franceschi, 1940c).<sup>24</sup>

En consecuencia, la ilegitimidad fue una preocupación constante en la jerarquía católica, al punto de influenciar sin duda los sermones, pastorales y todo tipo de vinculación concreta entre sacerdotes y laicos católicos. Asimismo, dentro de las múltiples funciones desarrolladas en los respectivos servicios sociales, existen evidencias claras del deseo de transformar el estado civil de las madres solteras, obedeciendo a un impulso que sobrepasa los intereses médicos pero que sin duda está relacionado con éstos. En las *Memorias del Instituto de Pediatría y Puericultura* de 1939 a 1941 (Dellepiane, 1940, pp. 41-2; Aretz Heuser, 1942, pp. 36-7; Aretz Heuser, 1941, pp. 38-40) las menciones a este aspecto están limitadas, dado que el servicio social funcionaba sobre todo entre los niños internos y no había en concreto un seguimiento familiar a partir del contacto permanente entre las familias y las visitadoras o asistentes sociales. Pero en otros casos, como en los dispensarios y maternidades dependientes de la Asistencia Pública porteña, hay mayores evidencias al respecto e incluso estadísticas de tales ayudas.

Las referencias concretas al matrimonio se observan en la gestión del certificado prenupcial, en la gestión de reconocimiento de hijos, en el pago del sellado para realizar el trámite civil y en la realización de la ceremonia civil del matrimonio, aunque también se efectuaron un número importante de matrimonios religiosos de contrayentes que solicitaban licencia para hacerlo (Palacios Costa *et al.*, 1944b, p. 423). Pero asimismo, es posible advertir indicios sobre estímulos a las madres solteras a regularizar su situación y contraer nupcias a partir del dictado durante varios años de clases de moral y buena conducta y también en cuestiones más sutiles, como el préstamo o regalo de ropas en buenas condiciones para contraer nupcias (Palacios Costa *et al.*, 1944b, 1943).

En el Instituto de Puericultura, la tarea social desempeñada con las madres solteras fue definida por la médica Ángela Dobrenky (1936, p. 51) como una especie de aprendizaje acelerado del instinto maternal. Se señala así que una vez reunidas las madres internas, “las impusimos del sentido de sus vidas, las hicimos comprender que como personas y como madres habían contraído la responsabilidad de ser útiles a sus hijos; que esa maternidad era sagrada y noble y que ellas merecían por tanto nuestro mayor respeto y atención”.<sup>25</sup> En esta reeducación maternal, estaba presente la enseñanza de habilidades domésticas (costura, tejido, cocina, economía doméstica) e intelectuales, ya que muchas de las madres eran analfabetas y las maestras que concurrían a los centros asistenciales lo hacían para dictar clases de lectoescritura, así como conocimientos generales de puericultura, dietética y moral, tendientes a “elevar el *standard* psíquico”<sup>26</sup> de las internadas.<sup>27</sup>

En los pormenorizados registros de la Maternidad Gache, el servicio social rescata la asistencia masiva a los cursos entre los cuales figura, además de moral, una clase de religión con más de novecientas alumnas (salvo en 1944), lo cual supone un conjunto rotativo de madres solteras que recibían la información. No se disponen de registros sobre los contenidos de estas clases, pero no resulta arriesgado suponer, considerando el discurso predominante en el ámbito médico-social, que se tendrían en cuenta en forma especial los argumentos mencionados en el primer apartado, incluyendo la necesidad de aumentar el número de hijos y en relación con este punto, la consolidación de una familia legítima y estable.

Por otra parte, visitadoras, asistentes y médicos dedicaban un esfuerzo considerable a la gestión de trámites burocráticos, entre los cuales destacan la obtención de certificados prenupciales, la legalización de uniones ilegítimas y el reconocimiento de los hijos nacidos de tales parejas, además de otras gestiones no especificadas. La importancia de esta tarea debe ser remarcada, puesto que se trataba de servicios fuera del alcance de los sectores que, aunque supiesen leer y escribir, carecían de la información, de los recursos, del tiempo y de los contactos suficientes para realizarlos exitosamente.

**Cuadro 7: Nacimientos y gestiones relacionadas con la legitimación**

<b>AÑO</b>	<b>Legítimos</b>	<b>Ilegítimos</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Reconocimiento y legitimación hijos ilegítimos</b>	<b>Legalización uniones ilegítimas</b>	<b>Certificado prenupcial</b>	<b>TOTAL</b>
1942	754	453	<b>1.207</b>	123	82	72	<b>277</b>
1943	(s.d.)	790	<b>790</b>	437	69	81	<b>587</b>
1944	2.104	926	<b>3.030</b>	707	77	91	<b>875</b>
<b>Total</b>	2.858	2.169	<b>5.027</b>	1.267	228	244	<b>1.739</b>

Fuente: *AIMSG*. Elaboración propia.

Si se profundiza una de las cuestiones centrales de este artículo, se observa que, en 1942, de 82 uniones nupciales, hubo 42 matrimonios religiosos y en 1944, de las 77 legalizaciones matrimoniales, cincuenta fueron también subrogadas por el sacramento religioso con el concurso de una de las mujeres asistentes de la maternidad. De esta manera, en las instituciones médicas estatales, se brindaba la posibilidad de legitimación religiosa, lo cual no era en absoluto paradójico ni opuesto totalmente a los objetivos estatales, que a pesar del laicismo defendido, aceptaban en determinados aspectos la ayuda religiosa. Esta cuestión debe ser vinculada a la integración de los servicios sociales de personas decididamente volcadas a la Iglesia que dedicaban parte de su tiempo y esfuerzo a los “casos sociales” en relativa armonía con los profesionales sanitarios, pero también a los mismos profesionales, muchos de ellos católicos y que defendían en consecuencia las propuestas de legitimación religiosa.

Dentro de las funciones específicas de las asistentes sociales, estaba la de guiar al núcleo familiar a obtener “documentación jurídica, legitimación de los hijos y del matrimonio” (Bortagaray, 1944, p. 15), entre otras tareas de orden social. La forma en que éstas se desarrollaban, tanto en mujeres internas como en aquellas embarazadas y/o con hijos, incluía decididamente a mujeres que aconsejaban el respeto introducido por una noción de superioridad social e intelectual. Aunque hubiera indicaciones contrarias,<sup>28</sup> se menciona una cierta dependencia de las mujeres atendidas o fichadas por los servicios sociales hacia las visitadoras y asistentes, a quienes pedían consejo en muchas de las acciones a desarrollar e incluso en el futuro matrimonial de las hijas.

Dicha cuestión es preciso relacionarla también con el valor intrínseco que asume el matrimonio y la vida familiar para parte considerable de la sociedad argentina de la primera mitad del siglo XX y también para un imaginario médico-social que pretendía reformar un conjunto social “enfermo”, no sólo física o psíquica sino moralmente. Por ello, según la médica Ángela Dobrenky (1936, p. 49), era preciso profundizar la tarea médica, llevándola más allá de los meros tecnicismos y adoptando una actitud mucho más comprensiva hacia las pacientes, porque de lo contrario se pierde la oportunidad “de tratar de enderezar una vida, doblemente valiosa al haberse santificado con la maternidad que en ciertos casos es arma de doble filo: la mujer soltera, generalmente inicia con ella su camino descendente”.

## Conclusión

Durante los años 1930 y 1940, el decrecimiento de la migración externa y los índices demográficos descendentes desataron entre sectores muy diversos una gran preocupación sobre el futuro poblacional. Las soluciones propuestas a ese grave problema se plantearon desde el punto de vista del aumento de la natalidad y de la disminución de la

mortalidad infantil. En algunos casos, se trataba de dos elementos complementarios que debían darse simultáneamente, pero en otros análisis sólo aparecía como probable de realizarse efectivamente el segundo.

Para algunos médicos, aquellos que consideraban posible la primera opción eran no sólo alarmistas sino que estaban mal informados. También se acusaba a determinados especialistas, como demógrafos y economistas, de voluntaristas, ya que era improbable incrementar la tasa de fecundidad con los mecanismos legales usuales de estímulo natalista. La limitación del número de hijos obedecía a complejas razones “morales” con las cuales se referían a métodos anticonceptivos difíciles de controlar, al aborto y a una percepción general de que una cantidad inferior de hijos provocaba un aumento en la calidad y expectativa de vida del resto de la prole o de la familia en su totalidad. Para evitar la despoblación, era preciso limitar la mortalidad infantil, tarea al alcance de las posibilidades médico-sanitarias de ese momento y que debía incluir a diferentes sectores, pero sobre todo al estatal en la medida que era necesaria una planificación racional y eficiente de los recursos nacionales.

El análisis estadístico permitía, además, establecer que en el interior todavía no se habían dado los patrones de transformación demográfica; es decir, que predominaban tendencias premodernas, con alta natalidad y también con alta mortalidad, mientras que en las ciudades del litoral, sobre todo en Buenos Aires, las pautas ya eran claramente diferentes, con una disminución de la natalidad comparativamente notable. Muchos de los que analizaban esta situación creían posible mantener, dentro del aluvión de inmigrantes del interior, las tasas de natalidad características de la población rural, reduciendo la mortalidad y obteniendo en consecuencia un aumento decidido de la población.

Distintos profesionales de la salud planteaban que, respecto a la limitación de la mortalidad, también la nupcialidad tenía un papel fundamental, ya que la morbilidad y mortalidad fetal e infantil se incrementaban en familias sin sostén masculino permanente. El papel moral era sustituido por el técnico, aunque de hecho se impulsaba desde otro punto de vista una cuestión ética, al valorizar el matrimonio y la descendencia legítima.

En el “problema matrimonial” existe un entrecruzamiento de diferentes discursos, tanto de orden conservador como progresista, que son coincidentes en la necesaria moralización de los sectores populares, lo cual implica afirmar la familia y eliminar la ilegitimidad de la prole y de las uniones ilegales. El interés despertado por estas cuestiones en las instituciones sanitarias estatales y privadas tiene relación con una visión higiénica y con una concepción positiva de la solidaridad que en los años 1930 y 1940 reemplaza progresivamente las tendencias darwinianas anteriores. Por otra parte, la concepción de “justicia social”, acuñada desde la encíclica *Rerum Novarum*, implicó un acuerdo cada vez mayor

sobre la intervención estatal, definida a partir de una nueva noción de enfermedad (Belmartino, 1996, pp. 217-20).

El avance de una nueva sensibilidad social no debe ser descartado sin más, dado que implicó una importante transformación en las prácticas y discursos médicos acerca de los sectores populares, implicados directamente en la formación y desarrollo de una población más fuerte y sana. El establecimiento de la asistencia social en numerosas instituciones públicas con el apoyo de sectores privados, significó una apertura hacia problemas sociales vinculados con la salud y el bienestar, como la vivienda, el trabajo y las ocupaciones laborales.

Este proceso, iniciado en las primeras décadas del siglo XX, recibió un mayor impulso desde 1945 a partir de la planificación nacional sanitaria de Ramón Carrillo, quien señalaba que el incremento poblacional argentino debía realizarse a partir del fomento de la natalidad y de la lucha contra la mortalidad infantil, si bien se prestaba atención especial a la nupcialidad. Se proponían, por un lado, cierto control social a partir de la indisolubilidad del matrimonio y de una mayor validez al matrimonio religioso. Por otro lado, se tomaban medidas económicas que apuntaban a incrementar subsidios y préstamos por casamiento, a otorgar salarios familiares y viviendas en forma preferente a aquellas parejas unidas por el matrimonio.

Las mujeres pobres y sobre todo las madres solteras fueron consideradas las más vulnerables, en la medida que condenaban al estigma de la ilegitimidad a su prole, a quienes incluso negaban la posibilidad de nacer y desarrollarse normalmente. La solución, sin embargo, no consistía sólo en el apoyo material a las madres solteras, que también estaba dentro de los planes de distintas entidades oficiales y privadas, sino en devolver la legitimidad a la unión matrimonial y a los hijos, tarea que, a pesar de su vinculación moral, aparecía como necesaria en los afanes técnico-sanitarios por lograr la supervivencia de una población afectada por distintos males, entre ellos, la “mancha” social de la bastardía.

Si se considera que en algunas maternidades el número de mujeres solteras que llegaban a parir sus hijos representaba un porcentaje considerable dentro del total de pacientes atendidas, se explica la preocupación de médicos, visitadoras y asistentes por remediar de alguna manera una situación acuciante. En la estadística nacional, los índices demográficos de ilegitimidad se habían disparado desde los años 1920 en el interior del país, sobre todo en las provincias del norte, mientras que en Buenos Aires la situación no era en exceso alarmante. Pero para aquellos que planteaban una modificación de las pautas de vida de las clases populares, la concentración de casos en la Capital Federal y en maternidades específicas era real y se vinculaba a una vida urbana peligrosa, donde los lazos familiares tendían a aflojarse y diluirse entre vicios y enfermedades. Por lo tanto, unir bajo el matrimonio civil y también, en muchas ocasiones, bajo el religioso,

otorgaba sanción estatal, reconocimiento social y seguridad sobre todo a mujeres y niños.

¿Hasta qué punto esta solución podía ser realmente efectiva, aun en las familias descritas como “casos sociales” de exitosa resolución? No es posible saberlo, en la medida que no se expresan dudas o reflexiones acerca del valor matrimonial, ya fuese en personas que vivían unidas sin casarse o bien en la reunión de nuevas parejas con el fin de acoger legalmente a los hijos. El vínculo nupcial es aceptado unívocamente como anclaje donde se genera la estabilidad social, de la cual, según estas interpretaciones, depende el equilibrio de todo un sistema (cultural, económico, social) para su desarrollo y reproducción.

Agradezco la lectura y comentarios de María José Billorou, Marcos Cueto y de los revisores anónimos de la revista, así como la información brindada por la dra. Gabriela Luchetti.

## ANEXO

**Cuadro 8 : Población (en miles)**

	1914	1933	1944	1948
<b>Capital Federal</b>	1.598	2.431	2.885	3.102
<b>Buenos Aires</b>	2.102	3.465	4.124	4.416
<b>Córdoba</b>	745	1.201	1.439	1.558
<b>Jujuy</b>	78	128	159	178
<b>Mendoza</b>	281	460	561	617
<b>Salta</b>	144	219	276	306
<b>Santiago</b>	264	366	447	499
<b>Resto del país</b>	2.784	4.459	5.369	5.843
<b>TOTAL</b>	<b>7.996</b>	<b>12.729</b>	<b>15.260</b>	<b>16.519</b>

Fuente: *Estadísticas vitales y de salud. Estadísticas demográficas* (1983a, 1983b).  
Elaboración propia.

**Cuadro 9: Nacidos vivos**

	1914	1933	1944	1948
<b>Capital Federal</b>	50.631	40.685	54.860	59.519
<b>Buenos Aires</b>	78.077	69.860	75.197	79.260
<b>Córdoba</b>	28.695	33.791	37.474	40.232
<b>Jujuy</b>	2.626	4.178	6.135	7.098
<b>Mendoza</b>	12.501	13.622	16.847	18.624
<b>Salta</b>	5.083	8.485	10.901	12.354
<b>Santiago</b>	10.199	15.166	18.062	23.258
<b>Otras provincias</b>	99.506	136.013	161.468	172.787
<b>TOTAL</b>	<b>287.318</b>	<b>321.800</b>	<b>380.950</b>	<b>413.132</b>

Fuente: *Estadísticas vitales y de salud. Estadísticas demográficas* (1983a, 1983b).  
Elaboración propia.

**Cuadro I0: Tasa de natalidad (sobre 1.000)**

	1914	1933	1944	1948
<b>Capital Federal</b>	31,97	16,17	19,0	19,2
<b>Buenos Aires</b>	37,1	20,2	18,2	17,9
<b>Córdoba</b>	38,5	28,1	26,0	25,8
<b>Jujuy</b>	33,7	32,6	38,6	39,9
<b>Mendoza</b>	44,5	29,6	30,0	30,2
<b>Salta</b>	35,3	38,7	39,5	40,4
<b>Santiago</b>	38,6	41,4	40,4	46,6
<b>TOTAL</b>	<b>35,9</b>	<b>25,3</b>	<b>25,0</b>	<b>24,7</b>

Fuente: *Estadísticas vitales y de salud. Estadísticas demográficas* (1983a, 1983b).  
Elaboración propia.

**Cuadro II: Matrimonios**

	1914	1933	1944	1948
<b>Capital Federal</b>	12.200	17.966	26.165	29.350
<b>Buenos Aires</b>	11.365	20.108	32.777	38.379
<b>Catamarca</b>	528	476	913	971
<b>Córdoba</b>	4.398	7.300	11.544	14.241
<b>Corrientes</b>	1.329	1.589	2.762	3.529
<b>Chaco</b>	135	914	2.226	2.597
<b>Chubut</b>	188	307	1.147	403
<b>Entre Ríos</b>	2.107	2.911	5.595	6.396
<b>Formosa</b>	34	179	473	735
<b>Jujuy</b>	491	637	994	1.398
<b>La Pampa</b>	480	902	1.378	1.409
<b>La Rioja</b>	367	397	670	761
<b>Mendoza</b>	1.614	2.832	4.616	5.972
<b>Misiones</b>	323	957	1.343	1.847
<b>Neuquén</b>	160	313	519	631
<b>Río Negro</b>	150	377	1.028	1.150
<b>Salta</b>	957	1.331	1.755	2.340
<b>San Juan</b>	589	1.098	2.058	2.494
<b>San Luis</b>	537	883	994	1.347
<b>Santa Cruz</b>	68	96	206	156
<b>Santa Fé</b>	5.429	8.291	12.904	14.873
<b>Santiago</b>	1.339	1.969	3.160	3.467
<b>Tucumán</b>	1.884	2.576	3.427	5.382
<b>Tierra del Fuego</b>	7	8	31	43
<b>TOTAL</b>	<b>46.679</b>	<b>74.417</b>	<b>118.660</b>	<b>140.255</b>

Fuente: *Estadísticas vitales y de salud. Estadísticas demográficas* (1983a, 1983b).  
Elaboración propia.

**Cuadro 12: Nacimientos extramatrimoniales en Capital Federal, en % del total**

<b>1860</b>	14 %	<b>1910</b>	13 %
<b>1880</b>	10 %	<b>1920</b>	13 %
<b>1890</b>	13 %	<b>1930</b>	11 %
<b>1900</b>	16 %	<b>1940</b>	12 %

Fuente: Mazzeo (1997, pp. 41-57).

**Cuadro 13: Esperanza de vida al nacer**

	<b>1913-15</b>	<b>1946-48</b>
<b>Región Buenos Aires*</b>	51,37	63,77
<b>Región Centro-Litoral</b>	48,75	61,42
<b>Región Cuyo</b>	41,45	57,95
<b>Región Nordeste</b>	37,94	51,08
<b>TOTAL DEL PAÍS</b>	48,50	61,08

\*Incluye capital, Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires.

Fuente: Boleda (1997, p. 100).

**Cuadro 14: Población urbana y rural ( en miles)**

	<b>RURAL</b>		<b>URBANA</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>Habitantes</b>	<b>%</b>	<b>Habitantes</b>	<b>%</b>	
<b>1869</b>	1.164	67	573	33	1.737
<b>1895</b>	2.294	58	1.661	42	3.955
<b>1914</b>	3.312	42	4.573	58	7.885
<b>1930</b>	3.580	32	7.608	68	11.188
<b>1938</b>	3.320	26	9.440	74	12.760
<b>1947</b>	6.008	37,8	9.886	62,2	15.894

Fuente: Vázquez Presedo (1976, p. 20) y Torrado (1994, p. 78). Elaboración propia.

## NOTAS

<sup>1</sup> El maternalismo puede definirse como políticas de apoyo a las madres para el cuidado de los hijos para obtener ciudadanos sanos. El natalismo, como políticas que buscaban incrementar el número de hijos, además de su cuidado.

<sup>2</sup> Como ejemplo, ver la paradigmática obra de Bunge (1984) escrita en 1940. Para este demógrafo, director general de estadística de la República Argentina en los años 1930 era preciso reaccionar y revertir el envejecimiento de la población nacional, producido por el desequilibrio entre bajas tasas de fertilidad y limitación de la mortalidad que llevaría en el futuro a una crisis demográfica.

<sup>3</sup> El instituto fue creado en 1935 y dependía de la Facultad de Ciencias Médicas. La Maternidad Samuel Gache fue fundada en 1926 dentro del Hospital Rawson dependiente, como la maternidad del Hospital Durand, de la Asistencia Pública porteña. El nombre Samuel Gache fue en honor del célebre higienista que a principios de siglo desarrolló una importante tarea profesional en relación con la Liga Antituberculosa y la Asistencia Pública. Los dispensarios y lactarios citados, creados en los distintos barrios porteños, dependían específicamente de la Dirección de Protección a la Primera Infancia. Para una información más completa sobre estas instituciones, ver *Guía de Asistencia Social* (1947, pp. 22-3, 194 y 368-9).

<sup>4</sup> La DNAS se creó en 1946 pero no se organizó hasta 1948. Siempre tuvo fondos limitados; comparados con la Fundación Eva Perón, institución semiprivada que llevó a cabo una tarea de redistribución social en diferentes ámbitos como vivienda, subsidios, educación, salud y asistencia social (Carrillo, 1974, p. 337; Ross, 1993, p. 123; Rodríguez, 2000, pp. 83-99).

<sup>5</sup> “Lactarios o *Lactarium*”: se trata de instituciones creadas en los años 1930 en la Capital Federal donde se conservaba y distribuía la leche materna para evitar los inconvenientes de la “lactancia mercenaria”, es decir, de la dependencia de nodrizas y amas de leche. De acuerdo a lo señalado en la *Guía de Asistencia Social* (1947, p. 194) las madres pobres donaban su leche luego de alimentar debidamente a sus hijos, por lo que se les abonaba entre siete y ocho. Funcionaron tres lactarios, dependientes de la Asistencia Pública porteña y uno, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas.

<sup>6</sup> En ese momento se reglamentó la Ley 12.341, sancionada en 1937 (Macció *et al.*, 1993, pp. 104-6).

<sup>7</sup> Desseau (1931, p. 15) planteaba la situación aun más claramente desde las páginas del *Boletín del Museo Social Argentino*, al señalar que la libertad económica hizo necesaria la “defensa del niño, de la madre, del trabajador adulto; después, para defender también a los niños que no son obreros, a las madres que no trabajan en la industria, a los enfermos, en fin, aunque más no sea, perturban o pueden perturbar el orden y la tranquilidad sociales”.

<sup>8</sup> Dentro de las ponencias merecen señalarse varios trabajos sobre mortinatalidad, mortalidad infantil y natalidad que evidenciaban un interés creciente para transformar las pautas demográficas, incrementando la natalidad. Entre la enumeración de las causas, tenían un lugar preferente las sociales, económicas y también las denominadas “morales”. Los médicos Villalba y Palacios Hidalgo (1940, pp. 371-92) expresaban que podría aumentarse la natalidad mediante primas, protección a la maternidad y la infancia y represión a la propaganda anticoncepcional; el médico Cafferata, por su parte, bregaba por el sufragio familiar, la educación de los hijos y la elevación económica a partir de Cajas de Compensación, trasladando así las respuestas de la Francia ultranacionalista al contexto nacional, mientras que otros especialistas, como el doctor Casas (1940, p. 362), proclamaba las funciones y organización del Alto Comité de la Población francés como ejemplo a seguir en el país.

<sup>9</sup> En el relato de diferentes casos atendidos, los dos profesionales expresaban que “una hipogalactia más o menos brusca y acentuada motivada por la inminencia de un desalojo, o por la falta de alimentación conveniente, se transforma rápidamente en cuanto la visitadora soluciona el aspecto social del problema médico y a veces basta con la simple sensación de interés que se toma por ellos, y la perspectiva de la pronta solución de sus dificultades, para modificar el psiquismo o el estado físico materno en beneficio exclusivo del lactante” (Murtagh *et al.*, 1941, p. 109). Sobre las pérdidas económicas que supone la mortalidad infantil, ver el excelente estudio realizado en Mendoza por el médico Juan Maurin Navarro (1943, pp. 43-68).

<sup>10</sup> Como ejemplos, ver las menciones a “la visitadora” o “la asistente social” en Bortagaray (1944, pp. 12-6) y Emery (1931, pp. 492-501) donde se menciona específicamente el concepto de “maternidad social”.

<sup>11</sup> Éstas eran egresadas de la Escuela de Visitadoras de Higiene, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas. Para un estudio de su función en un período posterior, ver Di Liscia *et al.* (1998, pp. 407-13).

<sup>12</sup> Nuevamente, un discurso de género diferencia ocupaciones femeninas de masculinas, lo cual es doblemente llamativo puesto que en esta época ya había un núcleo importante de profesionales mujeres, como Cecilia Grierson, Telma Reca y Ángela Costa de Dobrensky, entre otras (Bortagaray, 1944, p. 15).

<sup>13</sup> Ver en Murtagh *et al.* (1941, p. 114) una mención concreta a la visita de estas alumnas y respecto de la colaboración gratuita de “señoras”, ver Dobrenky (1936, p. 52).

<sup>14</sup> Se trata, en el caso de las madres solteras, de trabajos como ama de leche o bien en el servicio doméstico. Los salarios que se lograban negociar eran marcadamente bajos, aun para personas sin experiencia ni capacitación, como serían muchas de las madres solteras que acudían a la maternidad. Se mencionan así salarios (mensuales) de \$25 promedio por mes y aun más bajos, de hasta \$20 (ver *Anales del Instituto de la Maternidad Samuel Gache*, en adelante *AIMSG*, 1944, 1943, 1942 y *ASPBA*, 1936, p. 52). Entre 1935-40, un trabajador calificado ganaba en Argentina aproximadamente 0,97 centavos por hora y uno no calificado 0,54 centavos. En el mismo período, se trabajaba un promedio de 45,3 horas semanales en la Capital Federal, lo que hace un total de \$43, 94 por semana en el primer caso y \$24, 46 en el segundo (Díaz Alejandro, 1983, pp. 53-4).

<sup>15</sup> Denatalidad (del francés *denatalité*) significaba para las fuentes de la época “falta de nacimientos”. Se usó una traducción literal del francés porque en español no había un término similar (Bunge, 1984, p. 19).

<sup>16</sup> En un ranking de fecundidad, las mujeres tanto extranjeras como nativas residentes en la ciudad de Buenos Aires tenían hacia 1914 el menor nivel de fecundidad, mientras que el más alto estaba entre mujeres nativas residentes en las áreas rurales (Pantelides, 1997, p. 37).

<sup>17</sup> La mortalidad feto-infantil en las maternidades de la capital había decrecido en diez años, pasando de un 12, 8% de los nacimientos a un 7,3% de los mismos (Palacios Costa *et al.*, 1943, pp. 62-3).

<sup>18</sup> Mortinatos (M): defunción fetal tardía, acaecida 28 semanas completas luego de la gestación o más. Neonatos (N): niños muertos durante el parto y hasta el primer mes de vida (Rabinovich, 1963, p. 173).

<sup>19</sup> Sobre las dificultades para incidir en el aumento de la natalidad, ver también Montagna (1936, p. 64).

<sup>20</sup> El problema de las causas de la mortalidad infantil asumió durante este período una importancia cada vez mayor, tanto desde el punto de vista de la estadística médica como en las soluciones concretas a aplicar para limitarla. Uno de los aspectos centrales de esta preocupación pasa por el desacuerdo con las concepciones internacionales sobre mortalidad que incluían a Argentina dentro de la clasificación “muy alta”. Los trabajos de Pilades Dezeo, jefe de la División Higiene y Servicio Social de la Dirección de Maternidad, conocidos y citados por los especialistas médicos, discutían la clasificación internacional realizada por una comisión de expertos que no vinculaba las tasas de natalidad con la mortalidad. Dezeo (1939, pp. 64-73) señalaba la importancia de considerar ambos factores al referir a un “índice biodemográfico”, que por lo tanto incluía al país en la clasificación “alta”, en mejor situación que España o Francia y no “muy alta”.

<sup>21</sup> El concepto de “primiparidad tardía” se define como la edad a partir de la cual los embarazos, gestaciones y partos de las primigestas pueden ser riesgosos. El límite de edad ha ido variando en relación con los avances médicos ya que en la actualidad, y con base en la estadística de embarazos y partos de mujeres cada vez de mayor edad sin riesgo, se lo ha llevado a los 35 años, aunque se discute que puede ser aún mayor.

<sup>22</sup> Sobre la revista *Criterio*, ver Rapalo (1990, pp. 53-61).

<sup>23</sup> Este brillante polemista se contradecía con el argumento principal de su discurso (la inestabilidad de las familias ilegítimas) al señalar casos de parejas con hijos y nietos sin sanción legal ni religiosa que llevaban años conviviendo (Franceschi, 1940).

<sup>24</sup> La oposición de la Iglesia al certificado prenupcial excede los objetivos de este trabajo. Ver al respecto Di Liscia (2001).

<sup>25</sup> Ernesto Gaing (1938, p. 14), director del Instituto de Puericultura nº 1, mencionaba que en esa institución se internaba a madre e hijo de manera de evitar el abandono, se fortalecía el vínculo con el hijo, se hacía posible la lactancia al pecho, se sometía la madre a la disciplina y por fin, “ésta aprendía los fundamentos de la puericultura”.

<sup>26</sup> *Standard*: en la fuente se usa ese término en particular.

<sup>27</sup> En la Maternidad Gache, durante el año 1942, se detectaron 176 analfabetas sobre 884 madres atendidas. En 1943, las analfabetas fueron 103 sobre un total de 885. En 1944, las analfabetas eran 66 sobre un total de 886.

<sup>28</sup> Se señala que la asistente social “no puede convertirse nunca en el puntal del grupo familiar, a quien acude constantemente la madre buscando la solución infalible a todos sus problemas”, sino que la misma familia debe remediarlos con la comprensión y ayuda de los especialistas (Moreno Frers, 1942, p. 66).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amadeo, Tomás  
1940 ‘Discurso pronunciado por el presidente de la Comisión Organizadora, Primer Congreso Argentino de Población’.  
*Boletín del Museo Social Argentino*, XXVIII, pp. 342-52.
- Aretz Heuser, Enriqueta  
1942 ‘Servicio Social’.  
*Memoria del Instituto de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Ciencias Médicas, correspondiente al año 1941*. Buenos Aires, Imprenta Frascioli.
- Aretz Heuser, Enriqueta  
1941 ‘Servicio Social’.  
*Memoria del Instituto de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Ciencias Médicas, correspondiente al año 1940*. Buenos Aires, Imprenta Frascioli.
- Barrancos, Dora  
2001 ‘Iniciativas y debates en materia de reproducción durante el primer peronismo (1946-1952)’. Mimeografía.
- Belmartino, Susana  
1996 ‘Las obras sociales: continuidad o ruptura desde los años cuarenta’. En M. Z. Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires, Biblos-Universidad de Mar del Plata, pp. 211-46.
- Bock, Gisela y P. Thane  
(eds.)  
1991 *Maternidad y políticas de género. La mujer en los Estados de Bienestar europeos, 1880-1950*. Valencia, Cátedra.

- Boleda, Mario  
1997 'Evolución de la mortalidad argentina en el contexto regional: la situación del noroeste argentino'. En H. Otero y G. Velázquez (comp.), *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*. Tandil, Propiep-IEHS, pp. 95-121.
- Bortagaray, Mario  
1944 'Organización del servicio social en la protección a la primera infancia'. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, X, pp. 12-16.
- Bortagaray, Mario  
1935 'Labor y desarrollo de la protección a la infancia durante el año 1935'. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, I:1, pp. 46-63.
- Bunge, Alejandro  
1984 *Una nueva Argentina*. Buenos Aires, Hyspamérica.
- Carrillo, R.  
1974 *Contribuciones al conocimiento del hospital*. Buenos Aires, Eudeba.
- Casas, Absalón  
1940 'Discurso pronunciado por el doctor Absalón Casas (h), delegado de Santa Fe, Primer Congreso Argentino de Población'. *Boletín del Museo Social Argentino*, XXVIII, pp. 360-5.
- Centenario Argentino  
1910 *Álbum historiográfico de la República Argentina*. Buenos Aires, Editorial Cabral Font y Cía.
- Dellepiane, Alcira  
1940 'Informe del servicio social'. *Memória del Insituto de Pediatría y Puericulturade la Facultad de Ciencias Médicas, correspondiente al año 1939*. Buenos Aires, Imprenta Frascioli.
- Desseau, Fanny  
1931 'El servicio social como problema psicológico y pedagógico'. *Boletín del Museo Social Argentino*, XIX, pp. 15-8.
- Dezeo, Pilades  
1939 'Criterio estimativo de la mortalidad infantil'. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, V, pp. 64-73.
- Di Liscia, María Silvia  
2001 'Eugenesia, género e Iglesia en Argentina, 1930-50'. *Estadística vitales y de salud. Estadísticas demográficas (1914-1943)*, nº 21. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Medio Ambiente.
- Di Liscia, María Herminia;  
Folco, María Esther;  
Lluch, Andrea; Morales,  
Mónica; Rodríguez, Ana  
Zink, Mirta  
2000 *Mujeres, maternidad y peronismo*. Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano.
- Di Liscia, María  
1998 'La ciencia al hogar: las visitadoras de higiene durante el peronismo'. Herminia y Rodríguez, En *Mujeres en escena. Actas de las quintas jornadas de historia de las mujeres y Ana estudios de género*. Santa Rosa, FCH, pp. 407-13.
- Díaz Alejandro, Carlos  
1983 *Ensayos sobre la historia económica argentina*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Dobrenky, Ángela  
Costa de  
1936 'Organización del servicio social del Instituto de Puericultura nº 3'. En *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, II, pp. 49-53.
- Emery, Celia L. de  
1931 'La acción de la mujer en las obras de previsión de asistencia de la infancia'. *Boletín del Museo Social Argentino*, X, pp. 492-501.
- Estadísticas vitales  
y de salud  
1983a *Estadísticas demográficas (1914-1943)*, nº 21. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Medio Ambiente.
- Estadísticas vitales  
y de salud  
1983b *Estadísticas demográficas (1944-1970)*, nº 22. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

- Franceschi, Gustavo  
1942 'Un increíble ataque a la familia'.  
*Criterio*, XV:753, pp. 358-9.
- Franceschi, Gustavo  
1940a 'El Estado contra la familia'.  
*Criterio*, XIII:653, pp. 5-7.
- Franceschi, Gustavo  
1940b 'Hazañas de la ley antenupcial'.  
*Criterio*, XIII:657, pp. 105-6.
- Franceschi, Gustavo  
1940c 'Odisea prenupcial, o del mal el menos'.  
*Criterio*, XIII:655, pp. 56-7.
- Gaing, Ernesto  
1938 'Nuestra protección municipal a la primera infancia'.  
*Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV, pp. 11-8.
- Galíndez, Lorenzo  
1941 'La salud pública en la República Argentina'.  
*Revista Médico-Latinoamericana, publicación mensual*, XXVI: 315, pp. 218-27.
- 1947 *Guía de Asistencia Social*.  
Instituciones de asistencia social, beneficencia y cultura de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Secretariado de Asistencia Social, Obra Cardenal Ferrari.
- Lobato, Mirta Z.  
1997 'El Estado en los años '30 y el avance desigual de los derechos y la ciudadanía'.  
*Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, VII:12, pp. 41-58.
- Macció, Guillermo y  
Novick, S.  
1993 *Políticas de población y atribuciones de la mujer en la Argentina de 1940 (la realidad en disonancia con la teoría)*. Buenos Aires, CELADE.
- Mazzeo, Victoria  
1997 'Diferenciales sociodemográficos de la fecundidad de las madres solteras en la ciudad de Buenos Aires'. En H. Otero y G. Velázquez (comp.), *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*. Tandil, Propiep-IEHS, pp. 41-57.
- Menchaca, Francisco  
1946 'Problemas estadísticos de mortinatalidad'.  
*Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, II, pp. 1-17.
- Montagna, Carlos y  
Burgos, Horacio  
194 'Ley de colonización y natalidad'.  
*Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VII, pp. 21-5.
- Montagna, Carlos  
1936 'Creación de la Escuela de Puericultura'.  
*Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, II, pp. 63-7.
- Moreno Frers, Lucrecia  
1942 *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VIII, pp. 64-71.
- Murtagh, Juan y  
De Simons, E. D.  
1941 'Seis años de experiencia del servicio social del Dispensario de Lactantes'.  
*Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VII, pp. 105-15.
- Nari, Marcela  
1996 'Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1840'. En M. Z. Lobato (ed.), *Políticas, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires, Biblos-Universidad de Mar del Plata, pp. 151-89.
- Navarro, Juan Maurin  
1943 'La tragedia biológica del interior y la función higiénico social de los dispensarios en la lucha contra la mortalidad infantil'.  
*Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IX, pp. 42-68.
- Novick, Susana  
1992 *Política y población, I: Argentina, 1870-1989*.  
Buenos Aires, CEAL.
- Palacios Costa,  
Nicanor y Minujín, A.  
1944a 'Mortalidad feto-infantil perinatal'.  
*Anales del Instituto de Maternidad Samuel Gache*, pp. 53-129.

- Palacios Costa,  
Nicanor y Ducrot, A.  
1944b 'Acción social durante el año 1943'.  
*Anales del Instituto de Maternidad Samuel Gache*, pp. 417-23.
- Palacios Costa,  
Nicanor y Ducrot, A.  
1943 'Asistencia social durante el año 1942'.  
*Anales del Instituto de maternidad Samuel Gache*, pp. 331-44.
- Pantelides, Edith  
1997 'Diferenciales de la fecundidad en la transición demográfica'.  
En H. Otero y G. Velázquez (comp.), *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*. Tandil, Propiep-IEHS, pp. 29-39.
- Rabinovich, Alfredo  
1963 *Guía de términos y datos para la medicina sanitaria*.  
Buenos Aires, Dirección de enfermedades transmisibles.
- Rapalo, María E.  
1990 'La Iglesia argentina y el autoritarismo político: la revista *Criterio*'.  
*Anuario IEHS*, 5, pp. 53-61.
- Rodríguez, Ana María T.  
2000 'De la filantropía a la ayuda estatal oficial: la Fundación Eva Perón'.  
En M. H. Di Liscia *et alii*, *Mujeres, maternidad y peronismo*.  
Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano, pp. 83-99.
- Ross, Peter  
1993 'Justicia social: una evaluación de los logros del peronismo clásico'.  
*Anuario IEHS*, 8, pp. 105-24.
- Torrado, Susana  
1999 'Transición de la familia en la Argentina, 1870-1995'.  
*Desarrollo Económico*, 39:154, pp. 235-60.
- Torrado, Susana  
1994 *Estructura social de la Argentina, 1945-1983*.  
Buenos Aires, Ediciones La Flor.
- Vásquez Presedo,  
Víctor  
1976 *Estadísticas históricas argentinas (comparadas) III, 2da. parte: 1914-1939*.  
Buenos Aires, Ediciones Macchi.
- Villalba, Aquiles y  
Palacios Hidalgo, Ignacio  
1940 'Natalidad, Primer Congreso Argentino de Población'.  
*Boletín del Museo Social Argentino*, XXVIII, pp. 375-6.
- Wainerman, Catalina y  
Binstock, Georgina  
1992 'El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires'.  
*Desarrollo Económico*, 126:32, pp. 271-84.

Recebido para publicação em janeiro de 2002.

Aprovado para publicação em setembro de 2002.