

Dossier: Género y peronismo
LAS TRABAJADORAS EN LA MIRA ESTATAL :
PROPUESTAS DE REFORMA DE LA CAJA DE MATERNIDAD
(1934-1955)

Karina Inés Ramacciotti

Universidad Nacional de Buenos Aires

Introducción

En los años recientes, la historiografía argentina sobre la política social experimentó una profunda renovación. La misma se benefició de dos perspectivas. Los estudios que centraron su interés en la influencia de la movilización social en el armado de la política social y los trabajos que estudiaron el papel desempeñado por los intelectuales o profesionales en el diseño de una legislación que limitara los efectos no queridos de la modernización.(1) Independientemente de las diferencias entre estos esquemas analíticos, ambos permitieron dar cuenta de que en la propia constitución del Estado liberal se fueron constituyendo áreas de intervención social del Estado matizando de esta forma la tradicional asociación que vincula la ampliación de la ciudadanía social sólo a partir de las reformas introducidas por el peronismo.

Paralelamente, los estudios de género posibilitaron estudiar la política social y la diferenciación realizada en el pensamiento político y social de una época sobre los roles, las funciones y el poder determinado por las diferencias biológicas.(2) Estos abordajes que tuvieron como tema central la cuestión de la maternidad dieron lugar a un reciente debate que giró sobre si las políticas durante la entreguerras y durante el periodo peronista estimularon la natalidad. Si bien pareciera ser que en términos discursivos se estimuló el aumento de la población local -reflejado claramente tanto en el Primer Plan Quinquenal (1947-1951) como en el Segundo Plan Quinquenal (1952-1957)- Dora Barrancos demostró que las políticas implementadas durante el peronismo estimularon el cuidado de la prole y no su incremento. Su aporte central fue conectar la legislación vigente con las medidas efectivamente implementadas y dio algunas claves para comprender cómo la aplicación (o la ausencia) de un conjunto de leyes puede incidir en la vida de las personas.(3)



El presente estudio se ubica en el cruce de ambas perspectivas al indagar los alcances y las limitaciones de la legislación sobre la mujer trabajadora entre los años treinta y mediados de los cincuenta. La elección de este recorte temporal remite a la ausencia de estudios que cubran este período. Por lo general, las investigaciones que miraron esa temática llegaron hasta principios de los años cuarenta y dieron por sentado que el peronismo tomó las ideas y el personal técnico del período anterior y su exclusivo aporte radicó en dar cauce a las normativas diseñadas previamente. No obstante, como demostraremos, centrándonos en la legislación para las obreras y en el accionar del organismo sanitario, las ideas que se plantearon en los años cuarenta para proteger la salud de las mujeres trabajadoras quedaron subsumidas y diluidas en planteos más generales. A pesar de existir numerosas voces que reclamaban la necesidad de dar protección a las mujeres trabajadoras- sólo en tanto su rol de potenciales madres- no se produjo ninguna modificación sustantiva ni del marco normativo ni del accionar sanitario.

La maternidad de las trabajadoras durante la entreguerras

En la Argentina, a partir de la segunda década del siglo XX, tomó mayor relevancia la protección de la salud de la infancia y de la mujer en cuanto a su papel de futura madre. Esta preocupación sostenida desde fines del siglo XIX por las diferentes organizaciones obreras y por los/las higienistas se plasmó en un armazón legislativo y en una mayor complejidad institucional.(4) Algunos ejemplos de ello son la reglamentación del trabajo de mujeres y niños (1907), la creación del Patronato Nacional de Menores (1919), la obtención de los derechos civiles para las mujeres (1926) y la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia, dependiente del Departamento Nacional de Higiene (1936). En el interior fueron también numerosas las leyes provinciales, ordenanzas municipales e instituciones privadas que se ocuparon de la asistencia y protección maternal e infantil.(5)

Durante el período de entreguerras, la preocupación que signó este armazón jurídico e institucional era doble. Por un lado, la renovación cuantitativa y cualitativa de los factores endógenos de la población comenzó a ser vista como la única solución para potenciar el progreso económico. Las dudas existentes sobre los límites del proyecto inmigratorio de fines del siglo XIX alimentó este ideario poblacionista selectivo que basaba sus convicciones en la interdependencia entre incremento demográfico y posibilidades de desarrollo de un país.(6) Por otra parte, era necesario construir nuevos pilares de legitimación social y política para limitar los efectos planteados por las

relaciones de tipo capitalistas. El reconocimiento, desde el Estado, de antiguos reclamos obreros dio cuenta de la necesidad de buscar el consenso o la flexibilidad ideológica que permitiera lograr ciertos acuerdos. Esto es, existía un espacio político para pensar que la acción legislativa y la intervención del Estado podían asegurar “la ansiada paz y la reconciliación de las clases sociales”.(7)

Asimismo, durante los primeros años del siglo XX, los organismos internacionales tomaron posiciones respecto del tema de las trabajadoras. Estas discusiones internacionales -si bien no fueron determinantes- actuaron como referentes a la hora de diseñar políticas públicas. Así, la primera reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, realizada en Washington en 1919, aprobó la moción que propiciaba la maternidad de las mujeres ocupadas en los establecimientos comerciales e industriales. Asimismo, la tercera reunión celebrada en Ginebra en 1921, recomendó que se debiera garantizar tanto el trabajo de las mujeres en las industrias urbanas como en las actividades agrícolas. La II Conferencia del Trabajo de los Estados de América que tuvo lugar en la Habana, en 1939, estableció que los seguros sociales tenían que facilitar la “ejecución de una función tan importante, biológica y socialmente, como es la maternidad”.(8)

En las concepciones de las distintas posturas políticas e ideológicas del período, el trabajo de la mujer era considerado perjudicial para el potencial reproductivo de la población. Pero la legislación se adaptó a la evidencia irrefutable de la existencia de numerosas mujeres que necesitaban trabajar y “habían olvidado su condición de mujer de hogar, eje de la familia, de madre de futuros argentinos”.(9)

La intervención estatal para proteger a la mujer trabajadora conducía, por un lado, a un reconocimiento de la mujer sólo en su rol de madre, pero por otro lado, las fijaba en sus roles tradicionales ya que se perseguía “procurar que la mujer que trabaja sólo lo haga en condiciones que le permitan la función fisiológica fundamental de la feminidad, que es la perpetuación y superación de la especie a través de la maternidad”.(10)

La subordinación, la “debilidad” y la “fragilidad” de las “pobres obreras” aglutinaron a un amplio arco político e ideológico y permitieron el consenso necesario para sancionar el marco legislativo que compatibilizara el trabajo con la función maternal. En este sentido son claras las afirmaciones del senador socialista Alfredo Palacios: “la obrerita recientemente puber deforma su organismo, alterando las más serias funciones de su vida, no podía encontrarse en buenas condiciones para ejercer la más noble, la más elevada función de la mujer: la maternidad (...). No es de esa manera con que la patria

contará con ciudadanos fuertes y sanos, sino con rebeldes engendrados por la injusticia".(11)

Varias normativas dan cuenta de la intencionalidad del Estado para garantizar la normal reproducción de las trabajadoras. La ley N° 5.291 -sancionada en 1907- establecía que las obreras podían dejar de concurrir a las fábricas en los 30 días subsiguientes al alumbramiento. Esta ley tuvo carácter facultativo y escasa aplicación práctica. Por un lado, no se compensaba a la obrera por el tiempo que dejaba de trabajar por lo que la obligaba, por necesidad, a reintegrarse poco después del parto y, por otro, las inspecciones se realizaban con personal improvisado que se contentaban con la información dada por los patronos. La ley N° 11.317 de septiembre de 1924 prohibió que las mujeres ocuparan puestos de trabajo durante las seis semanas que preceden al parto, impidió el trabajo nocturno de la mujer, a excepción de los servicios domésticos y de la enfermería e impuso la conservación obligatoria del puesto.

El carácter retórico y facultativo de las anteriores normativas se intentó subsanar con la sanción de la ley N° 11.933 del 15 de octubre de 1934 que instituyó el Seguro de Maternidad. Sus disposiciones más importantes fueron la prohibición del trabajo femenino en las industrias y comercios durante los treinta días anteriores al parto y los cuarenta y cinco que le seguían, el establecimiento de un subsidio equivalente a un porcentaje de su salario y la concesión de servicio médico u obstétrico. Cabe resaltar que el sueldo se dejaba de cobrar por el tiempo otorgado de licencia. Los fondos para solventar el gasto se constituirían a través de aportes obligatorios realizados por cada trabajadora cuya edad estuviera comprendida entre los 15 y los 45 años, un aporte igual realizado por parte de los patronos y otra por el Estado. Las cuotas se abonarían trimestralmente y su valor equivalía a una jornada de trabajo.

Dos años más tarde, el 15 de abril de 1936, se dictó el decreto N° 80.229 que reglamentó la ley. Se estableció que la administración del Seguro estaría a cargo de la Caja Nacional de Pensiones y Jubilaciones por intermedio de una sección anexa, la Caja de Maternidad. Los beneficios del Seguro consistían en asistencia gratuita de médico y partera, un subsidio en efectivo para la manutención de la madre y el hijo equivalente a dos meses y medio de salario. La ayuda anterior al parto comprendería: constatación del embarazo, atención médica de la grávida, visitas domiciliarias de servicio social. La asistencia de parto abarcaría: internación de la beneficiaria en una maternidad. La cobertura después del parto incluiría permanencia en la maternidad durante la convalecencia, cuidado del recién nacido en dispensarios materno infantiles y asistencia

médica en las complicaciones del puerperio. Si en la zona donde las afiliadas vivían no existía servicios médicos se estipulaba la entrega de cien pesos en función de costear la asistencia del médico y de la partera.

La ley N° 12.339 de 1936 estableció algunas modificaciones al Seguro. La principal fue la excepción de contribución a las obreras o empleadas que recibieran una remuneración inferior a \$2,60 por día de trabajo. Por decreto N° 124.925 del 18 de julio de 1942 se amplió el servicio sanitario con la entrega de un ajuar y de veinte pesos por cada hijo.

Hacia 1942 la Caja de Maternidad contaba con 4.644 empleadas afiliadas (de las cuales el 45% eran de "escritorio"), y 26.568 obreras (el 30% vinculadas a la industria textil y el 18% a la industria frigorífica). La mayoría de las beneficiadas residían en Capital Federal (53%).(12)

Esta última cifra da cuenta de un panorama realmente desolador en el resto del país. Existían por lo menos tres tipos de problemas para las mujeres del interior.(13) El primero de ellos era que predominaba el "trabajo a domicilio". Este tipo de actividad eludía con mayor facilidad todo tipo de inspección y reglamentación legal. El segundo inconveniente era de índole administrativa ya que las mujeres que querían hacer uso del beneficio debían gestionar la solicitud ante la Caja Nacional. Las distancias y los largos trámites desalentaban a las beneficiarias. Las demoras en la entrega de los subsidios hacían que muchas mujeres volvieran a sus trabajos antes del tiempo estipulado ya que temían perderlo. En función de reparar estos inconvenientes Alfonso Escudero, inspector del Departamento del Trabajo de la provincia de Mendoza, propuso que los seguros deberían estar a cargo de las cajas provinciales.(14) El tercero era la imposibilidad concreta de brindar una cobertura médica eficiente dada la precaria red de maternidades.

Sobre el total de beneficiadas, el 60 % de las afiliadas recurrieron a las maternidades para tener a sus hijos. Las restantes tuvieron a sus hijos en los domicilios con la asistencia de una partera. Es probable que los inconvenientes que generaba la internación de las madres, especialmente si tenía otros hijos menores, llevara a que los partos en los domicilios continuaran siendo una opción válida. Asimismo, luego del parto, la mayoría de las afiliadas guardaron reposo menos de 10 días (77%).(15)

Después del parto sólo un 35% de las mujeres afiliadas pudieron mantener la asistencia médica, la mayoría no pudo valerse de este beneficio. No sucedió lo mismo con la atención de los niños ya que el 70% de las mujeres mantuvieron la asistencia médica de sus hijos. Sobre el tema más caro para la época, la necesidad de incrementar

los índices de natalidad, las fuentes registran un aumento ya que en 1937 estaba en 1, 45 y en 1942 en un 4, 86.(16)

Frente al “poder revelador” de estos números, los/las médicos/as plantearon como posibilidad la necesidad de perfeccionar la legislación vigente sobre la protección a las obreras.(17) Al mismo tiempo, también reforzaron su papel público al autoproclamarse como los más capacitados en “reajustar” y/o “perfeccionar” las leyes sociales. Si bien fue la elite médica quien se interrelacionó de manera más temprana con la estructura estatal pareciera ser que durante el período de entreguerras este papel se afianzó aún más dando lugar a modificaciones institucionales y legislativas.(18)

Después de producido el golpe militar del 4 de junio de 1943 el Departamento Nacional de Higiene se transformó en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y paralelamente varias voces médicas propusieron reformar el funcionamiento de la Caja de Maternidad. Así pues, Francisco Menchaca, jefe de la Clínica del Niño de Santa Fe, convocó a los "pediatras, puericultores y obstetras" para abocarse al estudio del Seguro de Maternidad. Propuso ampliar los beneficios (económicos y médicos) a toda madre en cuyo hogar las entradas no alcanzaran cierto monto de dinero. Además consideró necesario extender la asistencia preconcepcional. La ley de 1934 establecía que las mujeres debían declarar el embarazo en el sexto mes. Su propuesta propiciaba adelantar la fecha de la declaración y hacer obligatoria la asistencia al consultorio médico ya que de esta forma se podrían evitar las consecuencias de ciertas dolencias (especialmente se refería a las venéreas) que traían serios perjuicios para la vida del recién nacido. Acerca del período de tiempo de reposo previo a dar a luz sostenía que su distribución, con relación a la fecha de parto, no debía ser la misma para todos los casos, sino que ello debería dejarse librado en parte a la asegurada y en parte a la opinión técnica. Esto es, las actividades que demandaran mayor esfuerzo físico tendrían más tiempo de reposo mientras que las empleadas de oficina podrían trabajar más. Esta diferente distribución del tiempo en relación a la actividad laboral de la mujer perjudicaba a las “oficinistas” ya que el tiempo sobrante no se agregaría al periodo posterior de licencia.

Menchaca creía que faltaba divulgación entre las asalariadas de los beneficios del sistema y que no existía una vigilancia de la crianza del "niño" ni un estímulo de prácticas higiénicas antes y después del parto. Para difundir las ventajas del seguro maternal propuso la creación de las Oficinas del Seguro de Maternidad. Las Asistentes Sociales o Visitadora de Higiene estimularían prácticas de crianza higiénicas y aconsejarían sobre

los "mejores modos de gastar los subsidios de maternidad". Este interés por hacer gastar "racionalmente" el subsidio económico se vinculó con la propuesta de exigir un certificado de los gastos efectuados por las mujeres que residían en zonas alejadas y que no tenían maternidades cercanas.(19) Sobre el "uso irracional del dinero" otras posturas eran más rígidas ya que consideraban que el subsidio debería ser entregado directamente a los centros hospitalarios y de esta forma mejorar la asistencia profesional y evitar que las mujeres "burlen los propósitos de previsión social".(20)

Otro eje de la propuesta de Menchaca fue la atención posterior tanto de la madre afiliada y de sus hijos. Ésta tendría que realizarse en centros especiales financiados por los aportes de la Caja y no sobrecargar los servicios de los centros materno infantiles los cuales atendían las necesidades de las mujeres sin ninguna protección. Asimismo, proponía incluir preguntas "médicas" a la ficha estadística que debían llenar las mujeres. La inclusión de preguntas tales como: ¿su parto fue normal?, ¿qué inconvenientes tuvo?, ¿cuándo y de que falleció el hijo? se podría relacionar con el interés de incorporar a los médicos tanto en el diseño como en el análisis de las estadísticas.

Otro tópico que recorrió la propuesta de Menchaca fue el mantenimiento de la lactancia materna. Sabido es que la necesidad de muchas mujeres de retornar a sus empleos obligaba a suspender el amamantamiento. Por tal motivo Menchaca propuso otorgar un premio a las mujeres que pudieran sostener la lactancia una vez que culminaba su licencia y debían regresar a sus trabajos. Según él, esta medida debería complementarse con la creación de salas cunas en las fábricas. Recordemos que a principio del siglo XX, militantes socialistas y feministas habían patrocinado la idea de instalar salas cunas y cantinas maternas en las fábricas.(21) En esta misma línea, en 1933, Germinal Rodríguez por ese entonces -médico, miembro del Museo Social Argentino y consejero municipal por el Partido Socialista- propuso la prestación de "mucamas sociales municipales" destinadas a asistir a los enfermos y a las púerperas en sus domicilios.(22)

Hacia los años cuarenta la médica Mercedes Rodríguez de Ginocchio(23) expuso la necesidad de cubrir con un subsidio especial a aquellas mujeres que se enfermaban durante el período de gestación. Nada decía de las mujeres que acentuaban lesiones previas luego de ser madres y debían guardar reposo más de lo estipulado por la ley. Es decir, se priorizaba la gestación de hijos sanos y marginalmente la salud de la mujer. Rodríguez de Ginocchio, consideraba que el lugar natural de la mujer era el hogar y que el trabajo lesionaba la función reproductora femenina. Esta inquietud, compartida por el

amplio arco político-social, la indujo a centrar su mirada en la salud de las mujeres trabajadoras afirmando que existían oficios y condiciones de trabajo insalubre que limitaban y empeoraban la capacidad reproductora de la mujer. Las llamadas “tecnopatías” de la mujer debían ser reguladas y prevenidas en el marco de la industria con el fin de proteger a la familia.(24)

Estas voces, algunas más optimistas y otras no tanto, dan cuenta que después de casi 10 años de haber sido aplicada la ley se consideraba necesario introducir modificaciones específicas para mejorar el funcionamiento de la cobertura de las madres trabajadoras. Si bien estos postulados partían del supuesto que las mujeres debían ser protegidas y limitado su papel en la sociedad a su rol doméstico, introdujeron algunas ideas en torno a la protección de los derechos de la salud de las mujeres en el ámbito laboral. Veremos cómo esta preocupación de la salud de las mujeres en cuanto madres potenciales perderá especificidad en las discusiones que giraron sobre la implantación del “Seguro Social”. El eje de la discusión pasó por la prevención de ciertas enfermedades que limitaban el potencial productivo de la “población obrera” y por esto se aludía prioritariamente a la salud de los varones jóvenes. Esta prioridad en el diseño normativo diluyó las especificidades y las particularidades de la salud de las mujeres.(25) Al respecto son de utilidad las observaciones de Catharine A. Mackinnom quien sostiene que el Estado intervino en nombre de las mujeres con el supuesto que eran individuos abstractos con derechos abstractos, sin examinar el contenido ni las limitaciones de estas nociones en términos de género.(26)

Caja de Maternidad durante el peronismo

Durante la posguerra las propuestas en torno a la organización de los sistemas de seguridad social atravesaron la arena pública nacional e internacional. Esto es, la protección biológica y profesional de las personas debería regirse por principios de la solidaridad social. Los referentes internacionales mencionados tanto en los espacios de difusión profesional como en el diseño normativo fueron el Informe de William Beveridge de Gran Bretaña (1941), el Plan Marsh de Canadá y los planes Wagner-Murray- Dingell de la Junta de Seguridad Social y la Junta de Planificación de Estados Unidos (1945) y la Ley del Servicio de Sanidad Pública de Inglaterra (1946).

La Secretaría de Salud Pública (SSP), que reemplazó en mayo de 1946 a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, tuvo como una prioridad la constitución del “Seguro Social”. Pero tanto en las ideas como en la conexión entre

legislación e implementación, notamos que se diluye la discusión en torno la protección hacia las mujeres trabajadoras en cuanto su rol de futuras madres. Como sostuvimos anteriormente, durante los años cuarenta los puntos en torno a las reformas que deberían incluir el seguro de maternidad mantuvieron a la mujer en un rol subordinado y acotado al ámbito doméstico pero visibilizaron ciertas problemáticas privativas y especiales del trabajo femenino. Estas particularidades quedaron subsumidas y ocultas en las discusiones durante el peronismo. Si bien se apeló a un colectivo universal se priorizaron los aspectos “importantes” que redundaran en contra de la capacidad de trabajo (enfermedades profesionales, tuberculosis, dolencias cardiovasculares, lues, reumatismo, lepra, tracoma, paludismo, anquilostomiasis) y en una segunda etapa se abocarían a “otros temas” (el Seguro de Accidentes de Trabajo y el Seguro Maternal). Asimismo no encontramos ni sugerencias ni medidas puntuales que protegieran las condiciones de seguridad del trabajo de las mujeres.(27)

Recordemos que en 1944, con el fin de dar los primeros pasos para la constitución del ansiado proyecto de “Seguro Social”, se creó por decreto el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) bajo la dependencia de la Secretaría de Trabajo y Previsión y se dictó el decreto ley de Medicina Preventiva y Curativa. (Ley N° 30.656).

El INPS incorporó a las distintas cajas. Éstas perdieron su autarquía administrativa pero conservaron sus fondos. El INPS estaba destinado a realizar la unificación administrativa, la mejor distribución y la aplicación de las prestaciones, la sistematización de los procedimientos y el estudio financiero de los regímenes de previsión social. Se proponía culminar en la consolidación de un sistema centralizado y uniforme, superando la variedad de situaciones existentes, homogeneizando los requisitos para acceder a los beneficios, y extendiendo la cobertura a la población no incluida.

El decreto- ley de Medicina Preventiva y Curativa cobró más fuerza hacia mediados de 1946 cuando se constituyó una Comisión Mixta de Medicina Preventiva y Curativa entre el INPS y la SSP. Esta interdependencia y vinculación estrecha entre la repartición laboral y la sanitaria había sido planteada por el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro en el Congreso de Sociología y Medicina del Trabajo en 1940. En esa ocasión, el pediatra e higienista, profesor honorario de la Facultad de Medicina, miembro de las Academias de Medicina y Ciencias Morales y Políticas, y ex presidente del Departamento Nacional de Higiene sostenía que “El Departamento del Trabajo controla el funcionamiento de la industria, exige el cumplimiento de leyes y ordenanzas y tiene en permanente estudio

todo cuanto concierne a horario, salario, descanso y vacaciones obligatorias. Pero el Departamento de Higiene tiene que asesorarlo y orientarlo en todo cuanto concierne a salubridad de locales y procedimientos de trabajo, a examen sanitario de los obreros”.(28)

La Comisión Mixta, formada por representantes de ambas instituciones y presidida por el dirigente gremial Ceferino López sería la encargada de “dirigir, aplicar y contralorear” la implementación de la ley de Medicina Preventiva.(29) El INPS aportaría los fondos necesarios para que la SSP garantizara la asistencia médica preventiva y curativa de las personas afiliadas. El decreto N° 16.200 resolvió que la organización de la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades sociales estuvieran a cargo de la SSP. Esta delegación de atribuciones administrativas y técnicas del INPS a la SSP se entiende en función del intento de centralizar la asistencia médica nacional en un solo organismo y de evitar la superposición de funciones y servicios. Asimismo la centralización de la atención de la salud de la familia obrera puede ser interpretada como un intento del gremio médico de afianzar espacios de relativa autonomía “técnica”. Se consideraba un contrasentido asistir al obrero afiliado bajo un régimen médico dependiente del INPS y a la familia por otro subordinado a la SSP.(30)

El sentido de la cobertura buscaba controlar ciertos padecimientos que repercutían en la “capacidad física y técnica del trabajador” esto es: la tuberculosis, las afecciones cardiovasculares, la sífilis, el reumatismo, las dolencias profesionales, el bocio, el paludismo, la anquilostomiasis y la detección de enfermedades de tendencia clínica e invalizante (caries dentales, focos sépticos, infecciones gástricas, alteraciones gástricas, obesidad, diabetes). En dicha enunciación restrictiva, la maternidad quedaba en una suerte de limbo legal. En este sentido son claras las afirmaciones de Germinal Rodríguez quien, en 1949, haciendo un balance de la Ley de Medicina Preventiva sostuvo “la ley es enumerativa y restrictiva desde que no tan sólo enumera las enfermedades hacia las cuales se dirige, sino también que limita la atención (...) y de ninguna manera ha sido la intención de la ley en la pluma de sus creadores, la de convertirla en una ley de asistencia general sin límites, que llegue a dispensar la atención médica de un enfermo imposible de recuperación. Estos casos de orden humanitario les corresponde su asistencia a otros organismos”.(31)

El examen anual constaba de un examen clínico completo, radiografías de pulmones, reacciones serológicas, sanguíneas y prácticas de vacunación. Para registrar el estado sanitario de la población se propuso la creación de la “Ficha de Salud”

considerada fundamental para “controlar y modelar” la salud de la población sana y sus antecedentes familiares. Una de las preocupaciones que inspiraba el interés de hacer controles entre la población “aparentemente normal” era que entre ellos se “escondían” casos de luéticos, enfermedad que se creía que “debilitaba el caudal biológico de la Nación” ya que producía invalidez precoz y aumento de los índices de mortalidad.(32)

Recordemos que desde principios de la década del treinta tanto en los congresos sanitarios como en los debates legislativos estuvo presente la propuesta de implementar la instauración de un certificado de salud obligatorio. Muchos de estos planteos estaban inspirados por la influencia de la medicina italiana en Argentina. Más precisamente en los trazados biotipológicos de Nicola Pende. El endocrinólogo italiano propuso un encuadramiento moral de las personas según una descripción del funcionamiento hormonal. Asimismo, su obsesión estuvo centrada en poner a prueba a la población “aparentemente sana” para detectar algún eco de “anormalidad”. Para detectar los “desviados”, la ficha de salud fue considerada una herramienta esencial.(33)

Para implementar los exámenes de salud a los afiliados del INPS el 30 de mayo de 1947 se constituyó el Instituto Central de Medicina Preventiva cuyo director fue el Dr. Luis Emilio Silva. En el año 1948 se crearon los Centros de Medicina Preventiva en Comodoro Rivadavia, Mendoza, Córdoba, Catamarca, Tucumán y Corrientes.

Frente a esta reorganización de funciones administrativas la Caja de Maternidad, que contaba con 400.000 afiliadas (1/7 de la masa total de afiliados) tuvo una doble dependencia.(34) Por un lado, estaba subordinado de la Dirección de Maternidad e Infancia en cuyo cargo estuvo el obstetra católico Jaime Moragues Bernat quien ejerció el cargo hasta 1947.(35) Por el otro lado, al depender del INPS, estuvo bajo el planeamiento administrativo de la Dirección de Medicina Preventiva bajo la conducción de Germinal Rodríguez.(36)

Esta doble dependencia administrativa no estuvo libre de diferencias técnicas y políticas dentro del equipo administrativo de la SSP. Según Rodríguez, la creación de una Maternidad sólo era justificable en el llamado Conglomerado Bonaerense y en Rosario ya que en esos lugares existía mayor cantidad de población afiliada. Según su concepción, se debía crear un Instituto de Maternidad con 400 camas destinado a las obreras y empleadas adscritas al INPS. En las demás zonas recomendó agregar camas a las estructuras sanitarias existentes. Según él, la ventaja de anexar camas a los policlínicos respondía a razones funcionales ya que en un solo centro asistencial se podía atender a toda la familia. Para resolver el tema del cuidado de los niños mientras las mujeres

estuvieran internadas, propuso la creación de jardines de infantes anexados a los hospitales. Recordemos que Rodríguez había viajado a Alemania en 1933 y en esa oportunidad había sugerido la implementación de “mucamas sociales” pero una vez que entró a la gestión pública reconoció lo oneroso del sistema y prefirió descartarlo. Por el contrario, mientras que el sistema de “mucamas sociales” fue planificado para ayudar a las mujeres mientras cumplían sus obligaciones laborales, la inclusión de “Kindergarten” en las hospitales sólo estaba pensado y justificado a partir de la ausencia de la madre en función de tener otro hijo.(37)

Esta postura era diferente de la sustentada por Moragues Bernat, quien propuso la construcción de "maternidades integrales". Con esta idea pretendía centralizar la asistencia sanitaria y social de la mujer embarazada y de su niño. Este plan encuentra su antecedente en un proyecto de asistencia a la madre y al niño presentado por Alberto Peralta Ramos, Ángel Sosa y Sánchez, Pedro Elizalde, Juan Garrahan, Alberto Peralta Ramos (hijo), Jaime Moragues Bernat y María Zurano en la Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Asimismo se basaba en la experiencia de la Asistencia Pública de la Capital Federal. La Maternidad debería contar con personal especializado y sería independiente de otras unidades hospitalarias. Era concebida como un concepto integral de asistencia médica y social, de enseñanza y divulgación de principios de higiene y de moral católica para la madre y el recién nacido.(38)

La idea de la construcción de una “maternidad integral” remitía no sólo a cuestiones de índole administrativa y funcional también tenían fronteras porosas con prejuicios éticos y religiosos. Para Moragues Bernat la circulación de mujeres en hospitales polivalentes podría traer inconvenientes morales o afectivos para las mujeres y generar incomodidades para los otros pacientes. Para Rodríguez, este “problema ético” podría ser resuelto por medio de ascensores y puertas diferentes a las utilizadas por el resto de la población.

Otro tópico vinculado al seguro maternal era a quiénes se debería proteger. Se consideraba que debían ser incluidas una mayor cantidad de mujeres. Rodríguez creía que las esposas de los obreros afiliados al INPS tendrían que ser cubiertas por los beneficios de la asistencia maternal. En esta línea el médico higienista y obstetra David Berdeal Ávila, miembro de Dirección de Maternidad e Infancia, propuso en el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Social (1948) que la Ley 11.933 debería ser “mejorada y perfeccionada” para que se lograra un “positivo mejoramiento de la raza”. Sus beneficios deberían alcanzar a "toda mujer que trabaja por cuenta ajena y a la mujer

del hombre que trabaja" ya que consideraba que si bien la mujer que trabaja en su casa no cotizaba directamente, lo hacían por ella los hombres solteros y una parte de los trabajadores en general.

Esta última propuesta fue retomada en los votos del Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Social (1948) pero sufrió algunas modificaciones ya que se propuso que sería necesario extender los beneficios del seguro maternal a toda mujer gestante que "proporcione a la Patria un hijo legítimo". Para el discurso médico de la época, la familia se constituía sobre el matrimonio indisoluble por lo que la estructuración del parentesco legítimo sería la condición necesaria para acceder a los beneficios sociales. Del mismo modo, tendía a fortalecer la dependencia de las mujeres con respecto a los maridos ya que eran ellos los que recibían el subsidio económico y esto colaboraba a incrementar las diferencias genéricas.(39)

Si bien se reconocía la necesidad de ampliar la cobertura a un mayor número de mujeres casadas existían trabas económicas que limitaban tal aspiración discursiva. A fines de 1948, la Dirección de Maternidad e Infancia elaboró un informe centrado en la necesidad no sólo de dar dinero a las mujeres embarazadas, quienes según el informe "lo utilizaban para otros fines que no eran los previstos por la ley", sino que proponían incrementar la asistencia médica por parte del Estado. En esta misma línea, que oponía la racionalidad normativa a la supuesta irracionalidad de la práctica de las mujeres, un artículo editorial publicado en Archivos de Salud Pública se preguntaba "¿puede afirmarse que todas las madres subsidiadas hayan utilizado el dinero para los altos propósitos que auspicia la ley. Cuesta creerlo". Para modificar esta "irracional" práctica de las madres se propuso invertir el criterio de prestación de modo que primara la previsión sanitaria sobre la económica. Asimismo, se denunciaba a los patrones ya que no hacían los aportes para la Caja de Maternidad o no brindaban el "descanso" adecuado a las mujeres en el período previo o posterior al parto.(40)

Cabe destacar que esta intención de modificar el seguro de maternidad proveniente de la elite técnica y política también estaba presente en otros sectores de la sociedad civil. En agosto de 1952, la Confederación General del Trabajo (CGT) presentó al Congreso el proyecto de una nueva ley de maternidad. Entre las reformas propiciadas estaba la prolongación del descanso, el pago íntegro de los salarios y la inclusión de todas las mujeres que trabajan por cuenta ajena y las esposas de los afiliados. Pero lo más polémico de esta propuesta fue la financiación ya que sugería un incremento del 1% mensual sobre las remuneraciones de varones y mujeres afiliados al INPS.(41)

Esta última idea generó críticas por parte de las militantes comunistas. Irma Othar, obrera del frigorífico La Negra, declamó que este incremento sería imposible de ser afrontado por las familias obreras debido a las consecuencias negativas que traían la inflación y el congelamiento de salarios. En franca oposición a esta proposición las agrupaciones filocomunistas, Unión de Mujeres Argentinas y el Movimiento Pro Democratización e Independencia de los Sindicatos formularon otro proyecto en 1953. Esta propuesta retomaba antiguas reivindicaciones tales como la ampliación del descanso de las obreras a 45 días antes y 45 días después del parto, la extensión de los beneficios de la ley a todas las mujeres que trabajan, incluyendo las empleadas domésticas; la obligatoriedad de instalar salas cunas y jardines de infantes en todas las empresas; la prestación médica gratuita a la madre y al niño y el pago íntegro del salario y no sólo un porcentaje del sueldo. El aspecto que más entraba en disonancia con la propuesta de la CGT y con la proveniente de la elite médica del organismo sanitario era la supresión del aporte de las obreras -haciendo correr los gastos por parte del Estado y del patrón- y el pago íntegro del salario. En esta línea, las empleadas y obreras de los frigoríficos Swift de La Plata solicitaron al presidente de la nación que se pagaran tres meses de acuerdo al sueldo actual y no solamente dos como reglamentaba la ley.(42)

Las referidas voces médicas se centraron principalmente en la ampliación de los beneficios sanitarios mientras que las propuestas comunistas y la del legislador Angel Siri sostuvieron la necesidad de ampliar el subsidio económico. No obstante la argumentación de los proyectos era bien diferente ya que mientras las mujeres comunistas centraban su interés en la necesidad de subsanar los efectos de la crisis económica sobre las condiciones de vida de las trabajadoras; el legislador Siri sostenía que el incremento económico corroboraría en incrementar los índices demográficos. Su propuesta estuvo motivada en la necesidad de "poblar el territorio argentino con una raza sana y fuerte" además de concretar el ideal de Alberdi de "pegar a la mujer a la casa" ya que era ella la que organiza la familia, forma al ciudadano y echa las bases del Estado". Según su proyecto la Caja de Ayuda Prenupcial y el Seguro de Natalidad serían financiados con un impuesto sobre los juegos de azar. Cada hijo nacido legítimamente recibiría 1.000 pesos y a la mayoría de edad se haría entrega del dinero capitalizado. El beneficio sería retirado en caso de comprobarse vagancia, prostitución o robo.(43)

En los debates parlamentarios de la Ley N° 14.236 de 1953, el diputado radical Teodoro Marcó también recordó que la ley de accidentes de trabajo y de maternidad no había merecido la atención ni del Poder Ejecutivo ni del Poder Legislativo. Denunció que

aún faltaban organizar los servicios médicos y de parteras y que las beneficiarias sólo recibían un subsidio cuyo monto permanecía inalterado.(44)

Como vemos, existía un clima favorable para pensar la posible modificación al seguro de maternidad pero no existió el espacio político para lograr el consenso necesario. Ninguno de los proyectos presentados pudo cumplirse. Con respecto a la construcción de edificios sanitarios, las proyectadas maternidades integrales nunca fueron construidas y fueron reemplazadas por la creación de 50 centros maternos infantiles a lo largo del país. Cabe señalar que esta opción sanitaria, considerada más práctica, concreta y económica, había sido planeada por la Dirección Nacional de Higiene en los años cuarenta.(45)

La creación de un Instituto de Maternidad que cubriera las necesidades sanitarias de las mujeres afiliadas tampoco vio la luz. En tono crítico, un artículo editorial del diario La Prensa sostenía “el Instituto puede jactarse de haber elevado su capital de 40.000.000 pesos en el año 1941 a 68.558.152 pesos al promediar el año 1953. Pero no puede jactarse de haber contribuido a resolver los múltiples problemas familiares y económicos que se plantean a una mujer trabajadora que cumple con su misión de ser madre”.(46)

Asimismo existieron interferencias, superposición de servicios y falta de coordinación entre la SSP y las obras sociales sindicales. Para el gobierno, el apoyo a las iniciativas sanitarias gremiales consolidó uno de sus pilares de sustentación más firmes: los trabajadores organizados sindicalmente. Desde la perspectiva de la SSP, las prerrogativas gubernamentales dadas a algunos gremios limitó el alcance de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva. Se consideraba que salvo en las grandes ciudades no tendría razón que se crearan hospitales gremiales con pocas camas. Según Rodríguez, esta situación daría lugar a una “monstruosidad administrativa por la única vanidad de que ese centro médico tenga un escudo gremial (...) Hablar de hacer organismos sueltos en ciudades con menos de 150.000 habitantes, es perder la noción del futuro y caer en lo que hemos llamado un tanto despectivamente “boliches” sanitarios”.(47)

Es probable que esa mirada crítica de Rodríguez hacia las prerrogativas gremiales influyera para que fuera desplazado de su cargo de Director de Medicina Preventiva y de la dirección de los Archivos de Salud Pública. A partir de la creación del Ministerio de Salud Pública en marzo de 1949, los Archivos fueron dirigidos por los doctores Lorenzo García y Ernesto Lamas, el cargo de Director de Medicina Preventiva fue ocupado por Luis Emilio Silva y Rodríguez quedó como consejero del Consejo de Medicina Preventiva.

Asimismo, en 1953 Rodríguez, con 55 años, durante el decanato del Dr. J. A Taiana, fue puesto a jubilación a pedido del Poder Ejecutivo.

La imposibilidad y la escasa autonomía de la Comisión Mixta de Medicina Preventiva de manejar los fondos aportados por los afiliados limitaron la posibilidad de llevar a cabo las obras públicas y dieron lugar a un organismo híbrido. Entre 1947 y 1949 hubo cierto dinamismo- especialmente en los controles médicos en Capital Federal y en el Interior- pero al tener sólo superintendencia técnica y administrativa y no poseer el manejo autónomo de los fondos hacia 1950 la actividad del organismo se redujo en Capital Federal al 50% y en el interior en un 87%.(48)

En 1949, el Ministerio de Trabajo y Previsión intentó resolver -en parte- este inconveniente por medio de una nueva reglamentación que destinó el 30% de lo recaudado por la caja al sostenimiento de maternidades públicas o privadas. Éstas deberían comprometerse a tomar a su cargo la asistencia gratuita de las afiliadas. Como vemos, ya lejos quedaba la creación de hospitales específicos para las afiliadas.(49)

El proyecto de unificación y coordinación de las cajas provisionales quedó trunco con la ley N° 14.236 de 1953; el INPS perdió definitivamente sus atribuciones quedando subsumido a la Dirección General de Previsión Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión. Aunque las cajas recuperaron su individualidad orgánica y funcional, personería jurídica y autarquía administrativa y financiera. La caja de maternidad y la de accidentes de trabajo pasaron a depender del Ministerio de Trabajo y Previsión perdiendo de este modo toda injerencia el Ministerio de Salud.

En efecto, el Ministerio de Salud quedó limitado en sus atribuciones para intervenir en la salud de los trabajadores. Este recorte de facultades se sumó a la poda presupuestaria que produjo transferir la llamada "cuenta especial"- formada por los recursos originados por un impuesto a la explotación de los casinos y los juegos de azar- a la Fundación Eva Perón (1949).(50) Este recorte en el presupuesto sanitario fue objeto de duras críticas por parte de Ramón Carrillo quien en 1950 publicó un informe en el que explicitó que "mientras el volumen de gastos ha aumentado cuatro veces el volumen de presupuesto sólo se ha incrementado dos veces sin tomar en cuenta el mayor costo de vida".(51)

Para mantener algún espacio de incidencia política, el organismo sanitario usó distintas estrategias. Entre 1950 hasta mediados de 1954, momento en que Carrillo renunció al cargo, coqueteó con los sindicatos cediendo hospitales, materiales técnicos y personal médico, incrementó el número de campañas de divulgación sanitaria y fortaleció

los lazos internacionales por medio de la participación del personal del Ministerio en Congresos médicos internacionales o la organización y/o el auspicio ministerial de Congresos científicos locales. A su vez, mantuvo una fluida comunicación con la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de Salud. (52)

Ahora bien, qué lugar tenía la mujer dentro de la perspectiva del organismo sanitario nacional. Se consideraba que la esposa debía ser alejada de la fábrica ya que "rinde más a la sociedad una mujer cuidando su hogar y teniendo hijos, que los valores económicos que puede producir en un taller".(53) Este confinamiento de la mujer a su rol gestante y maternal y doméstico invisibilizó la presencia femenina en las fábricas. La solitaria medida que se realizó para proteger a las trabajadoras fue la creación de la "Dirección de Biotipología de la Mujer que Trabaja", cuya dirección estuvo a cargo del Dr. Miguel Goldstein.(54) El espíritu que motivó la creación de dicha dirección fue la idea que el "destino de la maternidad" podía ser lesionado a partir de la presencia de las mujeres en el mercado laboral. En esta medida resuena la antigua inquietud de Mercedes Rodríguez Ginocchio sobre el perjuicio del ambiente laboral sobre la salud de las mujeres.

En los mensajes escritos, como en las imágenes de las cartillas "Salud y Trabajo", los únicos protagonistas de estos soportes fueron los varones y no existieron referencias a los riesgos que enfrentaban día a día las mujeres en los espacios laborales. Frente a la escasa presencia de la mirada sanitaria hacia la mujer trabajadora abundan las medidas que estimularon los cuidados "racionales y científicos" que debían dar las mujeres para custodiar la salud de sus hijos. Ejemplo de ello son los libros de difusión, tal como el Almanaque de la Salud (1948) y el Libro de la salud (1952), la entrega de un ajuar gratuito a los bebés que nacían en los centros y unidades materno infantiles; las cartillas que el Ministerio de Salud entregaba a las madres que habían dado a luz, las mismas reunían información sobre consejos de higiene para lograr una "mejor crianza" y las audiciones radiales.(55)

Sin lugar a dudas esta ausencia de medidas desde la esfera sanitaria para proteger a las trabajadoras dialoga en forma contradictoria con el accionar de la Fundación Eva Perón. Por ejemplo la creación del "Hogar de la Empleada" en Capital Federal (1949) permitió el alojamiento y la alimentación de numerosas mujeres solas, separadas o viudas.(56)

En síntesis, en las propuestas normativas y sanitarias analizadas, la protección a la mujer trabajadora perdió especificidad y quedó subsumida en las discusiones en torno

a la protección de ciertas dolencias “universales” en las que, como hemos visto, la maternidad no estuvo entre las consideradas “importantes”.

Consideraciones Finales.

El recorrido temporal ofrecido permite observar que durante los '30 y principios de los '40 existió una notable preocupación por la protección de las trabajadoras. Esta inquietud se basaba en supuestos conservadores en la medida que lo que se deseaba proteger era la capacidad reproductora de las mujeres trabajadoras. Este aspecto fue considerado clave ya que se suponía que para lograr un país fuerte y próspero era necesario incrementar el crecimiento demográfico endógeno. Esta aspiración era tributaria tanto del declive en las corrientes inmigratorias como de las dudas existentes en la elite local de las dificultades presentes para “utilizar” el aporte “regenerador” de los inmigrantes en la consolidación de una “raza argentina fuerte”.

Los cambios normativos y administrativos introducidos a partir de la sanción de las leyes de profilaxis de la lepra (1926), la anquilostomiasis (1932), las enfermedades venéreas (1936), la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia (1936) y la creación del seguro maternal (1934) dan cuenta que era posible pensar tanto el incremento como el mejoramiento de la calidad de población local.

La discursividad sobre la necesidad de mejorar las condiciones laborales de las embarazadas es exuberante pero los alcances de la legislación existente fueron acotados. Los escollos más notorios fueron la inexistencia de una red de maternidades con alcance nacional que pudieran satisfacer las demandas de las trabajadoras. Esta limitación generó el mantenimiento de prácticas sanitarias tradicionales tal como el alumbramiento en los domicilios dando cuenta de los aspectos grises en el considerado lineal y progresivo proceso de medicalización. Además, las demoras en las entregas de los subsidios hicieron que muchas mujeres tuvieran que retornar a sus trabajos antes del tiempo estipulado para poder sostener económicamente a sus familias.

Ambas trabas dan cuenta de la existencia de una gran demora entre la legislación y el mejoramiento real en la vida de las personas. En este sentido, coincidimos Luciano Andrenacci cuando sostiene que cada expansión de la capacidad política así como cada neutralización de las desigualdades socioeconómicas es fruto de un conflicto que la coagulación jurídica no cierra del todo.(57)

Durante los primeros años del gobierno peronista el tema de la protección a las trabajadoras se diluyó en las discusiones en torno a la implementación del seguro social. La supuesta “universalización” en las prestaciones sociales y sanitarias de “los trabajadores” licuó las protecciones sanitarias hacia las “trabajadoras” estipuladas en las normativas sancionadas previamente. Tanto las voces de la sociedad civil -brevemente insinuadas aquí en las demandas de distintas agrupaciones- como las de los propios especialistas gubernamentales o los profesionales dedicados a estos temas fueron desoídas e invisibilizadas.

La literatura académica reciente mostró interés en el tema de los alcances y los límites de la aplicación del seguro social en la Argentina durante la posguerra y señaló la tendencia hacia una “democratización del bienestar”.(58) Esta postura, que relaciona la consolidación de los Estados de Bienestar europeos a la ampliación de los servicios sociales que se produjo en la Argentina con el peronismo, no permite dar cuenta de las distintas temporalidades genéricas y, además, dificulta visualizar cómo un mismo fenómeno opera de una manera diferente en otro contexto y tiempo histórico. Adentrarnos en el impacto genérico de la presencia (o la ausencia) de una política social pone en tensión la visión tradicional que interpreta al peronismo como el inaugurador de la ciudadanía social “universal”.

Como hemos visto, el seguro maternal no fue modificado durante el peronismo. Si bien existieron trabas políticas y económicas que limitaron el alcance del “Seguro Social” vimos cómo desde la planificación estatal la salud de las mujeres trabajadoras, aunque sea desde su rol reproductivo, fue puesta en un segundo lugar y quedó subsumido en discusiones generales. Asimismo, a pesar de existir diferentes voces que reclamaron la necesidad de modernizar y ampliar la cobertura no existió el consenso necesario para reformar el Seguro de Maternidad. Es probable que las dificultades para lograr un acuerdo hayan pasado por quién se debería hacer cargo de la financiación y del aumento en el subsidio económico: el Estado y/o los patrones o las trabajadoras. En la resolución de este nudo gordiano se jugaba el apoyo de muchas de las trabajadoras que habían servido de sostén político del gobierno por medio de la concesión del derecho del sufragio a las mujeres.

NOTAS

(1) Suriano, Juan. "Los historiadores y el proceso de construcción del Estado social", en: Bertranou, Julián. *En el país del no me acuerdo. Desmemoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Buenos Aires, Bs. As., Prometeo, 2004, p. 45; Suriano, Juan. "Una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina", en: Suriano, Juan (comp.) *La cuestión social en Argentina 1870-1943*, Bs. As., La Colmena, 2000, pp. 1-29. También Zimmerman, Ricardo. *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina. 1890-1916*, Bs. As., Sudamericana, 1995.

(2) Véase al respecto Lobato, Mirta. "Entre la protección y la exclusión: Discurso maternal y protección de la mujer obrera, Argentina 1890-1934", en: Suriano, Juan (comp.), *Op. Cit.* También Nari, Marcela. *Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires, 1890-1940*, Bs. As., Biblos, 2004.

(3) Di Liscia, María Herminia. *Maternidad y discurso maternal en la política sanitaria peronista*, Santa Rosa, UNLP, 1997; Torrado, Susana. *Historia de la familia en la Argentina moderna. 1870-2000*, Bs. As., de La Flor, 2003 y Barrancos, Dora. "Iniciativas y debates en materia de reproducción durante el primer peronismo (1946-1952)", en: *Seposal*, Salta, 2002.

(4) Esta temática fue central en las propuestas de las diferentes organizaciones obreras y en el discurso de los higienistas. Véase Recalde, Héctor. *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) A través de las fuentes médicas*, Bs. As., Grupo Editor Universitario, 1997. El socialismo y el anarquismo plantearon la necesidad de proteger la salud de las obreras y de los niños. Véase Barrancos, Dora. *La escena iluminada. Ciencia para trabajadores. 1890-1930*, Bs. As., Plus Ultra, 1996; Suriano, Juan. *Anarquistas: cultura y política libertaria en Buenos Aires. 1890-1910*, Bs. As., Manantial, 2001. También Scarzanella, Eugenia. *Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en Argentina. 1890-1940*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 1999.

(5) Chans, Olan. "La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia", en: Beruti, Josué. *Producción Científica y Cultural*, Bs. As., Imprenta Alfredo Frascoli, 1943.

(6) Un análisis de las ideas poblacionistas entre 1914-1955 en Biernat, Carolina. "Inmigración, natalidad y urbanización. El poblacionismo argentino y sus contradicciones frente a las preguntas por el desarrollo económico (1914-1955)", en: Otero, Hernán (Director). *El Mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y de la población Siglo XIX- XX*, Bs. As., Siglo XXI de Argentina Editores, 2004, pp. 471-506.

(7) Pinto, Manuel. "Las Nuevas Leyes Obreras", en: *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, Año I, N° II, enero 1942, pp. 5-11.

(8) Zulema Pastor, "La Protección a la maternidad", en *Boletín Informativo de Leyes del Trabajo*, Año IV, Marzo, 1945, pp. 34-38.

- (9) Moragues Bernat, Jaime. "Bases para la protección integral de la madre y el niño", Tesis de profesorado, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, 1947. Véase también Rodríguez Ginocchio, Mercedes y Carlos, Bernardo de Quirós. "Obrerismo, Ginecopatía y Legislación", en: *Anales del Instituto de Maternidad "Prof. U. Fernández" del Hospital Torcuato de Alvear de Buenos Aires*, III, 1941. pp. 21-42.
- (10) Ministerio de Salud Pública de la Nación, *Memoria correspondiente al período junio 1946-mayo 1952*, Bs. As., Talleres Gráficos, pp. 81-82.
- (11) Palacios, Alfredo. *La Justicia Social*, Bs. As., Claridad, 1954.
- (12) Cfr Menchaca, Francisco. "Seguro de Maternidad", en: *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Bs. As., diciembre 30 de 1944, p. 1253.
- (13) *Ibidem*.
- (14) Escudero, Alfonso. "El trabajo de la Mujer y del Niño", en: *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, Año I, N° 14, septiembre, 1942, pp.43-48.
- (15) Cfr. Francisco Menchaca, *Op. Cit.*
- (16) *Ibidem*.
- (17) Cabe señalar alguna reflexión sobre el uso dado al anterior material estadístico. Sabido es que la estadística era considerada el apoyo más seguro que toda administración pública necesitaba para dotar de eficiencia y de legitimidad a toda intervención. No obstante conllevaba una carga subjetiva tanto por la existencia de técnicas estadísticas rudimentarias como por la variada carga de percepciones e intereses que son parte constitutivas en el armado de las mismas. No obstante esta advertencia, este material cuantitativo nos interesa en la medida que revela la intención tanto de comprender como de construir la realidad social y delinear las políticas necesarias para su mejoramiento.
- (18) Véase la relación entre los médicos y el Estado a fines del siglo XIX en González Leandro, Ricardo. "Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX", en: *Entrepasados*, N° 27, 2005, pp.133-150. Otra medida que apuntó a consolidar el prestigio de los médicos fue la creación de la y la Ley de profilaxis y tratamiento de la lepra (1926), la Dirección de Maternidad e Infancia (1936)), la Ley contra las enfermedades venéreas (1936). Para el tema de la Lepra véase Molinari, Irene Delfina. "Los Desheredados de la vida: El primer sanatorio –colonia para enfermos de lepra", en: *Revista de Historia*, Mar del Plata, Año 1, N° 1, 2005, pp.169-185. Para el estudio de las venéreas se puede consultar Miranda, Marisa. "Prostitución y homosexualidad en Argentina: el discurso eugénico como sustrato teórico de biopolíticas represivas (1930-1983)", en: Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo (compiladores). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI de Argentina Editores, pp. 451-496 y Biernat, Carolina. "Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954)", mimeo, 2005. Un estudio de la Dirección de Maternidad e Infancia en Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti. "La

tutela estatal de la madre y del niño: estructuras administrativas”, en: Jornadas de Trabajo Políticos y Técnicos. El Estado y la Burocracia, 8 y 9 de junio de 2005, mimeo.

(19) Menchaca, *Op. Cit.*

(20) Zulema Pastor, *Op. Cit.*

(21) La primera cantina maternal en la ciudad de Buenos Aires data de 1915 y fue creada por la Asociación de Cantinas Maternales, presidida por Julia Elena Acevedo de Martínez de Hoz. Era una suerte de restaurante gratuito en el que se daban dos comidas diarias durante dos años consecutivos a las madres embarazadas o desamparadas que criaban solas a su hijo. Esta práctica se expandió hacia los años treinta. Véase Miranda, Marisa. “Lo inclusivo y lo excluyente: regulación de la lactancia materna en Argentina y su impronta eugénica”, mimeo.

(22) Rodríguez, Germinal. “El seguro de maternidad. Su importancia social”, en: *La Semana Médica*, año XL, N° 28, pp. 96-98.

(23) Fue integrante del Museo Social Argentino y de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social.

(24) Rodríguez de Ginocchio, Mercedes y Manuel Luis Pérez, “Algunos comentarios a la Ley 11.933”, en: *Anales del Instituto de Maternidad “Prof. U. Fernández”*, Tomo II, Bs. As., Guido Buffarini Editor, 1940, pp. 9-12 y Rodríguez de Ginocchio, Mercedes y Carlos Bernardo de Quirós. “Obrerismo, ginecopatías y legislación”, en: *Anales del Instituto de Maternidad “Prof. U. Fernández”*, Tomo III, Aniceto López Editor, 1941, pp.21-43.

(25) Esta mirada también fue rescata por la historiografía ya que si bien se incorporó el tema de las discusiones sobre las leyes de seguridad social en la Argentina no se profundizó en la pérdida de especificidad sobre las cuestiones vinculadas a la caja de maternidad. Véase Ross, Peter. *Policy Formation and Implementation of Social Welfare in Peronist Argentina, 1943-1955*. Tesis de doctorado, Sidney, University of New South Wales, 1988; Belmartino, Susana y otros. *Fundamentos Históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*, Rosario, Organización Panamericana de la Salud, 1991; Lvovich, Daniel, Fernando Falappa y Luciano Andrenacci. “Beveridge en las Pampas: El debate sobre el establecimiento del seguro social en la Argentina en la década de 1940”, en: X Encuentro de Cátedras de Ciencias Sociales y Humanísticas para las Ciencias Económicas, Ediciones Suárez, 2004, pp. 388-393. También Garro, Alicia y Horacio Gaggero. “La política de seguridad social peronista”, en: Berrotarán, Patricia y otros. *Sueños de Bienestar en la Nueva Argentina*, Bs. As., Imago Mundi, 2004, pp. 175-192 y Lo Vuolo, Rubén y Alberto Barbeito. *La Nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*, Bs. As., Miño y Dávila Editores-Ciepp, 1998.

(26) MacKinnon, Catherine A. *Hacia una teoría feminista del Estado*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1995, p.284.

(27) Rodríguez, Germinal. “Planificación de los Servicios de Medicina Preventiva”, en: *Clínica del Trabajo*, Año VI, N° 19 a 21, Enero, Febrero, Marzo, 1946. Estas prioridades también se establecen en Carrillo, Ramón. “Nuevas Conquistas Sociales” (Discurso que pronunció Carrillo al

dejar constituida la Comisión Mixta encargada de aplicar la ley de medicina preventiva), en: *Clínica del Trabajo*, Año VI, Nº 22 a 24, julio a septiembre de 1946, pp.7-10.

(28) Araoz Alfaro, Gregorio. "Unificación y coordinación en materia de trabajo, medicina y asistencia social", en: *Clínica del Trabajo*, Año I, Nº I, Septiembre de 1940, p. 12.

(29) Los representantes de la SSP eran los doctores Germinal Rodríguez, Juan Aleandri, Antonio Castaño y los representantes del INPS eran Pedro Speroni, Luis Tettamanti, Alberto Berenguer, Carlos Maya y Ceferino López.

(30) Decreto Nº 16.200 del 4 de junio de 1946, en Remorino, Jerónimo. *Anales de Legislación Argentina*, T. VI, Editorial La Ley, 1954, p. 651-652. Este decreto modifica el decreto Nº 30.656 de 1944.

(31) *Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva*, en: Archivos de la Secretaría de Salud Pública, Vol. V, Nº 2, Febrero 1949, pp.23-129. El destacado es nuestro.

(32) Carrillo, Ramón. "Venéreas y Salud Pública", en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Volumen I, Nº 1, Diciembre de 1946, pp. 47-58

(33) La Dirección Nacional de Salud Pública (1944) también incorporó dentro de sus atribuciones la instauración de "documentos pertinentes" para organizar y controlar la salud de la población y el Primer Congreso Nacional de Salud Pública (1945) aprobó la necesidad de adoptar la libreta sanitaria. Véase los intentos de instaurar una "ficha de salud" en la Argentina en Vallejo, Gustavo y Marisa Miranda. "La eugenesia y sus espacios institucionales en Argentina", en: Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo (compiladores), *Op. Cit.*, pp. 1545-192.

(34) Secretaría de Salud Pública. *Plan Analítico de Salud Pública*, Bs. As., 1947, pp. 651.

(35) Este obstetra tuvo una activa participación en el ámbito universitario durante el período de entreguerras y consideraba que el espacio académico tenía que convertirse en el órgano asesor de las políticas públicas. Fue docente de la Cátedra de Clínica Obstétrica y Clínica Ginecológica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y en 1946 es nombrado profesor adjunto por concurso. A partir de 1929, ocupa distintos puestos en el Instituto de la Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, es miembro de la Sociedad Argentina de Medicina Social, creada por Gonzalo Bosch en 1939, y participa en el Primer Congreso de Puericultura en 1940. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Antecedentes, Títulos y Cargos, Buenos Aires, 1947 y Moragues Bernat, Jaime. *Bases para la protección integral de la madre y el niño*, Tesis de profesorado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, 1947, p. 9.

(36) Profesor Titular de Higiene y Medicina Social en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (1946-1953). Miembro del Museo Social Argentino. En esta institución fue participante de la Sección de Higiene y Medicina Social, de la Asociación Argentina de Higiene y Medicina Social y creó la escuela de Asistentes sociales. Participó del Primer Congreso Nacional de Puericultura y del Primer Congreso de Población (1940) A partir de la llegada del peronismo fue un activo colaborador de Ramón Carrillo. Además de ser director de

Medicina Preventiva (1946-1949) fue director de los Archivos de la Secretaría de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Antecedentes, Títulos y Cargos, Buenos Aires, 1956.

(37) Rodríguez, Germinal. "Planeamiento Asistencial en la Ley de Medicina Preventiva", en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, febrero de 1947, Vol., Nº 3, p. 15-34.

(38) La propuesta fue publicada en el año 1933 en el *Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia* y en el *Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto*. Seguimos aquí el texto "Plan de organización de la Asistencia Social de la Madre y del Recién Nacido en la Argentina", en: Beruti, Josué. *Producción Científica y Cultural, Op. Cit.*, pp. 548-567.

(39) Berdeal Ávila, David. "Seguro de Maternidad (Ley 11.933). Ampliación de sus beneficios", en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. V, Nº 4, Octubre de 1948, pp. 360-364. También "Composición y Votos de las Comisiones del Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Social", en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. III, Nº 19, Junio de 1948, pp. 66-76; Rodríguez, Germinal. "La Nueva Higiene: Obra de colaboración social", en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. III, Enero de 1948, Nº 14, pp.1-6. Véase las posturas legislativas y eclesiásticas sobre el tema de la familia en Cosse, Isabella. "El orden familiar en tiempos de cambio político. Familia y filiación ilegítima durante el primer peronismo (1946-1955)", en: Ramacciotti, Karina y Adriana Valobra (comp.). *Generando el peronismo. Estudios de cultura, Política y Género (1946-1955)*, Bs. As., Proyecto Editorial, 2004, pp.171-195.

(40) "Seguro y Asistencia Maternal", en: *Archivos de Salud Pública*, Vol. VI-VII-III; Septiembre-Diciembre de 1950, pp. 195-198.

(41) *Nuestra Mujeres*, Buenos Aires, 1952.

(42) Archivo General de la Nación, Iniciativa Nº 10.844, Caja 89.

(43) Archivo General de la Nación, Iniciativa 9895, Caja 69. Existen notas de Siri sobre esta propuesta en *El Mercantil*, 17 de diciembre de 1947, *La Capital* de Rosario el 3 de enero de 1948, *El Líder* 17 de noviembre de 1947, *Clarín* 26 de noviembre de 1947, *Crítica* 18 de noviembre de 1947, *El Argentino* de La Plata el 22 de noviembre de 1947 y la revista *Aquí Esta* de 10 de junio de 1948.

(44) Diario de sesiones de la Cámara de Diputados, Reunión 36ª, Septiembre 17 y 18 de 1953, p. 1628.

(45) Véase un estudio de los equipos administrativos de la Dirección de Maternidad e Infancia entre 1936-1955 en: Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti, *Op. Cit.*

(46) "Amparo a la mujer que trabaja", *La Prensa*, 14 de septiembre de 1953, p.2.

(47) "Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva", en: *Op.Cit.*, p.127.

(48) *Memoria, Op. Cit.*, p. 79.

(49) Ross, Peter. *Op. Cit.*

(50) Ministerio de Salud Pública, *Memoria....Op. Cit.*, p. 92.

- (51) Carrillo, Ramón. *Los Presupuestos de Salud Pública de 1946 a 1950 en relación con el desarrollo técnico administrativo del organismo nacional*, Bs. As., Imprenta del Ministerio de Salud Pública, 1950, p. 77.
- (52) Diario de sesiones de la Cámara de Diputados, Reunión 36º, Septiembre 17 y 18 de 1953.
- (53) “El trinomio médico-social”, en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, N° 3, Bs. As., Febrero, 1947, p. 3.
- (54) Según información censal la participación femenina en el sector secundario fue de 17,5 en 1935; y de 17, 8 en 1941. Material realizado por la Prof. Mirta Lobato para la carrera de Especialización en Historia Argentina, F.FyL, UBA. 2002. Resolución N° 40.069 del 14 de noviembre de 1951, en *Memoria*, *Op. Cit.*, p. 416. Véase también Ministerio de Salud Pública, *Boletín al Día*, N° 450, 19 de noviembre de 1951.
- (55) Secretaría de Salud Pública, Dirección de Medicina Tecnológica, Salud y Trabajo, S/F. Resolución N° 29.757 del 5 de noviembre de 1950, en: *Memoria...*, *Op. Cit.*, p. 391. Noticia del Ministerio de Salud Pública del 21 de noviembre de 1951, en: *Ibíd.*, p. 417.
- (56) Véase un estudio de la Fundación Eva Perón en Stawski, Martín. “El populismo paralelo: Política social de la fundación Eva Perón (1948-1955)”, en: Berrotarán, Patricia, Aníbal Jáuregui y Marcelo Rougier, *Op.Cit.*, pp193-228.
- (57) Andrenacci, Luciano. “Imparis Civitatis. Elementos para una teoría de la ciudadanía desde una perspectiva histórica”, en: *Sociohistórica*, N° 13-14, 2003, pp. 79-108.
- (58) Este concepto fue acuñado por Juan Carlos Torre y Elisa Pastoriza. Véase Torre, Juan Carlos y Elisa Pastoriza. “La democratización del bienestar”, en: Torre, Juan Carlos. *Los Años Peronistas (1943-1955)*, Bs. As., Sudamericana, 2002, pp.257-312.

Resumen

Este artículo examina la legislación para proteger la salud de las mujeres trabajadoras de la Argentina entre 1934 y 1955. La hipótesis central del texto es que las ideas que se plantearon en los años cuarenta para proteger la salud de las mujeres trabajadoras quedaron subsumidas y diluidas en planteos más generales llegados los años del llamado peronismo clásico. A pesar de existir numerosas voces que reclamaron la necesidad de dar protección a las mujeres trabajadoras- sólo en tanto su rol de potenciales madres- no se produjo ninguna modificación sustantiva ni del marco normativo ni del accionar sanitario.

Palabras Clave: Mujeres trabajadoras – Peronismo – Maternidad – Legislación

Abstract:

This article examines the legislation to protect Argentinian working women's health between 1935 and 1955. The main hypothesis of the text is that the ideas that were conceived on the forties to protect the working women's health ended up submerged and diluted in more general issues during the years of the named "classic peronism". Even when there were several voices that reclaimed the necessity to give protection to the working women-just in their roles of potential mothers- there wasn't any substantial modifications on the normative frame or the sanitary action.

Keywords: Working Women – Peronism – Maternity - Legislation

Trad. Betina C. Riva