

Las amas de leche y la regulación del mercado de la lactancia en la ciudad de buenos Aires (1875-1911)



Cecilia L. Allemandi
Universidad de San Andrés

Fecha de recepción: 16 de junio de 2014.
Fecha de aceptación: 11 de junio de 2015

Resumen

Este artículo analiza una serie de reglamentaciones municipales implementadas entre 1875 y 1911 para regular y controlar la lactancia asalariada en la ciudad de Buenos Aires. Describe la naturaleza de las preocupaciones que giraron en torno a las amas de leche y a su actividad. Se propone contribuir al conocimiento de sus condiciones de trabajo y a las características que tuvo el mercado de la lactancia. Se trabaja con censos, avisos de empleo, literatura médica, proyectos y reglamentaciones municipales y los debates que suscitaron.

Palabras clave:

mujeres
trabajo
lactancia asalariada
reglamentaciones

Abstract

This paper analyzes some public policies implemented between 1875 and 1911 in order to regulate and control “nursing’s market” in the city of Buenos Aires. Also describes the concerns raised in relation to wet nursing and their activities. It aims to contribute to the knowledge of their working conditions and the characteristics of this market. We work with population census, job ads, medical literature, projects and regulations and their discussions.

Keywords:

women
work
nursing’s market
regulations.

(...) Ama, sois, ama mientras el niño mama;
desde que no mama, ni ama ni nada.
Entretanto que cría, amamos el ama;
en pasando el provecho, luego olvidada.¹

En la ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la lactancia podía constituirse en una actividad asalariada. Contratar u ofrecer servicios de amamantamiento y crianza de niños era una práctica habitual. El trabajo de las amas de leche consistía básicamente en el cuidado y alimentación de los niños desde su nacimiento hasta los dos o tres años de vida, a cambio de un salario o el consumo de una serie de bienes de subsistencia (techo, comida, vestido). Esta actividad admitía diferentes modalidades de contratación. Algunas mujeres criaban “en su casa”, otras

1. Diccionario de Lengua Castellana por la Academia Española (1914).

“daban de mamar por horas”, también estaban las que criaban “en casa del niño” o fuera de la ciudad, formando parte del plantel de servicio doméstico. Otra variante era trabajar como amas internas o externas para la Casa de Expósitos o en Maternidades dirigidas por la Sociedad de Beneficencia de la Capital.

Las mujeres que se ocupaban de la lactancia asalariada formaban parte de los estratos más pobres de la ciudad. Por su parte, entre quienes solicitaban el servicio de una nodriza se encontraban familias de diversa pertenencia social. De todas formas, se pueden establecer distinciones, ya que mientras las familias acomodadas contrataban amas para que criaran “en casa del niño” (modalidad más costosa), las de menores recursos entregaban a sus hijos para que las mismas los criaran “en su casa”.

Las amas de leche estuvieron imputadas entre las principales causantes de los altos niveles de mortalidad infantil ya que se juzgaba que sus hábitos de alimentación y crianza daban a menudo como resultado la muerte de niños. Sospechadas a su vez de portar dolencias físicas y morales, se las acusaba de ser una fuente inagotable de contagios. Y lo que era peor aun, estas amenazas eran por partida doble ya que no solo ponían en riesgo la salud de los niños que conseguían para criar, sino también, la vida de sus propios hijos.

Las amas también fueron objeto de preocupación en el marco de la emergencia de una nueva percepción de la maternidad. Como ha señalado Nari (2005: 20-21, 101), durante las dos primeras décadas del siglo XX, persistió una gran preocupación por “crear a la madre” en medio de una sociedad caótica y anómica. Era necesario internalizar el ideal maternal en mujeres “desnaturalizadas” de diversas clases sociales y modificar y homogeneizar sus prácticas con respecto a la crianza de niños.²

2. El proceso de “maternalización” de las mujeres que implicó una progresiva confusión entre ser mujer y ser madre, entre la femineidad y la maternidad, encontró un soporte fundamental en el desarrollo de las ciencias médicas. Al estar inscripta en los cuerpos de las mujeres (en su “biología”), los médicos podían presentar a la maternidad como si fuera inherente a la naturaleza femenina y por tanto, universal (Nari, 2005).

La existencia económica y social de la nodriza atentaba contra la configuración de ese vínculo fundamental. Ya sea porque interfería en el “binomio madre-hijo” (al ser contratadas para lactar a un niño ajeno) o bien porque ellas mismas encarnaban la triste disolución de ese vínculo “natural” (porque dejaban de alimentar a sus hijos para amamantar a otros). En este escenario, las nodrizas atentaban de forma directa contra la construcción y fortalecimiento de este ideal.

Sin embargo, como no se podía erradicar a las amas de leche y, debido a que en determinadas circunstancias se las necesitaba como alternativa a la lactancia materna, las autoridades sanitarias intentaron controlar su actividad. En un principio, la lactancia asalariada fue incorporada a través de una serie de disposiciones municipales a la reglamentación del servicio doméstico. Sin embargo, hacia el cambio de siglo, comenzó a asociarse cada vez más a la problemática de la mortalidad infantil y a constituirse en un elemento fundamental de las políticas de “protección de la primera infancia” implementadas por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires.

En este artículo nos centramos en las amas de leche y el mercado de la lactancia en la ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX y principios del XX. Avanzamos en el conocimiento de este grupo socio-ocupacional y profundizamos el conocimiento de las regulaciones y controles que lo afectaron. A partir de su estudio, nos proponemos contribuir a la historia de las mujeres y del trabajo femenino. En un primer momento, presentaremos a las mujeres que vivían del amamantamiento, como así también las características que tuvo ese mercado de la lactancia. En un segundo momento, analizaremos una serie de intentos de reglamentación municipal sancionados entre 1875 y 1911 y sus consecuencias sobre las condiciones de vida y de trabajo de estas mujeres.

Adoptamos una mirada que integra el estudio de la historia del trabajo con perspectiva de género a las problemáticas de la familia y de la infancia, ya que nos permite tener

una visión más acabada de los fenómenos que nos interesa abordar. Como veremos, el análisis de las amas de leche y de la lactancia asalariada nos conecta con las condiciones de vida y de trabajo de los pobres urbanos, sus estrategias de supervivencia, sus dinámicas familiares, sus prácticas de crianza, las políticas asistenciales del Estado.

Para dimensionar la importancia numérica de las amas de leche recurrimos a los censos y a los avisos de empleo de los diarios locales. Estos últimos nos permiten avanzar a su vez en la descripción de sus características sociodemográficas a partir de las condiciones exhibidas y exigidas al momento de ofrecer o solicitar servicios de amamantamiento. También nos informan sobre los requisitos o atributos laborales valorados tanto por los patrones como por ellas.

Para profundizar el conocimiento del mercado de lactancia, acudimos al análisis de literatura médica. Los estudios y ensayos sobre morbilidad infantil, protección de la primera infancia, lactancia y puericultura, pero también los informes elaborados por médicos e higienistas en calidad de funcionarios públicos dedicaron un lugar importante a las amas de leche. Hacían referencias permanentes a las mujeres que vivían del amamantamiento, sus condiciones de vida y de trabajo, los peligros que encarnaban, los requisitos para su contratación.

Analizamos a su vez una serie de proyectos y ordenanzas que fueron presentadas y discutidas en el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires. Contamos con las versiones taquigráficas de las sesiones y con los digestos que recompilan leyes, ordenanzas y decretos de la ciudad.

Mujeres que viven del amamantamiento

La lactancia asalariada era una alternativa precaria y circunstancial asociada a un estado fisiológico coyuntural. Eran las mujeres de los estratos más pobres de la ciudad las que se dedicaban a este tipo de actividades. Tomar un niño para criar a cambio de un salario era una opción frecuente para hacer frente a las penurias económicas, sobre todo si se considera que prácticamente no existían leyes laborales que protegieran a las mujeres trabajadoras embarazadas, y una vez que eran madres.³

Tanto las mujeres que se dedicaban a la lactancia asalariada como aquellas que eran contratadas –sin una justificación considerada válida– eran objeto de una serie de cuestionamientos.⁴ Muchos médicos e higienistas observaban que las mujeres pertenecientes a las “clases pobres” dejaban a sus hijos al cuidado de amas de leche para amamantar ellas mismas a un niño extraño a cambio de un salario. Así, mientras algunos justificaban estas decisiones en caso de necesidad, otros consideraban que se trataba de mujeres “desnaturalizadas” y “ambiciosas” que al guiarse por el lucro, caían en la más condenable de las mezquindades (Cervera, 1897: 31-32). Por otra parte, estaban quienes reprobaban la actitud de las mujeres de las “clases acomodadas” ya que al abandonar los “deberes de la maternidad”, fomentaban el comercio de la lactancia y el abandono de niños (Zauchinger, 1910: 112).

Ahora bien, a pesar de la condena moral, los censos registraron la existencia de poco más de medio millar de amas de leche en la ciudad de Buenos Aires entre 1895 y 1910.⁵ No se trata de un número significativo si se lo compara con otras ocupaciones desempeñadas por mujeres de bajos recursos: sirvientas, cocineras, lavanderas, planchadoras (Kritz, 1979; Lobato, 2007; Allemandi, 2012). De todas formas, estos relevamientos no deben haber contabilizado la totalidad de las mujeres empleadas en el rubro ya que los censos evidencian tener problemas de registro en relación al trabajo femenino, sobre

3. La única excepción la constituía la Ley 5291 de 1907. De todas formas, la misma no contemplaba todos los trabajos asalariados desempeñados por mujeres sino solo aquellos que dentro de la actividad manufacturera eran considerados perjudiciales y peligrosos para la maternidad. Su aplicación fue restringida y su implementación muy difícil, por lo que al parecer, su cumplimiento lejos estuvo de ser efectivo (Mercado, 1988; Lobato, 2000; 2007).

4. En general se insistía en que las mujeres madres no debían eludir el cumplimiento de los deberes que le imponía su condición, sino solo en aquellos casos forzosos que las obligaban a buscar otras formas de alimentarlos: por enfermedad, insuficiencias en la secreción láctea, fallecimiento de la progenitora.

5. El Segundo Censo Nacional registró la existencia de 674 amas de leche para 1895. Por su parte, los censos de la ciudad de Buenos Aires contabilizaron 520 y 595 amas, en 1905 y 1909, respectivamente.

todo el que se realizaba en el espacio doméstico (Wainerman y Recchini de Lattes, 1981; Feijóo, 1990; Lobato, 2007). Además, como veremos, en aquellos años regía una serie de disposiciones municipales que prohibían desempeñarse en esta actividad sin un control periódico efectuado por los organismos municipales creados a tales efectos. Es de esperar que muchas mujeres hayan ejercido la lactancia asalariada por fuera de los marcos regulatorios (controles de sanidad, libretas, certificados, etc.) y que no hayan declarado ocupación.

Los avisos de empleo de los diarios locales evidencian la existencia de un “mercado de la lactancia” que si bien nunca adquirió grandes dimensiones, tuvo una presencia constante a lo largo del período en cuestión.⁶ Es difícil estimar su escala a partir de los avisos ya que publicar en un diario local ofreciendo servicios era solo una de las modalidades para conseguir un niño para criar. En efecto, estas mujeres también podían dirigirse a una agencia de colocación de amas, acercarse a una institución pública (hospitales, maternidades, casa de expósitos) o contactar a una partera como intermediaria para conseguir una madre que precisase contratar sus servicios.

Las mujeres que ejercían la lactancia asalariada eran más bien jóvenes. En los anuncios en los que se hacía referencia explícita a la edad, se observa que tenían entre 20 y 30 años, concentrándose la mayor cantidad de los casos en edades menores a los 25 años. Las extranjeras eran mayoritarias (entre el 60% y el 70%) y cuando se trataba de inmigrantes europeas, el origen era un rasgo permanentemente destacado. En los anuncios se presentaban como amas españolas, vascas, italianas, lombardas, piamontesas.

Muchas indicaban su condición de recién llegadas (“recién ha venido” o “recién llegada”). Generalmente con bajos niveles de instrucción y sin especialización laboral u oficio, estas mujeres llegaban a la ciudad e intentaban ingresar al mercado de trabajo. Se ofrecían para criar “en casa del niño”, seguramente para resolver su subsistencia mediante una modalidad de trabajo que incluyera, al momento de la contratación, además de un salario, techo y comida. Al igual que gran parte de los y las trabajadores/as, vivían en conventillos o casas de inquilinato.⁷

Las amas que criaban en sus propias casas eran las más económicas.⁸ Por su parte, aquellas que criaban en casa del niño eran las mejores pagas, por lo que solo podían acceder a sus servicios las familias acomodadas de la ciudad.⁹

Las mujeres que se postulaban indistintamente para cualquier modalidad de contratación (“en casa del niño o en su casa” o “se ofrece para donde convenga”) eran seguramente las que estaban solas y podían ser más flexibles. También se ofrecían para “salir afuera” o para “campo o ciudad”. Por su parte, quienes debían atender a su familia (pareja, hijos) u otras actividades laborales complementarias especificaban el tipo de contratación “para criar en su casa” o “por horas”. Algunas se dedicaban a las tareas de su casa, mientras otras se desempeñaban en alguna actividad más lucrativa como costureras, planchadoras, lavanderas.

Las amas que tenían hijos pequeños muchas veces tenían a más de un niño para alimentar. En los avisos aparece de forma reiterada la referencia al amamantamiento con “media leche” o “leche entera”, asociado a la existencia (o no) de otros lactantes. Quienes criaban a media leche podían estar amamantando a su propio hijo o a más de un niño al mismo tiempo, por lo que se les daba el pecho completando generalmente su nutrición con leche vacuna rebajada con agua, papillas y preparados a base de harinas. En opinión de muchos médicos e higienistas esta no era la situación más conveniente ya que la alimentación “artificial” resultaba sumamente riesgosa para los niños.¹⁰

6. El fenómeno de la lactancia asalariada no es privativo de nuestro país. Durante los siglos XVIII y XIX, la expansión de un mercado de nodrizas estuvo asociado a las transformaciones económicas en el ámbito rural, las migraciones, los procesos de urbanización, el abandono de niños y la extensión del servicio doméstico como alternativa ocupacional para muchas mujeres pobres. Todos estos factores contribuyeron a la expansión de este mercado que en algunos casos asumió dimensiones dramáticas (Fay-Sallosi, 1980; Apple, 1987; Blum, 2009; Milanich, 2004, 2009; Machado Kotsoukos, 2009).

7. Si se presta atención a las direcciones publicadas en los avisos, se observa que, además del nombre de la calle y su numeración, en la mayoría de los casos se apuntaba el número de habitación al que había que dirigirse. Por su parte, Podestá, un médico que publicó un estudio sobre los problemas higiénicos y sociales que afectaban a los niños pobres de la ciudad, señalaba en uno de sus capítulos titulado “Amas”, que a las mujeres de este gremio había que buscarlas en el conventillo, donde vivían “en habitaciones estrechas, rodeadas muchas veces de un enjambre de hijos y de algunos animales domésticos” (Podestá, 1888: 35).

8. A lo largo del período en cuestión, sus salarios rondaron en torno a los 20 o 25 pesos mensuales. Su precio era bastante accesible y el hecho de que una sirvienta pudiera costearlo no es un dato menor, porque significa que se comprometían por una exigua suma de dinero.

9. Estas amas podían calificarse como las “de primera categoría”, eran las que se veían “adornadas en las calles, en los paseos públicos, a pie ó en carruaje, llevando en sus brazos á la mina que ellas [explotaban] generalmente con toda sangre fría”. (Podestá, 1888: 34).

10. Los médicos señalaban que las nodrizas priorizaban la alimentación de sus hijos y que al niño ajeno generalmente lo conformaban con leche de origen animal diluida y papillas. Esta costumbre era una de las principales causantes de infecciones gastrointestinales agudas seguidas de muerte y eran justamente estos pobres niños los que constituían en su mayoría la clientela hospitalaria de los consultorios de la primera infancia (Beruti: 1877, 43-44; Canaveris, 1875: 77-78).

Haciéndose eco de estas consideraciones, muchas de las familias que demandaban servicios de amamantamiento y crianza de niños solicitaban nodrizas sin hijos. Expresiones tales como “que no tenga chico”, “inútil presentarse si tiene hijo suyo” o “sin chico”, fueron de lo más habituales. Esta exigencia debió ser conocida entre las mujeres que intentaban vivir del amamantamiento, ya que la referencia a la inexistencia de otros niños (“sin hijo” o “sin criatura”) tenía una abrumadora presencia al revisar las páginas de los avisos.

Exigencias sobre la “moralidad” de las mujeres fueron otras de las condiciones exhibidas y requeridas para ejercer la lactancia asalariada. La honorabilidad parece haber sido importante al momento de conseguir trabajo, y en este mercado corrían con ventaja quienes podían demostrar tener un buen nombre a partir de las referencias. Entre las aspirantes eran de lo más frecuentes expresiones tales como “recomendaciones á satisfacción”, “con buenos informes”, “con recomendaciones de primer orden”. Por su parte, del lado de la demanda, los atributos morales estuvieron entre las condiciones que más se destacaban, reclamando nodrizas “con recomendaciones” y recalcando que era inútil que se presentaran si no podían “dar garantía de su persona”.

La buena salud de las mujeres que vivían del amamantamiento era otro elemento permanentemente valorado. Calificativos tales como “sana”, “robusta”, “buena y abundante”, “vasca fresca”, “leche superior” o “leche gorda” eran recurrentes al momento de hacer gala de sus cualidades. Asimismo, la referencia a la antigüedad de la leche no era un dato menor, de allí que aparecieran especificaciones tales como “con leche desde 4 a 6 meses” o “con leche de no más de 3 meses”.

Otra forma de incrementar las posibilidades de contratación era exhibir certificados médicos que referían a las cualidades nutritivas de la leche. Evidentemente, si las mujeres demostraban que gozaban de buena salud podían competir mejor en el mercado. Las referencias al examen clínico (“reconocida por el médico”, “con certificado médico”, “con certificado de Dr.”, “con certificado de la Asistencia Pública”) se tornaron cada vez más frecuentes con el cambio de siglo. Esta tendencia pudo estar asociada a la puesta en vigor de ordenanzas que así lo requerían, pero también a una mayor difusión y aceptación de las ideas y prácticas médicas e higienistas, muy influyentes por aquellos años.

El problema de la mortalidad infantil

En el año 1875, el Dr. Emilio Coni, publicó un estudio dedicado a las sociedades de caridad sobre la mortalidad infantil en Buenos Aires y en otros centros urbanos de la región.¹¹ Si bien el fenómeno era menos dramático que en otras ciudades europeas y latinoamericanas, no por eso había que desestimar la cuestión. Con la divulgación de esta obra, el médico higienista pretendía “despertar la atención pública y avanzar así en las tareas de reforma”, para contrarrestar su incidencia. Su labor tuvo reconocimiento internacional al ser premiada por la Sociedad Francesa de Higiene. Sin embargo, a nivel local no obtuvo las repercusiones deseadas y hubo que esperar un tiempo para que dicho fenómeno adquiriese relevancia pública.

Los altos niveles de mortalidad infantil registrados antes de la década de 1870 en la ciudad, estaban asociados, principalmente, a la ausencia de políticas destinadas a reducir dicho fenómeno.¹² Hasta ese momento, las autoridades públicas habían estado abocadas mayormente a mejorar la higiene y la infraestructura de la ciudad mediante el desarrollo de obras de saneamiento.¹³ A esa cruzada higiénica se sumó

11. En su trabajo, Coni (1879) abordaba las causas de la mortalidad de los niños en Buenos Aires y proponía medidas para atenuar sus efectos, describía las afecciones vinculadas al fenómeno, ofrecía estadísticas comparadas sobre el tema en distintas ciudades y, por último, presentaba un estudio sobre los asilos que albergaban niños en la ciudad porteña. 12. Entre 1858 y 1867, las defunciones de niños de 0 hasta 1 año de vida representaron el 31,5% de la mortalidad general mientras que entre 1868 y 1877, explicaron el 27,3% de la misma. Por su parte, si se incorporan los niños fallecidos de hasta 8 años resulta que la mortalidad infantil representó más del 40% de la mortalidad general de la ciudad (46% y 41%, respectivamente) (Coni, 1879: 11-12). 13. Con la consolidación del higienismo en estas latitudes y la creciente importancia de su prédica enfocada en la salubridad, se impuso la necesidad de resolver problemas funcionales y de equipamiento urbano y de crear organismos a tales efectos. La concepción de la enfermedad estaba asociada a la idea del contagio y la higiene urbana era un elemento primordial a la hora de controlar la influencia del medio en la salud de la población. Es por eso que el saneamiento del ambiente era fundamental en la lucha contra la elevada mortalidad. Desde 1854, la Ley orgánica de municipalidades había definido las funciones de las Comisiones de Higiene y Obras Públicas (la primera debía ocuparse de la desinfección del aire, de las aguas y de la higiene general; la segunda, del arreglo de las calles y los desagües). Sin embargo, fue recién con la creación del Departamento Nacional de Higiene (1880) y la Asistencia Pública de Buenos Aires (1883) que se comenzó a avanzar en el saneamiento del medio dotando a la ciudad de infraestructura colectiva: agua potable, red cloacal, pavimentación, plazas, recolección y depósito de basuras y desechos, etcétera. (Mazzeo, 1993: 56-62; Armus, 2000: 516 y 521).

14. Hasta 1880, dentro del ámbito público, quienes se encargaron de la atención médica y el cuidado de la salud fueron el Consejo Nacional de Higiene (1852), la Comisión Municipal del Higiene (1854) y la Sociedad de Beneficencia (1823). El primer organismo controlaba la higiene del puerto, mientras que los otros dos se encargaban de los servicios hospitalarios. Después de 1880, al tiempo que se fueron ampliando las dimensiones y mejorando el equipamiento de los hospitales existentes, una decena de nuevos establecimientos de este tipo fueron creados en la ciudad. (Kohn Loncarica y Agüero, 1986; Armus, 2000).

la necesidad de organizar un sistema público de atención de la salud y avanzar en el equipamiento institucional mediante la construcción de hospitales.¹⁴

Hacia fines de siglo, el saneamiento de la ciudad comenzó a controlar las epidemias. El mejoramiento de la higiene y la infraestructura urbana y la labor de las instituciones de salud pública lograron frenar la elevada mortalidad general que, hasta entonces, había estado marcada por enfermedades infectocontagiosas y gastrointestinales. Las defunciones causadas por las primeras descendieron y esto redujo sensiblemente los niveles de mortalidad. Distinto fue el recorrido seguido por las patologías gastrointestinales y la tuberculosis, ya que no evidenciaron tales descensos (Armus, 2000: 518-520).

Los niveles de mortalidad general de la población (al igual que las posibilidades de reducirla) estaban supeditados en gran medida al comportamiento de la mortalidad infantil. En efecto, este fenómeno era considerado uno de los indicadores más sensibles de las condiciones sanitarias y socioculturales de la población (Mazzeo, 1993: 7-8).

La mortalidad infantil estuvo marcada por enfermedades infectocontagiosas y gastrointestinales. Entre 1869 y 1900, las patologías infecciosas (fiebre tifoidea, tétanos, viruela, sarampión, escarlatina, entre otras) fueron las que mayor participación tuvieron en las defunciones de ese segmento poblacional. Sin embargo, mientras estas disminuyeron conforme fueron controlándose las influencias insidiosas del ambiente urbano, las gastrointestinales permanecieron entre las principales causas de los decesos infantiles en las primeras décadas del siglo XX (Mazzeo, 1993).

Las diferencias sociales en las causas de muerte de la población se tornaron cada vez más evidentes, una vez que las enfermedades del medio (que afectaban a todos por igual) fueron controladas (Armus, 2000: 520). La mortalidad infantil no estuvo exenta de los efectos de las distancias económicas y sociales y, al parecer, quienes se llevaron la peor parte fueron generalmente los segmentos de la infancia pobre, aunque, como veremos, no de un modo excluyente.

Los médicos e higienistas consideraban que las enfermedades de la infancia estaban directamente asociadas a la “ignorancia”, “superstición” y “miseria” de las madres y de las nodrizas. Su desconocimiento de las normas básicas para regular la nutrición de sus hijos les ocasionaba perturbaciones digestivas, sobre todo durante la primera infancia.¹⁵ Ya sea por excesiva o insuficiente, de mala calidad o inconveniente, las irregularidades en la alimentación derivaban en afecciones gastrointestinales que conducían frecuentemente a los niños a la muerte. Esta percepción de las causas sociales de la morbilidad infantil, llevó a postular la necesidad de articular la atención médica con la asistencia social. Es por eso que las voces en favor de la implementación de políticas para protección de la infancia no tardaron en hacerse oír.

En 1891, el intendente municipal de la capital, Sr. Francisco P. Bollini, nombró una comisión de especialistas, entre los que se encontraban figuras de la talla de Emilio Coni, José Penna, Horacio Piñero, Alberto Martínez, para estudiar las causas de la elevada tasa de mortalidad infantil de Buenos Aires y proponer medidas para su disminución. Los trabajos de la comisión fueron reunidos en una publicación oficial *Patronato y Asistencia de la Infancia en la Capital de la República* (1892). A raíz de esta labor colectiva –que constituyó el primer plan completo de protección y asistencia de la infancia–, fue creada al poco tiempo la institución municipal que llevó ese mismo nombre: Patronato de la Infancia.

Con todo esto, la mortalidad infantil comenzó a llamar cada vez más la atención de médicos, higienistas y funcionarios públicos locales y el tratamiento del problema cobró impulso.¹⁶ Las publicaciones y congresos médicos sobre este tema se

15. La primera infancia se extendía desde el nacimiento hasta la aparición de los veinte primeros dientes, época en que el niño ingresaba en la segunda infancia (Kaminsky, 1914).

16. Es en este mismo momento cuando puede situarse la constitución y consolidación de la pediatría, especialidad médica centrada en la infancia. Ligada a esta disciplina especializada en la atención de las enfermedades del niño y en el seguimiento de su crecimiento y su desarrollo surgió la puericultura, “ciencia de aplicación” vinculada con la higiene y orientada a la divulgación de métodos de crianza “racionales y científicos” (Colángelo, 2011: 102-103).

incrementaron notablemente y una serie de políticas dirigidas al cuidado de los niños y el amparo de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (“protección indirecta de los niños”), se concretaron al despuntar el siglo XX.

Entre estas acciones se encuentra la ya mencionada sanción de la Ley 5291 de 1907 que reguló el trabajo de mujeres y niños en fábricas y talleres, haciendo referencia en su articulado a la mujer obrera embarazada.¹⁷ Otra medida que es necesario destacar como parte de esta campaña en favor del desarrollo de niños sanos, fue la creación en 1908 de la Sección Protección de la Primera Infancia dependiente de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires. Esta dependencia, tenía a su cargo la protección directa e indirecta de los niños menores de dos años y ejerció sus funciones a través de una red de instituciones: dispensarios de lactantes, institutos de puericultura, Oficina de Inspección de Nodrizas, entre otras.¹⁸

Es necesario aclarar que los establecimientos dependientes de la Asistencia Pública no constituyeron la única oferta de atención de la salud de mujeres y niños y tampoco fueron los más importantes. Como han señalado Álvarez y Reynoso, las instituciones de beneficencia fueron, en gran medida, las responsables de poner en marcha lo que se podría definir como las primeras políticas públicas de atención a la infancia.¹⁹ Establecimientos tales como la maternidad del Hospital Rivadavia, el Hospital de Niños San Luis Gonzaga y la Casa de Expósitos (que cumplía funciones de asilo y hospital) estuvieron entre los servicios más importantes de la ciudad y contribuyeron en gran medida a la atención de los niños lactantes (Mazzeo, 1993: 56-60; Nari, 2005: 125-126).

Como resultado de estos esfuerzos conjuntos, entre el último cuarto del siglo XIX y principios del siglo XX, se registró una marcada disminución de la mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires.²⁰ De todas formas, como ya se mencionó, la morbimortalidad de la primera infancia continuó asociada a problemas en la alimentación. Esto ocasionó que la lactancia asalariada (al igual que el resto de las alternativas nutricias) fuera objeto de análisis y discusión entre médicos e higienistas. Y aunque los especialistas promovían la lactancia materna, como ya hemos señalado, no todas las madres amamantaban a sus hijos. Para estos casos (muy frecuentes al parecer) era necesario contar con otras formas de alimentación. Y de las alternativas disponibles en aquel momento, era la lactancia mediante nodrizas la que más se asemejaba a la materna, ya que en ambos casos se trataba de leche humana.²¹

De todas formas, si no se realizaban los exámenes y averiguaciones pertinentes, contratar una ama de cría podía aparejar inconvenientes debido a sus condiciones físicas (podía estar enferma o presentar insuficiencias en la calidad o cantidad de su leche) y a sus “atributos morales” (por el “tipo” de mujeres que, se decía, participaban de esta industria). Veamos entonces, qué reglamentaciones se interpusieron y qué consecuencias tuvieron para aquellas que vivían del amamantamiento.

El examen de las amas y la reglamentación de la lactancia asalariada

Cuantas veces hemos oído decir en la Oficina,
Inspección de Nodrizas, á mujeres que solicitaban su
certificado de amas de cría, el que era negado por poca
cantidad de leche ó pobreza en elementos nutritivos de
la misma: ‘¿cómo quiere que tenga buena leche si no
tengo que comer?’ Ó ‘¡denos de comer y verá cuánta
leche tendré!’ Y observaciones por el estilo.
(Kaminsky, 1914:72)

17. Esta primera normativa protegió a las obreras en su carácter de madres más que de trabajadoras y coronó una serie de intentos preexistentes. Reguló el trabajo de mujeres y niños en fábricas y talleres y estableció que las mujeres que daban a luz podían volver a trabajar hasta treinta días después del parto, por lo que se les debía guardar el puesto.

18. La acción de la caridad organizada, dirigida por la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal ocupó un lugar central en la historia asistencial de nuestro país. Con su creación en 1823, se inició un largo período de crecimiento y expansión de esta agencia que se interrumpió con su disolución, con el ascenso del peronismo al poder (Álvarez y Reynoso, 2011: 126-127; Moreno, 2001).

19. Los dispensarios de lactantes, creados desde principios de siglo, tenían por objeto favorecer la lactancia natural, pero así también, dirigir y reglamentar la lactancia artificial. Ofrecían leche, harinas y diversos productos a las madres que alimentaban a sus hijos de forma artificial. Asimismo, oficiaban como consultorios externos donde se atendía a niños sanos y enfermos. Como se desarrollará más adelante, a partir de 1910, tuvieron a su cargo el cuidado de los hijos de las nodrizas que debían ser llevados cada quince días a estos establecimientos por sus cuidadoras con el fin de vigilar su salud y alimentación. Por último, ejercían el servicio de inspección a domicilio a partir de las visitas periódicas que realizaban las inspectoras a los domicilios de “sus protegidos”, con el objeto de cerciorarse de que las prescripciones médicas se cumplieran (sobre todo en lo que a la manipulación de alimentos y cuidados del niño se refería). Hacia 1910, funcionaban seis dispensarios en la ciudad; diez años después, se habían triplicado, sumando un total de dieciocho establecimientos. Por su parte, los institutos de puericultura, creados después del Centenario, tenían por objeto vigilar la evolución de los recién nacidos, su alimentación y el cumplimiento de un código de conductas higiénicas por parte de sus madres. Al igual que los dispensarios, contaban con consultorios externos, pero además tenían salas para internar a los niños para la observación médica. Por último, se ocupaban de asistir a las mujeres que tenían problemas con la secreción láctea para que pudieran continuar amamantado.

Muchos de estos establecimientos tuvieron su origen en Francia y una vez implantados en la ciudad de Buenos Aires, adoptaron y adaptaron los proyectos originales al tiempo que les añadieron una serie de funciones complementarias (Canevari, 1904: 79-80, 82-93; Zauchinger, 1910: 105-108; Nari, 2005: 123-127).

20. En efecto, entre 1875 y 1904, este fenómeno se redujo en un 64% con un descenso promedio de un 2% anual. Al despuntar el nuevo siglo, la tasa de mortalidad neonatal representaba solo la cuarta parte de los valores arrojados a fines de

la década de 1850 (pasando de un 98,5 por mil a un 24,1 por mil). Por su parte, los niños nacidos muertos también disminuyeron (con una serie de fluctuaciones) después de los altos niveles registrados hacia fines de la década de 1890 (Mazzeo, 1993: 30).

21. Los médicos señalaban que la alimentación "artificial" (leche de origen animal o preparados a base de harinas) ocasionaba más víctimas que la "natural" (de la progenitora o de una nodriza).

La experiencia indicaba que todos los métodos de alimentación artificial revelaban su ineficacia relativa, debido a que la leche de origen animal tenía "microorganismos de toda especie" que resultaban de las maniobras empleadas para su extracción. A su vez, por las diferencias en su composición y las características que las alejaban de la leche humana, la de origen animal causaba digestiones difíciles que podían derivar en patologías gastrointestinales severas.

Reinaba cierto escepticismo en relación a este tipo de alimentación, a tal punto que muchos especialistas preferían desestimarla. Uno de ellos hacía referencia a esta situación, destacando que los métodos que sucesivamente se habían empleado y los nuevos que día a día se ponían en práctica, eran la prueba más concluyente de que la lactancia artificial era aún por esos años un verdadero problema por el "estado de los conocimientos" (Cervera, 1897: 12).

22. Se trataba de multas muy elevadas para las amas de leche si consideramos que cobraban no más de 20 o 30 pesos mensuales por esta actividad.

La actividad de las amas de leche fue contemplada por las autoridades públicas y sanitarias de la ciudad. El reglamento para el servicio doméstico, del 7 de mayo de 1875, contenía un capítulo reservado a ellas denominado "De las amas de lactancia" (*Digesto de Ordenanzas, reglamentos, acuerdos y disposiciones de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1877*).

Las mujeres afectadas al "amamantamiento asalariado" debían registrarse en la Oficina de Inspección de Nodrizas (oficina pública) y estaban obligadas a portar una libreta al igual que el resto de los trabajadores y las trabajadoras alcanzados por la Ordenanza. Asimismo, debían someterse a controles médicos regulares establecidos por el municipio. Este chequeo debía realizarse cada vez que se cambiara de casa o patrón. De esta forma, además de sus datos personales y laborales, en la libreta quedarían asentadas las condiciones físicas en las que se encontraban las mismas (Art. 20). En relación a los vínculos laborales, la ordenanza establecía que el contrato duraría lo que la nutrición y crianza de la criatura (Art. 21). Solo podía justificarse el despido del ama antes de terminar el contrato, en caso de: fallecimiento del niño, maltratamiento de la misma, "enfermedad o vicios" que tornaran peligrosa la lactancia, falta de leche o descomposición de la misma, robo u otro delito cometido en la casa (Art. 23). Ahora bien, si las amas eran despedidas sin razón, tenían derecho a cobrar sus sueldos por el tiempo por el cual habían sido contratadas en un principio (Art. 24). Del lado de las nodrizas, solo se justificaba el abandono de la crianza en caso de: enfermedad que imposibilitara seguir criando al niño o algún peligro o mal manifiesto producido por la ocupación, maltrato corporal por parte de sus patronos o falta de pago de sus sueldos. En este caso, antes de retirarse debían dar aviso con quince días de anticipación (Art. 22). Las amas que tomaban niños para criar en sus casas debían inscribirse y portar libreta al igual que las que vivían en casa de los padres de la criatura y se les prohibía tomar a más de un niño a la vez "bajo la pena de multa o prisión" (Arts. 25 y 26).

Unos años más tarde, Pagani y Alcaraz (1988: 14) señalan que otra Ordenanza sancionada en 1887 estableció que toda ama de cría que faltase a su contrato por otras causas que no fueran las especificadas en el Art. 22 del reglamento de 1875, sería castigada con una multa de cien pesos moneda nacional (m/n) (Art. 48). A su vez, la multa por alimentar a más de una criatura a la vez se fijó en cincuenta pesos m/n (Art. 49).²²

La implementación de esta reglamentación chocó con una férrea oposición. A esta reacción en contra de su aplicación, se le sumó la falta de recursos necesarios para su puesta en vigor ya que el municipio no aprobó la partida presupuestaria para la creación de la oficina pública que se encargaría de su observancia. Con todo esto, la puesta en vigencia y efectiva implementación de esta normativa se vio obstaculizada y postergada por largo tiempo. Haciendo referencia a esta situación, ya en 1877 un facultativo exclamaba: "hemos llegado a reglamentar todo; ¡hasta la prostitución! y sin embargo nada se ha hecho respecto a la industria de criar niños; las autoridades son altamente culpables por su indiferencia criminal, respecto de una cuestión que tanto interesa a la familia como al Estado" (Beruti, 1877: 42-43).

Mientras tanto, los exámenes y evaluaciones de las aspirantes a nodrizas corrían por cuenta de médicos particulares, o bien, por entidades privadas que, frente a la ausencia de una regulación municipal, ofrecían a las familias porteñas este tipo de prestaciones. Un caso ilustrativo es el del Dr. Villar, quien en 1880, inauguró en su consultorio particular la *Administración de nodrizas*, un "servicio a las familias" que tenía por objeto ofrecer nodrizas "garantizadas" mediante el examen, registro y certificación de sus condiciones de salud y de moralidad (Villar, 1880). Las prestaciones de este emprendimiento fueron publicitadas en las páginas de un diario local:

A LAS MADRES DE FAMILIA.

Administración de Nodrizas creada por el DOCTOR CARLOS L. VILLAR.

En su estudio médico.

-SUIPACHA- 481.

La Administración de Nodrizas tiene por objeto practicar el exámen médico que están al servicio de las familias, para garantizar sus buenas condiciones y la crianza de sus hijos.

Además se encarga de proporcionar nodrizas a las familias que las soliciten bajo las mismas garantías respecto á las condiciones necesarias para criar bien un niño, las que se espresarán en un certificado médico especial que se expedirá cada vez que las familias tome un niño de la Administración ó que teniéndola requiera exámen médico.

La Administración estará abierta desde las 10 á 4 de la tarde todos los días.

(...) queda abierto un libro de matrículas en la Administración de Nodrizas, donde pueden inscribirse gratis las amas de leche que deseen entrar al servicio de las familias, para lo que ocurrirán desde las 12 a las 4 de la tarde todos los días. (*La Prensa*, sábado 24 de abril de 1880).

Permanentemente se alertaba sobre los “peligros” que corrían los niños bebiendo leche que no era la de la madre, más aún cuando se tomaban nodrizas cuyos antecedentes y condiciones físicas y morales se investigaban con tanta dificultad.

A pesar de reclamar permanentemente que estos asuntos eran incumbencia de los médicos, las familias no acudían a ellos para seleccionar a las nodrizas sino que, “sin ningún criterio” (médico), se lanzaban a contratar a quien ofrecía el mejor aspecto. Generalmente publicaban un aviso en algún periódico local que atraía a una multitud de mujeres, “de todos colores y temperamentos”, algunas, “fuertes y aptas para desempeñar las tareas”, otras, “inservibles y peligrosas” (Podestá, 1888: 31).

También acudían a agencias que se dedicaban a buscar y colocar las distintas especialidades del servicio doméstico: “SERVICIO DOMÉSTICO. Las familias que precisen un servicio especial, de confianza y con buenas recomendaciones, lo hallarán siempre, de buenos cocineros y cocineras, de mucamos y mucamas, de niñeras, amas de leche, porteros, jardineros, etc., etc., en la agencia de la calle de Cerrito número 51 entre Piedad y Cangallo” (*La Prensa*, sábado 2 de octubre de 1880). Además de la existencia de agencias que se dedicaban exclusivamente a comerciar con el servicio doméstico, comenzaron a operar otras casas especializadas en la colocación de nodrizas:

A LAS AMAS DE LECHE. Desde hoy las amas de leche pueden pasar a la Oficina de Nodrizas calle Tacuarí 185. LA PRIMERA ESTABLECIDA EN BUENOS AIRES, donde obtendrán excelentes colocaciones. Horas de oficina de 9 á 5 de la tarde. (*La Prensa*, miércoles 24 de abril de 1880).

AMAS DE LECHE, HAY SOLAMENTE DE primer orden, vasca, lombarda, sueldo de 50 a 60\$. Corrientes, 1566, agencia Irene Gay. (*La Prensa*, sábado 3 de junio de 1905).

Hacia fines de siglo, los profesionales de la salud insistían –sin demasiado éxito, a juzgar por sus dichos–, con que eran ellos los únicos capaces de apreciar en qué casos era posible (seguro) aceptar a un ama para su contratación. Para ello, procedían sometiendo a la aspirante a un interrogatorio prolijo y a un examen lo más riguroso posible, para cerciorarse de que no estaba enferma. Se “investigaba” todo lo que pudiera dar señales de alguna afección, “examinando la garganta, la piel, el cuello, averiguando siempre la causa de las cicatrices que se [encontraban]”.²³ La locura, se indicaba, era causa suficiente para impedir la lactancia. La tuberculosis y la sífilis también. Es por eso que había que rechazar de plano a “las nodrizas pálidas y delgadas, con mejillas coloreadas que [contrastaban] con el tinte azulado de la cara, de encías y labios rojo pálido y con la expresión del temperamento linfático”, porque si no eran tuberculosas, indicaba un médico, eran escrofulosas o futuras tuberculosas (Demaría, 1896: 165). Del mismo modo, el análisis de la secreción láctea debía practicarse sin omitir detalles, para tener garantía completa de sus condiciones (Villar, 1880: 40).

23. Asimismo, si la nodriza tenía hijos vivos, los médicos debían cerciorarse de que estos fueran robustos, si habían padecido afecciones gastrointestinales o erupciones de la piel, “en fin, observar por todos los medios, cuando pueda interesar a la salud de la mujer” (Beruti, 1877: 41).

Una vez certificada la buena salud del ama y las bondades de su leche, había que considerar una serie de atributos adicionales. Estas mujeres debían ser jóvenes (“de entre veintidós a treinta y dos años”) ya que una investigación en Europa había demostrado que la composición de la leche (su calidad) variaba con la edad. De igual forma, la tonalidad de la piel y el color de los cabellos parecían incidir en las características de la secreción láctea.²⁴ También atendían a la “robustez” de las nodrizas, aconsejando que las mismas tuvieran “pechos bien desarrollados, con leche abundante” (Beruti, 1877: 40-42).

24. Un análisis sobre su composición química en mujeres de cabellos negros y en otras de cabellos rubios, había demostrado que eran las “morenas” las que tenían “leche de mejor calidad” (Beruti, 1877: 42).

Además de las características físicas, hacían hincapié en la “condiciones morales” y en la conducta de estas mujeres. En un estudio sobre lactancia, un médico argentino explicaba, por ejemplo, que una nodriza “entregada a los excesos del alcohol” exponía a cada momento al niño y su leche resultaba perjudicial. Un colega suyo dijo “haber visto producir la embriaguez en un niño, que había tomado el pecho de una nodriza beoda” y que lo preocupante era que “estos hechos se [presentaban] muy a menudo” (Beruti, 1877: 41).

Ahora bien, aunque el examen pretendía ser lo más exhaustivo posible, lejos estaba de ser infalible. Los médicos tenían una gran desventaja: el anonimato. Como se ha mencionado anteriormente, la mayor parte de estas mujeres eran extranjeras, sin que nadie las conociera, sin que se pudiera averiguar qué clase de vida habían llevado, sin poder descubrir las enfermedades que habían padecido. Era prácticamente imposible conocer sus antecedentes de vida, de moralidad, de conducta. Es por eso que, con gran impotencia, a los galenos no les quedaba más que conformarse con los dichos de las propias interesadas, aun sabiendo (¡suponiendo!) que podían hacer gala de una vida ejemplar que distaba mucho de ser cierta.

En los comentarios de estos profesionales, resonaba una y otra vez un argumento de fondo: la existencia de un verdadero “comercio de la lactancia”. En efecto, muchos pensaban que estas mujeres no eran trabajadoras sino “mercenarias”, y que la “excusa” de la pobreza y la urgencia de la supervivencia solo eran esgrimidas para justificar el abandono en el que dejaban a sus propios hijos. A tal punto esto fue así, que generalmente se hablaba de “lactancia mercenaria”.

Las conductas maternas de las nodrizas eran desacreditadas por razones higiénicas y morales. De allí que, una de las indicaciones para evitar problemas era contratarlas para que criaran al niño en la casa de la familia. De este modo, era posible someterlas a una vigilancia severa.

Todo cuidado respecto a las amas, señalaba un médico, “cuya educación y sentimientos [eran] deficientes”, debía hacerse con la mayor dedicación y vigilancia (Villar, 1880: 40). Había que exigirles una “higiene severa” y observarlas cuando el niño mamaba para cerciorarse de que quedaba satisfecho y que le ofrecía “los dos pechos cada vez”. En segundo lugar, argumentaba que, como generalmente las mujeres que solicitaban un puesto de nodrizas “eran pobres” y la alimentación a la cual estaban acostumbradas estaba en relación a dicha condición, era conveniente cuidar que la transición en su dieta no fuera muy repentina, ofreciéndoles al principio alimentos sencillos hasta que pudieran habituarse (Canaveris, 1875: 34-35).

Por otra parte, advertía que los cuidados reservados a las mismas no debían exagerarse al extremo. No era saludable para los niños que sus amas llevaran una vida sedentaria debido a que por lo general éstas “comían con muy buen apetito” y sus “digestiones se volvían poco regulares” por la quietud en la que permanecían (“no tiene más ocupación en el día que darle el pecho al niño”). Para contrarrestar este perjuicio, recomendaba entonces “ordenarles ejercicios diarios” sin someterlas a trabajos recargados. Asimismo, para que no se alteraran las condiciones de su leche, sugería evitarles en lo posible “las inquietudes de espíritu, las emociones fuertes, la cólera y el desarrollo de pasiones violentas” (Canaveris, 1875: 39-40).

Se advertía, por otra parte, que el riesgo que aparejaba esta modalidad de crianza era quedar preso de los abusos de las amas. Algunos las describían como mujeres “de carácter indómito” que, “explotando la ternura de los padres”, se volvían “caprichosas y exigentes” y amenazaban con abandonar al niño si no se satisfacían sus pretensiones (Canaveris, 1875: 24).

El otro inconveniente que presentaba esta alternativa era que no todas las familias podían costearla (como ya señalamos, esa modalidad de contratación era más costosa). Ahora bien, por un precio más bajo solo podían acceder a nodrizas que criaban en sus casas. En opinión de los médicos, estas constituían un problema en sí mismo. A tal punto era así, que algunos preferían alimentar al niño de forma artificial (con todos los riesgos que ello implicaba), antes que entregárselo a un ama de leche bajo esas condiciones. Los inconvenientes que aparejaba esta última modalidad eran básicamente: el ambiente en el que el niño quedaba inserto -el conventillo- y la dificultad de controlar los comportamientos de estas mujeres y el tratamiento que al niño le deparaban:

... Si fuéramos á narrar la historia de cada una de estas criaturas desamparadas, podríamos escribir una estadística especial de la mortalidad y en la que, la difteria, meningitis, enteritis, consuncion que leen las madres en el diario adivinando instintivamente el alcance de este tecnicismo – podrían ser reemplazados por los de: abandono, miseria, egoísmo, infección, mismas, hambre, conventillo y seguramente en su mayor número, no equivocaremos el diagnóstico. (Canaveris, 1875: 35-36).

Frente a este cuadro, los médicos reclamaban desde hacía tiempo una intervención municipal inmediata y severa; disposiciones municipales que regularan con eficacia esta actividad muchas veces catalogada como “criminal”. Para las autoridades públicas y sanitarias, la mayor preocupación era poder facilitar al público la “adquisición de nodrizas sanas” que garantizaran una buena alimentación y cuidado de los niños.

Con el cambio de siglo, la actividad de nodrizas comenzó a ser objeto de un tratamiento diferenciado del servicio doméstico y a constituirse en un elemento fundamental de las políticas de Protección de la Primera Infancia implementadas por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires.

Una vez iniciado el nuevo siglo, una Ordenanza sancionada el 12 de noviembre de 1902 creó dentro de la Asistencia Pública el “Registro de Nodrizas”, una sección que se encargaría de la inscripción, inspección y extensión de los “certificados de aptitud” para ejercer la lactancia asalariada. Sin embargo, la insistencia en la imposición de multas y el rechazo de las amas a someterse a los exámenes médicos, provocó una reacción indeseada: el ejercicio de la actividad por fuera de los marcos regulatorios establecidos.

Muchas mujeres se resistían a los exámenes clínicos y no fue fácil para los médicos vencer el “pudor femenino”. Para la mayoría era una práctica nueva ya que hasta entonces sus cuerpos habían sido examinados por otras mujeres conocidas, con saberes medicinales populares (Nari, 2005: 46). Para sortear estos inconvenientes, el personal técnico de la oficina pública fue conformándose por “señoritas” médicas y estudiantes de medicina a fin de “inspirar más confianza” a las mujeres que debían prestarse con los niños a dichos exámenes.²⁵

25. Entre el “personal técnico” se encontraba Esther Kaminsky, estudiante de medicina que se desempeñó como “practicante mayor” de la Oficina de Inspección de Nodrizas y que eligió como tema de tesis para graduarse de “doctor en medicina” la puericultura y protección a la primera infancia. En su tesis se encuentra una extensa descripción sobre el funcionamiento de dicha dependencia (Kaminsky, 1914: 80-87).

A los pocos meses de su implementación, el Concejo Deliberante sometió a consideración nuevamente la normativa vigente, ya que el Registro no había prestado servicio alguno debido a que ningún ama se había inscripto en el transcurso de medio año (*Versiones Taquigráficas de las Sesiones de la Comisión Municipal*, 1903: 375-376). El concejal que presentó el nuevo proyecto señaló que la mediocridad de los resultados se debía a las multas que recaían sobre las mismas, ya que generaban un rechazo generalizado al control y a la reglamentación. Es por eso que proponía eliminar las sanciones pecuniarias, al tiempo que consideraba fundamental regular el funcionamiento de las agencias de colocación de nodrizas que operaban en la ciudad.

Luego de un breve intercambio de ideas, fue sancionada la Ordenanza del 16 de junio de 1903 que se presentaba junto a otras disposiciones afines bajo el título de “Registro y agencias de amas” (*Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Leyes, ordenanzas, acuerdos y decretos vigentes*, 1907: 206-208). La nueva normativa estuvo destinada a tornar más efectivos los controles. Por un lado, se eliminaron las multas impuestas a las nodrizas por incumplimiento de los contratos y por criar a más de un niño a la vez. Por el otro, se amplió la aplicación de la reglamentación a las agencias de colocación y a los lactantes.

Las mujeres que ejercían la actividad debían inscribirse gratuitamente en el Registro para que se les extendiera el certificado una vez aprobado el examen médico (Art. 27). Además de la inspección del ama y de la leche (que incluía un análisis “microscópico del porcentaje de manteca, su abundancia y su densidad”), las autoridades podían realizar el control de los niños bajo crianza ya que dispusieron que, “cuando fuese posible” también se efectuarían exámenes a los lactantes (Art. 31).

Para solicitar el certificado, las nodrizas debían presentar la siguiente documentación: libreta de registro civil o copia del acta de nacimiento del niño lactante, certificados de vacunación de ambos (Art. 32) y, en los casos que el lactante hubiese fallecido, el certificado del registro civil con especificación de la causa de la muerte (Art. 33). Los certificados se entregaban cuando los niños superaran los tres meses de edad (Art. 34) y tenían valor por noventa días a contar desde la fecha de su otorgamiento, pudiendo al final de ese plazo ser renovados por otros tres y así sucesivamente (Art. 35). Además, conforme a la prédica médica, se exigía que las mujeres tuvieran entre veinte y treinta años de edad para ejercer la lactancia asalariada (Art. 34).

Ahora bien, además del control del niño lactante (demandante), las autoridades comenzaron a preocuparse por las condiciones de los hijos de las nodrizas. De allí que otros de los requisitos para obtener el certificado era que las amas probasen

que sus hijos estaban bien atendidos y alimentados. La Asistencia Pública podía realizar las “investigaciones” necesarias (Art. 36) y se atribuía el derecho a efectuar visitas al domicilio de la nodriza, para verificar “condiciones higiénicas y estado de su habitación” (Art. 37). Una vez reunidos todos los datos y antecedentes necesarios se confeccionarían expedientes individualizados a fin de poder evaluar, de acuerdo con las circunstancias, la posibilidad de extenderles (o no) los certificados (Art. 38).

Por su parte, las agencias y los corredores que se ocupaban de la colocación de nodrizas debían estar habilitados por la Asistencia Pública y sujetos a su reglamento, de lo contrario serían penados con una multa (irrisoria) de diez pesos m/n. (Arts. 28 y 29). Asimismo, se les prohibía colocar nodrizas que no estuvieran registradas y que no poseyeran el certificado bajo la pena de cien pesos de multa y la cancelación del permiso en caso de reincidencia (Art. 30).

¿Cuáles fueron los efectos de la implementación de esta normativa? En el *Anuario Estadístico de la ciudad de Buenos Aires* se publicaron los resultados del registro y control de las amas de leche en las primeras décadas del siglo XX (Nari, 2005: 295). Entre 1903 y 1916, los mismos evidenciaron que en términos absolutos el número de revisiones anuales osciló entre 500 y poco más de 2.500, siendo notable el incremento después del Centenario. Del total de las mujeres examinadas por la Asistencia Pública en ese lapso, entre el 30% y el 60% no pasó los controles. Esto significaba que, para las autoridades sanitarias, no estaban aptas para efectuar la lactancia asalariada y, en consecuencia, no se les extendía el certificado pertinente.²⁶

Entre los principales motivos para denegarles la entrega del certificado que las habilitaba para vivir del amamantamiento, se encontraban la cantidad y la calidad de la leche y el poco peso del niño a su cuidado, aunque la mala higiene, la detección de infecciones mamarias, la falta de certificados, la ausencia del niño al momento del control y la falta de vacunación fueron también causas frecuentes. En menor medida aun, la detección de sífilis, tuberculosis, sarna, el límite de edad, el rechazo a los exámenes médicos, la muerte de niños por atrepsia (desnutrición) fueron motivos expuestos (Pagani y Alcaraz, 1988: 15).

Con niveles tan elevados de rechazo, es de esperar que muchas nodrizas hayan sido esquivas a este tipo de controles o que hicieran caso omiso a los mismos. La rigurosidad de las autoridades sanitarias debe haber generado que muchas amas ejercieran la actividad evadiendo los registros y controles médicos establecidos por la normativa vigente. En definitiva, para ellas, estaba en juego su propia supervivencia y a veces, la de sus hijos.

Al parecer, existían distintas formas de burlar a las autoridades y de ejercer la lactancia asalariada sin habilitación municipal, ya que las amas a las que se les negaba el certificado, podían procurárselo mediante el pago o préstamo del de otra nodriza autorizada. Estos fraudes eran muy comunes y a menudo eran descubiertos en la oficina. Sobre todo, este tipo de artimañas eran favorecidas por las agencias donde acudían las amas presurosas en busca de una colocación. Los agencieros conservaban en la medida de lo posible los certificados de las nodrizas que colocaban, ya que les servían para colocar después a las que eran rechazadas o carecían de certificado, cobrándoles por ello una comisión mayor.²⁷ Con todo esto, era difícil lidiar con este problema porque las multas establecidas por las ordenanzas para este tipo de irregularidades eran ínfimas (cien pesos m/n) frente a las elevadísimas ganancias de las agencias, las que podían, por cierto, pagar fácilmente una multa por semana.²⁸

De todas formas, como ya se mencionó, al despuntar el nuevo siglo se hicieron más frecuentes los avisos donde se destacaba la existencia del certificado de la Asistencia

26. Entre 1903 y 1910, menos de 1.000 mujeres fueron examinadas por año. Posteriormente, los controles superaron con creces las 1.500 revisiones y escalaron hasta sobrepasar incluso las 2.500. Los mayores porcentajes de mujeres rechazadas se registraron en los años 1903, 1912 y 1916 (alrededor del 60%), 1913 y 1915 (alrededor del 50%). Por su parte, los años con mayor cantidad de certificados expedidos fueron 1909 (más del 70%) y 1910, 1911 y 1914 (entre el 50 y el 60%) (Nari, 2005: 295).

27. Una médica especializada en puericultura señalaba que esto se hubiera podido evitar si los certificados contaran con “el retrato” de la nodriza examinada. Así, toda persona que solicitara los servicios de un ama podía corroborar si la candidata que se presentaba era realmente la examinada en la Oficina de Inspección de Nodrizas (Zauchinger, 1910: 125-126).
28. Una propuesta alternativa fue la de sustituir ese castigo pecuniario por penas de arresto de quince o más días, o bien, prohibir directamente la existencia de las agencias particulares, ya que desde principios de siglo funcionaba la oficina pública (Oficina de Inspección de Nodrizas) a la que se podía acudir para solicitar información sobre “nodrizas sanas” la que era proporcionada gratuitamente (Zauchinger, 1910: 125-126).

Pública. Al parecer, con el pasar de los años se tornó cada vez más necesario acercarse a dicha institución para obtener el certificado de buena salud. Esto pudo deberse a un aumento del control municipal del mercado de la lactancia, que forzó a las mujeres a someterse a su regulación, o bien a que, en caso de no tener problemas de salud, era más efectivo al momento de buscar trabajo someterse a dichas inspecciones y quedar registradas en aquella dependencia municipal, que conchabarse en una agencia particular.

A los pocos años, las nodrizas fueron sometidas a una nueva reglamentación con la sanción de la Ordenanza del 9 de septiembre de 1910 (*Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires Leyes, ordenanzas, acuerdos y decretos vigentes*, 1918). Las disposiciones introducidas en esta ocasión, evidenciaron un cambio en la sensibilidad de las autoridades públicas en relación a los hijos de las nodrizas, ya que las modificaciones se orientaron básicamente a reforzar el control sobre ellos con el objeto de protegerlos. En adelante, para poder acceder al certificado de aptitud, además de todos los requisitos antes mencionados, se les solicitó a las amas que exhibieran certificados de vacunación de sus hijos, documentos que acreditaran su identidad y, en caso de fallecimiento, las actas de defunción con especificación de la causa de la muerte. Asimismo, debían realizarles exámenes médicos regulares (Art. 1661).

Entre las obligaciones de las nodrizas que habían obtenido el certificado, figuraba que en caso de conseguir un niño para criar, debían dejar a sus hijos bajo la vigilancia del Dispensario de Lactantes más próximo a su domicilio; comunicar a la Inspección de nodrizas los datos de la persona que se encargaría de su crianza e informar cada vez que cambiase de cuidadora (Art. 1662). Por otra parte, las autoridades sanitarias podían quitarles el certificado o denegárselo al momento de su renovación a aquellas amas que, habiendo sido informadas sobre las deficiencias en los cuidados de sus propios hijos, no hubieran tomado acción, cambiando de cuidadora. (Art. 1663). Esto podía ocurrir ya que la persona encargada del hijo de la nodriza debía concurrir al dispensario cada quince días, para su vigilancia (Art. 1664). Por último, vuelven a entrar en vigencia los “correctivos” que recaían sobre las nodrizas, ya que tanto ellas como las cuidadoras de sus hijos podían ser sancionadas con multas de cincuenta a cien pesos si no cumplían con las prescripciones de la ordenanza (Art. 1671).

Para cerrar este recorrido por los intentos de regulación y control de la lactancia asalariada, es necesario mencionar que un año más tarde, el Dr. Piñero, por entonces Director General de la Asistencia Pública, propuso que las médicas de la oficina pública realizasen inspecciones domiciliarias a fin de evaluar las condiciones de salud e higiene de los hijos de las amas (y en caso de que el estado no fuese satisfactorio, tomar medidas al respecto). De esta forma se contribuía a que la cuidadora (otra ama), sabiéndose vigilada, se ocupase más del niño que tenía a cargo. Por su parte, el Concejo Deliberante de la ciudad sancionó la Ordenanza del 13 de noviembre de 1911 que completó la reglamentación de la Sección Protección de la Primera Infancia y le adjudicó una suma considerable de dinero que le permitió dar un salto cualitativo a sus instalaciones y servicios.²⁹

Esta reglamentación exigía a las mujeres que ejercían la lactancia asalariada que, en caso de conseguir un niño para criar, entregaran a sus hijos a una “cuidadora” (que bien podía ser otra nodriza) y que, por ende, soportaran ellas mismas los costos de esos servicios de amamantamiento y crianza. A cambio de esta exigencia no se ofrecía ningún tipo de asistencia económica ni de contención institucional (salas-cuna, por ejemplo) para que estas mujeres pobres, una vez que eran madres, pudieran resolver el cuidado de sus hijos para poder salir a trabajar. Las nodrizas, en definitiva, no escapaban a las vicisitudes de la mayoría de las mujeres pobres que habitaban la ciudad: las de intentar compatibilizar maternidad y subsistencia.

29. Tal es así que para 1921, dependían de la Asistencia Pública dieciocho dispensarios de lactantes, cinco institutos de puericultura y la Oficina de Inspección de Nodrizas. Esta normativa promovió asimismo la creación de una escuela de niñas y gobernantas, la instalación de un hospital para lactantes y la impresión de cartillas con consejos a las madres relativos a los cuidados de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, además de los cuidados que los recién nacidos necesitaban. Estas cartillas fueron confeccionadas y traducidas a distintos idiomas y distribuidas en maternidades, dispensarios de lactantes, institutos de puericultura, en la Oficina de Inspección de Nodrizas, en el Hotel de Inmigrantes y en las Oficinas del Registro Civil (Kaminsky, 1914: 48-49).

A modo de cierre

A lo largo de este artículo intentamos demostrar que las mujeres que vivían del amamantamiento y crianza de niños pertenecían a los estratos más pobres de la ciudad. Urgidas por resolver su sustento, optaban por la lactancia asalariada porque era una forma de usufructuar de un estado fisiológico temporal y, en ocasiones, de combinarlo con otras fuentes de ingreso. Muchas de ellas una vez embarazadas o ya siendo madres, perdían su trabajo y debían buscar alternativas o bien, complementar las preexistentes.

Como hemos puesto en evidencia, las amas de leche podían criar en casa del niño y formar parte del plantel de servicio, modalidad que les ofrecía, además de un salario, techo, comida y a veces, vestido. Estas nodrizas eran consideradas de primera categoría y eran las mejores pagas, ya que esa modalidad implicaba una permanente dedicación a la crianza de la criatura. Por otra parte, estaban las que criaban en sus casas. La mayoría de las veces comprometidas con obligaciones domésticas (pareja, hijos u otros familiares) y por tanto, con mayores condicionamientos, cobraban exiguos salarios por hacerse cargo del cuidado de niños ajenos. La clientela de estas amas eran los hijos de las familias pobres, los de las jóvenes solteras que debían subsistir por sus propios medios o los expósitos bajo la tutela de la Sociedad de Beneficencia.

Aunque el ideal era que las mujeres se entregasen a sus funciones reproductivas (biológicas y sociales), lo cierto es que esto resultaba imposible. Por necesidad, enfermedad, costumbre o comodidad, las mujeres no siempre se hallaban en condiciones de cumplir ese rol. Ante estas situaciones, las nodrizas se constituyeron en una opción para resolver la crianza de los más pequeños.

El fenómeno de la lactancia asalariada era, en gran medida, producto de la pobreza y de la falta de oportunidades laborales; sin embargo, muchas veces era condenado como si fuera una cuestión de libre elección. Como ha señalado Machado Koutsoukos (2009), no siempre se reconocía el valor del trabajo de estas mujeres que vivían del amamantamiento y la crianza de niños como tampoco se percibía que detrás de un ama había muchas veces una historia triste pocas veces contada: una historia de desmembramiento familiar, de separación de una madre de su hijo, de fallecimiento de un pobre niño.

Las nodrizas eran consideradas un mal necesario, pero necesario solo en los casos en los que las madres estaban realmente impedidas de amamantar a sus hijos. Es que esta modalidad de crianza mediante nodrizas aparejaba sus inconvenientes. No solo los niños (los propios y los ajenos) podían verse afectados, sino que también las mismas familias contratantes corrían el riesgo de quedar presas de los abusos de las nodrizas. Por su parte, las amas que criaban en sus casas eran consideradas una verdadera amenaza y sobre todo, una de las principales causas de la mortalidad infantil. De allí que una de las formas de contrarrestar sus efectos, era que todo lo relativo a las condiciones que se requerían para la elección de una nodriza y la calidad de su leche, quedaran bajo la vigilancia del control médico y el de las autoridades municipales.

Solo mediante una efectiva intervención de las autoridades sanitarias, los niños podían ser confiados a un ama, teniendo la seguridad de que no serían contagiados de afecciones mortales y que su alimentación contaría con la garantía que solo la ciencia médica podía ofrecer. El ejercicio de la lactancia asalariada poco a poco se fue transformando en un problema público y sanitario y fueron los profesionales de la salud los que se atribuyeron la autoridad y la capacidad para afrontarlo y resolverlo.

Es difícil establecer la efectividad que tuvieron estas disposiciones en la práctica. Es decir, si realmente tuvieron el poder de regular y controlar la actividad con todas las atribuciones antes mencionadas (multar, prohibir, inspeccionar). Como ya se mencionó, seguramente, hubo un auténtico mercado por fuera de estos intentos de regulación municipal de la lactancia asalariada. De todas formas, lo que sí se puede señalar es que paulatinamente la difusión de ideas y prácticas médicas e higienistas surtieron efecto, ya que el certificado comenzó a ser exhibido cada vez más como un valor agregado al momento de competir en ese mercado. Asimismo, muchos de los que buscaban contratar los servicios de un ama se hicieron eco de la necesidad de exigir el certificado de la Asistencia Pública, al punto de constituirse en uno de los elementos determinantes al momento de seleccionarlas.

Por su parte, el discurso médico, adornado con tecnicismos muchas veces dejó entrever su pesada carga valorativa. En efecto, en medio de cuadros, estadísticas comparadas, especificaciones técnicas sobre las enfermedades que afectaban a los niños, extensas descripciones físicas y químicas de la leche y novedosos procedimientos para su esterilización, estos facultativos dedicaron indefectiblemente un capítulo a la lactancia “mercenaria” haciéndose eco de las novedades provenientes de Europa, sobre todo de Francia. Ya sea para erradicar o reglamentar esta modalidad de alimentación (para los niños) y este medio de vida (para las mujeres), la existencia de nodrizas y de un “mercado de la lactancia” fueron objeto de preocupación constante en los que nociones médicas a menudo se entrelazaban con juicios morales.

Fue este el origen de las disposiciones e instituciones que se intentaron implementar desde fines del siglo XIX para regular el mercado de las amas de leche. Reglamentaciones con un espíritu poco proclive a considerar las condiciones de vida y de trabajo de estas mujeres y con una clara intención de preservar a las familias demandantes y a sus hijos. Disposiciones que en un principio priorizaron de forma palmaria la vida de estos, frente a la de los hijos de las amas y que recién comenzarán a resguardar a ese segmento de la infancia pobre hacia el Centenario.

El mercado de las amas de leche comenzó a declinar a mediados de la década de 1920 (Pagani y Alcaraz, 1988: 18). El ocaso de su existencia económica y social debe comprenderse a la luz de ciertos cambios culturales, científicos y técnicos. Por un lado, la emergencia y consolidación de un nuevo ideal maternal y a la difusión de la ideología de la “maternidad científica” centrada en la salud y la crianza del niño, sostenida por médicos e higienistas especializados en pediatría y puericultura. Por el otro, los avances asociados a la alimentación artificial (el perfeccionamiento de los procedimientos de esterilización y pasteurización de la leche de vaca, el descubrimiento de nuevas fórmulas, nuevos formatos de tetinas y mamaderas, entre otras innovaciones). La reconstrucción y análisis de estos procesos serán objeto de futuras pesquisas.

Fuentes y Bibliografía

1.1. Ensayos y estudios

- » Canaveris, Á. (1875). *Consideraciones sobre la lactancia*. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas..
- » Canevari, F. (1904). *Las causas de la mortalidad infantil*. Tesis presentada para optar al grado de doctor en Medicina. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas..
- » Cervera, J. (1897). *Alimentación de la Primera Infancia. Lactancia Materna y Artificial*. Tesis inaugural presentada para optar al grado de doctor en Medicina y Cirugía. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas..
- » Coni, E. (1879). *La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio comparativo con la mortalidad infantil de Río de Janeiro, Montevideo, Lima, México, y otras ciudades americanas*. Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni.
- » Demaría, E. (1896). *Consideraciones higiénicas sobre la leche y la lactancia, Tesis inaugural*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas.
- » Kaminsky, E. (1914). *Puericultura, Protección a la Primera Infancia en la República Argentina*, presentada para optar por el título de doctor en Medicina. Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas.
- » Podestá, M. (1888). *Niños. Estudio Médico-Social*. Buenos Aires, Imprenta La Patria Italiana.
- » Real Academia Española. (1914). *Diccionario de la Lengua Castellana por la Academia Española*, 14^a ed. Madrid, Imprenta de los Susesores de Hernando.
- » Villar, C. (1880). *A las madres de familia de la ciudad de Buenos Aires. Administración de nodrizas*, creada por el Dr. Carlos L. Villar en su Estudio Médico. Buenos Aires, Imprenta de M. Biedma.
- » Zauchinger, A. (1910). *La protección de la primera infancia*. Tesis presentada para optar al título de doctor en Medicina. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas.

1.2. Publicaciones oficiales

- » *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, Capital Federal de la República Argentina, levantado los días 11 y 18 de septiembre de 1904, durante la administración del Sr. Don Alberto Casares. Alberto B. Martínez (director)*. (1906). Buenos Aires, Compañía Sudamericana de Billetes de Banco, pp. CLVVI-557.
- » *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, Capital Federal de la República Argentina, en conmemoración del primer centenario de la Revolución de Mayo, 1810-1910, 16 al 24 de octubre de 1909*. (1910). Buenos Aires, Compañía Sudamericana de Billetes de Banco vol. 3.

- » Honorable Comisión Municipal. (1903). *Versión taquigráfica de la Sesión celebrada el día 16 de junio de 1903, Presidencia del Dr. Manuel Obarrio*.
- » Intendencia Municipal. (1892). *Patronato y Asistencia de la Infancia de la Capital de la República, Trabajos de la Comisión especial*. Publicación oficial. Buenos Aires, Establecimiento Tipográfico El Censor.
- » República Argentina. (1877). *Digesto de Ordenanzas, reglamentos, acuerdos y disposiciones de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires por Mariano Obarrio, Secretario ó Intendente Municipal*. Publicación Oficial, Buenos Aires, Imprenta de la Nación.
- » República Argentina. (1907). *Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Leyes, ordenanzas, acuerdos y decretos vigentes*. Buenos Aires, Imprenta de M. Viedma é Hijo.
- » República Argentina. (1918). *Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Recopilación de leyes, ordenanzas y decretos por José Matías Zapiola (hijo)*. Edición Oficial. Buenos Aires, Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía. *S e g u n d o Censo de la República Argentina, mayo 10 de 1895, decretado en la administración del Dr. Sáenz Peña, verificado en la del Dr. Uriburu. Comisión directiva: Diego de la Fuente (presidente); Gabriel Carrasco, Alberto B. Martínez (vocales)*. (1898). Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, Tomo II.

2. Bibliografía

- » Allemandi, C. (2012). “El servicio doméstico en el marco de las transformaciones de la ciudad de Buenos Aires, 1869-1914”, en *Diálogos*, vol. 16, núm. 2.
- » Armus, D. (2000). “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Lobato, M. (dir.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Tomo 5. Buenos Aires, Sudamericana.
- » Moreno, J. L. (2001). *La Política Social antes de la Política Social. Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX*. Buenos Aires, Prometeo.
- » Álvarez, A. y Reynoso, D. (2001). “Entre el abandono y la debilidad. El cuidado de la salud en la Primera Infancia”, en Cosse, I.; Llobet, V. et al. (eds.), *Infancias: políticas y saberes...*, pp.126-127. Véase asimismo, Moreno, J. L. (2001). *La Política Social antes de la Política Social. Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX*. Buenos Aires, Prometeo.
- » Colángelo, M. A. (2011). “El saber médico y la definición de una ‘naturaleza infantil’ entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina”, en Cosse, I.; Llobet, V. et al. (eds.), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil. Siglos XIX y XX*. Buenos Aires, Teseo.
- » Blum, A. S. (2009). *Domestic Economies. Family, work, and Welfare in Mexico City, 1884-1943*. Lincoln, University of Nebraska Press.
- » Faÿ~Sallois, F. (1980). *Les nourrices à Paris au XIX siècle*. París, Payot. Para Estados Unidos: Apple, R. (1987). *Mothers and medicine: a social history of infant feeding, 1890-1950*. Madison, University of Wisconsin Press.
- » Feijóo, M. (1990). „Las trabajadoras porteñas a comienzos del siglo“, en Armus D. (comp.), *Mundo urbano y cultura popular. Estudios de Historia Social Argentina*. Buenos Aires, Sudamericana.
- » Fonseca, C. (1995). *Caminos de adopción*. Buenos Aires, Eudeba.

- » Kohn Loncarica, A. y Agüero, A. (1986). “El contexto médico”, en Biagini, H.(comp.): *El movimiento positivista argentino*. Buenos Aires, Belgrano.
- Kritz, E. (1985). “La formación de la fuerza de trabajo en la Argentina: 1869-1914”. En *Cuadernos del CENEP*, núm. 30. Buenos Aires, Centro de Estudios de Población.
- » Lobato, M. (2000). „Entre la protección y la exclusión: discurso maternal y protección de la mujer obrera, argentina 1890-1934“, en Suriano J. (comp.), *La cuestión social en Argentina: 1870-1943*. Buenos Aires, La Colmena.
- » ——— (2007). *Historia de las trabajadoras en la Argentina: 1869-1960*. Buenos Aires, Edhasa.
- » Machado Kotsoukos, S. (2009). “‘Amas mercenarias’ o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX”, en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 16, núm. 2, pp. 305-324.
- » Mazzeo, V. (1993). *Mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires, CEAL.
- » Mercado, M. (1988). *La primera ley de trabajo femenino. La mujer obrera (1890-1910)*. Buenos Aires, CEAL.
- » Milanich, N. (2004). “The Casa de Huerfanos and Child Circulation in Late-Nineteenth-Century Chile”. En *Journal of Social History*, vol. 38, núm. 2, pp. 311-340.
- » ——— (2009). *Children of fate. Childhood, class, and the state in Chile, 1850-1930*. Durham and London, Duke University Press.
- » Nari, M. (2005). *Políticas de maternidad y maternalismo político (1890-1940)*. Buenos Aires, Biblos.
- » Pagani, E. y Alcaraz, M. (1988). *Las nodrizas de Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940)*. Buenos Aires, CEAL.
- » Wainerman, C. y Rechini de Lattes, Z. (1981). “La medición del trabajo femenino”. En *Cuadernos del CENEP*, N° 19.

