



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Universidad Nacional de San Martín
Instituto de Altos Estudios Sociales
Doctorado en Sociología

MEDICINA Y MATERNIDAD

Parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del siglo XX

Ianina Paula Lois

Tesis para obtener el título de Doctor/a en Sociología.

Directora: Dra. Karina Bidaseca

Co-directora: Dra. Ana María Vara

Buenos Aires

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Lois, Ianina Paula

Medicina y Maternidad: Parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del siglo XX / Ianina Paula Lois; directora Karina Bidaseca, co-directora Ana María Vara. San Martín: Universidad Nacional de San Martín, 2018.

Tesis de Doctorado, UNSAM, IDAES, Sociología, 2018.

1. Maternidad y medicina. 2. Discurso médico-moral. 3. Sociología de la salud – Tesis. I. Bidaseca, Karina (directora). II. Vara, Ana María (co-directora). III. Universidad Nacional de San Martín, Instituto de Altos Estudios Sociales. IV. Doctorado.

HOJA DE APROBACIÓN

Medicina y Maternidad: Parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del
siglo XX

Ianina Paula Lois

Tesis sometida a examen en el Doctorado en Sociología, Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín - UNSAM, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Sociología. En Buenos Aires, a del mes de de 2018.

_____ (Nombre del director,
titulación e Institución a la que pertenece)

_____ (Nombre del co-director,
titulación e Institución a la que pertenece)

_____ (Nombre del jurado,
titulación e Institución a la que pertenece)

_____ (Nombre del jurado,
titulación e Institución a la que pertenece)

_____ (Nombre del jurado,
titulación e Institución a la que pertenece)

RESUMEN EN CASTELLANO

RESUMEN

Ianina Paula Lois

Director(as): Karina Bidaseca / Ana María Vara

Resumen de la Tesis para la obtención del título de Doctor en Sociología.

La presente tesis da cuenta de los discursos e imágenes acerca de la maternidad - específicamente sobre las intervenciones ante el embarazo, parto y puerperio- por parte de los grupos médicos en el marco de las configuraciones sociales que le dieron sentido en la ciudad de Buenos Aires de los años 1900 a 1920.

A partir del análisis de las fuentes históricas y de los abordajes teórico-conceptuales elegidos, se repone y reconstruye la matriz discursiva que circuló en torno a la maternidad en las instituciones y publicaciones médicas, y que estableció las bases y los alcances de una disciplina como la obstetricia. La comprensión de estos hallazgos en su dimensión histórica establece su incidencia y magnitud en lo que concierne a la producción de disposiciones en torno al nacer-parir, a las formas de corporalidad que impulsa, a las prácticas clínicas que organiza y a la relación entre médicos y mujeres embarazadas o parturientas que se arraigan por esos años.

En un contexto de ideas regido por la noción de cultura científica y donde los problemas sociales son comprendidos en términos patológicos, la *maternidad* aparece en el discurso médico como hecho social-natural, como disciplina e institución médica, como espacio hospitalario y como valor-símbolo-arquetipo social y moral.

Palabras clave: Maternidad, discurso médico, obstetricia, cultura científica, parto y medicalización.

Buenos Aires

Abril 2018

RESUMEN EN INGLÉS

ABSTRACT

Ianina Paula Lois

Director(s): Karina Bidaseca / Ana María Vara

Abstract of the Thesis to obtain the Doctorate degree in Sociology.

The present Thesis accounts for the discourses and images about maternity - specifically about the interventions in pregnancies, births and puerperium- by the groups of doctors within the framework of the social configurations that gave it meaning in the City of Buenos Aires from the years 1900 to 1920.

From the analysis of the historical sources and the chosen theoretical-conceptual approaches, it replenishes and rebuilds the discursive matrix that circulated around maternity in institutions and doctoral publications, and that established the bases and scopes of a discipline like obstetrics. The understanding of these findings in their historical dimension establishes their incidence and magnitude regarding the production of dispositions around the birth-giving, the ways of corporality that it promotes, the clinical practices that it organizes, and the relationship between doctors and pregnant women or parturients who take roots in those years.

In a context of ideas governed by the notion of scientific culture and where the social problems are understood in pathological terms, *maternity* appears in medical discourse as a social-natural event, as a discipline and medical institution, as hospital space and as a value-symbol-social and moral archetype.

Key words: Maternity, medical discourse, obstetrics, scientific culture, birth and medicalization.

Buenos Aires

Abril 2018

INDICE

AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	30
La cultura científica y el pensamiento médico como arquetipo	
1. La población en el centro de las preocupaciones	40
1.1. La cuestión social	43
2. Medicina e intervención en lo social	46
2.1. Higienismo y eugenesia	51
2.2. La asepsia y antisepsia en las prácticas médicas	57
CAPÍTULO II	60
La Maternidad como disciplina médica	
1. Adentro y afuera de la medicina	61
2. La Obstetricia como especialidad médica a cargo del parto y nacimiento	64
2.1. La Ley de Ejercicio de la Medicina y sus reglamentaciones posteriores	68
2.2. La educación superior en la conformación de una identidad corporativa	73
3. Prestigio y moral médica	76
CAPÍTULO III	81
Comadronas y parteras diplomadas: entre la persecución y la instrucción	
1. La institucionalización de la formación de parteras	85
1.1. La Escuela de Parteras	88
2. Las condiciones morales de las parteras	92
2.1. El rol de las parteras en la (con)formación de las madres	94
3. Obstetricia mayor y obstetricia menor	97
4. Parteras diplomadas vs. curanderismo obstétrico	100

4.1. El papel de la Asociación Obstétrica Nacional	103
5. Feminismo y discurso médico	108
CAPITULO IV	111
La maternidad como institución médica	
1. Las instituciones de la ciudad de Buenos Aires	112
1.1. Sociedad de Beneficencia	114
1.2. Administración Sanitaria y Asistencia Pública	117
1.3. Dirección Nacional de Higiene	120
2. Políticas, reglamentaciones y normativas	122
3. La maternidad como espacio médico	127
3.1. Los espacios y elementos del parir-nacer	130
4. Las mujeres que se atienden en los hospitales	142
CAPITULO V	148
El embarazo y el parto en el discurso médico	
1. El embarazo	151
1.1. La edad	151
1.2. La confirmación	155
1.3. La interrupción	159
1.4. La prevención	165
2. El parto	168
2.1. Intervenciones obstétricas	170
2.2. El dolor y la analgesia	175
2.3. La operación cesárea	178
CAPITULO VI	184
La relación de los médicos con las parturientas	
1.El deber de la higiene la mujer	186
2. Fotografía y obstetricia	191

2.1. La foto de frente y perfil	204
2.2. Imágenes médicas	209
3. El dualismo cuerpo-persona resultante	211
4. La mujer como subalterna, débil, inferior e irracional	217
CONCLUSIONES	223
BIOGRAFÍAS BREVES	237
FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA	251
I. Fuentes	251
a) Publicaciones periódicas consultadas para el período estudiado	
b) Publicaciones oficiales, leyes y normativas	
c) Libros, ensayos, tesis y otros documentos	
II. Referencias Bibliográficas	258
Sitios web consultados	

AGRADECIMIENTOS

Empecé a pensar en esta tesis apenas entregué la de maestría. Luego de trabajar con las políticas de comunicación en salud dirigidas a mujeres durante los primeros años del siglo XXI, comprendí que lo que estaba buscando no se encontraba en el presente. Mi trabajo en el Ministerio de Salud de la Nación, coordinando y acompañando a las áreas de comunicación que se ocupaban de la salud materna y reproductiva, me había mostrado, con la contundencia de la práctica, las formas en que el discurso médico desborda y expande sus alcances más allá de lo biológico, entrometiéndose en las cuestiones de la vida cotidiana de las mujeres con pretensiones morales y normativas. Allí se inició este camino.

En paralelo, me había acercado e incorporado al *Programa Poscolonialidad, Pensamiento Fronterizo y Transfronterizo en los Estudios Feministas* del IDAES / UNSAM que coordina Karina Bidaseca. Allí encontré un espacio de reflexión e intercambio crítico, junto con enfoques conceptuales y epistemológicos que no había abordado hasta ese momento, y que resultaron el marco propicio para desarrollar mi trabajo. La decisión de realizar el doctorado en Sociología ocurre en ese contexto y desde una mirada retrospectiva considero que fue una gran elección.

De esta forma, el primer agradecimiento es para Karina Bidaseca, directora de esta tesis, y generadora de numerosas y sucesivas iniciativas colectivas en las cuales, poniendo en juego las propias subjetividades, podemos revisar los sentidos y las significaciones que nos rodean y dan cuerpo a las sensibilidades contemporáneas. El segundo agradecimiento es para Ana María Vara, codirectora de la tesis, a quien conocí en uno de estos espacios, y que luego de escuchar la potencia y rigurosidad de su trabajo, y sentir la afinidad con su perspectiva, comprendí que su mirada sería un aporte fundamental para la investigación. Gracias a las dos por acompañar y orientar el recorrido de esta tesis. La experiencia, la generosidad, la calidez y el aliento fueron la clave y la constante en este proceso.

El Doctorado en Sociología del IDAES / UNSAM resultó un espacio de formación de excelencia donde, desde una propuesta disciplinar, pude no solo consolidar sino expandir y fortalecer mi capacidad de análisis de lo social. Agradecer a los responsables de la gestión del doctorado y al conjunto de profesores que lo integran, y que han dejado su huella en las

páginas que siguen: Pablo de Marinis, Ariel Wilkis, Sebastián Pereyra, Luciana Anapios, Diego Hurtado y Ernesto Meccia. Quiero mencionar especialmente el acompañamiento de Gabriel Noel en las instancias de elaboración y escritura de la tesis, quien con su mirada aguda y comprometida ayudó a sostener los devenires del proceso.

También fueron claves mis compañeros y compañeras de seminarios y de espacios de intercambio, investigación y publicación. Con el temor de olvidarme de alguno, agradezco a Leticia Virosta, Lucia Lodwik, Andrea Beltramo, Sergio Kaminker, Sergio Spinella, Maura Brighenti, Juan Pablo Puentes, Agustina Veronelli, Diana Ochoa y Diana López. En el último año, el espacio compartido durante la cursada de Taller III fue sumamente enriquecedor. Las lecturas, comentarios y el acompañamiento mutuo de Julia Burton, Celina Vacca, Magdalena Felice y Dana Gariboglio, fue no sólo muy valioso, sino necesario.

Un momento clave el proceso de investigación, fue el encuentro con las imágenes médicas durante el trabajo de archivo. El análisis de un material de este tipo no había sido previsto de antemano, pero la fuerza de esas fotografías obstétricas para dar cuenta de los argumentos confirmaba la necesidad de incluirlas en el análisis. En este sentido agradezco a Cora Gamarnik y a Carlos Masotta por su tiempo, sus observaciones y sugerencias para el abordaje de estos materiales. También a Janine Smirnoff por su ayuda exquisita y minuciosa en la presentación de las fotografías.

Por su parte, gracias a las juradas del proyecto de tesis doctoral, Paula Aguilar y Mónica Gogna, por sus atentas observaciones y aportes.

Además, no quiero dejar de mencionar a la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, espacio donde me formé y desde donde inicié mi camino como profesora e investigadora. Sus aulas forman parte de mi vida cotidiana y son los espacios (más allá de los cambios edilicios) en los cuales, de la mano de profesores entrañables y compañeros de estudio y de docencia, me metí de lleno con los procesos de significación de la vida social, y en las tensiones y disputas por la construcción y fijación de los sentidos de nuestras realidades sociohistóricas. Mis compañeros de cátedra en el Taller de Comunicación Comunitaria, en particular con quienes llevamos adelante las cursadas, Carola Pardo, Santiago Galeano, Laura Carral y Gladys Cean; y a su titular Nelson Cardoso. Así como a Juan Isella con quien desarrollamos el Seminario

de Comunicación e Intervención en lo Social. Con todos ellos, en diferentes momentos, compartimos numerosas charlas y conversaciones sobre las cuestiones que rodean a esta tesis.

La Maestría en Género, Sociedad y Políticas de FLACSO Argentina me brindó herramientas teóricas y conceptuales para comprender las relaciones de género en tanto dimensión constitutiva de lo social, a la vez, que me acercó de modo sistemático a los estudios feministas. Un agradecimiento especial merece Mónica Petracci, mi directora en esa instancia.

En el recorrido, además, estuvieron presentes los lugares en donde me desempeño actualmente, aportando paciencia y aliento, sobre todo en estas últimas etapas: el Centro Cultural de la Cooperación, gran espacio para el crecimiento y desarrollo intelectual crítico en un marco colectivo; la Universidad Nacional Arturo Jauretche, en particular el Instituto de Salud, desde donde junto a referentes como Teresa Poccioni y Martín Silberman, puedo aportar a un proyecto de formación en salud que potencia la apuesta por una mirada social; y también la Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo con su compromiso no solo con los derechos de las mujeres, sino con la construcción de instituciones educativas más equitativas.

A mi familia, siempre presente. Gracias a mi hermano Bruno por estar al pie del cañón con su presencia luminosa. A mis amigas de diferentes espacios y etapas vitales: Carina, Mariel, Eva y Gaby, con quienes desde las vivencias cotidianas venimos compartiendo conversaciones sobre la maternidad, la crianza y sus devenires; a Carola, por ser compañera y amiga multidimensional, y que con su mirada sensata, y su alegría contagiosa, abre las posibilidades de llevar adelante proyectos, ideas y deseos. Yamila y Gladys con las cuales desde el afecto construimos un grupo de trabajo de gran confianza, contención, apoyo y potencia; y a Carolina y Natalia con quienes en muy poquito tiempo generamos un vínculo profundo que atraviesa cuestiones de nuestras historias personales y generales.

Por último, quiero agradecer a Leticia Vizán por el sostén permanente, y a Mauro Lo Coco, coordinador de talleres de escritura y editor de mi aventura literaria, por habilitar un espacio para construir *otra* forma de relación con la escritura y la palabra.

Dedico esta tesis a Mati y Pato, mis hijos, protagonistas cada uno, junto conmigo, de ese momento en que lo que era uno pasa a ser dos, y donde, sin duda, no hay lugar para la

indiferencia. Y claro, a Gustavo, que siempre está ahí, con su alegría y apoyo, pudiendo ver el mapa completo y atento a lo que el momento requiera. Con ellos construimos un vínculo inquebrantable, que los sucesos de la vida no han hecho más que fortalecer. También quiero dedicar esta investigación a mi mamá Graciela y a mi hermana Fiorella, cuyas maternidades me interpelan de forma directa. Lo que vivimos juntas no hace más que confirmar que un parto, la llegada de un hijo, marca el punto de partida de una vida que se conmociona.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, pueblos, sociedades y culturas han interpretado, regulado y dado sentido a los momentos del embarazo, el parto y el puerperio, en tanto situaciones claves de la maternidad como dimensión social más amplia. El parir-nacer es un proceso vital universal en el que se conjugan las características específicas de la reproducción humana, pero que se extiende mucho más allá, hacia prácticas y relaciones sociales no vinculadas al cuerpo femenino como el cuidado, la atención y la socialización, las definiciones de salud y enfermedad, las políticas sobre prevención e higiene, el afecto y cariño, entre otros tópicos.

En tanto fenómeno del orden cultural, cuyas dimensiones materiales y simbólicas - objetivas y subjetivas- se encuentran en constante interpenetración, las ideas, valores y sentimientos emergentes en torno de la reproducción biológica y de las relaciones sociales originadas alrededor de la maternidad, operan en las prácticas que, a su vez, encuadran el espectro simbólico posible.

Estas prácticas y los discursos a los que ellas dan lugar se relacionan de manera estrecha con la estructura económica, política, social y cultural de cada época, principalmente, con los modelos de sociedad y sociabilidad que se tienen por deseables, los marcos de sentido vigentes sobre el cuerpo y su relación con el entorno, la posición social de las mujeres y la disponibilidad de conocimientos y medios para intervenir en la gestación y el nacimiento.

Las características, disposiciones, actitudes e interpretaciones que se van a desplegar sobre el embarazo, el parto y el puerperio se configuran históricamente. Así, desde fines del siglo XIX, en Occidente, se aceleran y acoplan una serie de procesos que van a transformar en poco más de dos décadas la forma en que se va a parir y nacer en la ciudad de Buenos Aires.

En sintonía con los cambios en los escenarios sociopolíticos nacionales y mundiales, en estos años se transforman los modelos sociodemográficos del país. Buenos Aires es una ciudad que se urbaniza aceleradamente y que cuenta con un gran crecimiento poblacional. En este escenario, en el período que va desde los inicios del siglo XX hasta fines de la década del veinte, se conforman gran parte de las instituciones médicas argentinas. Puntualmente, la

obstetricia adquiere entidad propia y comienza su especialización dentro de la medicina, campo donde se desarrolla un proceso de delimitación de las competencias entre los profesionales médicos.

Es un momento de modificaciones en el plano de la organización y administración de los hospitales y demás instituciones de salud, que generan una serie de conflictos en el seno de las elites estatales por los contornos y sentidos de la administración sanitaria pública, específicamente se desarrollan fuertes confrontaciones entre quienes tienen a su cargo la beneficencia oficial y ciertos voceros de la corporación médica nacional (Belmartino, 2005; González Leandri, 2000).

Aparecen en la agenda pública las discusiones sobre la necesidad de implementar políticas sociales dirigidas a las madres y los niños (Nari, 2004); es una agenda política básicamente reformista que busca el reordenamiento social, la mejora de las condiciones de vida de los sectores populares y la vigilancia y moralización de la población. Las ideas de intervencionismo estatal logran plasmarse en estructuras gubernamentales y representan una modificación profunda de las relaciones Estado-sociedad.

Paralelamente, la ciencia se configura como proveedora de legitimidad de discursos, a la vez que se desarrolla el traslado de sus categorías al análisis de diversos aspectos de la realidad social. Se sostiene en la tendencia que aparece desde fines del siglo XIX en el ideario argentino -que Oscar Terán (2000) denomina la *cultura científica*- en la cual convergen diversas influencias y conviven conceptos como progreso, evolución, raza, lucha por la vida, selección natural, organismo y enfermedad social, leyes, estadios humanos inferiores y superiores, determinación biológica, entre otros, que son usados para dar cuenta de fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos.

Por su parte, como señala la historiografía feminista, en estos años se intensifica el proceso de *maternalización* de las mujeres (Barrancos, 1990; Guy, 1994; Nari, 2004), cuyo fin es ajustar las *supuestas* funciones naturales con ciertos imperativos sociales. Se termina de configurar un modelo social saludable de género: padre proveedor y madre paridora y cuidadora de la reserva potencial de la especie. De esta forma, en unas pocas décadas, la experiencia de parir y de nacer se modifica velozmente en simultáneo con la intervención

médica sobre los cuerpos de las mujeres, en tanto objetos de estudio y de políticas sociales considerados a partir de la racionalidad científica (Segato, 2013).

En este escenario, es posible preguntarse: ¿cuáles son y qué características adquieren las relaciones entre el sistema hospitalario -su forma de organización y sus prácticas- y las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas en la Buenos Aires de esos años?, ¿qué tipo de controversias se presentan en función de las diferentes evidencias científicas disponibles, y las explicaciones morales, cognitivas, políticas y económicas desplegadas ante las decisiones organizacionales, burocráticas, sanitarias y clínicas frente al embarazo, parto y puerperio?, ¿bajo qué argumentos los grupos médicos logran configurarse como una disciplina legítima de saber-poder fundada en ciertas regulaciones, procesos y tecnologías, con potestad para establecer parámetros morales en torno al parir-nacer?, ¿cuál es el impacto de la conformación de la obstetricia en las políticas públicas relacionadas con salud materna?, ¿qué modelos de mujer y madre se consolidan en estos años?, y ¿qué pasa con la corporalidad de esas mujeres en tanto objetos de investigación e intervención?

Estas son las preguntas que motivan el interés en este tema y guían los pasos de esta investigación, cuyo principal objetivo es identificar, describir y analizar los discursos e imágenes acerca de la maternidad -específicamente sobre las intervenciones ante el embarazo, parto y puerperio- por parte de los grupos médicos en el marco de las configuraciones sociales que le dieron sentido en la Ciudad de Buenos Aires de los años 1900 a 1920.

En esta línea, la tesis repone, reconstruye e interpreta los discursos e imágenes que circularon en torno a la maternidad en las instituciones y publicaciones médicas: como hecho social-natural, como disciplina médica, como espacio hospitalario y como valor-símbolo-arquetipo social y moral; a fin de establecer su incidencia en lo que concierne a la producción de disposiciones en torno al nacer-parir, a las formas de corporalidad que impulsa, a las prácticas clínicas que organiza y a la relación entre médicos y mujeres embarazadas o parturientas que se arraigan por esos años.

Concretamente, en las páginas que siguen, se van a identificar, describir y analizar 1) los discursos e imágenes médicas en torno al embarazo, parto y puerperio, buscando reconocer el tipo de argumento que desarrolla, quiénes son los agentes que enuncian los

diferentes enunciados, qué destinatario construyen en tales formaciones discursivas y en qué soporte se apoyan; 2) los procesos por los cuales el saber del médico obstetra se conforma en un capital político, capaz de intervenir en la toma de decisiones referidas a la salud pública, específicamente en lo que hace a la atención de las mujeres durante el momento del parir-nacer, y a la investigación e intervención sobre sus cuerpos; 3) las controversias científicas, sociales, cognitivas, políticas y morales sobre salud materna que se desarrollan; 4) la capacidad de los grupos y sociedades médicas para influir y regular las prácticas socioculturales de la población en salud y maternidad, aportando a la construcción de hegemonía y legitimación del orden social; y por último 5) las transformaciones en las políticas públicas a partir de la conformación del campo de la obstetricia, junto con la aparición de nuevos sujetos de la medicina, y el desplazamiento de otros, en el período de referencia.

Este recorrido se apoya en una serie de supuestos:

- a. El campo de disciplinas científicas se delimita a través del manejo de ciertos marcos conceptuales y enfoques metodológicos que señalan y caracterizan la "realidad" de los fenómenos que demarcan el objeto de estudio. Se concibe y categoriza al individuo y a las prácticas reproductivas como fenómenos naturales a ser regulados por las instituciones médicas, y desde una episteme que recorta su campo de estudio disciplinario y de intervención profesional disociada del contexto histórico y social.
- b. En Occidente, la configuración de la modernidad-colonialidad tuvo como eje predominante el pensamiento médico para la comprensión y el tratamiento del fenómeno de la salud a través de un enfoque asistencialista y disciplinario, que incluyó en su matriz formas peculiares de dominación, discriminación y subalternización, desde una perspectiva de interseccionalidad clase/género/raza/etnia/sexo.
- c. La reproducción y la maternidad son fenómenos multidimensionales, en este sentido no se opndrán unidades y dimensiones de análisis, sino se establecerán niveles que impliquen la búsqueda de una articulación entre las dimensiones micro y macrosociales.
- d. La conformación del campo de la obstetricia es un proceso histórico-social dependiente de las condiciones de trabajo y de vida de una sociedad determinada, y se encuentra

articulada con los procesos políticos, ideológicos e institucionales que, en las sociedades modernas, presentan correspondencias con el modelo de Estado y con los modelos de acumulación. En forma análoga, con el desarrollo del capitalismo y la emergencia de las profesiones modernas y de las instituciones vinculadas al Estado y sus articulaciones con el complejo médico-asistencial, las políticas de salud materna y reproductiva contribuyen significativamente a la construcción de hegemonía y legitimación del orden social.

Los cambios en la forma de concebir la maternidad coinciden cronológicamente con los esfuerzos por medicalizar la reproducción biológica. Progresivamente se configura la identificación de la subjetividad femenina con la condición materna, proceso en el cual la medicina forma parte activa al definir a la reproducción humana como uno de sus objetos privilegiados. La importancia social de la función materna justifica los esfuerzos por medicalizar el embarazo y el parto, así bajo el nombre de obstetricia, se formulan y reformulan un conjunto de saberes y prácticas preexistentes.

En Buenos Aires, las vertiginosas transformaciones demográficas impulsadas por el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, de la mano de la urbanización y la inmigración masiva, junto con los cambios en el mercado de trabajo, las ideologías poblacionistas y la reciente organización del Estado con su potencial educativo y sanitario, conforman el contexto para entender este proceso.

En este escenario, las mujeres son convocadas a no abandonar sus funciones *naturales* y a respetar la división que reserva el espacio público para los varones y el privado para ellas (Felitti, 2011). Desde sus roles domésticos de esposas y madres van a ser interpeladas como agentes de moralización social, y piezas clave para la construcción de la nacionalidad. Las representaciones acerca de lo socialmente aceptado, legitimado y naturalizado en torno a la maternidad y lo materno aceptan su inscripción en la naturaleza femenina, en los cuerpos y la biología. La maternalización de las mujeres, su progresiva confusión entre mujer y madre, entre femineidad y maternidad, se construye y extiende gradualmente en diferentes ámbitos y planos de la vida social, de las ideas y prácticas científicas y políticas. Así, y dado que se justifica en la naturaleza, tiene pretensiones universales y abarca a todas las mujeres sin distinción.

La legitimación y justificación pretendidamente irrefutable de la maternalización de las mujeres por parte de la ciencia médica no es un fenómeno local. Por el contrario, se trata de un proceso que abarca al mundo occidental entre fines del siglo XVIII y principios del XX (Nari, 2004). Forma parte de un conjunto de transformaciones sociales, económicas y políticas clave que tienen lugar en las sociedades capitalistas y se vinculan a los cambios poblacionales, al valor otorgado a la población y al lugar dado a la familia en la conformación de la sociedad y la política.

Esta tesis permanentemente va a trabajar en diversos planos y dimensiones que, a los fines analíticos, en algunos capítulos se presentarán de forma separada. Esta simultaneidad de procesos, que en ocasiones se potencian y retroalimentan, y en otras se tensionan y contraponen, tomará formas diversas. A veces parecerá una madeja (más o menos enredada), otras va a representar una matriz o una red con puntos fijos fácilmente identificables, y en muchos momentos su imagen se acercará más a la de una nebulosa que, de forma difusa, tamizará relaciones y prácticas aportando la característica del ambiente.

En este sentido, la conformación del campo médico de la obstetricia, por un lado, y la reproducción y la maternidad, por otro, son problemáticas multidimensionales que refieren a procesos sociales complejos donde convergen tópicos diversos que han sido abordados desde distintas disciplinas de las ciencias sociales. Por lo cual, la tesis abreva en diferentes vertientes teóricas.

Uno de los grandes sostenes conceptuales es el concepto de *configuración* de Norbert Elías (1993), dado que resulta muy productivo para expresar la dialéctica entre los fenómenos individuales y los fenómenos sociales. Según el autor, las expresiones individuales sólo pueden ser aprehendidas en su relación con las *configuraciones sociales*, entendidas como entramado peculiar atravesado por relaciones de poder cambiante. Así, la noción de *configuraciones sociales* permite no caer en una mirada exclusiva de los individuos, percibidos como independientes y por fuera de estructuras o marcos sociales, pero tampoco abonar a un estudio de sociedades sin individuos o de sistemas independientes de los sujetos que los conforman. La construcción social de la realidad no opera en un vacío social, sino que está sometida a coacciones estructurales en las cuales los individuos constituyen configuraciones de diverso tipo.

En este marco, se dirá que las posiciones individuales de los médicos de la época -lo que dicen, lo que escriben y el lugar desde donde lo hacen- sólo podrán ser aprehendidas en su relación con las configuraciones sociales entendidas como un entramado peculiar atravesado por relaciones de poder cambiantes. Los rasgos de un grupo social que conforma una posición específica o peculiar sólo pueden comprenderse a partir del tejido de imbricaciones sociales en el cual están insertos. Esta perspectiva permite no caer en una imagen incompleta y distorsionada (Elías, 1969) de las relaciones históricas, cosa que suele suceder cuando las investigaciones se detienen en buscar la respuesta a estas preguntas a partir de la individualidad de las personas, por ejemplo, el caso de ciertas miradas organizadas en torno a la gesta de médicos grandiosos.

A partir de la pregunta de Elías respecto de la comprensión de comportamientos sociales distintos a los que nos son familiares, es posible decir que esta tesis trata de profundizar en la comprensión del surgimiento y la consolidación, en un momento dado, de una forma de parir-nacer *peculiar*. Una forma -unas prácticas significadas de manera específica- que con certeza sonará habitual y cotidiana a los tiempos en los que se escribe esta tesis pero que, de ningún modo, puede presuponerse como la transformación natural o racional de la forma que las personas llegan al mundo y en que las mujeres transitan los diferentes momentos de la reproducción de la vida humana.

Es decir, se trata de un intento por recorrer uno de los momentos de gran arraigo del proceso de configuración del ethos médico occidental, en una de sus especificaciones, y dar cuenta de la forma en que se acoplan, articulan y sincronizan matrices en apariencia incompatibles, discordantes e incongruentes. Acceder a ese mundo para comprender y describir lo que para los actores mismos -médicos, parteras y mujeres embarazadas, parturientas y/o puérperas- tenía sentido y resultaba relevante. Esto incluye, dar cuenta de un tipo de sensibilidad, no en el sentido de ser sensible ante algo, sino en términos de qué sentimientos, valores y actitudes se disponen ante la situación reproductiva.

A la hora de trabajar en la reconstrucción del proceso por el cual el saber del obstetra se instituye como un capital político, me apoyo en los trabajos que refieren a la conformación de la *cultura científica* a partir del cambio de siglo, con énfasis en aquellos que realizan contribuciones en relación al análisis de las tecnologías de salud materna desplegadas y

generalizadas en esos años en articulación con las ideas positivistas y evolucionistas (Terán, 1983; Altamirano, 2004; Suriano, 2000; Bruno, 2011).

Para la identificación y caracterización de las articulaciones entre la organización del campo de la obstetricia en Argentina, con los procesos políticos, ideológicos e institucionales de la época se toman los aportes de aquellos autores que trabajaron sobre la consolidación del campo de la salud en relación en un contexto marcado por la expansión del capitalismo y la emergencia de las instituciones del Estado moderno. En este sentido se recuperan los trabajos de Graciela Biagini (1992, 1996 y 2011), Karina Ramacciotti (2008, 2009, 2020 y 2011), Susana Novik (1992) y Susana Belmartino (1995 y 2005), entre otros. Al mismo tiempo, se toma en consideración la caracterización que realiza Diego Armus (2001, 2007 y 2010) sobre los diferentes enfoques para narrar la salud y la enfermedad en el pasado¹.

Asimismo, se han incorporado algunos de los aportes de la sociología de las profesiones (González Leandri, 2000) y otros de la llamada teoría del etiquetado de Howard Becker (2009). Junto con ellos, la mirada sobre los procesos de urbanización de inicios del siglo XX de la Escuela de Sociología de Chicago resulta un aporte interesante para pensar cómo las situaciones de *desorganización*, que son asociadas a problemáticas sociales y concebidas en términos patológicos, impulsan la implementación de políticas estatales de corte racional.

También, se hace referencia a los estudios recientes en torno a la historia de la ciencia y la medicina, comprendiendo que la tarea de historizar las prácticas del pasado que tuvieron al ser humano como objeto de estudio y manipulación es tarea doblemente sensible. En ellas

¹ Diego Armus (2010) reconoce tres estilos diferentes para abordar la historia de la salud y la enfermedad, que despliegan énfasis diversos. *La nueva historia de la medicina* tiene como fin renovar la tradicional narrativa desarrollada por los médicos que dan cuenta sobre todo de la historia de cambios en los tratamientos o de las biografías de médicos famosos. Esta perspectiva tiende a destacar los fortuitos desarrollos del conocimiento médico, tensionando la historia natural de las patologías y los inciertos desarrollos del conocimiento biomédico. Aportan una mirada crítica al contexto científico, social, cultural y político en el cual algunos médicos, investigadores, instituciones y tratamientos alcanzaron la legitimidad, mientras otros no lograron generalizar sus propuestas. *La historia sociocultural de la enfermedad* aborda estas cuestiones desde diferentes disciplinas, no sólo como problema sino también como analizador o recurso para discutir otros tópicos. Este modo de escribir la historia de las enfermedades asume que una dolencia, mal o patología existe luego de que se ha llegado a un acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas. El último de los enfoques descritos por Armus es el de la *historia de la salud pública*. En este caso el foco está puesto en el poder, la política, el Estado, las instituciones y la profesión médica. Es una historia que se pretende útil e instrumental.

se reproducen los interrogantes epistémicos propios de las prácticas cognitivas con posibilidades de experimentación, pero además amplifican jerarquías, relaciones de poder y estrategias de cosificación del *otro* en tanto objeto de reflexión y manipulación. En este sentido, se adscribe al planteo de Diego Hurtado (2003) en referencia a que en toda narración que tiene por objeto la referencia al pasado de la ciencia subyace implícita o explícita una concepción de la actividad científica y otra de la historia, junto con las propias nociones de objetividad y verdad, las cuales ejercen determinaciones mutuas.

Con relación al análisis de las regulaciones desplegadas sobre las prácticas socioculturales de la población por parte de los grupos y sociedades médicas, parte del apoyo surge de los trabajos que dan cuenta de las influencias que las ideas del higienismo y eugenesia tuvieron sobre estos grupos cuando buscaron contribuir con la construcción de hegemonía y legitimación del orden social (Miranda y Vallejo, 2005; Belamartino, 2001; Checa, 2009 y Di Liscia, 2005).

Por su parte, para dar cuenta de las formas que adquieren los espacios del parir-nacer y lo que hace a las relaciones cotidianas entre las personas que allí van a interactuar, como en las disposiciones corporales que esta espacialidad reorganiza, se tomaron los aportes de la sociología de Erving Goffman, en particular lo que refiere al ajuste de la mirada a la dimensión práctica de lo cotidiano. Puntualmente las nociones de *orden de interacción*, *marcos de referencia* y *procesos de desposesión* resultan profundamente valiosos.

Asimismo, se toman las contribuciones del proceso de construcción de un modelo de organización de los roles de género, donde la maternidad aparece como el único destino socialmente consensuado para la mujer, y que la coloca en condición de subordinación respecto del esposo u otros varones de la sociedad (Barrancos, 2002). Estos aportes refieren a cómo se desarrollaron las ideas sobre la naturaleza maternal femenina en sintonía con la supuesta inferioridad de las mujeres; y cómo en un modelo capitalista esto implicó la producción de la mujer/madre ideal, recluida en el espacio privado, y la consiguiente invisibilización del trabajo doméstico (Correa, 2000; Gil Lozano, 2000; Lobato, 2007; Valobra, 2005, entre otros).

Dentro del variado universo de trabajos que forman parte de la historia de las mujeres en la Argentina, se recupera especialmente la obra de Marcela Nari (2004) que inicia el análisis

histórico de la construcción del discurso y de las prácticas que forjaron el ideal de la maternidad en la Argentina desde fines del siglo XIX. También se consideran algunos estudios que dan cuenta de las formas de agencia configuradas ante cada coyuntura y las diversas coaliciones conformadas entre las mujeres, las agrupaciones feministas y otros actores sociales (Barrancos, 2008).

Para dar cuenta de la complejidad del proceso de medicalización, se incluyen otros abordajes que revisan las relaciones entre las instituciones médicas y las mujeres de los sectores populares, poniendo el foco en la clínica como espacio de negociación y disputa, en un marco más amplio de consolidación del proyecto político de transformar a la medicina científica en la única alternativa curativa frente a las enfermedades (Checa, 2009; Pita, 2008).

Respecto de la mirada sobre el pasado, en la historiografía contemporánea, particularmente la de América latina y la Argentina, se observa una producción historiográfica heterogénea con gran variedad de enfoques y temas que da cuenta de lo dinámico del campo. A partir de lecturas como las de Quijano (2000), Segato (2007) y Bidaseca (2010) se buscó tomar distancia de las perspectivas binaristas que recorren gran parte de los estudios históricos de la región, presentando una historia donde la racionalidad, el positivismo y el cientificismo organizan los argumentos sobre las formas en que la población transita la relación entre las enfermedades, la medicina y su propia corporalidad. Esto me permitió observar críticamente tanto la pretensión de *objetividad* y *universalidad* de las formas de conocimiento institucionalizadas en América Latina (Lander, 2000; Quijano, 2000; Segato, 2013), como la exigencia de homogeneizar las formas básicas de existencia social de las poblaciones entre las que se encuentran las prácticas en torno al nacer y parir.

Esta posición implica adherir a una narrativa de la historia que se separe de las visiones lineales teleológicas y evolucionistas del tiempo histórico ya desacreditadas por pensadores como Walter Benjamin. Es decir, comprender el tiempo histórico a partir de temporalidades superpuestas y en conflicto, en el marco de un espacio geográfico y una cultura material (Didi-Huberman, 2009).

Así, otro de los puntos de apoyo es la perspectiva del Grupo de Estudios Subalternos que me permitió cuestionar los estatutos asumidos por la historiografía occidental clásica -sus omisiones y sus perspectivas- como parte del paradigma de la modernidad que se expresa en

prácticas científicas y discursivas alrededor de una razón universal, dentro del cual la medicina forma parte del conjunto de los macrorrelatos que han legitimado una visión del mundo a partir de las relaciones de dominación económica, cultural y política (Chatterjee, 1999; Guha, 2002). También, están presentes los ejes centrales de la microhistoria italiana que, como su nombre lo indica, implica una apuesta por el nivel microhistórico frente a los modelos globales, pero sin abandonar el nivel de los procesos macrohistóricos. Es decir, sin subsumirse totalmente en el espacio micro, sino por el contrario penetrar en él, para recrear otro modo de asumir tanto lo macro como lo micro en la historia, redefiniendo también de un modo nuevo su compleja dialéctica (Ginzburg, 1994).

Por último, para el abordaje de las controversias científicas, sociales y morales sobre salud y maternidad se toman algunos de los desarrollos de Bruno Latour y su sociología de la ciencia. En este sentido, los conceptos de *controversia* y *ensamblado* ocupan un lugar central, al momento de reponer la historia de la producción de las institucionalidades médicas.

Respecto de la dimensión metodológica, se desarrolló una estrategia cualitativa, con enfoque historiográfico, que permitió el abordaje del objeto de estudio en sus múltiples dimensiones en función de los objetivos propuestos.

Como inicio de la investigación, se llevó adelante una revisión bibliográfica exhaustiva a fin de construir el estado de la cuestión y el marco teórico. Avanzado este punto, se realizó la búsqueda y selección de las fuentes. Para ello, se concurrió en varias oportunidades a la Biblioteca Nacional y a la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina ubicadas en la ciudad de Buenos Aires a pocas cuadras de distancia. En estos dos lugares se obtuvo la mayor parte de los documentos -publicaciones científicas periódicas, tesis de medicina, memorias de encuentros de las sociedades científicas, proyectos de normativas y resoluciones institucionales, programas y textos para la formación de médicos y parteras, entre otros- incluidos como fuentes. También se concurrió al Museo Histórico que funcionaba en el Hospital Rivadavia, llamado originalmente Hospital de Mujeres, donde fue posible obtener algunas otras fuentes inéditas.

Aunque no es la única, una de las fuentes más relevantes y productivas resultó la publicación llamada *La Semana Médica -la más alta tribuna de la producción médica*

nacional- según sus propias palabras. Para el período analizado, *La Semana Médica* publicó dos voluminosos ejemplares por año, con entre 700 y 800 páginas. Cada uno de estos números contiene diversos artículos que abordan cuestiones obstétricas, específicamente sobre la reproducción humana y la intervención de la medicina durante el momento del embarazo, parto y puerperio. También, se incluyen textos que presentan descripciones detalladas sobre los resultados obtenidos ante la implementación de maniobras durante partos complicados o el uso de medicamentos para el tratamiento de patología gestacionales. Hay artículos que exhiben un mayor énfasis argumentativo, y donde se discuten asuntos que van desde la definición de parto natural y el parto artificial a la enumeración de las características de lo que llaman la maternidad moderna. Asimismo, desde el marco de la obstetricia, se publican informes estadísticos de los hospitales que cuentan con sala y servicio de maternidad de la ciudad de Buenos Aires, junto con transcripciones de conferencias nacionales e internacionales pronunciadas en ámbitos académicos sobre higiene, demografía o herencia en términos genéticos.

Dentro de las publicaciones científicas, también se revisaron los *Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* y algunos ejemplares de la *Revista Médico-Quirúrgica*, de la *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, de la *Revista de la Sociedad Médica Argentina* y de la *Revista de la Asociación Obstétrica Nacional*. Asimismo, se incorporaron algunas leyes, normas, reglamentos y disposiciones de diferente escala y alcance.

Conformado el corpus, a partir de las técnicas de análisis documental y bibliográfico (Valles, 1993) se llevó adelante la sistematización y clasificación de las fuentes. Se desarrolló una matriz específica para su volcado que permitiera dimensionar los alcances y la densidad del corpus. Vale la aclaración que en el diseño original del proyecto no se había previsto la incorporación de las fotografías, sino que esta cuestión emergente se definió durante la investigación en función de la relevancia que estas imágenes poseen.

Luego se desplegó el proceso de análisis de los documentos seleccionados en función de los objetivos formulados. La interpretación de estos documentos se acompañó de una reconstrucción del contexto social, cultural y político en que los mismos han sido producidos. En líneas generales, no se buscó un uso extensivo ni panorámico de las fuentes, sino

desarrollar una *investigación intensiva* en términos de Elías (1969). Es decir, comprender lo que para estos mismos médicos tenía sentido o buscaba tenerlo. Siguiendo con Elías diremos que el nexo de la maternidad con la medicina fue considerado como no comprobado, ni obvio, ni natural, ni simplemente dado. En esta indagación no se va a hablar (solamente) de gramáticas, retóricas ni organizaciones temáticas, sino dar cuenta de lo aceptable, lo opinable y de lo verosímil respecto de la potestad médica en torno a la reproducción humana, en un momento histórico y un lugar específicos.

La perspectiva del discurso social habilitó un abordaje de las fuentes apropiado y fértil. Angenot (2010) plantea que hablar de discurso social es abordar los discursos como hechos sociales y, a partir de allí, como hechos históricos; es decir, describir un objeto compuesto formado por una serie de subconjuntos interactivos donde operan tendencias hegemónicas y leyes tácitas. En este marco, los discursos sociales no fueron considerados como un espacio indeterminado donde diversas tematizaciones se producen de manera aleatoria, ni una yuxtaposición de géneros y estilos encerrados en sus propias tradiciones que evolucionan según sus pautas internas. Por el contrario, se aborda un tipo de hegemonía que es la que se establece en el discurso social.

Angenot, comprende que la hegemonía discursiva es uno de los elementos de una hegemonía cultural más abarcadora, que establece la legitimidad y el sentido de los diversos estilos de vida, de las costumbres, actitudes y mentalidades que parecen manifestar. Siguiendo con el planteo sostiene que la hegemonía no es el conjunto de los esquemas discursivos, temas, ideas e ideologías que prevalecen, predominan o tienen el más alto grado de legitimidad en el discurso social global o en alguno de sus autores; sino que es “el conjunto de los repertorios y reglas y la topología de los estatus que confieren a esas entidades discursivas posiciones de influencia y prestigio, y les procuran estilos, formas, microrrelatos y argumentos que contribuyen a su aceptabilidad” (2010: 30).

Entonces, la hegemonía discursiva no es aquello que se manifiesta con más fuerza en medio del “vasto rumor de los discursos sociales”, tampoco es aquello que se dice en varios lugares a la vez, ni lo que resulta de la dominancia cuantitativa, sino que es un conjunto de

mecanismos que regulan la aceptabilidad sobre lo que se dice y escribe, y estratifican grados y formas de legitimidad².

Esta perspectiva también incluye la construcción de enunciadores legítimos, que cuentan con el derecho de hablar por sobre otros. En esta tesis, el sujeto que se configura como enunciador privilegiado es el médico y el objeto de sus enunciados las mujeres en tanto pacientes u otras trabajadoras del ámbito de la obstetricia. El discurso médico en general, posee la característica de construir una relación relativamente simétrica entre productores y destinatarios. Es una relación entre pares, el texto médico se dirige a otros médicos o estudiantes de medicina. En este sentido, no interesó tanto dar cuenta del tipo de destinatario que se construye desde los textos, a los que se considera pares de quienes ocupan el lugar de enunciador, sino de dar cuenta de su objeto: las mujeres en las diferentes etapas reproductivas y también las mujeres que participan del proceso de atención e intervención médica, dado que con ellas se mantiene la forma de esa relación.

De este modo, la investigación que se propone en esta tesis se sitúa en un terreno que no ha sido explorado por la sociología y por la historiografía local. Si bien hay una serie de trabajos que han analizado con gran rigurosidad un conjunto de dimensiones respecto de la relación entre medicina y maternidad, lo han hecho tomando como punto de partida la medicalización del embarazo, parto y puerperio. Esta tesis va en sentido inverso. El objetivo es desmontar para comprender ese proceso a partir de un análisis multidimensional que otorgue complejidad y hondura a los hallazgos.

Así, cada capítulo da cuenta de una dimensión y un campo de análisis diferente y a la vez simultáneo y sincronizado temporal y geográficamente. En el primero, se aborda la configuración de la ciencia como proveedora de legitimidad de discursos y representaciones, y el traslado de sus categorías al análisis de diversos aspectos de la realidad social. En esa

² En relación con la perspectiva del discurso social, vale la pena señalar algunas cuestiones más relevantes para este estudio. En primer lugar, el supuesto que señala que esta propuesta implica no dissociar el contenido de la forma, lo que se dice y la manera adecuada de decirlo, el discurso social une ideas y formas de hablar. En segundo término, la presunción que la hegemonía discursiva presupone que hay temáticas que merecen ser debatidas, es decir las controversias médicas que aparecen suponen un acuerdo anterior sobre el hecho de que el tema que se trata existe y merece ser debatido. En tercer lugar, la idea de que el efecto de masa sincrónica del discurso social sobredetermina la legibilidad de los textos particulares que forman esa masa (Angenot, 2010).

clave, se incluye un apartado sobre el uso de metáforas médicas y otro sobre el eje población y cuestión social. También se incorporan referencias al higienismo y la eugenesia y a la medicina en tanto práctica de intervención en lo social. Es un capítulo que propone una mirada más amplia y alejada de la cuestión, y que funciona como marco de referencia general, sobre todo en lo que hace al mundo de las ideas.

En el siguiente capítulo se presenta un recorrido por los inicios de la obstetricia en el país, en su devenir como especialidad médica a cargo del parto y el nacimiento. Se describen las medidas e instrumentos normativos y jurídicos que permitieron marcar un adentro y afuera de la profesión. Asimismo, se incluye un apartado sobre la construcción y consolidación del prestigio y la moral de los médicos obstetras.

El capítulo tres tiene como protagonistas a las comadronas y parteras. No había sido prevista su inclusión como tópico específico en el diseño de la investigación, pero la dimensión, el volumen y la contundencia de la transformación de este rol en el acompañamiento del parto conformaron una unidad temática de gran relevancia para el análisis general. En estas páginas se hace referencia a los mecanismos de persecución y control de las parteras, en contrapunto con la institucionalización de esta función y su correlato en la creación de espacios de formación. A su vez se describen las pretendidas condiciones morales de las parteras de cara a su rol en la educación de las madres. Por último, se incorpora un breve análisis del papel de la Asociación Obstétrica Nacional en el marco del surgimiento y las discusiones en torno al feminismo local de esos años.

El capítulo siguiente está dedicado al análisis de la maternidad como institución médica. Se describen las relaciones y los conflictos entre las instituciones que cuentan con espacios de injerencia en la salud materna. Se reseña la creación de salas de maternidad en hospitales de la ciudad y la implementación de políticas públicas sobre la cuestión. Asimismo, se analiza la maternidad como espacio médico que reorganiza y reconfigura las prácticas del nacer-parir, por lo cual se agrega una mirada sobre los elementos e instrumentos obstétricos. En el final del capítulo, se presentan unos cuadros de elaboración propia con información sobre la cantidad y el grupo social al que pertenecen las mujeres atendidas en las salas de maternidad de los hospitales, a la vez que se muestra la velocidad temporal del proceso de medicalización del parto.

En el capítulo cinco, se desarrollan y analizan los discursos médicos sobre el embarazo y el parto como práctica clínica. Es un capítulo que observa de modo minucioso las formas en que los obstetras dan cuenta de estos procesos. Se reponen los debates, acuerdos y controversias respecto de los significados, valores y patrones morales que se asocian a estas etapas vitales. Los tópicos incluidos son los hallados en las propias fuentes. Así sobre el embarazo se hace referencia a la edad de las mujeres, a las dificultades para su confirmación y a las discusiones en torno a su interrupción. Por su parte, en relación con el parto se abordan las cuestiones del parto forzado, acelerado e intervenido. También las discusiones sobre el dolor y la analgesia, y el gran tema que es la operación cesárea.

El sexto y último capítulo se organiza a partir del análisis de las relaciones entre los obstetras y las mujeres como pacientes, desde el punto de vista médico. Allí se va a sostener que -de acuerdo con la forma en que cada uno de los participantes de la interacción se piense a sí mismo y al otro, junto con la manera en que considere su lugar, su rol y función en esa relación- se va a disponer un tipo específico de prácticas en torno al parto y el nacimiento. Para ello, se definieron una serie de ejes significativos que permitieron dar cuenta de sus características. En este sentido, se desarrollan apartados sobre el deber de la higiene en la mujer, sobre la concepción del cuerpo de la embarazada y parturienta, y sobre el acceso a la información y el conocimiento en relación con las intervenciones médicas. En este capítulo se incorpora además el análisis de las fotografías que forman parte del corpus, su inclusión se justifica dado que se entiende que la disposición de esas imágenes abonará a la comprensión de las interrelaciones antes mencionadas. Hacia el final, se trabaja sobre la subalternización e inferiorización de las mujeres en el discurso médico-científico.

Luego de estos seis capítulos, se incluye un apartado con una breve biografía de aquellos médicos que aparecen frecuentemente en el trabajo. La mirada de conjunto permitió ver con mayor nitidez las características que comparten este grupo de médicos, la mayoría especialistas en obstetricia. Sobre todo, posibilitó confirmar la superposición de cargos y funciones entre los ámbitos académicos, de servicios médicos y políticos-gubernamentales; la pertenencia generalizada a familias de la élite política y económica del país o en algunos casos a sectores medios con disponibilidad de recursos; entre otras particularidades.

Por todas estas cuestiones, esta tesis, fundada en torno a los criterios de la investigación sociológica, y vivenciada subjetiva y políticamente desde el lugar de madre, mujer y militante feminista, busca aportar a la comprensión de un problema que se considera propio y que sin duda se comparte con muchas mujeres de nuestra sociedad. Esto es, tanto la configuración de los marcos de sentidos que restringen a las mujeres a la tarea de engendrar, parir y criar, confundiendo mujer con madre; como la expulsión y exclusión de las propias mujeres de la información, el conocimiento y las decisiones sobre su cuerpo y los procesos vitales que en ella se desarrollan. Reponer la forma en que el discurso de la ciencia médica contribuyó en este sentido, constituye un objeto de interés sociológico que hasta el momento no ha sido abordado desde la perspectiva propuesta.

Al mismo tiempo, esta tesis aspira a ser una contribución al debate actual sobre el derecho a una maternidad libre y diversa, flexible, compartida y en construcción. Rastrear en el pasado algunas claves para entender el proceso de medicalización del embarazo, el parto y el puerperio -no para prescindir ni desechar conocimientos valiosos para la salud de las mujeres y sus hijos- sino para favorecer su autonomía en torno a la maternidad, comprendiendo que el derecho a la información y a la toma de decisiones no está aún garantizado.

CAPÍTULO I

La cultura científica y el pensamiento médico como arquetipo

Existe cierto consenso en señalar que el período de la historia del país abierto en el año 1880, en el cual se concretó la federalización de Buenos Aires y Julio Argentino Roca asumió su primer mandato, dio inicio a una nueva etapa. Nuevos actores irrumpieron en escena y perfiles de singulares personalidades se instalaron en los despachos políticos y los ámbitos intelectuales para propulsar acciones renovadoras que dejaron sus efectos en todas las esferas, mientras la Argentina se insertaba en el escenario mundial con un rol definido (Bruno, 2011). Puertas adentro, el país se organizaba en torno a los ideales del progreso, la paz y el orden, principios que se cristalizaban en medidas concretas y en diversos proyectos.

La Buenos Aires de fin de siglo pasado era una ciudad³ que se urbanizada aceleradamente y con un gran crecimiento demográfico. Algunos autores hablan de revolución urbana al hacer referencia al grado de radicalización de este proceso de construcción de nuevos barrios y a la transformación de los viejos cascos urbanos en centros modernos (Liernur, 2000; Lobato, 2000). Destacan la escala –enorme, acelerada y masiva– de estas transformaciones en los lugares de vida y trabajo de la población. Transformación que incluye las formas de construcción, el cambio en los materiales utilizados, el incremento en la cantidad de trabajadores involucrados, la disminución de los tiempos requeridos para las obras, entre otros aspectos.

En textos como el de Liernur (2000) se proponen imágenes de la ciudad como un gigantesco obrador en permanente movimiento, y donde la impresión es de desborde y exceso, tanto por el crecimiento de la ciudad más allá de los límites imaginados y planificados, como también por los nuevos y masivos actores que aparecen con su dinamismo

³ La ciudad de Buenos Aires, capital del Estado, contó con un estatus complejo dentro del entramado jurisdiccional³. A partir de 1917, el Congreso Nacional aprobó una ley electoral para el municipio porteño que regiría hasta octubre de 1941 y que establecía la existencia de un Concejo Deliberante elegido bajo el sufragio masculino, secreto y universal, aunque el intendente fuera designado por el presidente de la República (Cattaruzza, 2009).

y capacidad de transformación. Situación ante la que algunas voces dirigentes denuncian la urbanización como una enfermedad y buscan el retorno a un pasado idealizado de equilibrio y mesura, otras sostienen que el territorio urbano debe que ser una expresión del mercado y otras marcan la necesidad de generar marcos regulatorios y de control.

Se trata de un proceso histórico en el cual la ciencia se configura como proveedora de legitimidad de discursos y representaciones, a la vez que se desarrolla el traslado de sus categorías al análisis de diversos aspectos de la realidad social. Se sostiene en la tendencia que aparece desde fines del siglo XIX en el ideario argentino -que Oscar Terán denominó la “cultura científica”- en la cual convergen diversas influencias y conviven conceptos como progreso, evolución, raza, lucha por la vida, selección natural, organismo y enfermedad social, leyes, estadios humanos inferiores y superiores, determinación biológica, entre otros, que son usados para dar cuenta de fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos.

Oscar Terán sostiene que en el lapso que va de 1880 al Centenario, la elite dirigente argentina fue parte y escenario de una batalla intelectual por la construcción de imaginarios sociales y nacionales (Terán, 2000). Los discursos que los intelectuales produjeron en ese lapso impulsaron gran parte de la cultura nacional. La historiografía, la crítica literaria y otras disciplinas afines transitaron con frecuencia la esfera cultural de este período. Entre las zonas temáticas y las opciones metodológicas y conceptuales más recurrentes para esa exploración aparece reiteradamente la mención al clima de ideas atravesado por el positivismo⁴ y la cultura científica, articulado con el análisis de las relaciones entre Estado y control social, en un momento de gran preocupación por la cuestión nacional por parte de los sectores dirigentes.

En *Vida intelectual en el Buenos Aires fin-de-siglo* Terán analiza los esquemas de percepción y valoración de la realidad que subyacen en la obra escrita de algunos autores claves del momento. Así, a partir de los nombres propios de Miguel Cané, Ernesto Quesada,

⁴ Se suele señalar a Alejandro Korn como el estudioso pionero del positivismo en Argentina. En su trabajo sobre las influencias filosóficas en la evolución nacional propone una cronología del positivismo en el país a partir de la identificación de distintas camadas positivistas: la generación del 37 con Juan B. Alberdi a la cabeza, la generación post-Caseros y la generación del ochenta, a la que divide entre “universitarios” -José María Ramos Mejía, Eduardo Holmberg, Juan Agustín García, Luís María Drago y otros-, y “normalistas” -miembros de la Escuela del Paraná-: Víctor Mercante, Rodolfo Senet, y Alfredo Ferreira.

Carlos Octavio Bunge, José María Ramos Mejía y José Ingenieros reflexiona sobre el concepto de *cultura científica*⁵ en tanto "conjunto de intervenciones teóricas que reconocen el prestigio de la ciencia como dadora de legitimidad de sus propias argumentaciones" (Terán, 2000: 9). Ideario apoyado en el evolucionismo biológico (Charles Darwin), el evolucionismo social (Herbert Spencer), las teorías de corte determinista (Hippolyte Taine), la criminología positivista italiana (Cesare Lombroso, Enrico Ferri, Raffaele Garófalo), el monismo materialista (Ernst Haeckel), las teorías sociales que ponían el énfasis en la combinación de lo social y lo psíquico (Gustave Le Bon, Gabriel Tarde), entre otras. Estas tendencias se habrían disputado un espacio para la construcción de imaginarios sociales y nacionales alternativos en detrimento de una "cultura religiosa" en evidente retroceso.

Tomando la literatura de ideas y el ensayo con pretensiones científicas como base, se ponen de manifiesto las continuidades y modificaciones que la cultura científica -en su querella con el espiritualismo estetizante- introdujo en el espacio de saber intelectual. Cuestión –dice Terán- que se torna históricamente significativa dada la función dirigente y dominante que este sector ejerció en esos años, y en la medida en que sus concepciones pudieron resultar reguladoras de sus prácticas.

En *Positivismo y nación en la Argentina*, un texto anterior a aquel en que enuncia la categoría de *cultura científica*, Terán señala que en nuestro país como en otros países latinoamericanos "la ideología positivista desempeñó un considerable papel hegemónico, tanto por su capacidad para plantear una interpretación verosímil de estas realidades nacionales cuanto por articularse con instituciones que tramaron un sólido tejido de prácticas sociales en el momento de la consolidación del Estado y la nación a fines del siglo pasado y comienzos del actual" (Terán, 1987: 11). El positivismo constituyó la "matriz mental dominante" y el ensayo positivista fue la forma discursiva que articuló las lecturas sobre los efectos indeseados de la modernización y los discursos útiles y necesarios para "inventar la nación".

El autor señala:

⁵ Terán va a preferir la denominación de cultura científica a la de "positivismo" por resultar más abarcativa, tanto porque algunos de los intelectuales que analiza no cumplen totalmente "con el canon desarrollado desde Comte hasta Spencer, bien porque el mismo movimiento positivista contuvo una serie de matices que indican la conveniencia de no subsumirlos sin precauciones dentro de dicha corriente de ideas" (Terán, 2000: 9-10).

Esta terapéutica de las reformas sociales demanda el preciso conocimiento del campo sobre el cual pretende operar y, para tal fin, se acudirá a una sociología inspirada en los métodos de las ciencias positivistas. Los sujetos habilitados para decir la sociedad y sus males deberán ser tan científicos como escasos, y es a partir de estas minorías del saber cómo se podrá imaginar una intervención eficaz de los intelectuales sobre la esfera estatal (Terán, 1987: 46).

Así, Terán les concede a estas voces intelectuales un lugar clave en la construcción de representaciones sobre la sociedad y en la configuración de ideas sobre la nación (Bruno, 2011), pero también en un lugar central en tanto hacedores de discursos en clave de “terapéutica de las reformas sociales” (Terán, 1987: 59).

Los discursos e interpretaciones sobre la vida social que encontraron una fuente de vocabulario y referencias en las ciencias naturales y comenzaron a tener fuerza pública hacia 1880. Carlos Altamirano identifica a un grupo de hombres públicos de cultura e introductores de las Ciencias Sociales en Argentina⁶ que contaban con una autoridad cultural y que se desempeñaron en un clima intelectual fuertemente marcado por el positivismo entendido en términos de “cultura intelectual más bien ecléctica” (Altamirano, 2000: 33). También, desde otra posición ideológica, Halperin Donghi, en el artículo *Un nuevo clima de ideas* (1998), coincide respecto de la preponderancia del positivismo como corriente hegemónica de los años posteriores a 1880. Afirma que 1880 marcaría el paso del romanticismo al positivismo como una etapa caracterizada por la existencia de una dimensión coral en la vida de las ideas. Es decir, se habría producido la superación de las luchas ideológicas encarnadas por las facciones políticas típicas de las décadas anteriores; junto con la ampliación de la opinión pública y el predominio del movimiento secularizador en todas las facetas del debate de la época (Halperin Donghi, 1998).

Por su parte, Suriano (1990) da cuenta de la existencia de un grupo de profesionales e intelectuales influenciados por el positivismo de Spencer y el consecuente desarrollo de las Ciencias Sociales en Estados Unidos y Europa. Este corriente –explica Suriano– preconizaba la posibilidad de adaptar al estudio de la sociedad, métodos similares a los utilizados por las Ciencias Naturales (observación, experimentación y comparación), de modo de prever el

⁶ Dentro de este grupo, Altamirano menciona a Juan Agustín García, Ernesto Quesada, Rodolfo Rivarola y José Nicolás Matienzo, José María Ramos Mejía, Francisco Ramos Mejía, José Ingenieros y Carlos Octavio Bunge, entre los más relevantes (Altamirano, 2000).

funcionamiento de la sociedad y sancionar las medidas correspondientes para evitar conflictos y mantener el orden social. La aplicación de la metodología de análisis científico a las cuestiones sociales fue una de las líneas de intervención en lo social de esos tiempos⁷.

Hacia la década de 1880 el uso de conceptos, expresiones y fórmulas positivistas pasó a ser materia corriente en Argentina. Pese a que varios escritos mencionan la superposición de climas y que referencias a un mismo grupo de ideas, autores, vocabularios y metáforas fue

⁷ Se ha escrito mucho sobre la influencia en nuestro país del positivismo de Comte y el evolucionismo de Spencer y sobre la primacía de uno u otro en los discursos de la época estudiada. Ricaurte Soler (1959: 49), en su estudio clásico sobre el positivismo en la Argentina, señala que ya desde 1850 el vocablo "positivo" se tomó frecuente en los escritos intelectuales para designar tanto lo que es objetivo, real, natural, como lo que es progresista en el terreno social y político.

Asimismo, Oscar Terán (2000: 83) puntualiza que, para el programa positivista, el sujeto se define como cognoscente, sólo se atiene a los hechos (fenómenos accesibles a la experiencia sensible) y desecha por incognoscible aquello que los sentidos no pueden experimentar, oponiéndose así al intuicionismo y a las verdades abstractas y absolutas. La forma de conocimiento del positivismo es inductiva y su metodología está determinada por las pruebas documentales. Terán, a lo largo de sus estudios sobre el tema, plantea la dificultad de definir el término positivismo a causa de los distintos matices de ideas que en éste se involucran. Así, adopta la designación de cultura científica, para indicar el conjunto de intervenciones teóricas que, para legitimar sus argumentos, apelan al prestigio de la ciencia (Terán 2000: 9).

Por su parte, Félix Schuster (1985: 321) entiende que quedan incluidos dentro del positivismo, el comtismo ortodoxo, el agnosticismo spenceriano y el científicismo. Considera que en el pensamiento argentino se ha incluido dentro de la noción de positivismo a todas las corrientes que compartían, al menos, tres tesis comunes: "el conocimiento fecundo es sólo el de los hechos", "la certeza es otorgada por ciencias experimentales" y "la renuncia a cualquier perspectiva apriorística es el modo de evitar el error o el simple verbalismo".

Para Alfredo Galletti (1985: 101-102) los principios positivistas conforman una doctrina apegada a las circunstancias, ocupada en ver la realidad ineludible y dejar de lado los fantasmas y las utopías. Al mismo término apelan Alfredo Kohn Loncarica y Abel Agüero (1985: 120), al analizar el modo en que la doctrina comteana fue convenientemente aceptada en la esfera médica argentina. Para Hugo Vezzetti (1988: 13), desde una perspectiva fundada en el estudio histórico de la psicología, el positivismo es, paralelamente, una cosmovisión y un programa de acción que se asume funcional en los problemas científicos, pero también en el terreno de las instituciones sociales. Carlos Altamirano (2004: 36) analiza la génesis de la ciencia social en la Argentina bajo el halo del positivismo indica que al positivismo nacional hay que entenderlo como una cultura intelectual ecléctica, aunque de espíritu más spencenano que comteano, es decir más evolucionista que positivista.

Volviendo a Terán (2008: 126), éste también da cuenta de los cruces entre el evolucionismo de Spencer y el positivismo de Comte, y de la manera en que ambos fueron utilizados para abordar los nuevos conflictos nacionales, y destaca que en este entrecruzamiento las alianzas discursivas que estableció el positivismo se dieron, sobre todo, con el darwinismo social. Para Terán (2008: 139), el darwinismo social era, antes que nada, una concepción anticientífica disfrazada de científicidad.

apropiada por personajes muy diversos de la política y la cultura de la Argentina finisecular⁸, lo que permite pensar en una cultura científica en la que actuaban los ensayistas del positivismo, los científicos sociales y otros intelectuales es que recurrían a la hegemonía indiscutida de la ciencia como organizadora de la realidad y postulaban lecturas de la sociedad marcadas por el causalismo y el determinismo reduccionista, en algunos casos, mientras que en otros se adaptaban de manera productiva a las necesidades de las elites de la época (Bruno, 2011).

El discurso médico proveyó a los intelectuales no sólo de presupuestos epistemológicos acerca del cuerpo, sino también de un criterio de autoridad para legitimar representaciones sociales. Es de destacar la capacidad performativa de las operaciones críticas para apropiarse de conocimientos y saberes de otras disciplinas y diagramar con ellos los modelos narrativos. El punto de articulación más fuerte con la medicina se realizó en el nivel de la trama o argumento.

“En tiempos de la guerra del Paraguay todos eran mariscales y generales a lo menos; ahora todos son médicos” dice el médico y escritor Eduardo Wilde en 1871 y con esa frase da cuenta de la hegemonía que había adquirido la medicina al punto que el discurso médico operó como una matriz ficcional de suma productividad. Dominado por la ciencia y el positivismo, se imaginó la utopía del perfeccionamiento de la población mediante los conocimientos científicos. De esta forma, en el período marcado por el cambio del siglo XIX al XX, el discurso médico adquiere un mayor peso y comienza a operar como una matriz interpretativa de suma productividad. Organizado argumentativamente por parámetros científicos, los grupos dirigentes que lo enuncian imaginan el perfeccionamiento de la

⁸ Véase por ejemplo: Caimari, Lila, *Apenas un delincuente: crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina, 2004; Suriano, Juan, *Anarquistas: cultura y política libertaria en Buenos Aires, 1890-1910*, Buenos Aires, Manantial, 2001; Barrancos, Dora, *La escena iluminada: ciencias para trabajadores, 1890-1930*, Buenos Aires, Plus Ultra, 1996; Zimmermann, Eduardo, “Los intelectuales, las Ciencias Sociales y el reformismo liberal: Argentina, 1890-1916”, en *Desarrollo Económico*, vol. 31, núm. 124, 1992.

población mediante los conocimientos que proporcionaba la eugenesia⁹ y el higienismo¹⁰. Bajo la misión de asegurar la salud colectiva se organizan una serie de procedimientos gubernamentales de centinela-control-vigilancia¹¹ de la población -particularmente de los grupos inmigrantes- que incluía la exigencia de ciudadanos sanos, es decir, adecuados a los parámetros definidos por las instancias estatales.

Diversos estudios sugieren que, a partir de la gran participación de los médicos en los ámbitos estatales, el saber médico, en muchos casos en alianza con el saber jurídico y criminológico, se convirtió, en la segunda mitad del siglo XIX, en un marco interpretativo primordial para vehiculizar un conocimiento de la sociedad, generalmente leída en términos de un organismo enfermo, fragmentado, amenazado o infeccioso. En estos estudios, las ideas y acciones de los intelectuales parecen estar al servicio de las necesidades de un Estado con necesidades y pretensiones de orden social.

El análisis del uso de metáforas médicas en los discursos de higienistas, juristas y criminólogos de la época forman parte de estudios de carácter histórico, y otros procedentes de la crítica literaria y los estudios culturales, que pensaron las relaciones entre saberes científicos-jurídicos y la construcción del Estado y la nación en Argentina (Bruno, 2011)¹².

⁹ Corriente de pensamiento que partiendo de la premisa de que todos los caracteres de los seres humanos son hereditarios, tanto las capacidades y talentos como la propensión a la enfermedad, se propone lograr el mejoramiento de la ‘raza’ blanca a través de la reproducción de determinados individuos o grupos humanos calificados como ‘mejores’, inhibiendo la multiplicación de otras personas consideradas ‘inferiores’ o ‘indeseables’. En Argentina, esta doctrina fue compartida referentes de las más variadas corrientes ideológicas y tuvo fuerte impronta ‘neolamarckiana’. Según esta visión, las características morfológicas y funcionales de los individuos pueden ser modificadas por el medio social y ambiental, transmitiéndose por vía hereditaria (Miranda Vallejo, 2005; Biernat y Ramacciotti, 2008). Para mayor detalle véase el siguiente apartado.

¹⁰ El higienismo es un movimiento que aparece en el mundo occidental en el momento de las grandes epidemias (cólera, fiebre amarilla, etc.) y tuvo gran aceptación y desarrollo en nuestro país. Doctrina que va más allá de las consideraciones propiamente médico-sanitarias; establece un conjunto de reglas de conducta-comportamiento-hábitos con fuerte impronta ético-moral dirigidas a los sectores más desfavorecidos (Lobato, 2000; Nari, 2004; Suriano, 2004). Para mayor detalle véase siguiente apartado.

¹¹ Este tipo de conceptos han permanecido en el vocablo médico y continúan presentes en las formas de nombras políticas públicas de salud actuales: Véase a modo de ejemplo Vigilancia epidemiológica, Programa de control de Vectores, Plan Centinela

¹² En estos estudios se observa una fuerte impronta foucaultiana que, dado el recorrido propuesto, no será considerada en los análisis de esta tesis.

Desde la psicología, Hugo Vezzetti indagó sobre el uso de figuras y metáforas provenientes de la medicina en obras de intelectuales y escritores reconocidos en su tiempo. Vezzetti señala que “desde la higiene pública a la medicina mental y la criminología, ciertos intentos de medicalización de la conducta ciudadana convergentes con disposiciones y prácticas jurídicas, penales, pedagógicas- están comprometidos en la exigencia de armonizar la modernización y expansión del aparato productivo con el control de la masiva conmoción demográfica debida al caudal inmigratorio” (Vezzetti, 1985: 13).

Por su parte, desde la crítica literaria, Salessi estudia la historia de la metáfora de la nación como cuerpo y explora cómo los intelectuales argentinos, desde Echeverría hasta Ingenieros, quisieron sanar ese cuerpo, imponiendo un código higiénico que trató de curar todo fenómeno que se considerara una enfermedad, desde la fiebre amarilla hasta la homosexualidad. Rastreando en archivos médicos y policiales no consultados hasta su investigación, Salessi propone un análisis de la ampliación de las políticas sanitarias en el contexto de avance del Estado hacia la sociedad civil hacia fines del siglo XIX, basado en la “representación metonímica de la nación/cuerpo” (Salessi, 1995: 23). Más allá de la defensa del cuerpo físico de las personas amenazadas por microbios y bacterias, explica Salessi, se empieza a hacer necesaria también la defensa social de un cuerpo demográfico amenazado por la "insalubridad" criminal, el otro mal moderno e invisible que también era necesario filtrar.

Se señala el momento en que los inmigrantes empiezan a organizarse en asociaciones del movimiento obrero y a la huelga general de 1902, como las instancias, en que los higienistas, hasta entonces preocupados por la amenaza de las enfermedades exóticas viajeras, comienzan a inquietarse por la criminalidad, concebida como una enfermedad *psico-moral* que amenaza la salud social. Esta modificación de las relaciones entre el estado y la sociedad estaría fundada en modelos de análisis higiénicos para explicar fenómenos sociales, detectar bacterias y microbios e identificar enfermedades, y habría sido utilizado para encauzar primero a los inmigrantes y, posteriormente, a todos aquellos que se consideraran delincuentes, marginales o diferentes (Bruno, 2011).

En esta línea, los trabajos de Gabriela Nouzeilles dan cuenta de la relación entre la literatura, el nacionalismo y el saber médico hacia fines del siglo XIX (Nouzeilles, 1997,

1998, 1999 y 2000). Desde su perspectiva, esta alianza indica la especificidad de las ficciones del naturalismo finisecular argentino y manifiesta la “visión corporalizada de la nación” que sostuvieron los autores inscriptos en esa corriente. En su último texto, *Ficciones somáticas*, la autora analiza las novelas médico-naturalistas de cuatro escritores¹³ del período, que “se presentaron como ejercicios de diagnóstico de patologías sociales según los principios del saber médico” (Nouzeilles, 2000: 33), y que en su trama argumentativa-literaria tienen como objetivo la conformación de ciudadanos de características homogéneas en una sociedad que se presentaba plural y diversa. Nouzeilles realiza originales cruces entre la novela naturalista, el nacionalismo étnico y el saber médico en las postrimerías del siglo XIX que, con el fin de rastrear la configuración de imaginarios nacionales en un corpus específico, da cuenta de la institucionalización de una literatura nacional que oficia la tarea de homogeneización y encauzamiento de aquello que es observado como discordante en la sociedad de la época. En esta lógica, las narrativas de la nación apuntarían a la generación de iguales, en un movimiento en el que a través de la lógica médica se expulsa -por patológico- de la comunidad nacional a aquellos identificados como espurios y extranjeros.

Dejando el plano de los estudios culturales y centrando la atención en las contribuciones provenientes de la historiografía, son también variados los estudios que se centran en los tópicos vinculados con el control social practicado por el Estado en el contexto de la modernización.

En varios trabajos, Ricardo Salvatore planteó las características del surgimiento de un Estado-médico legal en la Argentina, organizado en torno a una serie de discursos y acciones ligados a los saberes médicos. Salvatore destaca que “la medicalización de los problemas sociales implicó una reorganización (imaginaria o real) del poder social. Sus taxonomías y métodos produjeron efectos tangibles en los sujetos estudiados a través de cambios en las instituciones de disciplinamiento (la prisión fábrica, la prisión laboratorio, la prisión higiénica)” (Salvatore, 2001: 20). Siguiendo este marco, el autor afirma que las lecturas patológicas de la sociedad y la creación de métodos punitivos modernos fueron el

¹³ Los escritores que analiza en “Ficciones Somáticas” son: Eugenio Cambaceres, Manuel Podestá Antonio Argerich y Francisco Sicardi. El corpus incluyó *Sin Rumbo* y *En la Sangre* de E. Cambaceres, *¿Inocentes o Culpables?* de A. Argerich, *Irresponsable* de M. Podestá y *Libro Extraño* de F. Sicardi.

legado de José Ingenieros (figura clave en este contexto) y los criminólogos positivistas, quienes operaban desde nuevos espacios de poder-saber. Así, la experiencia y la ciencia, la terapia y el diagnóstico, el esquema clasificatorio y el programa de acción parecían estar entrelazados. Esta matriz discursiva no describía solamente cuerpos enfermos, sino también grupos sociales, posiciones políticas y géneros sexuales.

En su análisis sobre la relación entre la criminología positivista y la construcción del Estado a principios del siglo XX, Ricardo Salvatore (2001) señala que esta doctrina le otorgó, a la elite dirigente, la retórica y las tecnologías del ejercicio del poder, aplicables a una sociedad en vías de masificación. En particular, entiende que tanto *la modernidad*, como el *tinte científico* fueron los elementos que hicieron persuasivo el discurso criminalista positivo. El poder argumentativo de la criminología positivista se complementaba con los nuevos tipos de evidencia otorgados por las tecnologías modernas (balísticas, caligráficas, fotográficas, dactiloscópicas, pericias médico-psicológicas y autopsias) que superaban al simple testimonio en los procesos médico-judiciales. Los aparatos institucionales de salud, justicia, educación y bienestar social que, en muchos casos, operaban en forma integrada, experimentaron la reorientación positivista del Estado¹⁴.

Por su parte, Lila Caimari (2004: 88) explica cómo la concepción de *defensa social* se basaba en la idea de "peligrosidad". La misión de la criminología, cualquiera fuese su vertiente, era defender a la sociedad de la peligrosidad, definida como el estado potencial del impulso antisocial de cada individuo. En la reformulación de José Ingenieros de la teoría lombrosiana, ahora orientada a detectar las debilidades, anormalidades y psicopatologías, la

¹⁴ Entre las instituciones que formaron parte del archipiélago disciplinario positivista, Salvatore destaca: la Oficina Antropométrica (1889) y el Servicio de Observación de Enfermos Mentales (1899) pertenecientes a la Policía Federal, la morgue dependiente del Instituto de Medicina Legal (1896), la Oficina Médico Legal dentro del Hogar Correccional de Menores (1905) y el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional (1907).

En términos académicos, la cátedra de Medicina Legal y Toxicología existía desde 1875, a cargo de Eduardo Wilde. Todo este proceso fundacional fue acompañado de las grandes publicaciones en el área como los Archivos de Psiquiatría y Medicina Legal, creados y dirigidos por Ingenieros desde 1902 o la Semana Médica que desde 1894 se ocupó, entre otras áreas de la salud, de difundir los estudios clínicos criminológicos de docentes universitarios. Es de destacar que Ingenieros se desempeñó como director del Servicio de Observación de Alienados, hacia 1904, y como director del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional desde su fundación en 1907 (Ponce 1939; Rovalletti 1985).

criminalidad se asimiló a una enfermedad conjunta (cuerpo, mente y espíritu), detectable mediante exámenes clínicos.

En esta línea, Marisa Miranda reflexiona sobre la medicina en tanto saber constitutivo del andamiaje de las instituciones estatales en el período de referencia. Plantea que la eugenesia aportó un marco de ideas que “permitió dar un ropaje pseudocientífico a muchas de las estrategias de identificación, clasificación, jerarquización y exclusión de las personas” (Miranda, 2014:16). La contundencia del consenso y la aceptación de este tipo de legibilidad parecen haberse dado en todos los terrenos y convivió con un espectro amplio de posturas ideológicas, contando con un heterogéneo y extendido apoyo:

Conservadores, anarquistas, feministas, burgueses y obreros, artistas y funcionarios estatales, enfermos y sanos, encontraron en la medicina las razones y los argumentos conceptuales con que defender sus propias causas. La contundencia del consenso no debe sin embargo obscurecer el hecho de que cada grupo de interés negoció y reordenó los materiales que tomó prestados en su beneficio y de acuerdo con los lineamientos de su propio proyecto político, social, privado y/o estético (Nouzeilles, 1997:151)¹⁵.

El discurso médico-científico se configura así en un modelo de conocimiento, de análisis y diagnóstico de las condiciones de la población y de los individuos en el proceso de modernización, que modificó las formas de nominalización y conceptualización de lo social en términos del funcionamiento del cuerpo.

La población en el centro de las preocupaciones

Durante el siglo XVII la población de la Argentina se mantiene con un desarrollo casi vegetativo. Durante los años comprendidos entre la Revolución de Mayo (1810) y el período posterior a la Batalla de Caseros (1852) la población se incrementa de 405.000 a 1.300.000 habitantes. Con la llegada de las políticas liberales a la Argentina, bajo la influencia del expansionismo europeo y en la búsqueda de la llamada *economía moderna*, los grupos

¹⁵ Nouzeilles (1997) menciona un ejemplo concreto de reacomodamiento del material médico en la manera en que las organizaciones anarquistas argentinas se apropiaron de ciertas teorías médicas sobre el papel de la fatiga en la etiología de la tuberculosis, para defender la causa del horario mínimo de trabajo. Si bien es cierto que la fatiga formaba parte de la etiología oficial de la enfermedad, ocupaba un lugar secundario con respecto de otras causas. El énfasis en la fatiga subrayaba la vulnerabilidad particular de la clase trabajadora frente a la apariencia democrática del contagio por el bacilo de Koch.

gobernantes comienzan a considerar necesario el aumento demográfico como motor económico y social. Esta necesidad, que ya había adquirido categoría institucional a partir del artículo 25 de la Constitución de 1853, fomenta la inmigración de familias europeas que enseguida comienzan a llegar, dando inicio al proceso de inmigración masiva de esas décadas.

La política demográfica da sus resultados. El número de habitantes pasa de 1.300.000 en 1859, bajo el gobierno de Urquiza, a 1.737.076 en 1869, durante la presidencia de Sarmiento. A lo largo de los gobiernos de Avellaneda, Roca, Juárez Celman, Pellegrini y hasta el último año de la presidencia de Luis Sáenz Peña en 1895, los índices demográficos señalan la presencia de casi 4 millones habitantes. Finalmente, luego de los gobiernos de Uruburu, Roca, Quintana, Figueroa Alcorta, la población en la República Argentina alcanza los 7.885.237 habitantes (Onega, 1982) que, como característica general, se centraliza en las grandes ciudades.

Buenos Aires, Rosario y Córdoba pasan de tener 496.000 habitantes en 1869 a 4.155.500 en 1914. Es decir, la población urbana aumenta del 27% al 53% a lo largo de estos años (Liernur, 2000). Como consta entre el segundo Censo Nacional (1895) y el tercero (1914) Buenos Aires concentra la afluencia de muchos de los recién llegados y retiene a la mitad de la población del país¹⁶ (Cibotti, 2000).

La inmigración impulsa la configuración de una sociedad heterogénea y multilingüe que, en muchos casos, no responde al patrón de *inmigrante deseable y respetado* por la elite porteña¹⁷. Esta elite criolla que habita en las ciudades se encuentra vinculada por lazos políticos, ideológicos, educacionales, familiares, económicos, así como por los vínculos en

¹⁶ Entre ambos censos, la población de la Ciudad de Buenos Aires pasó de 660.000 a más de 1.500.000 habitantes. En el mismo lapso los extranjeros, que eran la mitad, representaban entre el 60 y el 70% de la población ocupada mayor de 14 años.

¹⁷ En términos de procedencias es certero afirmar que hasta 1910 se radicaron alrededor de 1.000.000 de italianos (en especial, piemonteses, genoveses, napolitanos, calabreses), 700.000 españoles (gallegos, vascos, andaluces), 90.000 franceses, 70.000 rusos, en su mayor parte de origen judío, 65.000 turcos, 35.000 austrohúngaros, 20.000 alemanes y un número inferior de portugueses, suizos, ingleses, belgas y holandeses. A partir de 1910 empezó a disminuir la afluencia de italianos, que a comienzos del siglo XX representaban el 45 % total de inmigrantes, y se multiplicó, en cambio, la llegada de españoles que, hasta 1920 conformaron la mitad de los recién llegados.

el ejercicio hereditario de la conducción del país, dueños de la tierra y el poder. Se trata del sector de intelectuales, profesionales y funcionarios que, sin conformar un grupo homogéneo en términos ideológicos, coinciden en cierta perspectiva de sí mismos como los representantes de una visión simbólica progresista de la organización estatal (Di Liscia, 2002).

El aumento demográfico viene acompañado de una explosión del proceso de urbanización, en términos de construcción acelerada y de actualización de servicios en la ciudad, a la vez que se transforman los métodos y la organización de la construcción. En Buenos Aires los permisos para edificar aumentan de 200 en 1880 a 2.800 en 1910. Bajo esta fachada de modernización, el desfase entre la explosión poblacional y la infraestructura urbana disponible provocan situaciones de hacinamiento en amplias zonas de la ciudad. La multiplicación de conventillos hace que el hábitat popular empezara a constituirse en un espacio de conflicto social (Liernur, 2000).

Asimismo, por esos años el Estado Argentino consolida su posición y refuerza su rol de productor de bienes primarios exportables. La demanda de mano de obra que este contexto genera se cubre con la llegada de estos miles de migrantes ultramarinos que van a integrar los sectores populares de la ciudad (Suriano, 1990). En una Buenos Aires que crece bruscamente, se generaliza entre los grupos dirigentes la idea de que la aparición de numerosos problemas socio urbanos se encuentran vinculada con estos grupos de población, en tanto nuevos actores sociales:

El hacinamiento y la falta de higiene en las viviendas sumadas a la carencia de dispositivos sanitarios y de salubridad se convertían en generadores y propagadores de un sinnúmero de enfermedades físicas y morales (Suriano, 1990: 111).

En este marco, durante esas primeras décadas del siglo XX, las situaciones de (des)control y (des)integración son asociadas a problemáticas sociales y concebidas en términos patológicos. Como indica la matriz científico-médica, para la detección y tratamiento de patologías –sociales en este caso- es preciso contar, por un lado, con herramientas eficaces para alcanzar diagnósticos precisos, como así también desarrollar tratamientos que permitan revertirlas y alcanzar un nuevo estado de equilibrio; por otro generar acciones que contribuyan con la prevención de tales patologías. Esta matriz que se

propuso regular los procesos orgánicos por medio de su cuantificación, estandarización y protocolización, también se extendió hacia lo social quedando sus procesos tamizados por esta lógica.

Así como los sociólogos de Chicago describen un contexto norteamericano de rápido crecimiento urbano por la fuerte inmigración proveniente sobre todo de Europa, y plantean la emergencia de la cuestión social como una problemática “estrechamente vinculada a los flujos migratorios que llegaban, tanto a través de los barcos que venían de Europa, como de los trenes y caminos que traían a los campesinos negros del sur” (Grondona, 2012: 190), que requiere que se promueva la cohesión de la sociedad desde los espacios e instituciones comunitarias (Thomas y Znaniecki, 2006); en la matriz conceptual que encarna la llamada *cultura científica* se argumenta a favor de la implementación de políticas estatales que deben ser realizadas con herramientas racionales y cuotas de institucionalización.

En ambas perspectivas, las situaciones de *desorganización* son asociadas a problemáticas sociales y percibidas en términos de anomalía. Ante este diagnóstico será preciso poner en marcha instrumentos basados en la racionalidad técnica que posibiliten su modificación o eliminación y su futura prevención.

La cuestión social

En este escenario, la política social del Estado Argentino se modifica gradualmente a partir de los años ochenta, y particularmente desde 1900, en la medida en que las relaciones socioeconómicas se complican y dan lugar a la emergencia de la cuestión social (Suriano, 1990). En este proceso, la institucionalización de los ámbitos estatales y su relación con la sociedad van a ser heterogéneos y contradictorios, hecho que evidencia conflictos y diferencias entre grupos hegemónicos y grupos subordinados.

Estos conflictos, van a generar dos tipos de reacciones. En un primer momento se despliega una fuerte política represiva, luego de la cual, se comienzan a desarrollar políticas sociales, impulsadas por el sector más reformador de los grupos dirigentes. A los fines de esta tesis, se va a proponer que la cultura científica y el pensamiento médico aportan a la conformación y configuración de las políticas sociales reformadoras, confiriendo legitimidad y sustento discursivo.

Ante estas situaciones, el Estado empieza a configurarse como árbitro y regulador de las relaciones sociales, tanto por la vía de la coerción como del consenso. Comienzan a aparecer numerosas iniciativas de políticas sociales a modo de respuesta a lo que se define como *problemas de cohesión social y de legitimidad política*. La aparición en la escena pública de nuevos sectores sociales con gran diversidad étnica, cultural, geográfica y laboral impulsa a que “el aparato estatal se involucre en las zonas conflictivas de la sociedad cuando el orden social y económico apareció, supuestamente, amenazado” (Suriano, 1990: 109).

En los textos de la época, se describen escenas cotidianas en términos de *degradación* de la vida urbana, que son explicadas por los letrados como consecuencia del crecimiento descontrolado de la ciudad. Las autoridades nacionales y locales planean acciones para “prevenir y curar los males sociales” (Lobato, 2000: 467), dado que consideran que se encuentran ante problemas que deben solucionar a fin de garantizar la regulación y el control de la sociedad. Para ello, generan diversos dispositivos e intervenciones que tienen por objeto *sanear y disciplinar la ciudad* en base a un mayor control de las actividades y modos de vida de los sectores populares. El Estado aparece con poder de reglamentación para entrometerse en la esfera de lo público y de lo privado, disponiendo de un conjunto de normas de conductas encaminadas a evitar la aparición de problemáticas sociales, según la visión de la élite argentina finisecular¹⁸.

¹⁸ La aplicación de las ciencias a la tarea de identificación, registro y caracterización de la población por parte del Estado se expande hacia diferentes ámbitos, con fuerza en lo policial. El argumento es detectar prontamente a aquellas personas consideradas peligrosas para la sociedad. Por ejemplo, en 1891, cuando el jefe de estadísticas de la policía de la recién fundada ciudad de La Plata, Juan Vucetich, logró sintetizar los descubrimientos de varios científicos, como el eugenista Galton, sobre las diferencias entre huellas dactilares y así aprovecharlos para la técnica de identificación de personas. Vucetich distinguió cuatro categorías de formas -el arco, el bucle interno, el bucle externo y el espiral- que aplicadas a los diez dedos de las manos permitían un número importante de combinaciones imposibles de ser repetidas por distintos individuos. Con su aplicación en cinco años arma un archivo con más de un millón de fichas distintas de habitantes de la provincia de Buenos Aires. Cuenta con el apoyo de las autoridades argentinas, las primeras en adoptar este sistema primero para los delincuentes, luego para los inmigrantes, tras ellos los funcionarios públicos y los que realizaban el servicio militar y, finalmente, toda la población masculina. A este registro se suman las fotografías, que tanta importancia tienen para las clases dirigentes argentinas desde su aparición.

Al poco tiempo de crearse la Policía de la Capital, en 1881, la Jefatura ordena la creación del *Registro de Ladrones Conocidos*, en el que se incorporaría la ficha con datos antropométricos y fotografía de los condenados por robo. En 1884 se crea el *Registro de Vecindad* que obliga a los vecinos de la ciudad a identificarse ante la policía. En 1903 se asume el “Sistema de Identificación Dactiloscópico” ideado por Vucetich, que permite crear el *prontuario* en 1905 y la *cédula de identidad* en 1906. El *prontuario* da origen a un archivo policial, en el que

Gran parte de los temas de *interés nacional* rondan alrededor de lo poblacional: el reclamado aumento de la natalidad, la vigorización y perfeccionamiento de la raza argentina, el repoblamiento del campo, la recepción de nuevos y seleccionados flujos migratorios, el mejoramiento de la salud popular, entre otros. Asimismo, es este *interés nacional* el que legitimará las propuestas de los higienistas y reformadores sociales de la salud pública. En el tema específico de la población, la dirigencia política se manifiesta claramente pro-natalista, integrada al discurso eugenésico de la época. Su natalismo acentúa más los aspectos de control higiénico, médico y maternológico desde el Estado y propugna la inversión de recursos públicos para el desarrollo de políticas que mejoren el nivel de vida de las clases populares.

Las ciencias aplicadas se transforman en la clave para *vencer* aquellas cuestiones identificadas como los principales problemas de la sociedad: tuberculosis, alcoholismo, enfermedades venéreas, entre otras. Desarrollan en clave científica una serie de explicaciones higienistas o eugenésicas que van a comprender que las causas de los problemas se atribuyen a tres cuestiones recurrentes:

En primer lugar, el de la inmigración: ¿cuáles eran los inmigrantes deseados?, ¿qué hacer con los que ya estaban aquí y no se los deseaba?, ¿con qué criterios seleccionarlos?, ¿cómo optimizar ese recurso demográfico en la construcción de la `raza nacional`? El segundo de esos temas fue el del mejoramiento de los individuos y de la sociedad, la salud de cada uno y del cuerpo de la nación, el enfrentamiento de los males y enfermedades sociales y su prevención, la renovación moral y los modos de vida. Finalmente, el tema de la misma ciudad, percibida como un espacio de degeneración marcada no sólo por la velocidad del crecimiento y el hacinamiento reinante sino también por recurrentes imágenes punteadas por los miedos al contagio, la inmoralidad, el crimen y las amenazas de revuelta social. (Armus, 1996: 93)

constaría una galería de individuos identificados por sus datos de estado civil, filiación morfológica, impresiones digitales, antecedentes judiciales y policiales, junto con una fotografía en los casos en que “sea peligroso por otros motivos y convenga prevenir su observación ulterior”. Esa fotografía debía tomarse en las condiciones normales del causante en la vida ordinaria, por su actitud, ropas, peinado, barbas, etcétera. En lo que hace a la *cédula de identidad*, fue el discurso científico el que apoyó esta innovación extensiva del control a toda la población. La Convención Policial Internacional de Río de Janeiro propuso en 1905 identificar mediante la fotografía y las huellas no sólo a los delincuentes sino a todos los “ciudadanos honestos”. Para ampliar véase: Marteau, *Las palabras del orden*, pp. 133 y 134; Salessi, *Identificaciones científicas y resistencias políticas*, p. 82; Ruggiero, *Fingerprinting and the Argentine Plan for Universal Identification in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries*, pp. 192 y 199.

En este escenario, a fin de siglo pasado, en las ciudades más grandes -y sus puertos y fronteras- se crean centros de vacunación, dispensarios, farmacias, centros de higiene, junto con los hospitales generales y especializados. En estos espacios se popularizan distintas prácticas y técnicas definidas como esenciales para la salud, a la vez que se configuran como sitios claves desde donde se modifica la relación entre el público y las instituciones de salud. Es en “el interior de esos espacios preventivos, curativos, asistenciales, donde tiene lugar una intensa labor pedagógica, de convencimiento, persuasión y/o coerción” (Agostoni, 2014: 31).

Desde esta perspectiva, los referentes de la medicina porteña van a realizar de manera simultánea la publicación de guías, manuales y textos para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades, junto con la especialización y multiplicación de espacios específicamente diseñados para la consulta, la atención, la intervención y la curación de ciertos sectores de la población. Progresivamente se va a hacer más constante y sistemática la inspección, la revisión, la valoración, la medición, el diagnóstico, el tratamiento y el registro público de lo que ocurre en esos ámbitos.

Medicina e intervención en lo social

Como se ha señalado, el período investigado, es un momento de creciente intervención estatal en la regulación de la vida social y económica, con su correlato en la expansión de los estamentos burocráticos. Junto con esto, la demanda de médicos ya no se concentra únicamente en los brotes epidémicos, sino que se corresponde con el mejoramiento de la salud física y moral de la población (Biernat, 2007). El naciente grupo médico se asocia -siempre con tensiones, presiones mutuas y confrontaciones- con los sectores dirigentes en el gobierno, a partir de la importancia temprana adquirida para el Estado del área de atención a la salud en general -y de las madres y futuras madres en particular -junto con la relevancia que adquiere el *control higiénico* de la población (González Leandri, 2000). De cara a la configuración de la *cuestión social*, aumenta la influencia del naciente entramado profesional, en especial del colectivo médico.

Estos profesionales comienzan a participar activamente en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía de determinados campos de saberes y prácticas específicas, bajo una doble e interconectada dimensión: la constitución del grupo profesional,

por un lado, la constitución del aparato estatal por el otro. Los médicos, al instituirse como grupo, también construyen o colaboran en la creación de las dimensiones del Estado a las que se asocian (González Leandri, 2004). Así, ante la complejidad y heterogeneidad crecientes de la Buenos Aires de inicios de siglo XX, se integran a los estamentos superiores del Estado contribuyendo con la articulación de ideas y prácticas institucionales de gran aceptación a nivel internacional, a la vez que forman parte de unas incipientes redes profesionales, en pugna por el acceso a recursos materiales y simbólicos (Armus, 2000; Billorou, 2005; Hurtado y Souza, 2008).

El entramado gubernamental-profesional caracterizado por la articulación de intereses y acciones estimula la creación de instituciones y organismos específicos reforzando una sincronización. Esta concordancia permite la construcción de una relación entre el Estado y la profesión médica a su vez que posibilita el fortalecimiento simultáneo de cada uno. Así hacia principios del siglo XX, el Estado encuentra en el colectivo médico a un grupo profesional capaz de articularse de manera muy sólida con las políticas públicas consideradas necesarias para orientar, paliar y controlar los problemas de los sectores populares (González Leandri, 2000).

En la ciudad, los médicos higienistas, casi perfilados como una burocracia especializada, dialogando y compitiendo con otros actores en el ámbito político y religioso o legal, van a jugar un rol decisivo en la modernización del espacio urbano y las redes de asistencia, reforma y control social (Armus, 2005). En su práctica utilizarán estrategias como la persuasión y la educación, apuntando a divulgar entre la población un código higiénico que a mediano plazo logra una tremenda aceptación e impacto en la vida cotidiana¹⁹.

En este entramado, una de las visiones que adquiere densidad es la que comprende a lo social como algo natural regido por leyes develadas y ocultas. Esta construcción empieza

¹⁹ Todo el proceso de fuerte institucionalización de la medicina tiene su correlato en otros ámbitos entre los que circulaban argumentos y matrices de significado que se reforzaban mutuamente. Así en 1910, la Ley de Defensa Social¹⁹ prohibía la entrada al país de condenados por derecho común, quebrados, prostitutas, exilados políticos y también anarquistas o personas que profesen doctrinas tendientes a derribar al gobierno y las instituciones. Alrededor de la sanción de estas leyes, circularon argumentos que las legitimaban y justificaban tomando como base la raza. Se trataba de un concepto de raza que -tomado de Europa y adaptado a la población local- no solamente incluía “aspectos físicos, antropológicos y medibles sino que se extendía, en algunos casos preferencialmente, a aspectos morales, espirituales y psíquicos” (Nari, 2004: 32).

a enmarcar aquello que se intenta conocer y que en esos años comienza a llamarse *sociedad*, a la vez que orienta no sólo la explicación, sino también nuevas formas de intervenir y de hacer sobre ese nuevo universo.

En este sentido, en 1910, José Ingenieros²⁰ escribe que la sociología es una ciencia natural cuyo objeto de estudio es la evolución general de la humanidad. A su vez, unos años antes, Eduardo Wilde expresa:

Que la sencillez de la vida constituye la verdadera felicidad: que la moderación y la sobriedad son la base de la salud; que el vicio y el libertinaje engendran la desgracia y conducen a la muerte, que la existencia de jerarquías es la condición del orden social, que la desigualdad en la fortuna está en la naturaleza (Wilde, 1897: 8)²¹.

Por su parte, José María Ramos Mejía como integrante del grupo de positivistas que marcan a la generación del 80, propone concentrar la atención ya no en el mundo objetivo sino en el sujeto de la sociedad, tratando de transferir los principios de las ciencias naturales a los fenómenos históricos y sociales. Su premisa es descubrir los elementos de un sistema político que posibilitara la convivencia social en la república. En este contexto una de sus principales preocupaciones es la multitud, entendida como entidad social o política (Álvarez, 1996). Afirma que para alinearse en las filas de la multitud se necesitaban especiales aptitudes morales e intelectuales:

El verdadero hombre de la multitud ha sido, entre nosotros, el individuo humilde, de conciencia equívoca, de inteligencia vaga y poco agudo, de sistema nervioso relativamente rudimentario e inadecuado que percibe por el sentimiento, que piensa con el corazón y a veces con el vientre (Ramos Mejía, 1934: 33)²².

Estas muchedumbres deben ser gobernadas, por ello, desde la Dirección General de la Asistencia Pública a su cargo, Ramos Mejía busca dar cuerpo a la idea de *nacionalidad* como medio para la integración y para la prevención del avance socialista. La sociedad debe

²⁰ Véase: INGENIEROS José (1918). “Criminología”. *La Semana Médica*, año XXVII, Buenos Aires.

²¹ Véase: WILDE, Eduardo (1897). *Curso de Higiene Pública*. Versión taquigráfica. Buenos Aires.

²² Véase: RAMOS MEJÍA, José María (1934). *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires. La Cultura Popular.

incluir a todos los sectores a través de la salud y la educación²³. En este sentido, para cuidar al organismo considera que son indispensables los hospitales, ya que van a permitir dar cobertura eficiente a la población, solucionando la vulnerabilidad, uno de los males de esa sociedad, propia de los ámbitos urbanos en desarrollo. A la vez, observa la necesidad de una población medianamente contenida, para que esos focos infecciosos no se conviertan en elementos de disconformidad que sirvan para alimentar el pensamiento socialista (Álvarez, 1996).

Esta nueva concepción hospitalaria, que fue el principio rector del pensamiento de Ramos Mejía, está inspirada en los higienistas franceses quienes concibieron la idea de la *ciudad-hospital*. Es decir, grandes hospitales con una acumulación de servicios distribuidos según la idea del hospital horizontal y desarrollados de acuerdo con leyes bien precisas: mujeres / varones, complejidad / no complejidad, aislación / no aislación.

Con los diferentes aportes, la medicina va delineando las problemáticas sociales en las cuales intervenir. En el caso de la obstetricia, esta noción se relaciona con la reivindicación de las intervenciones preventivas que los médicos asumen para sí en torno a la preservación de la comunidad. Se reconocen y explicitan las dimensiones sociales de ciertas enfermedades y la necesidad de unir atención médica con asistencia social, a la vez que se define un programa de acción de diversas agencias estatales y de numerosas organizaciones privadas en torno a la protección de la infancia (Armus y Belmartino, 2001), donde la mujer ocupa el lugar de agente y destinataria. Aparece una actitud exigente y autoritaria mediante la cual el Estado norma la conducta de las madres y donde se destaca el carácter imperativo e insoslayable que se le adjudica a las responsabilidades maternas (Barrancos, 2009).

Los médicos van a exigir un encuadre jurídico y político en torno a la maternidad más adecuado a sus propósitos, que son presentados como los fines de la sociedad y la nación. Al afirmar su autoridad en todos los aspectos del cuidado infantil, desde el inicio de su concepción, se lleva adelante un proceso de intervención profesional en la familia. En este

²³ Para ampliar véase: ÁLVAREZ, A. (1996) “Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (Lobato, M. Z.). Biblos. pág. 81

marco, la regulación de la sexualidad y reproducción femeninas hicieron de los cuerpos de las mujeres unos objetos claves para la intervención sobre la cotidianeidad de la población (Del Río Fortuna, 2007).

En palabras de Claudia Bonan:

En el proceso de conformación y consolidación del Estado Moderno, médicos, políticos y pensadores confrontaron para producir no sólo nuevos marcos interpretativos, reglas y normas en relación a la sexualidad y la reproducción, sino que contribuyeron a consolidar nuevos sistemas generales de racionalidad, y las formas de poder e instituciones que las encarnan: la racionalidad biomédica y la primacía de la institución médica en la significación y normatización del cuerpo, del placer y de la reproducción (Bonan, 2003: 4 y 5).

En este sentido, autores como Donzelot (1990) han hecho referencia a estos procesos en términos de *intromisión*. En su libro *Policía de Familia*²⁴, el autor recorre las intervenciones del gobierno español a través de la familia. Interpreta la intromisión pública en la familia como una política deliberada que permite a través de la observación, especialmente de las conductas familiares de la clase obrera, la implementación de estrategias de reorganización de la vida familiar a partir de los imperativos socioeconómicos. Donzelot le otorga a la medicina higienista un rol destacado, que opera no tanto mediante la moralización sino a través de la normalización. Los preceptos de los expertos en esta disciplina conciernen a las condiciones para el cuidado de los niños saludables desde su concepción y a prescribir conductas morales en términos médicos. Para el autor, la familia se encuentra en una aparente controversia, ya que, por un lado, las normas higienistas brindan a la vez mayor autonomía a la mujer-madre con respecto al poder patriarcal, pero, por otro aparece “cercada” por un conjunto de profesionales, concluyendo en un resultado paradójico de que el patriarcalismo familiar sólo será destruido al precio de un patriarcado de Estado (Donzelot, 1990).

En este sentido, las intervenciones de la medicina en torno a los modos de parir- nacer, deben comprenderse dentro del marco más amplio de las diversas intervenciones que hicieron

²⁴ “La definición de “policía” de la que se vale Donzelot en este trabajo hace referencia a la policía entendida en una acepción infinitamente más amplia que su actual versión represiva, por el contrario, retoma el sentido que se le daba en el siglo XVIII a esta palabra: la totalidad de los medios necesarios para desarrollar y acrecentar, desde adentro, la calidad de la población y el poder de la nación” (Dallorso, 2009: 1).

actuar a la familia paulatinamente respecto de lo social. Si décadas antes la familia es objeto y sujeto de gobierno, a partir del auge de lo social presenciamos el reemplazo del “gobierno de las familias” por el “gobierno a través de las familias” (Dallorso, 2009).

En estas transformaciones de las relaciones familiares, la posición de la madre se modifica. A partir del impulso que los médicos higienistas desarrollan para el cumplimiento de sus pautas le proporcionan a la madre un estatuto social como su aliada, asistente y ejecutora práctica, modificando su autoridad civil. Asimismo, la promoción de la mujer como madre, como educadora, como auxiliar del médico, servirá de punto de apoyo a las principales corrientes feministas del siglo XIX.

Higienismo y Eugenesia

Numerosos trabajos -Armus (2001), Belmartino (2001), Checa (2009) y Di Liscia (2005)- señalan que los médicos de la época conforman un grupo fuertemente influido por las ideas del higienismo y la eugenesia con diferentes énfasis, matices y combinaciones.

En lo que hace al higienismo, esta perspectiva se constituye en la Argentina durante el último tercio del siglo XIX, como un movimiento que, si bien es liderado por profesionales de la medicina²⁵, incorpora a intelectuales y políticos. Sus promotores conforman un grupo heterogéneo, con contradicciones internas respecto de concepciones ideológicas y políticas, ya que confluyen en él liberales (tanto los ligados a la filantropía librepensadora, como ortodoxos), socialistas, e incluso ciertas propuestas apoyadas en el catolicismo social. Los une la convicción de la necesidad de la racionalización de las prácticas destinadas a dar respuesta a la cuestión social y la inscripción al positivismo.

Luego de las epidemias de cólera (1867-1868) y de fiebre amarilla (1871)²⁶ en la ciudad de Buenos Aires, junto con la aparición de brotes infecciosos (escarlatina, disentería, cólera, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, peste bubónica, viruela, sarampión, difteria,

²⁵ Los médicos destacados de la época (directores de hospitales y servicio) son también los titulares de las cátedras de medicina de la Universidad de Buenos Aires en sus diferentes especialidades, y quienes van ocupando los cargos públicos en el Estado en todos sus niveles. Para ampliar, véase *Capítulo II y Biografías Breves*.

²⁶ La epidemia de fiebre amarilla llevó a la muerte a trece mil personas (el 8% de la población) y aceleró el éxodo masivo de la elite porteña hacia la zona norte de la ciudad.

tuberculosis, sífilis)²⁷ y de los llamados males sociales urbanos vinculados, la cultura de la higiene aparece con fuerza de la mano de los grupos médicos de la ciudad.

Diego Armus (2000, 2007) entiende que la higiene puede ser comprendida a través de tres concepciones que resultan complementarias para abarcar el carácter del término. En primer lugar, la higiene es una técnica preventiva ante los problemas del ambiente urbano y de su administración y gestión; en segundo lugar, es una política social aplicable a distintos campos de acción: la casa, la escuela, la fábrica, el taller, el barrio, es decir, a los distintos núcleos concluyentes de la ciudad; y finalmente es una guía para observar, corregir y mejorar la salud del cuerpo social en su conjunto. De modo integrador, la higiene, de carácter anticipador y conectivo, puede concebirse como un conglomerado de medidas que, inspiradas en las nociones de progreso y civilización, mezclaban lo preventivo con lo disciplinador. Desde estas plataformas, el movimiento higienista argentino se va a ocupar de intentar regular la salud física y moral de la población, apelando a los instrumentos proporcionados por los avances técnicos y el equipamiento urbano, devenidos de la modernización del país (Caimari, 2004).

Salessi (1995) identifica a la década de 1880 como el período inaugural de Buenos Aires como ciudad higiénica, aunque aclara que el Consejo Nacional de Higiene ya se ocupaba de la administración sanitaria desde unos años antes. González Leandri (2001), en tanto, afirma que, hacia fines del siglo XIX, filántropos, políticos, periodistas, químicos, farmacéuticos y médicos argentinos comienzan a realizar trabajos higienistas. Estos proyectos se tornaron más consistentes con la edición de distintas publicaciones²⁸ que empezaron a ampliar la todavía limitada trascendencia del control higiénico.

²⁷ Armus (2000:510) sostiene que, si bien las enfermedades infecciosas existían desde hacía mucho tiempo en nuestro país, es durante la segunda mitad del siglo XIX cuando devinieron problema social, en tanto se las empezó a relacionar con otras urgencias urbanas y con la posibilidad y la necesidad de evitarlas.

²⁸ Es de mencionar a la pionera *Revista Médico Quirúrgica* (1864-1888), que además de luchar contra lo que consideraban el ejercicio ilegal de la medicina, debatía sobre tópicos como su enseñanza, la asistencia hospitalaria, el estado sanitario de la población, y las iniciativas y críticas en tomo a epidemias, vacunación, limpieza de las calles, reglamentación de la prostitución, ética médica y movimientos demográficos. Esta publicación colaboró tanto para que la esfera médica encontrara una dimensión fundamental de identidad, exaltación y reconocimiento, como para exponer la afirmación combativa de los ideales positivistas frente a las tradiciones religiosas que persistían en las instituciones de la salud (Vezzetti, 1985: 29-32).

En líneas generales, los preceptos del higienismo establecen conjuntos de reglas de comportamiento con fuerte impronta ético-moral. A partir de sus pautas, cuestiones consideradas del ámbito privado -como la limpieza, la sexualidad, el modelo de familia, la distribución espacial en el hogar, la maternidad, la alimentación, el ocio, entre otros- se conforman en un terreno de *dominio público* (Nari, 2004)²⁹.

Los médicos higienistas consideran que la salud es una resultante de las condiciones del medio físico y social en que desarrollan su vida las personas. Es una noción que desborda lo biológico y se extiende hacia zonas de lo moral; de modo que las prácticas de las personas también pueden ser *higienizadas*. La hipótesis higienista de que son las condiciones del medio físico y social las causantes de la enfermedad, y que las mismas ponen en peligro la sociedad toda, lleva a los protagonistas del movimiento a centrar sus análisis y propuestas en dos lugares: la vivienda y el taller.

De esta forma, junto con la noción de higiene, se va a impulsar y/o reconfigurar el desarrollo y la institucionalización de profesiones como la de asistentes sociales, puericultoras y las propias parteras. La educación, la salud y las instituciones de asistencia social van a ser los pilares de una institucionalidad que se considera apta para dar respuestas acordes a la idea de nación e integración que impulsaban los grupos dirigentes. Desde esa racionalidad de base *científica*, la administración centralizada y la racionalización de los recursos constituirán los ejes para la institucionalidad de este momento.

La estrategia de intervención social desde el higienismo se vincula con el positivismo como corriente de pensamiento que sostiene y da lugar a sus acciones. Heterogénea respecto de las inscripciones políticas de aquellos que la impulsan, tiene como punto de encuentro entre sus representantes, la importancia de acudir a la *ciencia* como fuente de explicación de lo social y a las respuestas que la misma otorga para el ordenamiento social (Armus, 2005).

La conflictividad social percibida y así nombrada desde las clases dirigentes es imaginada como un cuestionamiento al orden social que se busca instaurar, a la vez que se la

²⁹ Como sostiene Carballada (2000), el higienismo extendió su incumbencia a ámbitos que van desde la utilización de los mostradores de estaño en los bares (primero recomendados y luego exigidos por razones higiénicas), hasta la búsqueda de proscripción del tango, considerado una música "endemoniada" que puede llevar a la degeneración.

considera como producto de la incapacidad de adaptación de determinados sujetos, según los parámetros de normalidad/anormalidad definidos científicamente. Así, las iniciativas en torno a una integración social previamente moldeada se plasman a través de la higiene social, entendida no solo en relación con lo físico y lo biológico, sino primordialmente en torno a la higiene moral e ideológica de sus portadores.

Es en este escenario que el médico higienista Emilio Coni³⁰ imagina la ciudad argentina ideal:

La ciudad del futuro no se fundará ciertamente por razones de casualidad o tan solo por exigencias o conveniencias del momento u otras de orden secundario. El higienista y el ingeniero sanitario tendrán que ser consultados antes para que, de común acuerdo, determinen el lugar en que ha de levantarse la ciudad higiénica. La edificación estará sometida a una comisión especial de la habitación (...) En parajes adecuados de calles y avenidas se instalarán mingitorios y retretes subterráneos provistos. No conocerá ni los conventillos ni las casas de inquilinato. En los baños públicos se dispondrán piletas para todos, y especialmente para los niños de las escuelas que tendrán así a su disposición el primer deporte higiénico. Los niños pobres de 3 a 6 años serán atendidos, vigilados y alimentados en los asilos o escuelas maternales y jardines de infantes” (Coni, 1919:16)³¹.

Específicamente en relación con la maternidad, los higienistas despliegan acciones que incluyen el control sanitario de las mujeres en edad reproductiva cuyo fin es garantizar, a través de ellas, la salud del niño en su dimensión física, psíquica y moral (Checa, 2009). Estas acciones sanitarias tienden a la prevención de las enfermedades de transmisión social de la primera infancia, incidiendo sobre la lactancia y las enfermedades venéreas mediante el control del embarazo, la legislación de nodrizas, los controles sistemáticos y la divulgación de normas de educación. La madre y la familia se convierten en los agentes tempranos de

³⁰ El doctor Emilio Coni es un reconocido médico higienista correntino. Se orientó hacia la práctica de la higiene pública y la medicina social. Fue fundador de numerosas instituciones de salud en la Capital Federal. Fundó y dirigió la inspección higiénica de las escuelas. Creó la Oficina Estadística Municipal de Buenos Aires y la publicación *Anuales de Higiene Pública*. Impulsó la creación de dispensarios, el Patronato de la Infancia y la Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene. Oficializó la Escuela de Enfermeras creada por Cecilia Grierson. También se dedicó al periodismo científico. Fue presidente de la Asociación Médica Argentina y director de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Ejerció como Jefe de Clínica Quirúrgica en el Hospital de Hombres y como médico de sala del Hospital San Roque (actualmente Ramos Mejía). Fue el fundador de la maternidad del Hospital municipal San Roque y de la Liga Argentina contra la Tuberculosis. Para ampliar, ver *Biografías Breves*.

³¹ Véase: CONI, Emilio (1919). “La ciudad argentina ideal o del porvenir”. *La Semana Médica*. Buenos Aires.

contención del niño para luego dejar el lugar a la escuela, que toma la vigilancia de la salud, incorporando la revisión médica y el suministro de vacunas, previniendo enfermedades infectocontagiosas, en particular la tuberculosis.

Por su parte, la eugenesia es una corriente de pensamiento que partiendo de la premisa de que todos los caracteres de los seres humanos son hereditarios (las capacidades y talentos como la propensión a la enfermedad), se propone lograr el mejoramiento de la *raza* a través de la reproducción de determinados individuos o grupos humanos calificados como *mejores*, inhibiendo la multiplicación de otras personas consideradas *inferiores* o *indeseables* (Miranda, 2003).

Surge bajo los parámetros de la ciencia en Inglaterra a finales del siglo XIX. Su fundador, Francis Galton, sostiene la posibilidad de perfeccionar la especie humana a través de los mismos métodos utilizados con los animales domésticos. Primo de Charles Darwin e influido por sus ideas, su propuesta se centra en favorecer los matrimonios entre “los mejores dotados” y evitarlos entre aquellos que tuvieran características que pudieran perjudicar la raza (Billorou, 2005). En líneas generales, las teorías sobre la existencia de razas humanas coinciden en afirmar una continuidad entre lo físico y lo moral, la acción determinante del grupo sobre el individuo, una jerarquía única de valores (etnocéntrica) y, en algunos casos, la voluntad de implementar una política fundada en ellas (Todorov, 1991).

La categoría de raza se presenta como multifacética y prestigiosa. En tanto construcción científica, es utilizada por intelectuales de renombre para interpretar diversos fenómenos sociales de la época. Se utiliza para entender y legitimar diferencias en una sociedad en donde la igualdad es un valor social y político, aunque considerado *peligroso* para sus clases dirigentes. Así, la existencia de razas permitía justificar y legitimar desigualdades sociales:

La raza fue una de las lentes empleadas para mirar y enfrentar a las clases trabajadoras, los pueblos conquistados y los conflictos sociales. La eugenesia en el siglo XX representaría la culminación del darwinismo social de la segunda mitad del siglo XIX (Nari, 2004:37).

La idea de raza intenta solapar los orígenes políticos de las relaciones de poder entre grupos de individuos al tiempo que, al arraigarlas en la naturaleza, pasan a ser consideradas ahistóricas e inamovibles.

En la Argentina, la eugenesia fue una ciencia práctica, unida a la política. Como propone Nari (1994), la identificación, descripción y tipificación de diferencias biológicas jerarquizadas en las poblaciones dominadas permite, no sólo ocultar la desigual distribución de las relaciones de poder (entre clases, razas y sexos), sino también descalificar categóricamente toda lucha por modificar el orden social.

Los científicos e intelectuales definen dos campos de acción principales, por un lado, la interpelación al Estado y, por otro, las acciones educativas que impulsaran la formación de una conciencia eugenésica en la población. Así, el éxito de una eugenesia preventiva reposaba en “lograr un vuelco en las mentes, un cambio subjetivo” (Nari, 2004:42). Se busca generar una conciencia sanitaria popular a través de la prensa, conferencias, carteles, cine, folletos además de la acción directa de educadores especializados en escuelas y hospitales.

Asimismo, la asociación entre *raza* y *nación* es habitual en pensadores nacionalistas y racialistas, europeos y locales, hacia fines del siglo XIX y principios del XX. Así lo expresa José Ingenieros en un texto de 1918:

El interés del individuo, de la familia, de la prole, de la raza, y del mismo futuro de la nacionalidad, compete a la medicina y por lo tanto a la clase médica, el deber de indicar el verdadero y legítimo camino a seguir" (Ingenieros, 1918:162)³².

En este marco, también las mujeres-madres van a tener que convertirse en agentes propagadores de esta ideología al interior de las familias, como parte de las políticas eugenésicas en torno a la maternidad cuyo fin es extirpar “la degeneración”, impulsar “la regeneración” y construir una “nueva raza” (Felitti, 2011).

Además, la raza no es en este período patrimonio exclusivo de los sectores conservadores o en el poder. Socialistas y anarquistas coinciden en que en la *raza* se da la continuidad entre lo físico y lo espiritual (Miranda, 2003). Los referentes de ambos grupos se van a apoyar en esas ideas para advertir sobre la degeneración de la burguesía, sosteniendo que la eugenesia podría ser la ciencia que logre regenerar a las clases explotadas para transformarlas en personas fuertes, sanas y felices. En este sentido, más que un movimiento

³² Véase: INGENIEROS José (1918). “Criminología”. *La Semana Médica*, año XXVII, Buenos Aires.

autónomo, la eugenesia va a funcionar como un prisma que teñirá gran parte de los análisis y las prácticas de intelectuales, políticos, científicos y médicos.

De manera implícita o explícita, los gobiernos despliegan numerosas medidas que inciden de manera significativa sobre los cuerpos de las mujeres y las condiciones de su reproducción (Jelín, 1996). Para los grupos médicos, una de las formas de crear argentinos fuertes y sanos es educar y controlar a las madres para así preservar a la familia. En ese contexto, el discurso higienista y también eugenésico encuentra legitimidad y apoyo: el deber maternal se construye como una obligación de las mujeres con su patria.

El proceso de diferenciación de la obstetricia como especialidad médica se enlaza con el sustento que le aporta al desarrollo de políticas activas de intervención en la vida social, como así también con la contribución a la configuración de un ideal maternal que se ensambla al seguimiento de la reproducción en sus etapas previas y posteriores, junto con el cuidado de los recién nacidos.

La asepsia y la antisepsia en las prácticas médicas

En combinación con las ideas higienistas, uno de los grandes ejes del período es la consolidación de la asepsia y antisepsia como marco de toda práctica médica. Una vez que se aceptan y difunden los conocimientos de Pasteur³³, Lister y Tarnier, esta dupla va a atravesar todos los espacios y procedimientos en torno a la curación y atención.

Con la progresiva incorporación de los conocimientos que llegan de Europa comienzan a imponerse reglas severas para la desinfección de las manos, del entorno y de las pacientes³⁴. El ácido fénico se incorpora a la atención como el primer desinfectante que se

³³ En 1879, Pasteur (médico francés) presentó un estudio sobre el agente de la fiebre puerperal en la Academia de Medicina de París que trataba acerca de la génesis de las infecciones en los “microbios”, “bacterias” o “gérmenes”. Estas ideas fueron incorporadas en Argentina por Manuel Montes de Oca, Ignacio Pirovano, Juan B. Justo y algunos más. Para ampliar, véase: Trujillo, José, “La ‘revolución pasteuriana’ en Buenos Aires: introducción de la antisepsia y asepsia quirúrgica”; en: Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, vol. 26, N° 2, agosto 2006, págs. 40-48.

³⁴ En un primer momento, la práctica que se implementó consistió en que después de lavarse bien las manos con agua y jabón, los médicos y las parteras debían sumergirlas en una solución de hiposulfito de soda que desengrasaba la piel para luego pasar por otra solución de permanganato de potasa que, según se decía, destruía la materia orgánica. Finalmente, las manos se enjuagaban en una solución de ácido fénico para desinfectarlas.

usa en Buenos Aires de forma sistemática. Con este producto también se desinfectan las ropas de la mujer, la ropa de cama, las cortinas y demás objetos.

Al hacer referencia a estos primeros años de transición entre "la época antigua a la nueva era de la asepsia y antisepsia", los propios médicos los recuerdan en términos de *furor bactericida*. Según sus propios relatos:

En todas partes se percibían microbios peligrosos para la salud que se concentraban en el aparato genital, marco que dio lugar a la realización de lavados vaginales desde el principio del embarazo, en el momento del parto y durante todo el puerperio (...) hubo una verdadera obsesión contra los microorganismos y en cada casa donde debía tener lugar un parto se ponían en acción todos los medios de defensa, retirando las alfombras y cortinados, empapelando y pintando las paredes y los techos, lavando y desinfectando los pisos y los muebles, los asistentes se cambiaban vestidos de pies a cabeza (Llames Massini, 1915: 177)³⁵.

Los médicos de Buenos Aires reconocen en estas transformaciones el inicio de la obstetricia moderna. El cambio de siglo marca en su imaginario no solo el fin de una centuria sino el inicio de una etapa nueva donde ellos serán los únicos e incuestionables protagonistas:

La obstetricia, sufrió una sacudida violenta que convulsionó todas sus antiguas prácticas de higiene, y este sacudimiento que fue intensísimo desde un principio, llegó hasta la exageración, no conociéndose aún bien detalladamente las bases fundamentales en que se apoyaba la enorme masa del edificio monumental, que significaba la institución del nuevo régimen antimicrobiano.

Con el transcurso de los años se fue profundizando poco a poco el estudio de la biología bacteriana, aprendiendo a defenderse de los microorganismos cuando eran virulentos y a despreciarlos cuando no eran perjudiciales, sin malgastar elementos, tiempo y energías en atacarlos donde no se hallaban o en omitirlos cuando era indispensable su exterminio. Y así se restableció el equilibrio y se llegó al justo medio, para olvidar los antiguos sistemas e implantar nuevas leyes cuyas infracciones llevan en sí el castigo como fiel testimonio de las grandes verdades que entraron al campo de la obstetricia, pregonando el poder inmensamente grande de los infinitamente pequeños, descubiertos en sus antros inaccesibles por Pasteur y batidos en sus innumerables legiones por las armas de Lister (Llames Massini, 1915:64)³⁶.

Los mismos medios se empleaban para desinfectar a la parturienta, utilizando esponjas que a su vez se desinfectaban también en las mismas soluciones fenicadas.

³⁵ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). Op. cit.

³⁶ Ibidem.

Con estas transformaciones, la obstetricia encuentra la forma de revertir uno de los mayores problemas a los que se enfrentaba: la fiebre puerperal. Bajo esta nominación, se incluían gran parte de las complicaciones en el posparto, que afectaban sobre todo a las puérperas que permanecían en el hospital luego del nacimiento. Antes de la época pasteuriana se consideraba que la infección puerperal se relacionaba con:

Los miasmas maléficos que se hospedaban indudablemente con más tenacidad en el Hospital; las paredes de las salas se suponían cuajadas de esos miasmas, los techos, los pisos y las cortinas debían alojar a millones los enjambres que se precipitaban sobre las enfermas hiriéndolas de muerte cuando las privaciones y las fatigas debilitaban su organismo (Llames Massini, 1915:48)³⁷.

Esa era la explicación médica, por ejemplo, a que en el Hospital de Mujeres la cantidad de puérperas que presentaban fiebre durante el posparto era mucho mayor que las asistidas en su domicilio y su gravedad mucho más compleja.

El cambio de paradigma impulsa una serie de modificaciones en las prácticas y sentidos en torno al parir-nacer, a la vez que profundiza otros procesos que ya se habían iniciado, sobre todo en la relación entre las mujeres y los médicos, y los espacios en donde ocurren los partos.

En primer lugar, el triunfo del modelo microbiano, frente al que se sostenía en la idea de los miasmas, habilita una mayor intervención de los médicos en torno a las enfermedades y dolencias, a la vez que ahonda la distancia entre éstos y quienes no poseen los conocimientos científicos.

A su vez, este conjunto de conocimientos contribuye con el anhelo de poner fin a lo que se llamaba la *podredumbre del hospital*. Es decir, empieza a ser posible llevar a la práctica el proyecto de los médicos obstetras de trasladar los partos de mujeres de todos los grupos sociales a hospitales y clínicas.

³⁷ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires: Imp. Flaiban y Camilloni.

CAPÍTULO II

La Maternidad como disciplina médica

El parto es el eje que organiza este capítulo y alrededor del cual se van desplegando las diferentes líneas argumentativas³⁸. A modo de ensamble se van describiendo y analizando los fragmentos y los mecanismos que las articulan. Se trata de un proceso complejo y multidimensional en el cual se van anudando cuestiones que pueden parecer de diferentes planos o escalas pero que en conjunto conforman una trama coherente y sincronizada.

En este capítulo se intentará dar cuenta de las formas del parir-nacer en la Buenos Aires de principios de siglo XX, comprendiendo que es un momento de veloces y profundos cambios tanto en lo que hace al parto en sí mismo, su consideración y sus prácticas, como a las personas que lo acompañan (y luego asisten e intervienen), como así también al espacio en donde transcurre este momento de gran relevancia vital. Para ello será necesario recorrer los procesos que se inician alrededor del 1880 con la reconfiguración política del país y la ciudad, que implicó nuevas entradas y configuraciones institucionales y que impulsan, en sintonía con lo que ocurre en otros países de occidente, la consolidación de la medicina como la única disciplina legítima para intervenir en los diferentes procesos naturales del ser humano, entre ellos los relacionados con la reproducción y procreación.

Esta situación confluye en la progresiva especialización médica, uno de cuyos resultados es el surgimiento de la obstetricia, proceso que conlleva como su reverso o su contracara (dos caras de la misma moneda) al lento pero creciente desplazamiento de las parteras-comadronas, a la consolidación de la figura de la partera diplomada y subalterna al médico y a la modificación de las formas y el ámbito en que se llega al mundo. El parto pasa del hogar al hospital y pasa del acompañamiento a la intervención intensiva.

³⁸ Este un orden, entre otros posibles. Hay trabajo que se organizan en torno a la figura de la madre en los diferentes ámbitos de la vida social (Nari, 2004), otros en función de las regulaciones estatales (Biernat y Ramacciotti, 2013), algún otro en torno a la figura de quienes intervienen en el proceso reproductivo (Martín, 2015) y otros que lo hacen como parte de temas más amplios como las perspectivas en torno a la atención médica en el siglo XX (Belmartino, 2005) o sobre las discusiones de la relación entre salud y la enfermedad con perspectiva histórica (Biernat y Ramacciotti, 2014).

De forma complementaria y potenciándose recíprocamente, se desarrolla la asimilación y superposición del rol del médico con el del funcionario público, político y gestor de políticas sanitarias, a la vez que formador y educador, y referente de la opinión pública.

En síntesis, este conjunto de procesos de que se dan de forma superpuesta y paralela en algunos momentos y sincronizada la mayoría de las veces puede ser desarmado analíticamente como los hilos de una madeja:

1. Hegemonía de la medicina. El lugar del médico en la sociedad. Delimitación jurídica punitiva del adentro y afuera de la medicina. Alcance de la legitimidad jurídica.
2. Surgimiento de la obstetricia como especialidad autorizada. Desarrollo de ámbitos de formación académica y el requerimiento de acreditaciones formales para su ejercicio.
3. Desplazamiento del rol de las parteras-comadronas. Reconfiguración de este rol como subalterno al del médico obstetra a partir de la consolidación, estabilidad y fijación de la figura de la partera diplomada. Desarrollo de instancias de acreditación y formación institucional.
4. Modificaciones de las formas del nacer-parir (proceso lento pero constante a pesar de las resistencias) y del ámbito del nacer-parir. Creación de maternidades, la sala de partos y una serie de instrumentales médicos específicos. Del acompañamiento a la intervención.
5. Desarrollo de políticas sanitarias, sociales y asistenciales en torno a la maternidad. La intervención del Estado en torno al nacer-parir. La creación de instituciones y organismos. La creación de un andamiaje político, legislativo y jurídico.

Adentro y afuera de la medicina

A lo largo del siglo XIX, a medida que las ideas acerca de la dupla salud-enfermedad se van paulatinamente convirtiéndose en preocupación social, el campo de la atención sanitaria e higiénica adquiere un perfil propio y específico al distanciarse de actuaciones más difusas y heterogéneas. Ello se relaciona con un cúmulo de factores, entre los cuales ocupa

un rol importante la adquisición de un estatus privilegiado por parte de la profesión médica y la institucionalización y estabilización de saberes y prácticas. También cumple un papel fundamental el decisivo aumento de la confianza pública en las políticas sanitarias, entre otras cuestiones a partir del perfeccionamiento del conocimiento científico-médico desarrollado por los descubrimientos de Koch³⁹ (González Leandri, 2004).

En su mayoría, los médicos porteños se formaron a fines del siglo XIX y se encuentran impregnados de los cambios y los progresos científicos y sociales impulsados por innovaciones tecnológicas como las alcanzadas por Pasteur con relación a las enfermedades infecciosas y Lister en torno a la asepsia. Se muestran interesados en la valoración de las condiciones de vida de los sectores populares y en los resultados de la prevención y de las obras públicas de saneamiento ambiental.

Sin embargo, no es una mirada uniforme. Es un grupo que admira simultáneamente a diferentes estilos de pensamientos y disciplinas médicas. Pablo Souza (2005) da cuenta de las tensiones y matices que conviven en la mentalidad clínica⁴⁰ de los médicos de Buenos

³⁹ Robert Koch (1843-1910), científico alemán galardonado con el premio Nobel. Iniciador de la bacteriología médica moderna; aisló varias bacterias patógenas, incluida la de la tuberculosis, y descubrió los vectores animales de transmisión de una serie de enfermedades. Su primer descubrimiento importante se produjo en la década de 1870, cuando demostró que el carbunco infeccioso (conocido como ántrax), sólo se desarrollaba en los ratones cuando el material inyectado en su torrente sanguíneo contenía bastones o esporas viables del *Bacillus anthracis*. El aislamiento del bacilo del carbunco por parte de Koch constituyó un hito histórico, ya que por primera vez pudo demostrarse sin duda cuál era el agente causante de una enfermedad infecciosa. Así, estableció que las enfermedades infecciosas no estaban causadas por sustancias misteriosas, sino por microorganismos específicos, en este caso bacterias. Koch mostró también el método de trabajo de la bacteriología; la manera de obtención de los microorganismos a partir de animales infectados, su cultivo artificial y su forma de destrucción. En 1882 logró aislar el bacilo responsable de la tuberculosis. El descubrimiento permitió mejorar las técnicas diagnósticas mediante la identificación del bacilo en las excreciones corporales, especialmente en los esputos. Koch dedicó entonces su atención al cólera, que en 1883 había alcanzado niveles de epidemia en la India. Se desplazó allí, identificó el bacilo causante de la enfermedad y descubrió que era transmitido a los seres humanos sobre todo a través del agua. Más tarde viajó a África, donde estudió las causas de las enfermedades transmitidas por insectos (en: González Leandri, 2004:574-591-592).

⁴⁰ Souza trae las distinciones del antropólogo Laín Entralgo presentes en la medicina universitaria europea del siglo XIX. Este autor da cuenta de la presencia de tres “mentalidades” preocupadas por el fenómeno del enfermar. Ellas son la mentalidad anatomopatológica, la mentalidad fisiopatológica, y la mentalidad etiopatológica. La primera, se preocupó por estudiar el proceso morboso a partir de la morfología de la lesión anatómica en los distintos órganos y tejidos corporales. La segunda, concibió la enfermedad como desorden energético-material inscrito en las distintas funciones que componen el fenómeno de la vitalidad; por último, la mentalidad etiopatológica se preocupa de las causas exógenas del proceso morboso, en tal sentido, el

Aires en el cambio de siglo, quienes reconocen el prestigio de la fisiología y la patología celular alemana, así como siguen los trabajos de los higienistas y cirujanos británicos; pero colocan el centro de su admiración en el *giro copernicano de la lesión anatómica*, es decir, en la mirada anatomo-clínica. Esta mirada se fundamenta en un método de observación médica, cuyo objeto es “reconocer en el individuo vivo, con la ayuda de signos precisos extraídos de la exploración física, las modificaciones patológicas de los órganos profundos” (Souza, 2005: 8). Esta cuestión toca en el centro de la distinción entre lo que se va a considerar salud y lo que va a entrar en el ámbito de la enfermedad.

A pesar de provenir de diferentes vertientes políticas -socialistas, conservadores, radicales- los médicos porteños coinciden en la necesidad y urgencia de contar con instrumentos jurídicos e institucionales que sostengan financiera e institucionalmente su tarea. En este escenario, comienzan a organizarse y a conformar un grupo a la vez homogéneo y múltiple con capacidad de influencia tanto sobre las incipientes estructuras gubernamentales como en la definición de concepciones y valores sociales. Sus miembros comparten una visión consensuada sobre la importancia de su profesión y se consideran las únicas voces autorizadas para abordar los temas de salud y enfermedad.

Desde las autoridades gubernamentales se considera que la administración sanitaria resulta un instrumento clave para evitar la difusión de epidemias y enfermedades en un marco de masivo arribo de inmigrantes. Los médicos, incluso los recién recibidos, son convocados a conformar una burocracia especializada para organizar el funcionamiento del Estado. En este proceso, comienzan a ocupar cada vez más espacios dentro de la clase política de la época -especialmente en cargos legislativos y de gestión- a la vez que son también profesores universitarios y responsables de servicios de salud. Por su parte, la universidad procura formar estudiantes convencidos de la fe en ese orden y progreso que sustenta la política oficial.

Empero, si pertenecer a un ámbito académico es menester para alcanzar un lugar en la burocracia estatal, ser familiar de algún miembro de la oligarquía nacional representa un

pensamiento higienista es un ejemplo de mentalidad etiopatológica, al estudiar la relación entre el hombre saludable y la higiene del contexto en que se inscribe. Para ampliar véase: SOUZA, Pablo (2005). “El Círculo Médico Argentino (CMA) y su papel en la configuración del pensamiento médico clínico (Buenos Aires, 1874 - 1883)”, *Entrepasados*, Vol. 31; LAIN ENTRALGO, Pedro (1978). *Historia de la medicina*. Madrid: Salvat.

valor marcadamente superior al momento de ocupar los cargos más relevantes de la administración pública. Estos hijos o allegados a la elite supieron ejercer su hegemonía mediante acuerdos, fraudes electorales y un cierto control del nombramiento de gobernantes nacionales y provinciales (Lobato 2000b); situación que impulsa el desarrollo de fuertes pujas y enfrentamientos alrededor de la forma en que se ocupan estos lugares.

Esta necesidad de tomar iniciativa e impulsar y consolidar espacios para la medicina da cuenta de lo que sostiene González Leandri⁴¹: que el proceso de profesionalización de la medicina porteña durante la segunda mitad del siglo XIX genera tensiones y pujas entre distintos actores corporativos, motivadas por la búsqueda de un espacio en el medio profesional que asegurara su participación, tanto en la definición de las relaciones de poder dentro de los espacios institucionales, como en materia de producción intelectual.

Así, van a conformar un grupo inquieto y dinámico, con gran iniciativa y fuerte presencia en la opinión pública desde donde polemizan sobre los temas de actualidad, incluso entre ellos mismos. Sus pretensiones respecto de ocupar un lugar destacado en la sociedad se van a traducir en la presentación de sucesivas propuestas legislativas y de intervención ante situaciones sociosanitarias que considera negativas y que se materializan en la creación de establecimientos e instituciones y en el desarrollo de políticas públicas.

La Obstetricia como especialidad médica a cargo del parto y nacimiento

Los cambios tecnológicos difundidos en las primeras décadas del siglo XX, que abarcan tanto la aparición de nuevos medicamentos y equipos, como la transformación del trabajo médico contribuyen con la complejización de su labor tradicional, con la delimitación en forma paralela y progresiva de nuevos ámbitos de conocimiento, nuevas funciones y el surgimiento de prácticas especializadas.

⁴¹ Para ampliar este proceso de profesionalización de la profesión médica durante la segunda mitad del siglo XIX, véase González Leandri, R. (2000), Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886, Madrid, CSIC, págs. 1-57. También puede verse: Souza (2005), op. cit. págs. 44-82.

En este proceso empezamos a encontrar en Buenos Aires centros de atención especializados donde comienzan a diferenciarse algunas especialidades entre las cuales se encuentra la atención de los niños y las madres. Paulatinamente el cuidado de la salud materno-infantil se fragmenta en numerosos saberes expertos (Belmartino 2004); proceso en el que se perfilan dentro del conocimiento médicos nuevas especialidades⁴² como la ginecología, la obstetricia, la pediatría y la puericultura, que no sólo logran la ampliación del campo de ejercicio de la profesión médica a través de la conquista de espacios ocupados hasta ese momento por las mujeres, sino que reflejan también el interés particular en la salud del niño, así como de la madre (Ramacciotti, 2008).

Siguiendo lo que sucede sobre todo en la medicina europea, bajo el nombre de Obstetricia, los médicos que se ocupan de los partos reivindican para sí la atención del nacimiento y de los primeros momentos de la vida. La obstetricia en nuestro país recibe hasta 1920 principalmente la influencia de la escuela francesa. La formación local se apoya en los trabajos del obstetra Adolphe Pinard⁴³, un especialista de la salud perinatal y de la palpación abdominal de la embarazada, entre otros médicos (Billorou, 2004). También se aplican localmente los conceptos de la escuela francesa de Estrasburgo, y sobre el parto médico de Kreiss. Siguiendo este modelo, también se consolida la noción de cátedra universitaria de obstetricia separada de la de ginecología.

Desde la Sociología de la Salud o Sociología de la Medicina y los estudios demográficos se ha señalado que la historia del campo constitutivo de una disciplina no se construye en un solo acto, con una sola perspectiva ni tampoco es obra de un solo actor. Más

⁴²En ese mismo momento, se desarrolla el proceso de 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, como *ciencia de aplicación* vinculada con la higiene y orientada a la divulgación de métodos de crianza en términos racionales y científicos. Para ampliar este punto, ver: COLÁNGELO, María Adelaida (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, Isabella; Llobet, Valeria et al. (editoras), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil. Siglos XIX y XX*, Buenos Aires: Teseo, págs. 102-103.

⁴³ Adolphe Pinard (1844-1934) fue un reconocido médico francés cuyos trabajos en torno a la salud perinatal fueron base de la enseñanza de la ginecología y la obstetricia en nuestro país. Hasta la actualidad se lo conoce por haber inventado un estetoscopio de madera que lleva su nombre, que permitió mejorar la técnica de auscultación fetal.

bien supone un proceso de delimitación compleja con referencia a la pertinencia de su objeto de estudio e implica un campo de lucha teórica, epistemológica, metodológica y profesional. Los aportes de investigadores argentinos como Armus (2007), Biagini (2011), Murillo (2000), Biernat y Ramacciotti (2013 y 2014) y Novik (2000) entre otros, permiten pensar que la búsqueda de legitimidad de la obstetricia dentro del campo médico se desarrolla a través de diferentes estrategias; por un lado, desde el discurso médico se acentúa la peculiaridad de esta rama de la ciencia médica a partir de su valor social como responsable de dos vidas en lugar de una humana. Por otro, la obstetricia responde a la creciente tecnificación médica al incorporar todo el aparato de prácticas de la cirugía asegurado por la asepsia, antisepsia y anestesia (Nari, 2004).

Así, bajo el nombre de *obstetricia*, se reorganizan un conjunto de conocimientos y prácticas provenientes de la ginecología, a los que se suman aquellos saberes no institucionalizados formalmente con los que cuentan las parteras, a los cuales se ubica, sistematiza y presenta según las normas de la legitimidad científicas.

De forma complementaria y superpuesta se origina un proceso complejo que incluye diversos aspectos: el control médico masculino de la reproducción, la transformación (desplazamiento y la reasignación de tareas) de una función tradicionalmente femenina -la de comadrona o partera- y la lenta imposición del parto hospitalario. La gestación de la vida pasa a ser concebida como un delicado proceso (asimilable a una enfermedad), que requiere de la presencia del médico en los momentos centrales de las diferentes etapas: antes, durante y después del parto.

La consolidación de la obstetricia como disciplina también provoca un reacomodamiento de funciones dentro del campo médico; por un lado, se produce una jerarquización entre los profesionales al diferenciarse el obstetra del médico general. Esta diferenciación se legitima en la posesión por parte del especialista de los conocimientos científicos y técnicos que lo habilitan para intervenir en los partos más complicados; mientras el médico general sólo es capaz de asistir el parto sin complicaciones.

Este movimiento del saber médico, en sintonía con el pensamiento clínico europeo al que se tenía como referente, no significa un cambio drástico de *lo viejo por lo nuevo*, sino más bien, se trata de un movimiento, un reordenamiento de los saberes y prácticas médicas

ya existentes. En tal sentido, la noción más adecuada y precisa es la de *reconfiguración del saber médico* en torno a las formas del nacer-parir.

Sin embargo, los nuevos conocimientos que sustentaron la importancia de la maternidad a partir de la determinación de su complejidad biológica y psíquica también justificaron el ingreso de las mujeres a la profesión médica (Knibiehler, 2001) aunque por muchas décadas en un lugar subalterno.

En los artículos de divulgación científica de esas décadas, la participación de mujeres en el campo del conocimiento y prácticas médicas es un tema recurrente. Los profesionales de medicina perciben a esas prácticas como parte de una etapa que debe ser superada por la ciencia moderna. La ignorancia, el oscurantismo, el pensamiento mágico y la brujería que suponen rodean las cosmovisiones de los sectores populares deben ser reemplazadas por los parámetros científicos que ellos mismos encarnan.

No obstante, la nueva especialidad científica, encuentra en sus comienzos una serie de dificultades para imponer su campo de acción. Durante largos años, permanece fuertemente extendida entre la población la creencia en la prescindencia del obstetra durante los nacimientos. En este sentido, el proceso de legitimación de la especialidad se da con fuertes resistencias por parte de las mujeres, tanto en su condición de pacientes como de participantes activas y centrales en el acompañamiento de los nacimientos.

Nari (2004) sostiene que, a inicios del siglo XX, cuando se introduce la práctica de la asepsia, el proceso de desplazamiento-subordinación de las mujeres en la atención del parto no se produce porque en los hospitales los médicos garantizan un menor índice de mortalidad materna -por el contrario- el índice es mucho mayor que en los partos domiciliarios atendidos por mujeres no diplomadas. El desplazamiento, entonces, debe comprenderse desde la óptica de la política y de los apoyos institucionales alcanzados por los grupos médicos.

Los profesionales médicos precisaron del Estado para garantizarse el monopolio de la atención de la salud reproductiva, que implicó la anulación y persecución de otras personas y otros conocimientos -comadronas, sanadores, curanderos- que eran, justamente, los que se encontraban extendidos en la población que acudía a ellos para resolver los problemas de salud que no podían solucionar en el ámbito doméstico (González Leandri, 1997). La obstetricia va a requerir de la intervención del Estado, en forma de represión y apoyo

económico-institucional, para desarrollarse como especialidad científica. Como contraparte va a aportar a los grupos dirigentes en el gobierno su capacidad de intervención en lo social.

En este escenario, la importancia creciente de la función materna, unida a la búsqueda de la reducción de la mortalidad infantil, impulsan diferentes acciones que confluyen en la medicalización de la reproducción biológica. La creación de la red de instituciones de la salud consolida un proceso de intervención sobre el nacimiento en el que quedan excluidas comadronas y sanadoras, a la vez que modifica fuertemente las relaciones entre médicos y otros profesionales de la salud y los destinatarios de sus prácticas, conocimientos e intervenciones, en este caso las mujeres al momento del embarazo, parto y puerperio.

La Ley del Ejercicio de la Medicina y sus reglamentaciones posteriores

Hacia fines del siglo XIX, los partos eran asistidos por mujeres que contaban con conocimientos y prácticas diversas y superpuestas que respondían a trayectorias educativas y laborales diferentes. Esta situación es percibida por los grupos médicos con gran preocupación, ante lo cual comienzan a elaborar, presentar, y en algunos casos logran la sanción de leyes, reglamentaciones y ordenanzas de diverso tipo y escala.

Entre estos impulsos regulatorios y luego de una serie de normativas preliminares, en 1877 se promulga la *Ley del Ejercicio de la Medicina y sus ramas auxiliares* que define la jerarquía y potestad entre los diferentes oficios vinculados al arte de curar⁴⁴. La ley precisa los límites y las condiciones para el ingreso a los oficios contemplados como parte de la

⁴⁴ Esta ley tuvo vigencia primero en Buenos Aires y a partir de 1891 en todo el territorio nacional. Se realizaron varias modificaciones en los años siguientes que tuvieron que ver con ampliaciones y detalles impulsados por los cambios en el conocimiento científico.

medicina y sus tareas afines. Allí quedan diferenciados los médicos de los dentistas⁴⁵, los farmacéuticos⁴⁶ y las parteras.

Según la nueva norma, *partear* se considera una rama menor dentro de la medicina, y por lo tanto sus intervenciones quedan bajo la subordinación de otros saberes, en particular de los médicos. El control legal de los partos va a quedar a cargo de los médicos y las parteras sólo podrán actuar en los casos de partos definidos como *normales*. Frente a los partos *laboriosos o distócicos* van a tener la obligación de dar parte a un médico.

⁴⁵ Con la aprobación de la ley la odontología queda bajo la tutela de la medicina, aunque logra mantenerse como una especialidad con fundamentos propios. En esos años, la mayor parte de los tratamientos de la época eran realizados por barberos, sacamuelas y/o dentistas formados empíricamente. Con la aprobación de la ley todos aquellos que quisieran ejercer como dentistas tendrían que rendir un examen ante el Tribunal de Medicina integrado por el primer dentista diplomado en la República Argentina. En 1891 cuando se funda en la Facultad de Medicina de la UBA la Cátedra de Odontología. Para ampliar: MONZÓN, W. y ARIASGAGO, O. Documento de la Cátedra Odontología Legal Ética e Historia de la Odontología – Facultad de Odontología – UNNE.

⁴⁶ En esos años además del requerimiento de acreditación como farmacéutico idóneo comienza un proceso de sistematización y regulación de los medicamentos, preparados y otros productos elaborados por los boticarios o herbolarios. Por proposición del entonces presidente del Departamento Nacional de Higiene, el Doctor José Ramos Mejía, en 1892, se nombra una Comisión Redactora de la Farmacopea Nacional Argentina cuyo trabajo establece qué productos son permitidos. Esta reglamentación adquiere forma de ley en 1893. En las décadas siguientes se amplían y modifican los preparados incluidos en la reglamentación. Para ampliar: Calderón, G.: “Farmacia: pasado, presente y futuro”, en Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 23, núm. 4, 2004, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires.

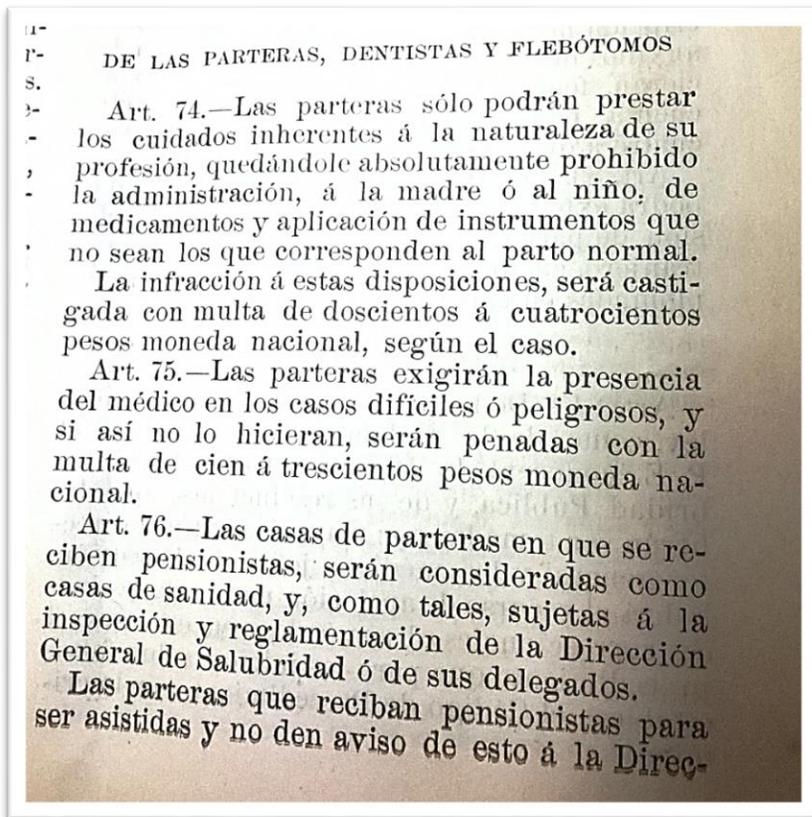


Imagen N°1: *La Semana Médica*, 1905, año XII, Buenos Aires. Se transcribe la modificación realizada a la Ley de 1877, que en lo que hace a la Obstetricia no modifica su espíritu original, sino que refuerza y explicita algunas de sus consideraciones.

A esta limitación, se suma otra cuestión central que luego refuerzan varios reglamentos de la Dirección Nacional de Higiene (DNH) y de la propia facultad que tiene que ver con el uso de medicamentos. A partir de estas normativas, el uso legal y legítimo de preparados farmacéuticos queda en mano de los médicos, a la vez que prohibido explícitamente para las parteras. Especialmente se regula el uso de la ergotina, una droga muy utilizada por comadronas y parteras ante las hemorragias, que con estas disposiciones solamente queda habilitada para el médico.

En su articulado, la ley señala que la violación de estas normas es un delito de carácter criminal e impone multas a quien ejerza cualquier rama de la medicina de manera irregular.

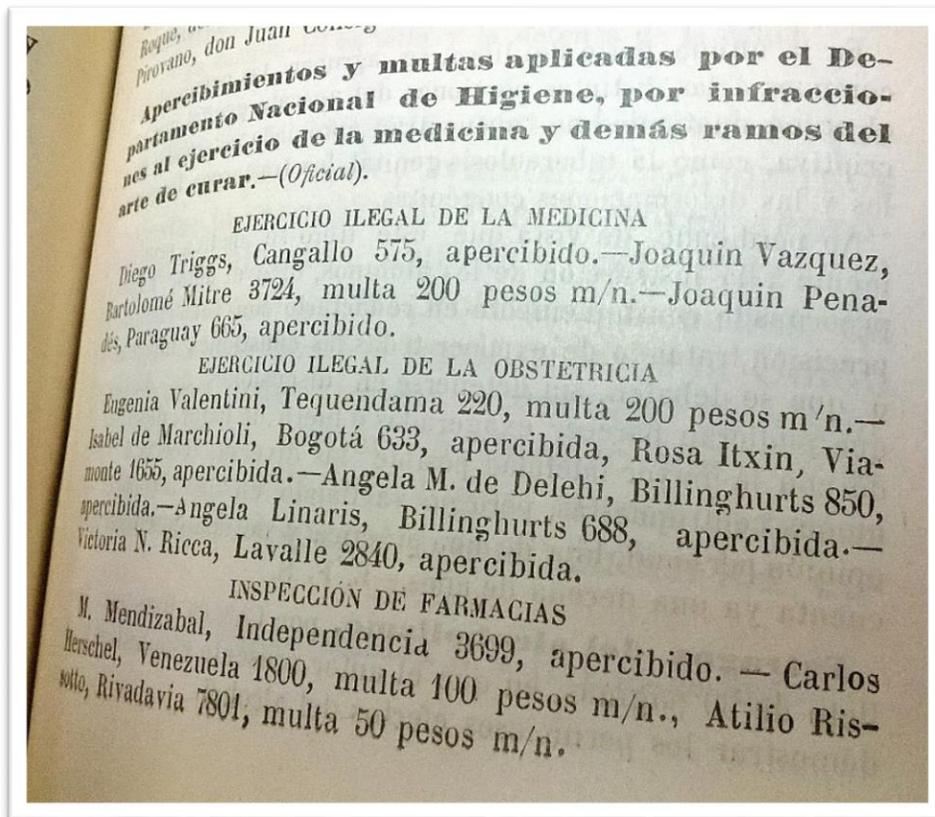


Imagen N°2: *La Semana Médica*, 1903, año IX, Buenos Aires. Apercibimientos y multas aplicadas por el DNH, por infracciones al ejercicio de la medicina y demás ramos del arte de curar. Por el ejercicio ilegal de la obstetricia se multa a una mujer con 200 pesos y se apercibe a otras 5 mujeres que figuran con su nombre apellido y dirección.

La disposición pone límite a una serie de prácticas vigentes pero cuestionadas por los médicos cuando son ejecutadas por las parteras quienes con la ley se incorporan de manera definida y explícita al campo de las tareas relativas a la atención de la salud con nuevas condiciones. Ante estas condiciones, la mayor presión y persecución es sufrida por las denominadas cuidadoras de parturientas⁴⁷, que eran parteras ocasionales, algunas de ellas mujeres que a partir de su propia experiencia habían comenzado a atender a otras y convirtieron esa actividad en un trabajo rentable (Martín, 2014). Unas tenían conocimientos obtenidos a través de la práctica y por razones diversas no habían podido matricularse y

⁴⁷ Véase: GRIERSON, Cecilia (1903). En el artículo "La historia de las obstétricas" se amplía la descripción de los diversos perfiles de las mujeres que acompañaban los partos. En *Revista de Obstetricia*, Tomo I, Año I, pp. 9-30.

acreditar sus saberes, y otras eran mujeres extranjeras que ejercían una profesión adquirida previamente en sus países de origen y no siempre habían revalidado sus títulos.

La normativa puede verse como el resultado del interés por los partos que los médicos logran promover entre funcionarios y dentro de su propia corporación desde hacía algunas décadas. Las medidas estimuladas por el cuerpo médico de la ciudad crean una norma y un perfil que divide entre un adentro y un afuera de la profesión médica y sus auxiliares.

Con estos límites se demarca con fuerza -desde lo jurídico, lo político y lo simbólico- un adentro y afuera de la medicina. Se define quiénes cuentan y quiénes no con la legalidad y legitimidad institucional para ejercer *el arte de curar*. Aquellos que ocupan el adentro, y definen el lugar donde se traza la línea divisoria, son los médicos formados por la institución universitaria. Afuera quedan todos aquellos que desde hace décadas se ocupan de las cuestiones de salud y enfermedad de los sectores populares, y cuentan con algún tipo de formación adquirida en la ciudad o en el país de origen en el caso de los inmigrantes u obtenido en la propia práctica. En este grupo quedan ubicados aquellos definidos como curanderos, objetos de abierta persecución y punición.

No obstante, entre estos dos conjuntos toma cuerpo una zona gris conformada por dentistas, flebotomos, farmacéuticos y parteras cuyos procesos de obtención del reconocimiento legal y la autorización para poder seguir ejerciendo sus prácticas no fueron similares y tuvieron momentos de mayor o menor ambigüedad por parte de las instituciones gubernamentales. Por algún tiempo, estas modalidades tendieron a convivir y contaron con cierta laxitud en la aplicación de las leyes durante un tiempo prolongado. En una ciudad de rápido crecimiento urbano como la porteña; cuyo perfil demográfico cambia en poco tiempo y con una infraestructura sanitaria que iba detrás de la complejización urbana no resulta sencillo para los grupos médicos lograr rápidamente sus objetivos.

Ante esto, en los siguientes años, van logrando la incorporación de nuevas exigencias burocráticas para el ejercicio de la partería independiente. Por ejemplo, las parteras debieron solicitar autorización para promover públicamente su actividad. La publicidad se mantuvo del modo ya conocido: la recomendación, la tarjeta y la muestra, es decir, la placa de madera que se colocaba en el frente del domicilio y/o casa de partos para anunciar su servicio, luego de esa norma debían hacerlo con autorización previa.

La sanción de las leyes y reglamentaciones acelera el proceso de conformación de jerarquías profesionales y de un poder formal sobre el *arte de curar*. La modificación en forma de desplazamiento y subalternización del rol de las parteras ante el parto es paradigmático. En este caso, a diferencia de lo ocurrido con los farmacéuticos y dentistas, un nuevo actor -el médico obstetra- toma el lugar de las parteras, que pasan a ser ubicadas como sus asistentes y auxiliares.

La jerarquización de la obstetricia tiene como beneficiarios inmediatos a los médicos, quienes amplían sus espacios académicos e institucionales, a la vez que delegan una parte importante de la asistencia del parto en las parteras convertidas en sus asistentes.

La educación superior en la conformación de una identidad corporativa

El ámbito de formación de los futuros médicos obstetras se acopla a estos cambios en un marco de tensiones dentro de la propia corporación médica, sobre todo en términos generacionales. En medio de confrontaciones por los espacios de conducción, se suceden una serie de transformaciones institucionales que incluyen la reforma de los estatutos de la universidad, la intervención por parte del poder ejecutivo de la provincia de Buenos Aires y la creación del Hospital de Clínicas⁴⁸ en el lugar donde funcionaba el antiguo Hospital de Buenos Aires⁴⁹. Allí se construye un nuevo edificio con una maternidad que va a contar con una escuela anexa.

Durante las últimas décadas del siglo XIX la educación médica de la Universidad de Buenos Aires había sido fuertemente criticada públicamente por los propios alumnos que consideraban mala la calidad de su enseñanza. Además, eran muy críticos respecto de su

⁴⁸ La construcción del Hospital de Clínicas fue fuente de disputas y controversias que, en palabras de Hurtado y Souza (2008), dan cuenta de cosmovisiones médicas y científicas en pugna. La controversia excedió los límites de la academia y la clínica y se trasladó al ámbito parlamentario y a la opinión pública. Para ampliar, véase: HURTADO, Diego y SOUZA, Pablo (2008). "Los 'diputados médicos': clínica y política en la disputa por los recursos públicos (1906-1917)". *Asclepio*, 60, 2.

⁴⁹ Para ampliar este proceso ver: GONZÁLEZ LEANDRI Ricardo (2000). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852 – 1886*". Madrid: CSIC. También del mismo autor, (1997). "Académicos, doctores y aspirantes. La profesión médica y la reforma universitaria: Buenos Aires 1871 - 1876" en *Entre pasados. Revista de historia*, año VI. No. 12.

participación durante la epidemia de fiebre amarilla (González Leandri, 1999). Las prácticas de los estudiantes de obstetricia se realizan en la maternidad del Hospital Rivadavia dependiente de la Sociedad de Beneficencia, escenario también de fuertes conflictos entre las mujeres de la alta sociedad a cargo de su gestión y los estudiantes y profesores de la universidad.

En este sentido, la creación de instituciones como la escuela y maternidad representan para la clínica obstétrica un salto cualitativo; la escuela permite dejar atrás lo que los médicos llamaron *el oscurantismo de los años previos*, cuando un alumno de medicina podía graduarse y ejercer como partero sin haber asistido nunca un parto ni haber realizado un tacto ni una palpación.

Impulsados por estos cambios, se empiezan a publicar sucesivas tesis y estudios en torno al embarazo, parto y puerperio. Entre ellas, en 1886, Emilio Coni publica “Las parteras y la práctica obstétrica” en la *Revista Clínica Quirúrgica*; por su parte Juan Ramón Fernández⁵⁰ publica la tesis “Contribución al estudio del tratamiento antiséptico de la fiebre puerperal”. En 1889 Cecilia Grierson⁵¹ se doctora con la tesis “Histeroovariotomías ejecutadas en el Hospital de Mujeres desde 1883 a 1889”, y más tarde escribe “Historia de la obstetricia” para la *Revista Obstétrica* (Buenos Aires, 1903, año 1 tomo 1 p. 9 30). La segunda médica argentina, la radical Elvira Rawson⁵², titula su tesis “Apuntes sobre la

⁵⁰ El doctor Juan Ramón Fernández, médico porteño, llegó a estar a cargo de la Escuela de Parteras y fue decano de la Facultad de Ciencias Médicas. También fue ministro de justicia e instrucción pública durante el segundo gobierno de Julio Argentino Roca. Para ampliar véase el capítulo de *Biografías Breves*.

⁵¹ La figura de Cecilia Grierson es sumamente interesante por la complejidad. A pesar de la resistencia de la universidad, logra desarrollarse como médica graduada de la Universidad de Buenos Aires, ya que nada impedía que las mujeres ingresaran a la universidad; sin embargo, no lograron integrarse al cuerpo docente universitario. Grierson además fue un personaje relevante en el círculo de médicos porteños: como estudiante y joven médica, logró destacarse entre sus colegas, y tuvo un desarrollo profesional extendido y sostenido. Sin embargo, en 1894 se inscribió en el concurso para "profesor sustituto" para la cátedra de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina, pero el concurso fue declarado desierto a pesar de que sus antecedentes eran acordes con el cargo. Para ampliar véase el trabajo de LORENZO, María Fernanda (2009). *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la universidad. Las académicas de la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Tesis de Maestría. Instituto de Altos Estudios Sociales. Universidad de San Martín. Buenos Aires. Inédita. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

⁵² La doctora Elvira Rawson (1865-1954) es la segunda médica argentina. Ejerció la medicina orientada hacia enfermedades de mujeres, mientras se desarrolló como docente y profesora de higiene y puericultura. Formó parte del Consejo Nacional de Mujeres y fue una de las fundadoras del primer Centro Feminista. Tuvo una

higiene de la mujer” (1892). También dentro de las publicaciones médicas, aparece la *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, creada en 1917 (Eraso, 2001).

Ya en el hospital-escuela, los primeros profesores de partos son Francisco Muñiz y Pedro Pardo⁵³. Luego de Pardo, a partir de 1887, la cátedra queda a cargo de Samuel Molina quien se desempeña hasta 1918. En 1901 se abre otra cátedra de obstetricia a cargo de Eliseo Cantón⁵⁴ en el Hospital San Roque con un nuevo espacio para las prácticas.

No obstante, la formación práctica sigue teniendo obstáculos y no se desarrolla de acuerdo con las expectativas de profesores y estudiantes. Para esos años los partos en instituciones son escasos en relación con los domiciliarios, las mujeres que tienen a sus hijos en sus hogares son reticentes a la presencia de estudiantes varones aspirantes a médicos obstetras. Este es un tema controversial para los médicos de la época, quienes poseen serias dificultades para observar y atender partos antes de graduarse, cuestión que a su criterio los coloca en desventaja frente a las parteras que sí son aceptadas por las parturientas.

destacada actuación en el Primer Congreso Femenino Internacional, realizado en Buenos Aires en 1910. Militó en la Unión Cívica Radical yrigoyenista. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

⁵³ El doctor Pedro Pardo (1829-1889) fue un médico porteño destacado. Se graduó en 1854, participó de la guerra contra el Paraguay y tuvo numerosos cargos públicos, políticos y académicos en muchos momentos superpuestos. Entre 1871 y 1887 fue el titular de la cátedra de partos en la Facultad de Ciencia Médicas de Buenos Aires. Fue el primer director del Departamento Nacional de Higiene y mantuvo su cargo entre 1882 y 1887. Fue el decano de la Facultad de Ciencias Médicas entre 1884 y 1887. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

⁵⁴ El doctor Eliseo Cantón (1861-1931) fue un médico porteño, dedicado a la obstetricia. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas durante dos períodos 1906-1912. En 1917 escribió el Atlas de Anatomía y Clínica Obstétrica, reconocido libro de esos años. Cantón inició sus estudios en la Facultad de Medicina de Córdoba y terminó sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA en 1886. En ella ocupó distintos cargos docentes, entre los que cabe señalar la titularidad de la materia Clínica Obstétrica; fue miembro de la Academia de Medicina. En términos políticos, desde fines de la década de 1880 se vinculó al roquismo y ocupó distintos puestos legislativos en representación del Partido Autonomista Nacional, también conocido como «partido conservador»: fue senador nacional por la provincia de Tucumán en dos períodos consecutivos, y luego fue diputado por la Capital Federal desde 1904 hasta 1911. Fue vicepresidente de la Cámara de Diputados durante 1907 y presidente de la misma en 1908. Escritor de una importante cantidad de libros, artículos y observaciones clínicas, pueden destacarse su *Historia de la Medicina en el Río de la Plata* y *La historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*. Algunos autores como Souza y Hurtado (2008) señalan que, en ambas obras, compuestas de varios volúmenes, se propone historiar el desarrollo de la medicina desde la llegada de los españoles hasta su presente, describiendo los años en que la escuela médica de Buenos Aires estuvo bajo su conducción como los de mayor esplendor. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

En 1908, como parte de esta búsqueda de legitimidad y control profesional, surge la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), con el objetivo de mejorar la asistencia de los nacimientos a partir del fortalecimiento de la profesión. La primera Comisión Directiva está conformada por los doctores Enrique Zárate, quien fue el primer presidente, Alfredo Lagarde, Arturo Enríquez, Alberto Peralta Ramos y José Molinari⁵⁵. Enseguida comienzan a publicar los *Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* que concentra por varias décadas las publicaciones científicas de los ginecólogos y obstetras de la ciudad.

Prestigio y moral médica

De forma superpuesta al proceso de profesionalización e ingreso a los ámbitos gubernamentales, por esos años, se acentúa la exaltación de los atributos morales y personales de quienes ejercen la medicina. Esto se hace muy visible en los espacios de formación académica, donde, en su paso por la universidad, los estudiantes no sólo deben acreditar la incorporación de conocimientos científicos, sino que son interpelados por parte de maestros y profesores a que ejerzan y defiendan los valores superiores de la medicina, fuente de su prestigio social.

En una de las conferencias en la Facultad de Ciencias Médicas que brinda el doctor Samuel Gache (1903)⁵⁶, director de la Maternidad del Hospital Rawson, ante sus colegas y futuros médicos afirma:

Nuestra profesión no es solamente diagnosticar y recetar: aun ateniéndonos estrictamente a esto, nos vemos obligados, en conciencia, si queremos ejecutar bien nuestra obra de lucha contra las enfermedades, a hacer ante todo obra de biologicistas, de moralistas por excelencia, dirigiéndose a todas partes donde haya un hombre, nuestra influencia

⁵⁵ Ver capítulo de *Biografías Breves*.

⁵⁶ El doctor Samuel Gache (1857-1907) es un médico bonaerense, dedicado principalmente a la obstetricia. Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Colaboró en la redacción de varios diarios y revistas científicas del país y del exterior. Autor de "Casas para obreros" y "La Tuberculosis en la República Argentina". Fue integrante de la Academia de Medicina de la Universidad de Bs As, primer presidente de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis, presidente del Circulo Médico Argentino, fundador de la Cruz Roja Argentina, fundador de la Maternidad del Hospital Rawson (luego llevará su nombre) y profesor en la Facultad de Ciencias Médicas. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

altamente educadora. Tratemos así de hacernos cada día más dignos de nuestro destino, empeñándonos, con todas nuestras energías, en obligar a la humanidad a aceptarnos, por la fuerza incontestable de las ideas, como los tutores universales de su felicidad (Gache, 1903:189)⁵⁷.

En un tono similar el reconocido puericultor Gregorio Aráoz Alfaro⁵⁸ (1919) sostiene durante el acto de colación de grados en la Facultad de Medicina que:

Si los individuos os confían sus bienes más preciosos: su salud y su vida, esto no se debe sólo a que reconocen vuestra preparación científica, sino también porque os suponen hombres de bien, de honor y de conciencia (Aráoz Alfaro, 1919: 164)⁵⁹.

También lo expresa así el profesor Osvaldo Bottaro (1914), en el texto del *Proyecto de Ordenanza sobre vulgarización de conocimientos médicos y profilaxia social*, cuya letra es el antecedente para la conformación del Colegio Médico:

Pocas palabras han de fundar mi proyecto. Las ventajas sociales del mismo y el impulso a la moral médica, es el mejor homenaje patriótico que se me ocurre ofrecer en época tan fausta para los anales de nuestra nacionalidad. La ética médica debe alcanzar a un grado de moralidad que condiga con el alto y noble apostolado que no hemos impuesto al consagrarnos a la tarea de curar y llevar nuestra ciencia y nuestro arte allá donde fuera requerido por cualquier doliente (Bottaro, 1914: 1)⁶⁰.

⁵⁷ Véase: GACHE, Samuel (1903). “La Medicina como Ciencia del Bienestar Humano. Conferencia”. Hospital Rawson. *La Semana Médica*, año X. Buenos Aires.

⁵⁸ El doctor Aráoz Alfaro (1870-1955) es un médico sanitarista tucumano. Se graduó con diploma de honor en 1892 en la Universidad de Buenos Aires. Durante 2 años viajó a Europa para perfeccionarse. En Alemania, Francia e Italia asistió a las clínicas y laboratorios de los grandes hospitales y universidades. Fue uno de los primeros difusores en nuestro país de la Puericultura. Trabajó en la protección a la infancia en Centros de Higiene Maternal e Infantil en todo el país. Sus obras más importantes sobre el tema fueron “El libro de las madres”, y “Por nuestros niños y por las madres”. Fue profesor en la Facultad de Medicina, médico a cargo de la sala de niños del Hospital San Roque (1893-1928). Se desempeñó como presidente del Departamento Nacional de Higiene y de la Academia Nacional de Medicina. También fue presidente de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, durante un cuarto de siglo. Para ampliar ver el capítulo de *Biografías Breves*.

⁵⁹ Véase: ARÁOZ ALFARO, Gregorio (1919). El médico y sus deberes sociales, *La Semana Médica*, año XXV, Buenos Aires.

⁶⁰ Véase: BOTTARO, Osvaldo (1914). Proyecto de Ordenanza sobre vulgarización de conocimientos médicos y profilaxia social, *La Prensa Médica N° 20*. Buenos Aires: Casa Editora Las Ciencias.

La disposición regulatoria de los grupos médicos, en términos de *emprendedores morales* (Becker, 2009)⁶¹, es promovida fuertemente hacia adentro de lo que establecen como de incumbencia de la profesión. Desde las publicaciones especializadas abogan por la “*depuración profesional*” ante la presencia de “*profesionales que se han desviado de su camino de moral y han caído en mercantilismos*” (Bottaro, 1914: 2-3)⁶².

Como sostiene Bottaro, en su proyecto que justamente busca regularizar y controlar a quienes ejercen *el arte de curar*:

Nuestra más alta misión la constituirá por cierto, el papel de agente de la depuración profesional, fustigando con el juicio sancionatorio todo proceder incorrecto, informal e indigno (...) combatir tenazmente el charlatanismo para imponer una norma de conducta que responda al sano propósito de moralizar y de defender a la sociedad de los elementos perniciosos (...) esta es nuestra dignidad y apostolado, proteger a la mujer embarazada es fomentar el respeto de la maternidad y de la moral, y contribuir con el progreso de la Nación (Bottaro, 1914: 4-5)⁶³.

Se fortalece así la condición de privilegio del médico y se profundiza la identificación de su rol con la función de juez y sacerdote en tanto comparte con ellos la presunción de buena fe basada en la existencia de una vocación de servicio y reconocimiento social (Belmartino, 2005). Esta concepción de sacerdocio laico sustenta, en gran medida, la condición de privilegio del médico, aceptada de forma general en base a lo sagrado de su tarea. A lo que se suma el estar en posesión de un saber especializado. El grado de complejidad del conocimiento aplicado por los profesionales provoca la manifestación de una distancia social entre médicos y pacientes que da lugar a un proceso de mistificación de la ocupación y que les permite en gran medida asegurar el tipo de control laboral institucional que define a una profesión, tal como señala Johnson (1972) para el caso de Estados Unidos.

⁶¹ En *Outsiders*, Howard Becker (2009) -referente de la sociología de la desviación e iniciador de la llamada teoría del etiquetado- analiza no solo las carreras de los llamados desviados, sino que estudia a aquellos que crean y aplican las reglas, nombrados como *emprendedores morales*. El autor considera que, a fines de comprender en profundidad a los desviados, es importante considerar los dos enfoques: aquel centrado en los desviados y aquel vinculado a quienes crean y hacen cumplir las normas. Los outsiders y las conductas desviadas deben ser entendidos como producto de esa interacción. Becker nos llama la atención sobre la imposición de definiciones –de situaciones, acciones y personas– a manos de quienes ostentan suficiente poder o legitimidad para hacerlo y del modo en que se convierten en algo legítimo que se da por sentado.

⁶² BOTTARO (1914). Op. cit.

⁶³ BOTTARO (1914). Op. cit.

Si ya desde fines de siglo XIX, los médicos gozan del prestigio y reconocimiento que se brinda a los miembros de las escasas profesiones reconocidas; en las dos primeras décadas del siglo XX alcanzará plena vigencia una ideología profesional con fundamentos elitistas e individualistas regulada sólo por los principios de un estricto código de ética, asimilado en la universidad, en la frecuentación de un ambiente selecto, en el ejemplo de los mayores y en el cotidiano enfrentamiento con el dolor humano. Esta es, en palabras de Belmartino (2005), una ideología basada en las reivindicaciones de autonomía del poder político, el derecho a la autorregulación y la legitimación de la práctica por medio de un conocimiento especializado y aplicado según un estricto código de ética, cuyo control y empleo quedan limitados a la esfera de la conciencia de cada uno de los profesionales.

Desde una posición moralmente superior, a la que se suma su lugar privilegiado en la estructura social, los grupos médicos se piensan como insustituibles. Su autoidentificación en torno a una ética absoluta y al saber científico fundan una identidad que adquiere rasgos de *cruzados reformistas* (Becker, 2009)⁶⁴. Esta identidad, que contiene sesgos humanitarios, refiere a que estos grupos, además de defender sus intereses con ímpetu, no están solamente interesados en lograr que las mujeres en edad reproductiva y quienes las acompañan durante el embarazo y el parto, hagan lo que ellos creen correcto; sino que consideran que eso será lo mejor para ellas. Están convencidos de que sus conocimientos y propuestas generarán mejores condiciones de vida a esas mujeres y niños y eso redundará en mejores condiciones para toda la sociedad.

En su narrativa, construyen una dicotomía entre ignorancia y saber, a la que se acopla discursivamente una ruptura con el pasado definido en términos de salvaje o bárbaro y que es superado por el paso a la modernidad científico-racional. En esta construcción histórica también explicitan sus perspectivas políticas, hecho que no sólo da cuenta de sus filiaciones

⁶⁴ La noción de cruzados reformistas acuñada por Howard Becker (2009) también en *Outsiders* hace referencia a un tipo de emprendedor moral caracterizado por ser quien impulsa la creación de normas, leyes y reglamentaciones. Sostiene que esas reglas definen las situaciones y comportamientos que se van a considerar apropiados, diferenciando lo correcto de lo equivocado o prohibido. Becker nos llama la atención sobre la imposición de definiciones –de situaciones, acciones y personas– a manos de quienes ostentan suficiente poder o legitimidad para hacerlo y del modo en que se convierten en algo legítimo que se da por sentado. Véase: BECKER, Howard (2009): *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires, Siglo veintiuno editores.

partidarias y de su linaje social; sino que permite comprender la forma en que conciben a la sociedad, a las relaciones que operan en su interior y al lugar que les corresponde en ese armado.

Así es posible encontrar que los referentes de la medicina porteña ubican el comienzo de la Historia de la Medicina en Argentina entre 1852 y 1874, momento que se inicia “después de la tiranía” o “luego de la caída del tirano”⁶⁵ y al que llaman *La Reconstrucción* en relación con las transformaciones que se suceden respecto del modelo de sociedad y donde las instituciones médicas no son ajenas⁶⁶ (Milich, 1911).

En este escenario, los médicos y la medicina se ubican como los protagonistas de un *hito histórico*, ocupando el lugar de lo heroico en términos de *victoria épica* contra las enfermedades, el oscurantismo y los males de la sociedad.

⁶⁵ La frase y las fechas hacen referencia al período que se inicia tras a la caída de Juan Manuel de Rosas, luego de la Batalla de Caseros, el 3 de febrero de 1852. En Caseros, Inglaterra y el Imperio del Brasil, junto con el gobernador de Entre Ríos, Justo José de Urquiza, derrotan a las tropas de la Confederación Argentina. Este hecho impulsa un cambio en el modelo de país. Luego de la batalla, Bartolomé Mitre y Adolfo Alsina, llevan adelante la llamada “Revolución del 11 de septiembre de 1852” en defensa de los intereses porteños respecto de la aduana y el puerto. Esta acción es identificada por algunas líneas historiográficas como un golpe de estado. A partir de entonces, el país queda dividido en dos: el Estado de Buenos Aires y la Confederación (el resto de las provincias con capital en Paraná). La separación dura diez años, hasta que, en septiembre de 1861, el líder porteño Bartolomé Mitre derrota a Urquiza en la Batalla de Pavón y unifica al país bajo la tutela porteña. A esta batalla suceden los gobiernos de Bartolomé Mitre (1862-68), Domingo F. Sarmiento (1868-1874) y Nicolás Avellaneda (1874-1880), quienes concretan la derrota de las oposiciones del interior, la ocupación del todo el territorio nacional y la organización institucional del país. EN esos años, se fomenta la educación, la agricultura, las comunicaciones, los transportes, la inmigración y la incorporación de la Argentina al mercado mundial como proveedora de materias primas y compradora de manufacturas. En este sentido, se suele identificar el período de 1852-1880 como de organización del Estado. Para ampliar ver: ANSALDI, Waldo (1985). "Notas sobre la formación de la burguesía argentina, 1780-1880", en Florescano, E. (comp.), *Orígenes y desarrollo de la burguesía en América Latina 1700-1955*, México, Nueva Imagen; HALPERIN DONGUI, Tulio (1995): *Una nación para el desierto argentino*. Centro Editor de América Latina; OSZLAK, Oscar (1982) *La formación del Estado argentino*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires; SÁBATO, Hilda (1989) *Capitalismo y ganadería en Buenos Aires*, Buenos Aires, Sudamericana; SÁBATO, Hilda y ROMERO, Luis Alberto (1992). *Los trabajadores de Buenos Aires. La experiencia del mercado (1850-1880)*, Buenos Aires, Sudamericana.

⁶⁶ Véase: MILICH, Juan (1911): “Medicina Argentina. Ligera historia y evolución de la higiene en la República Argentina 1606-1910”. *Tesis presentada para optar por el Título de Doctor en Medicina*. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. Núm. 2337. Editorial La Ciencia Médica. Buenos Aires. El autor se presenta como ex practicante menor y mayor interno del Hospital Juan A. Fernández.

CAPÍTULO III

Comadronas y parteras diplomadas: entre la persecución y la instrucción⁶⁷

Hasta el desarrollo de la obstetricia, otras mujeres conocidas con saberes medicinales populares -a quienes se llamó comadronas porque solían convertirse en las madrinas de los bebés que ayudaban a nacer- son quienes acompañan a las madres durante los nacimientos. En el cambio de siglo, con el impulso de las especializaciones, los grupos médicos acentúan su interés y preocupación por los alcances del trabajo de estas mujeres. Bajo el argumento de una mayor protección de la madre y el niño por nacer formulan una serie de regulaciones de su actividad, entre las cuales sobresale la exigencia, como requisito inexcusable para el ejercicio del legítimo derecho de acompañar los partos, de pasar por las instancias de formación ellos mismos dirigen. Su interés en el oficio de partear ejercido está íntimamente vinculado a las intenciones de asegurar que las parteras no fueran las únicas que atendieran los nacimientos, y sobre todo que no tendieran a invadir el terreno que los médicos obstetras habían delimitado como propio.

El proceso de especialización que diferencia a los médicos obstetras de los médicos clínicos y/o generalistas se traslada a la partera cuyo ámbito de acción autónomo se circunscribe al parto sin complicaciones⁶⁸. Su tarea se va a definir como un trabajo manual de acompañamiento y contención basado en la experiencia empírica.

⁶⁷ La forma de denominar a las mujeres dedicadas a asistir partos ha variado en el uso de la lengua castellana. Parteras, comadronas y obstétricas son las más usuales. En general, en Buenos Aires, a partir de las primeras décadas del siglo XX, se utilizó comadrona para referirse a las parteras no diplomadas. El uso de la denominación obstétrica. es posterior, aunque ya estaba disponible a principios del siglo XX para referirse a las graduadas universitarias dedicadas a los partos, pero no médicas. La diferencia entre obstétrica y obstetra recae en que el segundo caso implica el grado de médico.

⁶⁸ En los documentos empíricos como en otros trabajos históricos se denomina al parto sin complicaciones como “parto normal” o “parto natural”. En este trabajo se va a utilizar la denominación de *parto sin complicaciones* para hacer referencia a aquellos que se pueden desarrollar sin la intervención médica. Se excluye la noción de “parto normal” dado que es una distinción no fundada científicamente ya que los partos histórica y universalmente tienen y tuvieron la posibilidad de complicaciones. El uso de estas nociones por parte de los grupos médicos será retomado en el Capítulo III.

La división de la obstetricia entre médicos y parteras segmenta el parto⁶⁹. La tarea pasa a ser compartida en condiciones desiguales y perjudiciales para sus tradicionales hacedoras y su acompañamiento e intervención va a ocupar el lugar central en las disputas. Más allá de los argumentos desplegados por funcionarios y médicos, la confrontación se da en términos laborales y de acceso a los recursos económicos. Diplomadas o no, la mayoría de las parteras prefieren atender los partos públicos -más frecuentes y más seguros que los hospitalarios- ya que son donde pueden obtener mayores ingresos. Si bien, luego de la ley de 1877, mantienen la posibilidad de atender los llamados partos normales o fisiológicos que se desarrollan en el hogar de la parturienta, ahora tienen una competencia que limita sus posibilidades y achica sus posibilidades laborales.

Uno de los temas de mayor polémica gira alrededor del uso de antisépticos. La obstetricia plantea que el parto normal y manejado por parteras debe ser simplemente aséptico, es decir, en un entorno higiénico, pero sin la intervención de sustancias especiales que requirieran irrigaciones o lavajes internos. Las parteras se oponen a esta clasificación y afirman que la antisepsia tiene que ser mucho más generalizada de lo que los médicos proponen. Sostienen que lo único seguro, sobre todo entre las mujeres más pobres, es el uso de lo que se menciona como *preparados especiales*. A la vez, sugieren que los obstetras no conocen lo suficiente ese tipo de situaciones, ya que están habituados a *escenarios controlados*, como los hospitales o las casas de familias distinguidas, donde las condiciones son muy diferentes de las que ellas usualmente se encuentran. Mientras éstos se ocupan de atender casos especiales, que salen de lo regular como pueden ser las distocias⁷⁰, ellas atiendan el gran y variado universo de los partos normales con todos sus matices. En definitiva, lo que argumentan es que sus conocimientos y experiencia son suficientes para competir con sus colegas varones que cuentan con escasos conocimientos prácticos sobre las

⁶⁹ En el marco de la obstetricia hay dos roles diferenciados que se mantienen hasta nuestros tiempos: el médico obstetra que siguió la carrera de medicina y optó por esa especialidad; y el o la profesional obstétrica/o que en la actualidad cursa la licenciatura en obstetricia, heredera de esta escuela.

⁷⁰ El término distocia hace referencia a un parto lento, laborioso y difícil. Se emplea en medicina cuando el parto o expulsión procede de manera complicada. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto. Fuente: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*.

condiciones habituales de parto y que están sumamente calificadas para el uso de una serie de fármacos⁷¹.

Desde la obstetricia se insiste en resaltar que “las parteras no tienen el derecho ni la autorización de emplear ni recetar medicamentos”, esto incluye la prohibición de utilizar cualquier tipo de analgésico, ya que según afirman “la partera jamás, y bajo ningún precepto, puede practicar sola una anestesia, aunque se trate del cloroformo a la reina para aliviar los dolores de la mujer que libra”. Solamente, incluyen una salvedad que son los casos de urgencia, cuando el médico debe operar y “no hay otro facultativo, la partera, sin tener el derecho de dar un cloroformo, tiene, no obstante, la obligación de ayudar al médico”⁷² (Beruti e Iraeta, 1915:15).

Ante estas tensiones, los médicos realizan grandes esfuerzos para legitimar su lugar en el acceso a los cuerpos de las mujeres, a las cuestiones de los embarazos y partos, como así también a lo relacionado con la crianza y las prácticas de cuidado de bebés y niños/as. Desarrollan una política activa de descalificación y desprestigio de los conocimientos y saberes de las mujeres en general, y en particular, de quienes hasta entonces se ocupaban de esas tareas. Utilizan sus publicaciones especializadas y la prensa del momento para denunciar la existencia de *curanderismo obstétrico*, a la vez que instrumentan estrategias para controlar y perseguir el trabajo de las comadronas y parteras no diplomadas (Ruggiero, 1992).

Sin embargo, en el proceso de medicalización de la concepción, la gestación y el nacimiento, la resistencia de las mujeres a acercarse a consultorios, hospitales y demás instituciones es muy fuerte. La intervención de los especialistas varones sobre los cuerpos femeninos no resulta una cuestión simple que se acepta fácilmente. Desde la medicina se alega que se debe a *la ignorancia de las mujeres*, a su poca disposición *a escuchar consejos* y a su carácter prejuicioso en relación con los médicos.

⁷¹ Para ampliar esta controversia véase: ARRUE de DOYHARZABAL, Francisca (1912). "La fiebre puerperal y la responsabilidad de la partera", en *Revista Obstétrica*, N° 3, Año X, Tomo X; BESSERO de CORSINI, María Luisa (1912). "La antisepsia en obstetricia", en *Revista Obstétrica*, N° 1, Año X, Tomo X; DROCHI de ROMANILLE, Sabina (1904). Texto de la Asamblea General de la Asociación Obstétrica Nacional. Memoria, en *Revista Obstétrica*, N°4, Año II, Tomo II.

⁷² Véase: BERUTI, Josué A. y IRAETA, Domingo (1915). *Manual de Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial Las Ciencias.

En este marco, luego de varias décadas de no lograr plenamente sus objetivos, los grupos médicos optan por intensificar sus relaciones con las parteras (Billorou, 2005; Nari, 2004). Al no poder reemplazarlas del todo, procuran reformular el lazo partera-madre interviniendo sobre esa relación desde una posición superior -por encima de ambas- pero sin dejar de reconocer la importancia para su trabajo de la presencia de la partera. Apuestan a la profesionalización del oficio, a partir de la formación en las instituciones educativas, creando un perfil de partera diplomada como figura auxiliar en el campo médico, que se ajusta a sus intereses y permanece en un rol subordinado. Las comadronas que no logran certificar sus saberes y experiencias son paulatinamente corridas de estos espacios y su conocimiento apropiado y formateado bajo un lenguaje científico-médico.

Desde el estado, se acompaña esta estrategia. Al mismo tiempo que se autoriza la práctica de la profesión, se solicita que las parteras reporten a la Asistencia Pública todos los casos que tratan: nacimientos, abortos, condición y destino de los recién nacidos. Esta reglamentación, basada en los imperativos del discurso médico, ambiciona la profesionalización de las parteras al asegurarse su respeto de las leyes contra los llamados crímenes maternales como el aborto⁷³ y el infanticidio.

En otros términos, no se trata de un proceso donde se incorporan nuevos saberes, o más bien saberes producidos de una forma diferente a la del pasado, sino de una toma progresiva del lugar legitimado para ese rol. Más que el desplazamiento de los conocimientos y prácticas de las antiguas comadronas lo que se despliega es el corrimiento de la posición de estas mujeres frente a los obstetras (Darré, 2013; Martin, 2014). La normalización y el

⁷³ Aunque al aborto siempre fue considerado una práctica ilegal, la legislación argentina tuvo en cuenta ciertos atenuantes. El Código Penal de 1887 lo consideraba un caso especial de homicidio, que podía verse mitigado si el móvil había sido ocultar la "deshonra", y recibía un trato menos severo que el infanticidio frente a iguales circunstancias. En general, eran los médicos, cirujanos, parteras y farmacéuticos quienes corrían con el castigo mayor, y no tanto las mujeres que solicitaban la intervención o las que se hacían ellas mismas un aborto.

A partir de 1922, cuando entra en vigencia el nuevo Código Penal, algunos casos de infanticidio fueron tomados con mayor benevolencia mientras que las penas contra el aborto se endurecieron. En contrapartida, tomando como modelo un anteproyecto del Código Suizo, se introdujeron dos excepciones: en el artículo 86 del Código Penal se aclaraba que el aborto no era punible: 1° si se había hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la - madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios; 2° si el embarazo provenía de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso debía requerirse el consentimiento de su representante legal. Para ampliar, véase: RUGGIERO, Kristin (1994), págs. 227-235; NARI, Marcela (2004), pág. 155-156; FELLETTI, Karina (2005): pág.30.

reconocimiento de las parteras por parte de las ciencias médicas significaron para ellas la inclusión en el campo médico, pero en condiciones de subalternidad.

Es posible sostener también que las tensiones dan cuenta de una serie de representaciones sociales y médicas divergentes en torno a las formas de nacer; que, desde el marco de la historia social de la medicina, se consideran como parte de las controversias que rodearon la cuestión del embarazo, el parto y el puerperio a inicios del siglo XX. En la disputa entre comadronas y parteras obstétricas diplomadas, y entre éstas y los médicos obstetras es posible vislumbrar cosmovisiones médicas en pugna y su correlación con las relaciones sociales, clasistas y genéricas al interior de las prácticas hospitalarias.

La institucionalización de la formación de parteras

Como se ha señalado, tempranamente los grupos médicos buscan controlar la actividad de estas mujeres a partir de la implementación de reglamentaciones y de la creación de instituciones específicas para su formación. En diferentes momentos del siglo XIX, se desarrollan iniciativas tendientes a certificar y comprobar la probidad de las parteras mediante algún dispositivo que el Estado nacional o porteño fuera capaz de controlar. Permanentemente exhortan a colegas y funcionarios en la idea de formar a las comadronas y parteras en torno a los preceptos médico-científicos. Buscan, según sus palabras, que el parto lo atienda personal “especializado, apto, inteligente y abnegado” (Araoz Alfaro, 1916: 341)⁷⁴.

Entre las medidas iniciales, es posible señalar la creación, en 1822, de la Escuela de Parteras a cargo del médico de la policía el doctor Durand⁷⁵ en el ámbito de la Universidad

⁷⁴ Véase: ARÁOZ ALFARO, Gregorio (1916a). Conferencia de Apertura del *Primer Congreso Nacional de Medicina*. Buenos Aires.

⁷⁵ Se hace referencia al médico francés Jean André Charles Durand (padre del Dr. Carlos Gustavo Durand) que se desempeñó como cirujano en las Campañas Napoleónicas como Cirujano Mayor. Al llegar a Buenos Aires fue designado por Rivadavia médico de Policía en 1822. Fue uno de los firmantes del Acta de Fundación de la Universidad de Buenos Aires y su primer profesor de obstetricia de la novel institución. También fue fundador de la Academia Nacional de Medicina. Se casó con una mujer de la elite porteña, la hermana del presbítero del Cabildo de la ciudad de Buenos Aires.

de Buenos Aires⁷⁶. En estos primeros momentos, las mujeres siguen el mismo curso de partos que los estudiantes⁷⁷ de medicina y realizan sus prácticas también en el Hospital de Mujeres dependiente de la Sociedad de Beneficencia (Billorou, 2005). Sin embargo, los conflictos al interior de la universidad hacen irregular el dictado de los cursos⁷⁸.

A partir de 1852, se impone que las parteras extranjeras presenten al Tribunal de Medicina sus títulos a fin de integrar la nómina de personas autorizadas en el *arte de partear*. Este atributo pertenece al Consejo de Higiene Pública, que a través de la Facultad de Medicina se ocupa de revalidar los títulos emitidos en el exterior mediante un examen teórico-práctico. Unos años después, la facultad renueva sus reglamentos y crea un curso para parteras de dos años de duración con un examen final. Poco después se incorpora el sistema de exámenes libres para quienes no pudieran tomar las clases de manera presencial. Esta práctica se extiende durante varias décadas y en adelante cualquiera que quisiera ejercer el

⁷⁶ La Universidad de Buenos Aires se crea por un decreto del gobierno de la Provincia el 9 de agosto de 1821. Su creación responde a los intereses de los grupos dirigentes porteños que durante los últimos tramos de la etapa colonial habían bregado en forma insistente y sin éxito por la fundación de una casa de altos estudios. Las autoridades de la ciudad habían solicitado a la corona española, ya en la década de 1770, la creación de la universidad, pero, aparentemente, la oposición de los universitarios de Córdoba fue decisiva para que el proyecto no llegase a buen término.

La nueva universidad incorpora a algunas de las instituciones de enseñanza superior que funcionaban en la ciudad desde hacía algunos años, que se habían fundado previamente para resolver problemas prácticos. Entre ellos, en 1780 se había creado el Protomedicato que tenía como propósito central controlar la salud de la población y el ejercicio de los oficios vinculados con ella. Tiempo después esta misma institución fue autorizada para ocuparse de la enseñanza de la medicina. Para ampliar: Página web de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.uba.ar/>

⁷⁷ Cuando se habla de “estudiantes” se hace referencia a quienes cursan la carrera de medicina en la universidad, dado que es la forma en que se los nombra en los textos médicos. Las mujeres que concurren a la Escuela de Parteras o Escuela de Obstetricia no son consideradas “estudiantes” sino “asistentes”.

⁷⁸ Desde su creación y hasta 1880, en la Universidad -y la Facultad de Medicina- se suceden diferentes momentos de inestabilidad institucional. En diferentes oportunidades se modifica su estructura interna y sus formas de gobierno. En 1838, el gobernador de la Provincia, Juan Manuel de Rosas, en el contexto del bloqueo francés al puerto de Buenos Aires, suspende la partida que sostiene su funcionamiento en el presupuesto estatal. Específicamente suprime la dotación de los empleados disponiendo que aquellas cátedras que no pudiesen ser sostenidas por los alumnos debían cesar en sus actividades. Los primeros cinco rectores de la Universidad que rigen la institución hasta la caída de Juan Manuel de Rosas en 1852 son sacerdotes. A partir de ese momento, la Universidad fortalece su papel central en la socialización de las clases dirigentes porteñas y en la formación de las élites. Por sus propios conflictos internos, la Facultad de Medicina es separada de la Universidad hasta 1874. Para ampliar: Página web de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.uba.ar/>

arte de partear debía cumplir los cursos y tenía la obligación de matricularse cada año (Martin, 2014).

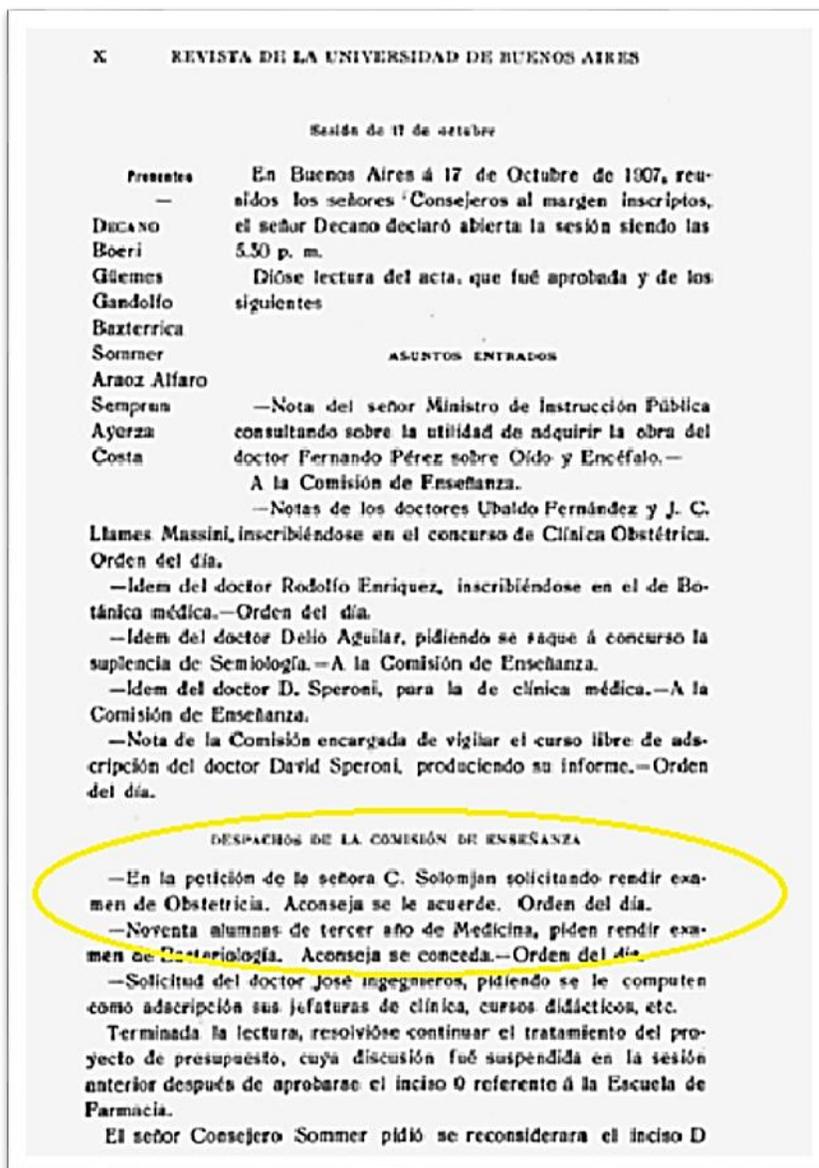


Imagen N°3: (1907). *Revista de Universidad de Buenos Aires*. Reunión de Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. Entre los asuntos de Comisión de Enseñanza aparece la petición de rendir el examen de Obstetricia, que por ser una mujer quien lo solicita es para poder ejercer como partera.

Las nóminas oficiales de parteras recibidas, matriculadas y rematriculadas en la Facultad de Medicina y reconocidas por las autoridades nacionales y municipales dan cuenta del creciente interés por legitimar su tarea y ejercerla dentro de los marcos legales. Durante

la década de 1880, la demanda por el reconocimiento de la profesión aumentó sostenidamente: 294 parteras se matricularon en 1881, 353 en 1886 y 466 en 1890⁷⁹.

Ya de cara con los cambios políticos de orden nacional y con la Universidad de Buenos Aires reorganizada, se ponen en marcha medidas más concretas que hacia fines de siglo desembocan en la recreación de la Escuela para Parteras con su propia maternidad dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, como única institución de la ciudad encargada de formar parteras.

La Escuela de Parteras

Con la creación de la Escuela de Parteras la corporación médica puede alcanzar simultáneamente varios objetivos. Por un lado, logra formar -bajo los preceptos de la ciencia- a auxiliares de la salud que puedan colaborar y asistir a los médicos obstetras durante los partos en un rol subordinado. Los obstetras las precisan para atender aquellas cuestiones en las que las mujeres-pacientes rechazan la intervención de un profesional varón⁸⁰.

La partera se transforma en una auxiliar, en una colaboradora del médico, a quien debe seguir al pie de la letra en todas sus indicaciones; y es, precisamente en esas circunstancias cuando la partera llega a conocer forma práctica hasta donde alcanzan sus deberes y desde cuándo empieza la actuación del facultativo (...) debe aprender a conocer y descubrir a tiempo todas las perturbaciones posibles para que el denominado diagnóstico de la complicación o enfermedad no sea hecho demasiado tarde y para que la asistencia y el tratamiento del sujeto enfermo -traspasados inmediatamente al médico- lleguen a tiempo y sean salvadores (Beruti e Iraeta, 1915:15-16)⁸¹.

⁷⁹ Datos publicados en: MARTIN, Ana Laura (2014). *Parir, cuidar y asistir. El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955.)* Tesis doctoral en Historia. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

⁸⁰ La regulación del trabajo con fuerte impronta jerarquizadora de las tareas tiene su correlato en todo el proceso de regulación del trabajo doméstico -con gran presencia femenina- donde se establecieron las tareas y alcances de quienes eran ubicados en el rol de sirvientes (mucamas, niñeras, amas de llave, nodrizas) y que en algunos casos fue en paralelo con la regulación de las prostitutas. Estos proyectos y ordenanzas, de fuerte impronta higienista, incluían acciones similares en torno al control, el seguimiento, la inspección, el registro y la sanción. Para ampliar: Archivo CEDOM (Actualmente Dirección General Centro de Documental de Información y Archivo Legislativo).

⁸¹ Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

Por otra parte, la formación -con su respectiva certificación de habilidades y conocimientos- impulsa la regulación y el control de la profesión, desplazando a quienes se dedican a esa tarea sin pasar por instituciones educativas formales. De esta forma contribuye con la lucha contra el curanderismo, al que se considera una “plaga difícil de extirpar” (Beruti e Iraeta, 1915:29)⁸².

Así lo expresa el doctor Adolfo Gibert, Director General de Higiene de Buenos Aires, en las memorias que publica en 1921 en el capítulo sobre la creación de la Escuela de Parteras:

Al crearse la Escuela de parteras, sólo se tuvo en cuenta subsanar uno de los factores preponderantes de la elevada mortalidad infantil: el ejercicio ilegal de la obstetricia (...) efectivamente el subscripto ha sentido la penosa impresión producida por los desastres irreparables que la ignorancia y la rutina descargaban con bastante frecuencia en los hogares humildes, amenazados en la salud y vida de las madres inexpertas y la tierna prole⁸³ (Gisbert, 1921: 16).

De esta forma, en condiciones diferentes al resto de las carreras que se cursan en la Facultad de Medicina, las parteras y aspirantes a parteras pueden ingresar y obtener su diploma en la Universidad de Buenos Aires, algo que no sucedía con otras tareas. Sin embargo, su ingreso a las aulas universitarias en condiciones regulares se da bajo la forma de auxiliares de la medicina. Se trata de una incorporación tutelada dentro de los oficios y profesiones médicas. Durante varios años, las parteras no figuran en las nóminas de graduadas de la universidad, como sí lo hacen el resto de los profesionales. Las acreditaciones que la facultad otorga a las alumnas son a modo de certificación de sus conocimientos y a los fines de que obtuvieran una matriculación habilitante para el ejercicio del partear. El título de partera tiene una jerarquía menor que el de los médicos, aunque por esos años esto sólo tiene relevancia en los espacios institucionales (Martín, 2014).

En un primer momento los estudiantes de medicina y las alumnas de partería comparten los mismos cursos; pero rápidamente, los médicos profesores sostienen que es

⁸² Ibidem.

⁸³ Véase: GISBERT, Adolfo (1921): *Memorias de la Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica*. Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Nota: se trata de un pequeño libro apaisado de tapa verde dura, con las letras en dorado, sin referencia a la editorial, disponible en la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina.

necesario contar con espacios de formación diferenciales, dada “la disparidad de niveles de formación”. Por iniciativa del doctor Pedro Pardo, en 1881, se publica una ordenanza que modifica el capítulo de parteras de la normativa académica. En su primer artículo se expresa que “queda anexa a la Cátedra de Obstetricia y bajo la dirección de un profesor, una escuela de partos destinada a suministrar la instrucción necesaria a las señoras que se dedican al arte de los partos” (citado por Llames Massini, 1915:124)⁸⁴.

En 1891 una nueva ordenanza de la Facultad profundiza esta división al disponer la creación de la Escuela Nacional de Parteras con su propia maternidad. Allí la enseñanza se organiza sobre la base de la clínica y la formación práctica. En la maternidad, las parteras reciben algunas clases en la "cabecera de la cama” y además por la modalidad del sistema de guardia que la escuela implementa tienen contacto constante con las parturientas, pues pasaban varias horas en el hospital, muchas más que los futuros médicos.

Con funcionamiento pleno y regular en la primera década del siglo XX, la escuela de parteras, más adelante Escuela de Parteras *Pedro Pardo* en homenaje a su principal impulsor y jefe de la primera cátedra de Obstetricia, se consolida como la única institución que forma y acredita a las parteras porteñas. Su primer director es el doctor Fernández que cuenta con la asistencia del doctor Alfredo Lagarde. Con la llegada de Emilio Coni como director de la asistencia pública se crea el Hospital Municipal San Roque con su propia maternidad y la escuela junto con las prácticas pasa a ubicarse allí.

En esta etapa, las clases de obstetricia para parteras se redefinen y se concentran en una serie de contenidos⁸⁵ que van de lo clínico a lo práctico, pasando en todo momento por lo normativo. Durante el primer año se enseña el proceso del parto, identificando cada uno de los momentos del trabajo de parto (dilatación, período expulsivo y alumbramiento). También se incluyen nociones sobre el cuidado durante el embarazo y el posparto, y elementos básicos de atención al recién nacido. Además, en la formación se explicitan los alcances del trabajo de la partera. Se explica que el momento en el que les corresponde actuar es durante el trabajo de parto ya que en momento expulsivo su rol es mantener una conducta expectante de asistencia con el médico.

⁸⁴ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). Op. cit.

⁸⁵ Véase: GISBERT, Adolfo (1921). Op. cit.

El segundo año de estudio se dedica a las patologías obstétricas que la partera tiene que saber reconocer y, en lo posible, anticipar. Esta parte del programa recorre una variedad de complicaciones que van desde las distocias más frecuentes, como las presentaciones viciosas⁸⁶ y las enfermedades comunes durante el último período del embarazo. La formación no sólo describe las enfermedades de riesgo, sino que también enuncia las maniobras obstétricas más comunes frente a las dificultades, como la atención en general de distocias mediante operaciones obstétricas simples o complejas, las versiones internas y externas y operaciones para producir un parto artificial, el uso de fórceps y las indicaciones de embriotomía. Si bien estos son casos donde las parteras deben abstenerse de intervenir, se considera que deben estar preparadas para colaborar con el médico de forma eficiente (Llames Massini, 1915: 63-74)⁸⁷.

Durante los dos años que dura el curso, se conjugan la adquisición de conocimientos y habilidades obstétricas, con indicaciones muy precisas sobre los alcances y límites del trabajo de las parteras, que a veces toman la forma de amenaza respecto de las sanciones que recibirá si excede lo previsto para su rol al irrumpir en lo estrictamente reservado para los médicos.

En el proceso de aprendizaje, las aspirantes a parteras van a acceder a “preceptos y recursos sencillos que la ciencia pone en sus manos para prevenir enfermedades y accidentes, y aliviar y salvar más de una vida en peligro, sin que esto signifique invadir el campo de la medicina⁸⁸”. Al recibir los conocimientos médicos, en forma de una donación que le hace la ciencia de la cual no son parte, se certifica que la tarea “de combatir y curar las enfermedades y accidentes es una atribución que corresponde exclusivamente al médico general o al especialista” dado que consideran “que para ello se imponen conocimientos mucho más profundos que los que posee la partera, la cual no puede ni debe responsabilizarse de cosas que no le incumben”⁸⁹ (Beruti e Iraeta, 1915: 15).

⁸⁶ En obstetricia se llama *presentaciones viciosas del parto* a aquellas de características anómalas. Las más frecuentes son las presentaciones de nalgas o pelvianas. Fuente: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*.

⁸⁷ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). Op. cit.

⁸⁸ Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

⁸⁹ Idem.

En líneas generales, a pesar de sostener su disputa contra aquellas que no se han formado institucionalmente, el curso de parteras pone de manifiesto su finalidad central de asegurar la delimitación de las tareas. La partera debe dominar el diagnóstico obstétrico, pero está impedida de actuar; se espera que adopte una actitud de vigilante, es decir conocer los signos de alarma para llamar al médico y ser su asistente. Luego de su formación y, a pesar de alcanzar el grado de diplomada, la partera “nunca pretenderá encargarse de una asistencia que, por la naturaleza de su oficio, no le corresponde” (Beruti e Iraeta, 1915: 15)⁹⁰. Las primeras escuelas de partería, así como las reglamentaciones del ejercicio profesional, tienen por finalidad controlar el ejercicio de la actividad y prohibir que las nuevas parteras invadan el campo médico al atender partos complicados u otro tipo de afecciones y fundamentalmente los abortos. La letra de las regulaciones otorga a las parteras una mayor intervención social en el terreno preventivo y profiláctico de las enfermedades y una menor actuación obstétrica reduciendo al mínimo posible sus atribuciones terapéuticas.

En este sentido, la educación superior forma parte de las instituciones que llevan adelante la tarea de consolidar este esquema de subordinación entre los profesionales de la salud, en este caso, acotado con fuerza a las relaciones de género. La ginecología y la obstetricia, como todo lo relacionado con la medicina institucional, se van a definir como tareas de varones. Las parteras, educadas y diplomadas en instituciones universitarias controladas por varones, son mujeres.

Las condiciones morales de las parteras

El avance regulatorio configura un nuevo tipo de relación partera-médico que se instala primero en las salas de los hospitales, y luego pasa a los partos públicos que se producen en los hogares. Las parteras deben ahora adoptar una actitud vigilante y expectante respecto del parto, lo que implica permanecer varias horas junto a la parturienta, liberando al médico de esa situación, pero sin excluirlo de su rol de coordinador.

El nuevo perfil de partera es delimitado por parámetros bien precisos: se requiere de personas disciplinadas, obedientes y dispuestas a seguir los mandatos de los médicos; se

⁹⁰ Ibidem.

considera fundamental que estuvieran formadas en los valores y preceptos de la cultura científica; que sean cultas y con una serie de valores morales entre los que destaca la abnegación, el recato, la docilidad y el honor entendido en términos de pasividad sexual.

En este sentido, la formación de las parteras no se circunscribe al acceso al conocimiento y a la práctica de la obstetricia científica, sino que avanza firmemente hacia cuestiones morales de fuerte impronta genérico-elitista. La separación entre el adentro y afuera de la profesión en base a una serie de parámetros definidos en términos científicos que surge de la letra de ley, se traslada a una serie de códigos de conducta, no explícitos jurídicamente, pero sí fervientemente expresados en los textos médicos. Allí se definen los atributos personales de la partera *ideal*, en detrimento de aquellos relacionados con el *curanderismo obstétrico*. Quienes portan estos últimos atributos suelen aparecer nombradas en términos de mujeres “ignorantes, advenedizas o interesadas sólo en procurarse un sustento económico”, y se las suele vincular con “prácticas amorales, como el infanticidio o el aborto” (Aráoz Alfaro, 1916b:11)⁹¹.

Así lo expresan, por ejemplo, los doctores Iraeta y Beruti (1915):

La partera debe poseer cualidades físicas y condiciones morales e intelectuales (...) Entendimiento claro y despierto, espíritu de observación, amor a la verdad y al estudio, memoria fiel, voluntad firme y paciencia inagotable; todas estas son cualidades sin las cuales la partera caerá fatalmente en el fracaso de su carrera.

Claro está, que estas virtudes del carácter no deben interpretarse mal; muchas de ellas si se exageran pueden hasta degenerar en efectos deplorables. La partera debe ser instruida, pero no pedante; paciente pero no indolente y sin iniciativa; resuelta, pero no imprudente; seria y severa en sus prescripciones, pero no grosera; enérgica, pero no voluntariosa; compasiva, pero no impresionable y temerosa; tolerante con sus compañeras; pero no encubridora de proceder incorrectos; reservada y discreta ante las intimidades de la cliente, pero no cómplice de actos delictuosos; respetuosa con el médico, pero no falta de dignidad; laboriosa y activa, pero sin que el deseo del lucro prime sobre sus sentimientos humanitarios ante la desgracia y el infortunio de los otros.

(...) desde ya, que la mujer sin moralidad no es digna de la noble profesión; la base de su suerte reposa ante todo en la decencia de sus hábitos y en el decoro de su oficio, sobre todo entre nosotros, donde el gremio de parteras no es debidamente apreciado y respetado, razón

⁹¹ Véase: ARAOZ ALFARO, Gregorio (1916b). *Sobre la organización de la protección y asistencia a la infancia*. Trabajo presentado en el I Congreso Americano del Niño. Buenos Aires.

de más por la que cada alumna salida de las aulas tienda en lo posible a su mejoramiento elevándolo al nivel social que le corresponde (Beruti e Iraeta, 1915:13-15).⁹²

En los informes sobre el Curso de Preparación de Parteras desarrollados durante los ciclos lectivos 1902 y 1903 en la Facultad de Medicina de Buenos Aires se describe cómo las aspirantes a parteras son evaluadas de acuerdo con su capacidad de obediencia y disciplina, y en función de su recato y aceptación de las normas institucionales. El profesor a cargo sostiene que “el orden y el respeto mutuo, la severa disciplina en la conducta, que son condiciones tan esenciales en la vida de un Centro de Enseñanza, han sido ejemplares” (S/N, 1904a:401)⁹³.

Las condiciones morales son también un requisito manifiesto para ingresar a la formación institucional. Así lo afirma el doctor Molla Catalán al enumerar las condiciones de admisibilidad:

Para ser admitidas en la inscripción a la matrícula de Parteras es necesario acreditar sus condiciones morales y buenas costumbres por manifestación hecha por escrito por dos vecinos conocidos con el V°. B°. del Juez de Paz de la sección respectiva (Molla Catalán, 1904)⁹⁴.

A lo que se suma como requisito la exigencia de presentar el permiso o autorización de los padres o del marido para seguir los estudios.

De esta forma, en paralelo con las definiciones en torno a los conocimientos médico-científicos respecto del acompañamiento del parto, la enseñanza de la partería se va a organizar y va a establecer sus alcances -y sobre todo sus límites- en base a cómo son concebidas estas mujeres, en tanto destinatarias de los cursos y futuras parteras.

⁹² Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

⁹³ Véase: S/A (sin autor) (1904a). “Curso de preparación de Parteras”. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires. En este documento se explicita que los cursos duran desde abril hasta noviembre inclusive, con una concurrencia promedio de 20 alumnas oficiales y 5 oyentes.

⁹⁴ Véase: MOLLA CATALÁN, José (1904): *La Enseñanza de la Obstetricia*. Proyecto de enseñanza y condiciones para la admisión de alumnas en la Escuela de Obstetricia de La Plata. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.

El rol de las parteras en la (con)formación de las madres

En este escenario, además de las tareas de asistencia de “aconsejar, vigilar y atender a la mujer embarazada, a la que está dando a luz, a la que ha librado y a la criatura” (Beruti e Iraeta, 2015:12)⁹⁵, los médicos les asignan a las parteras una serie de tareas educativas. Ya no se trataba del paso de una generación a otra de los conocimientos sobre el parto y el puerperio, sino que los grupos médicos ven en las parteras la posibilidad de que actuaran como agentes de transmisión de conocimientos, prácticas y valores definidos por ellos.

Así lo expresan:

Toda madre, al encontrar una mujer con las insignias de nurse o partera sabrá que a ella puede dirigirse como a su propia madre, en la seguridad de hallar ayuda, simpatía y competencia (Peralta Ramos, 1920:24)⁹⁶.

Reconocen que las parteras cuentan con mayores posibilidades de comunicarse con otras mujeres, por ello, en su formación incluyen indicaciones sobre cómo llevar adelante las charlas, señalando que -en la mayoría de los casos- debe utilizarse la persuasión y el miedo para convencer a las mujeres de seguir sus indicaciones. La tarea asignada para las parteras es la de inculcarles a “esas pobres las consecuencias a que están expuestas ellas y sus hijos” (Mazzini, 1916)⁹⁷ sino cumplen con sus prescripciones. Aparte de su función propiamente dicha, los médicos consideran que su tarea:

Contribuye con su propaganda modesta y silenciosa, en la defensa de la salud pública, sea vulgarizando infinidad de conocimientos utilísimos en la defensa contra ciertas enfermedades funestas (fiebre puerperal, viruela, tifus, tuberculosis, cáncer, alcoholismos, venéreas, etc.), sea destruyendo una cantidad de creencias erróneas arraigadas en el público ignorante, derivadas la mayoría de las veces del curanderismo, plaga difícil de extirpar (Peralta Ramos, 1920:12)⁹⁸.

Desde la medicina se busca obtener un perfil de partera capaz de:

⁹⁵ Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

⁹⁶ Véase: PERALTA RAMOS, Alberto (1920). “Progresos de la obstetricia conservadora”. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, año IV, N°5. Buenos Aires.

⁹⁷ Véase: MAZZINI, Esteban (1916). “Profilaxia de la sífilis en las maternidades de la República”. *La Semana Médica*, año XXIII, N°33. Buenos Aires.

⁹⁸ Véase: PERALTA RAMOS, Alberto (1920). Op. cit.

Llenar esa tarea con amor y empeño, llevando en conversaciones familiares, con tacto y discreción, a las mujeres ignorantes y a veces mal dispuestas a escuchar consejos, imbuidas en prejuicios y preocupaciones, los preceptos y las normas salvadoras de la higiene (...) llevándolas no como imposición de funcionarios oficiales sino como observaciones amistosas, hechas dulcemente, casi de igual a igual (Cantón, 1913:409)⁹⁹.

De esta forma, la afinidad femenina, forjada en una larga tradición de atención del embarazo y parto entre mujeres es utilizada para la aceptación y afianzamiento del nuevo sistema de atención del embarazo, parto y puerperio.

En esta línea, se sucede la creación de instituciones que exceden las cuestiones médicas y el cuidado de la salud. En 1902, la doctora Cecilia Grierson funda la Escuela Técnica del Hogar, en el marco del Hospital Rivadavia que depende de la Sociedad de Beneficencia, entre cuyos objetivos está la difusión de cuestiones vinculadas a la crianza y cuidado de los/as hijos/as. Otras organizaciones benéficas, como las Damas de la Caridad fundan el Club de Madres con fines similares. En ambos espacios las parteras, dirigidas por un médico especialista de perfil higienista, realizan tareas de visita y atención de las mujeres en sus casas. Su función es acercar a las mujeres recomendaciones y preceptos vinculados a la internalización de ciertas prácticas, ideas y sentimientos en torno a la maternidad.

Obstetricia mayor y obstetricia menor

Este proceso configura las nociones de *obstetricia mayor* y *obstetricia menor*, la primera reservada para los médicos y la segunda dirigida a las parteras. Además de los límites en la atención de los partos, se les va a restringir la posibilidad de acceder a los conocimientos obstétricos de mayor complejidad, ya que los saberes que van a adquirir son cuidadosamente seleccionados por los médicos y se consideran como delegados por la obstetricia.

Así lo explican el doctor Beruti, jefe de clínica de la maternidad de la Escuela de Obstetricia y adscripto a la cátedra, y el doctor Domingo Iraeta, médico interno de la

⁹⁹ Véase: CANTÓN, Eliseo (1913). “Protección de la madre y el hijo. Puericultura intra y extra uterina. Profilaxis del aborto. Parto prematuro, abandono e infanticidio. Maternidad refugio”. *La Semana Médica*. Buenos Aires.

Maternidad de la Escuela de Obstetricia y también adscripto a la cátedra en el prefacio del Manual de Obstetricia elaborado específicamente para la institución:

Son notorias las serias dificultades con que las parteras de nuestro país han tropezado hasta ahora en la elección de textos adecuados a su materia y profesión. Si bien el estudiante, el médico y el especialista, para su ilustración y perfeccionamiento pueden disponer en la actualidad de admirables obras tocoginecológicas, no sucede así con las parteras, quienes, justo es reconocer, carecen de un libro apropiado, dado que la obstetricia para éstas u obstetricia menor, al diferir fundamentalmente de la obstetricia para médicos u obstetricia mayor, implica un cúmulo de detalles imperfectamente señalados o por completo omitidos en los tratados extranjeros usuales.

Que las obstetricias para médicos son inapropiadas para las parteras, es innecesario evidenciarlo. Basta tener presente dichos libros, cuajados por lo común de difíciles tecnicismos, necesariamente desconocidos para la partera (...) son demasiado extensos y difusos, en perjuicio de la claridad y nitidez inherentes a todo aprendizaje. Los grandes tratados en boga, tan excelentes cuanto se quiera en manos del médico y del estudiante, resultan a la partera difíciles y superabundantes, infundiendo a la par, una serie de conocimientos médicos incompletos que ella debe ignorar para no caer en erudiciones funestas que la inducen luego a invadir campos vedados (Beruti e Iraeta, 1915: 3-7)¹⁰⁰.

La partera, en tanto figura destinataria de la *obstetricia menor*, es descripta en este documento como alguien sin la suficiente capacidad racional ni las condiciones necesarias para el discernimiento de los casos clínicos. Desde los espacios de formación, se resuelve que hay conocimientos que la partera debe ignorar para no confundirse y sobre todo para no invadir el lugar del médico. La partera es colocada en el lugar de subalterna, a la vez que su práctica y sus conocimientos son tutelados:

Conformar una obstetricia para parteras es ardua tarea pedagógica y mucho más dificultosa que para médicos y estudiantes. En ninguna especialidad la didáctica suele utilizarse tanto como en una obstetricia menor. La obra debe ser clara, ordenada, sencilla, ni muy larga ni muy corta, y sometida a la más estricta disciplina; su lenguaje debe ser natural y hasta burdo a veces. Pero nada más difícil que encarar cuestiones de alto interés obstétrico con espíritu científico y lenguaje simple y popular al mismo tiempo (Beruti e Iraeta, 2015: 8)¹⁰¹.

Esta mirada también está presente en la consideración que los profesores tienen sobre las alumnas de la Escuela de Parteras. En la planificación de las lecciones, se procura “no ampliar la instrucción teórica, huyendo de todo fárrago retórico, de los varios y revueltos

¹⁰⁰ Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

¹⁰¹ Idem.

materiales de los libros... ni recargar tampoco con teorías impuestas al entendimiento, no preparado aún, de las alumnas, con el fin de separar todo cuento pudiera impedir su desenvolvimiento racional y progresivo”¹⁰².

Desde la institución, piensan a estas jóvenes como seres incompletos, un tanto irresponsables en su inocencia y que no terminan de comprender las cuestiones de la vida adulta, dado que “su inclinación o vocación no puede todavía estar bien marcada o decidida, ni despierto acaso el sentimiento de la dignidad y del decoro profesionales para poder confiarlas un secreto que conviene que permanezca oculto y que podrían divulgarlo inconscientemente”. Predomina una mirada paternalista que infantiliza a las estudiantes de partería, reafirmando la necesidad de tutela y control:

Si se considera que estas alumnas aún conservan su candor y el sello de la pura inocencia (...) Y si a todo esto agregamos el cuidado y delicadeza que debe guardar el Profesor en la exposición de algunas conferencias, a fin de no avivar ni despertar tempranamente instintos dormidos aún, ni rozar el pudor, ni tocar la modestia ruborosa de aquellas niñas ejemplarmente educadas, no es difícil comprender cuanta importancia encierra y debe darse a este punto que vengo tratando (S/A, 1904a:28).¹⁰³.

Esta construcción de la personalidad y la capacidad de la partera se complementa con la consideración de que poseen un nivel de comprensión y capacidad limitadas y con la reafirmación de que la medicina y sus anexos representan los más altos valores morales de la sociedad, por lo cual deben ser expresados solamente por selectos representantes:

Creemos, además, aportar algunos beneficios en lo concerniente a la asistencia de la partera en su faz práctica. Al establecer los diferentes preceptos obstétricos, insistimos particularmente en las distintas reglas de asistencia de la partera, precisando con sencillez cuál debe ser su conducta en los múltiples casos que se le presentan; de ahí la necesidad de una exposición clara de patología obstétrica para que la partera aprenda a establecer las indicaciones de su actuación y de la actuación del médico. En una palabra, procuramos formar un criterio racional, deslindando en lo posible las atribuciones obstétricas de la partera y las del médico, tanto en lo que atañe a maniobras e intervenciones como lo que concierne al empleo de medicamentos (Beruti e Iraeta, 1915: 9)¹⁰⁴.

¹⁰² Véase: S/A (sin autor) (1904a). Op. cit.

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Véase: BERUTI, Josué e IRAETA, Domingo (1915). Op. cit.

No obstante, estos textos también permiten vislumbrar el temor y la amenaza de los médicos ante el trabajo de las parteras, que siguen siendo las que cuentan con mayor aceptación entre la población, además de contar con resultados médicos más que aceptables:

Una partera en posesión de las atribuciones mencionadas puede hacer mucho bien o mucho mal, según el grado de cultura, de preparación especial y de instrucción general alcanzado. Y es por esto que el Estado necesita rodear de todas las garantías posibles la profesión de la partera para que ésta pueda actuar aportando a sus semejantes la mayor cantidad de beneficios (Beruti e Iraeta, 1915: 16)¹⁰⁵.

Como lo explicita la frase anterior, los médicos precisan del Estado para *rodear* a las parteas. Es decir, cercarlas en un espacio preciso y bien delimitado respecto su acceso al conocimiento y a sus posibilidades de intervención frente al parto. La palabra *rodear* condensa las múltiples acciones que ponen en juego los médicos para limitar y acotar el trabajo de estas mujeres.

La institucionalización de la formación de las parteras también va a modificar -por no decir restringir y coartar- un conjunto redes y vínculos entre las mujeres que excedían el nacimiento de un bebé. El desplazamiento de la comadrona no solamente implica la incorporación de estos nuevos actores bajo el argumento de la rigurosidad científica y en función de la posesión o no de conocimientos y certificados médicos, sino que modifica un conjunto de prácticas cotidianas de apoyo mutuo y transmisión de saberes entre las mujeres que no son posibles de explicar con las categorías del lenguaje científico. La comadrona es una figura que se reconoce como parte de la vida cotidiana de los sectores populares. Con anterioridad a la formalización de estas prácticas, en muchas ocasiones durante el momento del parto el vínculo de confianza entre la comadrona y la parturienta se reforzaba, consecuencia de ellos es que las madres recientes les dan sus nombres a sus hijos y ellas toman el rol de comadres.

También estas transformaciones van a poner a fin a unas formas de transmisión de saberes y experiencias en torno al acompañamiento de los partos, que, si bien eran heterogéneas y difusas, se apoyaban en los vínculos interpersonales y comunitarios entre las mujeres. Durante largos años, las matronas y comadronas se formaron en la práctica del

¹⁰⁵ Idem.

oficio. Con la institucionalización de la medicina y la obstetricia en particular, esa forma de transmisión del conocimiento que se daba entre mujeres queda obturada, deslegitimada, y hasta criminalizada.

Como contracara, las egresadas de esta Escuela de Parteras son quienes van a acompañar el proceso de fortalecimiento de la obstetricia como especialidad y quienes, en 1902, a instancias de Cecilia Grierson, fundan la Asociación Obstétrica Nacional con el fin de defender su trabajo y su espacio dentro de las disciplinas médicas.

Parteras diplomadas vs. curanderismo obstétrico

Una vez que se suceden algunas camadas de parteras diplomadas, y representan un número capaz de disputar su lugar en los partos frente a las comadronas y demás parteras, las diplomadas comienzan a exigir y reclamar ese espacio que consideran legítimo de acuerdo con lo que en las instituciones les han inculcado.

Es posible encontrar en los diferentes documentos, tanto los escritos por los médicos como por las propias parteras diplomadas, una narrativa acoplada a lo jurídico donde aparece con fuerza el señalamiento de ese momento histórico como parteaguas. En el discurso público, toma forma una épica que expresa el triunfo de la ciencia en relación con las formas del nacer-parir, asociada a los más altos valores humanitarios, que luego de numerosos esfuerzos y batallas logra terminar con el oscurantismo y el curanderismo, dando lugar a la modernidad en la obstetricia caracterizada por una razón científica:

Hace ya muchos años que la partera de Buenos Aires se hizo acreedora al aprecio y a la consideración de la sociedad porteña. Desde las épocas coloniales remotas, en que la mujer prescindía de la asistencia obstétrica durante el parto normal, hasta la actualidad, en que no se pasa del duro trance sin la ayuda ineludible de una persona dedicada al arte de los partos, se han fundido en el crisol de la educación y del estudio infinitas series de profesionales que, en persecución del tipo ideal de la partera, han ido mejorando poco a poco sus condiciones intelectuales, depurando sus extracciones, desechando sus prejuicios, suavizando sus asperezas sociales y enaltecendo sus sentimientos. Y así, colocando jalones en la ruta hacia el perfeccionamiento, la partera de Buenos Aires conquistó un nivel social propio en cuya adquisición actuaron como factores primordiales sus conocimientos prácticos, su discreción y su probidad, que obligaron a la gratitud y despertaron el cariño en aquellas pacientes que recibieron sus cuidados y escucharon sus consejos.

Pero la partera contemporánea ha ido todavía más allá sobrepujando a sus predecesoras en esfera social y científica. Animada por el estímulo y guiada por sus maestros, completa su educación moral y extiende el horizonte de sus conocimientos para llevar a la práctica civil el máximum de probabilidades de éxito en su acción verdaderamente eficaz. Y de este modo, con la seguridad que emana de la sólida preparación, llega hasta los hogares infundiendo absoluta confianza como partera, y de allí sale con una aureola de respeto que ha sabido inspirar como señora (...) Tal es, en pocas palabras, el resultado del método de enseñanza y educación profesional que la Escuela Nacional de Parteras sigue en la actualidad con sus alumnas. (Llames Massini, 1915: 26-31)¹⁰⁶.

Esta narrativa, sostenida por las parteras diplomadas que se incorporan al proceso de consolidación y profesionalización en base a estos preceptos, se vislumbra también en los textos publicados en la Revista Obstétrica cuyas lectoras son las propias parteras. En un artículo de 1912, la obstétrica Francisca Arrué de Doyharzabal realiza una defensa de la labor de las parteras diplomadas, argumentando que su trabajo se sostiene y legitima a partir de la separación de “lo nuevo de lo viejo”. La autora marca una distinción entre el antiguo modo de atención de los nacimientos realizado por mujeres con experiencias y formaciones diversas, respecto del nuevo modo de *partear* conducido por médicos y organizado bajo parámetros definidos como científicos.

Esta estrategia parece dar cuenta de una modalidad que las parteras diplomadas encontraron para mantenerse dentro del sistema de salud que se organiza en la ciudad de Buenos Aires. Buscan garantizar su lugar de una forma legítima en un entorno donde la obstetricia científica se impone como el único discurso con autoridad sobre el parto y el nacimiento (Martín, 2014). No obstante, las parteras diplomadas observan que sus puestos al lado de las parturientas corren peligro frente al avance de la obstetricia:

No hay duda de que hay mucha diferencia entre la partera moderna y la partera de antaño, y por eso, con justicia, a éstas no se les podía atribuir la responsabilidad que tiene el público de exigir a la partera ahora. Pero se exagera. Es muy sabida la tendencia general de inculpar a la partera de todo lo malo que acaece a la puérpera. Los mismos médicos tienen aún la tendencia de hacer coro con el público. A los médicos es raro que se los inculpe de los desastres en que han estado envueltos, porque les tienen confianza, mientras que las inculpaciones a la partera son frecuentes porque vienen de la confianza en ellas, por el mal ambiente que nos han hecho

¹⁰⁶ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). Op. cit.

las parteras de otros tiempos. Hoy la partera está a otra altura y yo reclamo para ella la confianza que debe merecer del público (Arrué de Doyharzabal, 1912: 83-84)¹⁰⁷.

En este marco, comprenden que necesitan organizarse y entablar algún tipo de diálogo y negociación con los médicos y las autoridades sanitarias con el fin de asegurar sus fuentes laborales y garantizar materialmente su trabajo. Apelan para ello a argumentos científicos para desplazar a las comadronas y parteras no diplomadas, dado que entienden que los obstetras ya se han afianzado en su lugar y la disputa frente a ellos será en condiciones perjudiciales para ellas.

En este sentido, en 1907 la doctora Julieta Lanteri¹⁰⁸ se pregunta en el auditorio de la Asociación Obstétrica Nacional “¿puede tener la ciencia hijos y entenados?” (Lanteri, 1907:138)¹⁰⁹. Con esa frase cuestiona el proceso que el trabajo de las parteras había comenzado a experimentar a fines del siglo XIX, cuando se diferencia entre la educación de parteras y de médicos de acuerdo con el criterio que establece la ley de 1877, a la vez que se incorporan progresivamente requisitos y certificaciones para el ejercicio de la partería marcando un adentro y un afuera de la profesión. Busca mostrar el efecto que había tenido la doble operación de recortar atributos a las parteras a través de la reglamentación y la definitiva creación de la escuela de parteras "para señoras" de la Facultad de Medicina. Las parteras que logran acceder a la institución educativa son incorporadas en un lugar más definido y claro según las nuevas condiciones, pero con consecuencias ambiguas: obtienen un rol específico, reconocido y apreciado en la medicina; pero en el terreno concreto del

¹⁰⁷ Véase: ARRÚE de DOYHARZABAL, Francisca (1912). "La fiebre puerperal y la responsabilidad de la partera", *Revista Obstétrica*, N° 3, Año X, Tomo X.

¹⁰⁸ La doctora Julieta Lanteri es la sexta mujer en graduarse como médica en Argentina. Fue la primera mujer egresada del Colegio Nacional de La Plata. Se recibió como farmacéutica en la Universidad de Buenos Aires en 1898. Tras recibirse, obtuvo un permiso especial de Leopoldo Montes de Oca para estudiar medicina por ser mujer. Trabajó suministrando la vacuna contra la viruela en el servicio de Asistencia Pública de Buenos Aires y en el Hospital de Emergencias y Dispensario. También atendió en su propio consultorio. Aplicó para ser docente en la Universidad de Buenos Aires, pero fue rechazada con la justificación de que era extranjera. Fue Coorganizadora del Congreso Femenino Internacional en Buenos Aires (1910). Fue una de las fundadoras del Partido Feminista Nacional por el que fue candidata a diputada. Fundó en 1904 la Asociación Universitaria Argentina junto a la Dra. Cecilia Grierson con el objetivo de que las mujeres pudieran realizar estudios terciarios. Para amplia, ver *Biografías Breves*.

¹⁰⁹ Véase: LANTERI, Julieta (1907). "Moral obstétrica", *Revista Obstétrica*, N°4, Año V, Tomo V, p. 138.

trabajo, su tarea se ve acotada a un lugar secundario y asistencial por el cual sus ingresos materiales disminuyen.

Como parte de este movimiento secuencial, la distinción entre médicos obstetras y parteras se traslada al interior de estas últimas delimitando a su vez los límites de quienes están habilitadas y legitimadas para asistir los partos y aquellas que deben ser excluidas y perseguidas bajo el rótulo de ejercer el curanderismo obstétrico. El marco jurídico y simbólico construido durante la conformación de la obstetricia pasa así a organizar también el campo de las parteras, impulsando un proceso de exclusión y expulsión de aquellas que no logran -por diferentes circunstancias- obtener las certificaciones institucionales exigidas. Este proceso es escoltado y reforzado por las propias diplomadas que optan por asegurar su alianza con los obstetras en detrimento de aquellas que realizan tareas análogas, pero sin la acreditación de las instituciones médicas.

El papel de la Asociación Obstétrica Nacional (AON)¹¹⁰

En 1901, un grupo de diplomadas de la escuela de parteras impulsan la conformación de una organización capaz de encarnar sus intereses profesionales y laborales en el marco de la configuración que la medicina adquiere. Para ello, fundan la Asociación Obstétrica Nacional (AON), bajo un formato científico, acorde con los preceptos que cuentan con legitimidad en esos años. Es una organización autónoma e independiente, pero que tiene el apoyo de los profesores de obstetricia de la escuela y de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina. Además, cuenta con la colaboración de las pocas mujeres cuyas voces se destacan en la opinión pública porteña de esos años. La doctora Cecilia Grierson, quien ya cuenta con experiencia en la creación de organizaciones femeninas para la promoción de la educación de las mujeres y del desarrollo de sus pares en tareas calificadas, es la primera presidenta honoraria de la asociación, junto con el doctor Juan Ramón Fernández.

Los fines que inspiran su creación y que figuran en el estatuto van desde la gestión ante los poderes públicos de la adopción de medidas de interés para la profesión obstétrica, ya sea en “el orden gremial, profesional, científico y el afianzamiento moral y económico de

¹¹⁰ Actualmente se denomina Asociación Obstétrica Argentina de Protección Recíproca. Ver página web: www.aoargentina.org.ar

la profesión” a la contribución para “evitar por todos los medios posibles el ejercicio ilegal de la profesión”, pasando por la formación y actualización de sus agremiadas¹¹¹.

En el estatuto se conjugan intereses y necesidades concretos de un oficio que disputa un campo de saberes y prácticas tanto con médicos obstetras como con idóneas no diplomadas capaces de atender partos, y a la vez con las instituciones que tienen injerencia sobre la atención de mujeres embarazadas. Al mismo tiempo, ponen en práctica estrategias de socorro y ayuda mutua para abastecer las necesidades de sus socias, que en su mayoría son mujeres que dependen de su trabajo (Martin, 2014).

Con esta institucionalización, las parteras agremiadas se posicionan colectivamente en torno al entramado de vínculos y relaciones que poseen con los grupos médicos. Aprovechan los vínculos laborales y personales que algunas de ellas tienen con los obstetras más prestigiosos, dado que son quienes los asisten en los partos que realizan al público en la privacidad de los hogares de las parturientas. Por su lado, los médicos obstetras se interesan en la difusión de conocimientos obstétricos entre las agremiadas, pues pueden necesitarlas como asistentes calificadas, sobre todo fuera de los hospitales.

Entre 1903 y 1917 editan la Revista Obstétrica, con el estilo y las características de una publicación periódica científica. Difunden artículos de interés para la obstetricia cuya autoría era de los médicos y profesores de la Facultad de Medicina. En sus páginas se transcriben las disertaciones que los profesores dictaban especialmente para las miembros de la AON donde abordan temas vinculados a los riesgos del parto; las enfermedades del embarazo, del parto y del puerperio; indicaciones sobre procedimientos y nuevas técnicas operatorias, entre otros. Asimismo, la revista funciona como un espacio de comunicación interna para las afiliadas, informando sobre ofertas laborales, denuncias de parteras ilegales y gestiones frente a las autoridades vinculadas al colectivo.

Además de las gestiones antes las autoridades estatales, realizan acciones de posicionamiento público como la creación de su propio servicio de partos que publicitaba en los periódicos de la ciudad y donde difunden la nómina de sus parteras con tarifa fija según el servicio ofrecido.

¹¹¹ Véase: *Actas de la Asociación Obstétrica Nacional*, 23 de noviembre de 1901, Folio 5.

La AON busca configurarse como la organización que posee la autoridad - profesional, científica y moral- para ser la interlocutora válida ante quienes definen el rumbo de la salud pública, léase la élite de médicos que ocupa simultáneamente cargos en las universidades, en el gobierno nacional y/o municipal, en la conducción de establecimientos de salud y en la dirección de sociedades científicas. Para ello debe contar hacia adentro con el apoyo del conjunto de las parteras diplomadas, ofreciendo a la vez formación y perfeccionamiento, como apoyo y protección en el ejercicio de su profesión; y hacia afuera con el reconocimiento de los médicos obstetras que no deben sentirse amenazados por las obstétricas sino, por el contrario, verlas como sus asistentes y como parte de un equipo que ellos conducen.

En su trabajo doctoral sobre el trabajo de parteras y enfermeras en la primera mitad del siglo XX, Ana Laura Martín (2014) sostiene que la persecución de "falsas parteras" es un tópico constante de la asociación y tiene una doble dimensión: por un lado, es un asunto afirmativo respecto de los intereses del colectivo profesional y un elemento de convergencia entre sus pares y por otro, un modo de posicionarse frente a las autoridades sanitarias nacionales como referentes y principales defensoras del parto en manos de expertas. La AON no busca controlar la matriculación de las parteras ni administrar la admisión al oficio, sino que intenta convertirse en contralor o complemento del Estado, para ubicar y perseguir a las "falsas colegas", a las antiguas "comadronas" o a las "curanderas diplomadas". En esta línea, cuando la asociación recibe información sobre posibles irregularidades y comprueba que se trata de faltas a la ley, realiza la denuncia y se presenta de forma exigente con las autoridades, pues considera que la anulación del heterogéneo universo de parteras irregulares va a ir en beneficio directo de sus socias y del gremio en general; al mismo tiempo que las posiciona frente a las autoridades como calificadas para señalar los límites y las expectativas del oficio:

Las parteras percibían un doble peligro: no sólo les preocupaba la intervención de los médicos en el parto normal, sino que también temían a las competidoras "ilegítimas", las parteras de oficio, que podían actuar en lugar de ellas sin mayores inconvenientes mientras el Estado se mantuviera tolerante frente a la ilegalidad y no actuara firmemente sobre esa práctica. En relación con esta cuestión, la protección del gremio fue directa: demandaron la vía punitiva al Estado e hicieron efectivas las denuncias de quienes ofrecían públicamente sus servicios ostentando un título falso o simplemente mintiendo acerca de su condición. En este asunto también había una cuota de ambigüedad, pues nada impedía que los partos transcurrieran con

la asistencia de terceros y sin presencia del médico o de la partera. Lo único pasible de penalización era la oferta de servicios en condiciones irregulares (Martín, 2014:150).

Las llamadas *curanderas diplomadas*, noción ambigua y hasta contradictoria, representan el principal objeto de preocupación de la conducción de la AON. Con este nombre hacen referencia a aquellas parteras admitidas y autorizadas por la DNH para ejercer el trabajo pero que no se habían formado en la ENP, situación que, a su criterio, les impide cumplir con los requisitos para ejercer la profesión.

En esta línea, y siguiendo con el criterio restrictivo, otra preocupación que las parteras agremiadas manifiestan, y en la cual buscan coincidir con los grupos médicos, tiene que ver con el perfil de las ingresantes a la Escuela de Parteras, espacio que concede identidad a la asociación. Desde la AON exhortan en diferentes momentos a que su ingreso sea más riguroso y restringido, pidiendo que las aspirantes tengan un cierto nivel previo de estudio que pudiera ser certificados o evaluado. Como se ha señalado, para ellas la posibilidad de acceder a una certificación universitaria y participar activamente del cumplimiento de las normas que definen quiénes son aptas para la tarea significa una nueva etapa en el trabajo de partear, donde se deja atrás el "ejercicio sin control alguno ponía en manos ignorantes y mercaderes la vida de muchas mujeres" (Drochi de Romanille, 1903:5)¹¹².

De esta forma, para ser aceptadas, valoradas y no cuestionadas como profesionales de la salud, aceptan ocupar un lugar subalterno dentro de la obstetricia. La conducción de la AON considera que deben configurarse como profesionales ante el resto de las parteras no diplomadas, como quienes están preparadas a desarrollar una práctica científica en torno al nacer, acorde a las expectativas de los grupos médicos. Esta posición implica, marcar un límite y una distancia con aquellas que no logran cumplir con estos requisitos y más aún, contribuir con su persecución en términos legales.

Es una posición que involucra:

- La búsqueda de un perfil profesional que cuente con legitimidad dentro de la obstetricia en el marco de los parámetros científicos, definidos por los grupos médicos tanto nacionales como de Europa y Estados Unidos.

¹¹² Véase: DROCHI de ROMANILLE, Sabina (1903) "Memoria del primer ejercicio", *Revista Obstétrica*, N° 1, Año 1, Tomo 1, Buenos Aires.

- La aceptación del lugar subalterno que esta legitimidad conlleva en términos de alcance profesional con sus consecuencias en torno a las prácticas accesibles para las parteras en torno al embarazo, parto y puerperio, como respecto de la retribución económica de su tarea.
- El rechazo activo en forma de contribución a la persecución de aquellas parteras, que en la mayoría de los casos realizaban prácticas semejantes, que no aceptaban o no lograban encuadrarse en esta posición.
- La confirmación dinámica de los límites entre el adentro y afuera de la profesión, definidos por los grupos médicos y de características marcadamente clasista. Resultando un adentro para el cual se establecen progresivamente mayores requisitos y cerrándose la entrada a las mujeres cuya pertenencia socioeconómica no permitiera la formación institucional.

Este grupo de parteras diplomadas acepta *jugar el juego* de la medicina institucional. Es decir, aceptar las reglas de una forma de acompañar e intervenir en los nacimientos que se va armando de forma externa a ellas y, a partir, de allí negociar y presionar para alcanzar una posición de mayor reconocimiento y prestigio, no solamente en términos simbólico sino materiales.

Surge la pregunta, cuya respuesta excede a los fines de este trabajo, de si esta era la única posición posible que pudo tomar la AON en el marco de las condiciones de esa época. En este sentido, hay algunos trabajos que dan cuenta de que esta situación de desventaja de las mujeres es percibida y explicitada de forma crítica por algunas de las poquísimas médicas del momento (que además eran figuras públicas relevantes). Martín (2014) describe cómo las referentes de la AON comprenden la necesidad de vincularse con otras instancias asociativas de mujeres como el Consejo Nacional de Mujeres (CNM) cuyo enlace fueron Cecilia Grierson, Elvira Rawson, y Julieta Lanteri, tres médicas comprometidas con las condiciones de sus congéneres y promotoras de los derechos femeninos -que a la vez son miembros del CNM y prestan colaboración con la AON. Esta asociación en torno a la agenda femenina del momento muestra a la conducción de la AON acompañando los intentos de transformación de la desigualdad de las mujeres respecto de los varones. En este entramado las referentes de

la AON participan activamente del Primer Congreso Femenino Internacional realizado en Buenos Aires en 1910.

Feminismo y discurso médico

En estos años, el término *feminismo* se generaliza y su significado es disputado desde posiciones contrapuestas. Sin embargo, en las discusiones casi ya no se pone en duda su relevancia (Nari, 2004), sino que algunas voces pretenden neutralizarlo a partir de su uso con otros contenidos. Las publicaciones médicas se hacen eco de la cuestión y desde la medicina se intenta marcar una posición. En un artículo difundido por *La Semana Médica* en 1912 denominado “Las sufragistas desde un punto de vista médico” se hace referencia a una serie de cuestiones que van desde la masculinización de la mujer, en términos biológicos, producto de su inserción en el mercado de trabajo hasta la patologización de estas acciones e ideas como parte de una manifestación neurótica o producto de la soberbia y la admiración de sí mismas.

En esos años, la relación teórica y política entre clase social y género es muy debatida. Algunas, sobre todo las socialistas, comprenden que la emancipación femenina se relaciona necesariamente con la supresión de las clases sociales, dado que consideran que ambas opresiones están vinculadas políticamente. Desde otras posiciones, como la ejercida públicamente desde la revista *Nosotras*¹¹³, se afirma que “no hay obreras ni burguesas, ni marquesas, ni reinas (...) hay simplemente un sexo oprimido y maltratado” (Revista *Nosotras*, 1903: 484)¹¹⁴.

De cualquier forma, más allá de las diversas perspectivas toma forma la idea de construir un movimiento feminista con base en el supuesto origen común de la opresión de todas las mujeres. En esos años, esta idea es concebida en términos de diferencia sexual, más que de situación social, enmarcada en la capacidad biológica y cultural de gestar, criar y

¹¹³ La revista *Nosotras* fue una de las primeras publicaciones de gran circulación en la ciudad dirigida exclusivamente a las mujeres. Sus lectoras pertenecían a las clases medias de la ciudad y desde sus páginas se abordaron los debates en torno al sufragismo y demás reclamos por la igualdad jurídico-política de las mujeres.

¹¹⁴ Véase: *Revista Nosotras* (1903). “Feminismo y socialismo”, año II, Buenos Aires.

cuidar a otras personas. La maternidad como proceso biológico-cultural pasa a primer plano a la hora de reclamar derechos.

A la hora de organizar argumentos y explicar las desigualdades, en líneas generales, las feministas locales están fuertemente influidas por las ideas que aportan las teorías antropológicas en relación con el origen de la familia y del patriarcado como también por los desarrollos de las feministas europeas y estadounidenses. Muchas de las voces con mayor presencia en la opinión pública de esos años¹¹⁵ se formaron en las instituciones médicas y comparten ciertos valores de la cultura científica, como el racionalismo. Alicia Moreau, por ejemplo, sostiene que la evolución de la humanidad, de la mano de la modernidad, traería la liberación de las mujeres como parte de su propio movimiento progresivo¹¹⁶. Como se ha mencionado, este marco ideológico es compartido con otros intelectuales del momento como José Ingenieros.

En líneas generales, las organizaciones de mujeres que comienzan a fundarse a principios del siglo XX, a pesar de contar con objetivos diferentes, coinciden en la defensa de la maternidad. Encuentran allí, con sus matices y controversias, un punto de apoyo para construir y sostener la defensa de los derechos e intereses de las mujeres.

Las feministas locales aceptan y dan espesor a la idea de la diferencia sexual. Sus argumentos no se basan solamente en las capacidades biológicas para la reproducción, sino que incorporan a ellos la exaltación de las capacidades morales y espirituales de las mujeres para ser madres. En esta configuración, es la maternidad el fundamento para las reivindicaciones de ciudadanía política. Refuerzan la idea de la maternidad como una función social y política que excede lo exclusivamente natural.

Esta identificación de lo femenino con lo maternal -también construida desde la medicina y a partir de las políticas asistenciales- no es rechazada por las feministas de esos años, sino politizada en el marco de las condiciones en que se despliegan los procesos

¹¹⁵ Es posible mencionar en este grupo a Alicia Moreau de Justo, Elvira López, Cecilia Grierson, Julieta Lanteri y Elvira Rawson, entre otras mujeres que lograr estudiar en la universidad carreras médicas. Varias de ellas conforman en 1902 la Asociación de Mujeres Universitarias Argentina (AMUA).

¹¹⁶ Para ampliar véase: MOREAU de JUSTO, Alicia (1911). “El feminismo en la evolución social” en *Humanidad Nueva*, pp. 356-375. Buenos Aires.

sociales. La maternidad fue también una valiosa carta de negociación y presión para discutir y exigir derechos políticos el repertorio discursivo de la época.

CAPITULO IV

La maternidad como institución médica

El proceso de medicalización de la gestación y el parto no se da solamente hacia adentro de los consultorios y las clínicas, sino que se despliega en una serie de referencias materiales y jurídico-normativas que le proveen sustento.

Junto con la generación de espacios de atención e intervención médica y la incorporación de instrumental obstétrico se desarrollan -o consolidan en algunos casos- instituciones donde las ideas de los médicos logran cristalizarse en su dimensión práctica.

En el cambio de siglo se fundan o reorganizan un gran conjunto de instituciones en las cuales además de prestar servicios se planifican políticas sanitarias y se toman decisiones respecto a la atención de la salud de las mujeres en sus etapas reproductivas. Estos espacios, a su vez, funcionan como punto de apoyo para la afirmación de la hegemonía médica en torno al cuidado de la salud frente a las comadronas y curanderos, quienes no sólo encarnan los roles, prácticas y saberes a ser reemplazados, sino que configuran una fuerte competencia por su aceptación entre la población.

Así, de la mano de las vertiginosas transformaciones demográficas, pivoteadas entre la inmigración masiva y el descenso de la mortalidad y la fecundidad, del impulso de organizar el reciente Estado, junto con la urbanización y los cambios en el mercado de trabajo, se genera la disposición de la maternidad como una institución médica teñida por las ideologías poblacionistas e higienistas.

Belmartino (2005), al hacer referencia la atención médica en los inicios del siglo XX sostiene que en estos años aumenta significativamente su demanda. Entre 1890 y 1910 la población de la ciudad de Buenos Aires aumenta un 130%, mientras que la internación en los hospitales municipales lo hace en un 271%, en los nacionales (incluyendo los de la Sociedad de Beneficencia) un 188% y un 116% en los de colectividades.

Este proceso se conjuga con la creación y ampliación de instalaciones para la atención de la salud, así como también con el desarrollo de políticas y programas en torno a la salud pública. Se expande la capacidad de los hospitales y se organizan diversos servicios sanitarios. A su vez, en este entramado las normativas y ordenanzas, como los reglamentos,

protocolos e indicaciones clínicas alcanzan -con mayor o menor efectividad- una materialidad práctica. Si en 1875, Emilio Coni señala que:

es necesario meditar que en Buenos Aires una gran parte de los pobres muere sin asistencia médica o entregados a las explotaciones indignas de curanderos y parteras, ya sea por ignorancia, ya sea por la repulsión que muchos de ellos tienen por nuestros hospitales, repulsión que si se quiere está fundada en cierto modo, pues las condiciones en que se hallan son verdaderamente anti-higiénicas (Coni, 1918: 352)¹¹⁷.

De cara a la década del veinte, el mismo Coni reconoce con satisfacción que la situación es diferente. Desde la Buenos Aires de inicios de la década de 1880 donde no hay ninguna sección o sala especial para atender a embarazadas, puérperas, partos o recién nacidos en los hospitales se pasa a creación intensiva de lugares específicos de atención de la salud materno-infantil, dirigidos, en su mayoría, a las mujeres de los sectores populares.

En este capítulo además de describir a las principales instituciones que toman a su cargo la salud materna y de mencionar las diversas normativas que las acompañan y apuntalan en su legitimidad, se dará cuenta de la forma que adquieren los espacios destinados al embarazo, parto y puerperio, comprendiendo que esa configuración impulsará tipos específicos de vínculos y relaciones al interior de las maternidades.

Asimismo, a partir de la información estadística disponible, se buscará describir el perfil de las mujeres que concurren a los hospitales y a la maternidad. Qué edades tienen, a qué se dedican, cuál es su nacionalidad y a qué grupo social pertenecen, entendiendo que estas categorizaciones se configuran en torno a relaciones históricas y no representan meramente agrupaciones de población.

Instituciones de la ciudad de Buenos Aires

La ciudad de Buenos Aires, capital del Estado, cuenta en esos años con un estatus complejo dentro del entramado jurisdiccional¹¹⁸. A partir de 1917, el Congreso Nacional

¹¹⁷ Véase: CONI, Emilio (1918). Op. cit.

¹¹⁸ Entre 1880 y 1916 se desarrolla en el país un régimen de control político restrictivo, oligárquico o conservador. A partir de 1912 se produce el triunfo de gobiernos radicales en elecciones presidenciales por 3 períodos consecutivos. El Intendente Torcuato de Alvear fue designado por el Poder Ejecutivo en 1883 como

aprueba una ley electoral para el municipio porteño que regirá hasta octubre de 1941 y que establece la existencia de un Concejo Deliberante elegido bajo el sufragio masculino, secreto y universal, aunque el intendente fuera designado por el presidente de la República (Cattaruzza, 2009).

En este escenario, se da una fuerte disputa entre los médicos higienistas y la Sociedad de Beneficencia que intenta mantener bajo su órbita la *acción social*, a través de la administración de instituciones para-estatales (Carballeda, 2000). Para los médicos, es necesario que el Estado apoye una nueva forma de organización que privilegie el desarrollo científico de la nueva especialidad, en consonancia con los cambios sociales, y a partir de la reorganización de la estructura vigente (Hurtado y Souza, 2008). Se produce un impacto importante en las instituciones vinculadas a la acción social, instituyéndose una tendencia *racionalizadora* de esta acción, que se va a expresar en la introducción de tecnologías y procedimientos de gestión asistencial definidos como modernos. El discurso médico posterior al Centenario va a intentar demostrar la necesidad de reorganizar la acción social desde el Estado, pero estructurada en términos higiénicos.

En esos años, los servicios públicos asistenciales, como las maternidades, son gestionados tanto por la administración nacional y municipal, como también -de forma paralela y superpuesta- por las organizaciones filantrópicas que cuentan con acceso a importantes recursos estatales. En particular, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal se ocupa del desarrollo de numerosos servicios de atención médica.

Como característica general, el inicio de estas instituciones se encuentra muy entremezclado con los nombres propios de un puñado de médicos porteños que ocupan y disputan entre sí los diferentes espacios institucionales de enseñanza académica, de gestión de establecimientos de salud, de conducción de espacios gubernamentales, como de dirección de sociedades médicas y científicas y espacios de formación universitaria. Estos nombres propios son parte de los grupos dirigentes de la sociedad porteña de esos años y participan,

primer Intendente de la Ciudad de Buenos Aires, luego de que en el año 1882 se sancionara la Ley Orgánica Municipal N° 1260, instrumento legal que organizó al Gobierno Municipal en los Departamentos Deliberante y Ejecutivo.

en la mayor parte de los casos, activamente de la vida política ocupando de forma sucesiva y superpuesta los diferentes espacios político-institucionales.

Hacia el final se incluye un apartado (*Biografías Breves*) que describe brevemente las historias de vida de estos médicos. Su mirada de conjunto permite confirmar esta última hipótesis.

Sociedad de Beneficencia

La Sociedad de Beneficencia de la Capital hegemoniza desde antes del cambio de siglo las acciones filantrópicas de la ciudad de Buenos Aires. Es la institución que logra disponer de la organización de la *caridad* durante casi 80 años. Centraliza la administración de hospitales, asilos y escuelas, recibiendo importante apoyo financiero del Estado sin el cual no hubiera podido funcionar. Su desarrollo institucional sanitario y asistencial se realiza a la par y de forma similar al del Estado.

Fundada por Rivadavia en la década del veinte del siglo XIX, adquiere características específicas a partir de que en 1880 se nacionaliza y pasa a depender directamente del Ministerio del Interior, pero manteniendo una administración autónoma a cargo de un grupo de mujeres de la elite porteña. Desde sus orígenes se diferencia de otras asociaciones benéficas de las Américas y Europa ya que es concebida como una dependencia oficial cuyos recursos provienen mayoritariamente del erario provincial, y sus integrantes, empleados y proyectos son aprobados y supervisados por el gobierno de Buenos Aires (Pita, 2008). Se instituye como una organización mixta que no es estatal, pero tampoco privada ni dependiente de la Iglesia Católica (Belmartino, 2005). Esta particularidad institucional se ve reflejada en su financiamiento, ya que cuenta con acceso directo al presupuesto estatal; el gobierno provee más del 90% de su presupuesto aun cuando también cuenta con benefactores privados.

Inicialmente, la Sociedad ejerce la dirección de la educación pública para las niñas pobres y la custodia de los expósitos y las huérfanas, ampliando su área de incumbencia a la atención hospitalaria en 1852 cuando es reinstalada oficialmente por la coalición gobernante que derrota a Juan Manuel de Rosas. Desde entonces, y particularmente desde su nacionalización por el presidente Julio Argentino Roca, amplía sus funciones e incumbencia,

integrándose al complejo proceso de institucionalización impulsado por aquella administración y las que le siguieron a pesar de las crisis y los cambios políticos que atravesaron a la región, y del surgimiento y fortalecimiento de grupos estatales quienes cada vez con mayor empeño, intentan obtener el control y la centralización de las instituciones a cargo de ese grupo de poderosas mujeres.

En este sentido, Valeria Pita (2008) sostiene que el lugar que esas mujeres de elite ocupan, da cuenta de la presencia en la sociedad argentina de una tradición de participación, a partir de la cual distintas generaciones de mujeres de los grupos gobernantes -en nombre de la “beneficencia”, “la elevación de la mujer” y “el cuidado de infantes y expósitos”-, emplean sus lazos familiares y contactos políticos para consolidar y resignificar un espacio institucional que les permite intervenir en asuntos de importancia colectiva, administrar un número considerable de establecimientos sanitarios y asistenciales, vincularse por fuera de las redes de sociabilidad con la clase dirigente nacional y con sectores totalmente ajenos a sus vidas, tener un sitio de honor en las ceremonias oficiales, aparecer en la prensa, representar al gobierno nacional en distintos eventos transnacionales, pujar con otros grupos en defensa de su espacio, y sobre todo erigirse como las tutoras por excelencia de las mujeres e infantes pobres.

Con este perfil, durante las décadas previas y posteriores al cambio de siglo, la Sociedad de Beneficencia ocupa en la ciudad de Buenos Aires un lugar central en torno a las cuestiones relacionadas con la atención de la salud de las mujeres. Su presencia responde al desarrollo de la obstetricia como especialidad médica pero además es coherente con la acción desplegada en torno a la protección de las mujeres pobres y el cuidado de la infancia desvalida (Nari, 2004).

Una de las instituciones gestionadas por las Damas de la Sociedad de Beneficencia es el Hospital de Mujeres (actualmente Hospital Rivadavia). Desde su inauguración en 1887 y hasta el 1900 desarrollan allí sucesivas ampliaciones como nuevas salas de maternidad, la incorporación de un servicio de cirugía ginecológica -con su sala de cirugía dotada de los instrumentos técnicos más avanzados de la época- y la expansión de los consultorios externos, entre otras obras. Su maternidad es la primera en la ciudad y durante años la más prestigiosa.

Su crecimiento edilicio va a la par que la demanda en la atención. En esos años, incrementan las consultas externas en más de un 200 por ciento y las prácticas de cirugía ginecológica casi un 500 por ciento (Belmartino, 2005); números que dan cuenta de la ampliación de las posibles destinatarias del sistema (Vasallo, 2000; Mead, 2000). En esta línea, también ponen en marcha un programa inclusivo para las mujeres de sectores medios a través de la construcción de los pabellones hospitalarios para pensionistas en el Hospital Rivadavia (Pita, 2004) y el establecimiento de aranceles de internación para pacientes con cierta capacidad de pago, a las que se brinda una mejor hotelería en salitas privadas o semiprivadas (Armus y Belmartino, 2001).

Además del Hospital de Mujeres, dependen de la organización el único Hospital de Niños de la ciudad que cuenta con dispensario de lactantes y gota de leche, el Hospital Nacional de Alienadas y la Casa de Expósitos con funciones de asilo y hospital.

Al mismo tiempo, la Damas de la Caridad cuentan con cinco asilos maternales con consultorios médicos gratuitos y farmacias, a los cuales suman, en 1914, el Instituto de Puericultura anexo. También poseen cuatro *cantinas maternales* donde las futuras o recientes madres reciben comida y atención médica. A ellas se suma el *Club de Madres* que realiza acciones dirigidas a “ilustrar a las mujeres en el cuidado y la alimentación de los niños” y crear espacios para que aquellas madres que trabajan puedan dejar a los niños “con la finalidad de preservarlos de los peligros del vicio en las calles” (Coni, 1917: 367)¹¹⁹.

Durante los primeros años del período estudiado, las relaciones entre los grupos médicos y las mujeres de élite de la Sociedad de Beneficencia son muy complejas, sobre todo en lo que hace a la toma de decisiones al interior de los hospitales. En cierta medida no comparten los mismos criterios en torno a las formas de intervención ante la maternidad, aunque a la vez lo que se observa es la disputa por el control de estas instituciones. Algunos de los médicos se niegan a subordinarse a la dirección de estas mujeres por considerar que no cuentan con los conocimientos suficientes ni la preparación adecuada. Piensan que la Sociedad de Beneficencia representa una etapa previa a la conformación del Estado moderno y sus actividades son criticadas por a-científicas (Vasallo, 2000; Mead, 2000). Karen Mead

¹¹⁹ Véase: CONI, Emilio (1917), Op. cit.

(1994) sostiene que estos dos grupos poseen concepciones diferentes en torno al parto y a la maternidad en general. Por ejemplo, mientras que las mujeres de la Sociedad de Beneficencia aceptan a las comadronas y las incorporan a sus servicios, los médicos -en palabras de Mead- ven en ellas una competencia ilegítima dado que evalúan, no están lo suficientemente preparadas para ejercer ese rol.

En este marco, se suceden algunos momentos de especial tensión, sobre todo durante los intentos de los médicos, a través del Departamento de Higiene de la ciudad, de colocar bajo su control directo los ámbitos institucionales, asistenciales y sanitarios administrados por la Sociedad de Beneficencia (Pita, 2004).

Otro foco de conflicto se da en el propio espacio de la Maternidad del hospital de Mujeres que es durante varias décadas el lugar para las prácticas de la cátedra de obstetricia y por donde pasan los futuros médicos. Allí entran en conflicto el prestigio alcanzado por las instituciones sanitarias filantrópicas sobre la base de la eficiencia sanitaria y los adelantos científicos implementados, con los intereses y concepciones de los médicos que consideran que la utilización de recursos y acciones explícitamente asociadas a la caridad y a la filantropía ratifica su carácter anticuado.

Administración Sanitaria y Asistencia Pública

Fundada por el intendente Torcuato de Alvear en 1883, la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires se organiza en el marco de la redefinición de las relaciones entre la ciudad de Buenos Aires y el gobierno nacional, en la década del ochenta. En ese momento una gran parte de la responsabilidad por la salud en la Capital pasa a la órbita de la Municipalidad.

En un primer momento, sus fundadores buscan establecer a la Asistencia Pública como una dependencia sanitaria de corte centralizador y de jurisdicción nacional con amplias atribuciones. Sin embargo, la administración roquista rechaza dicha propuesta, siendo entonces adoptada por la Municipalidad. En ese pasaje de dependencias, la Asistencia ve recortadas sus funciones y sus aspiraciones y queda con jurisdicción sobre los establecimientos municipales de la Capital Federal.

A pesar del fracaso inicial, una vez creada, su primer director José María Ramos Mejía, uno de los médicos más influyentes del periodo, intenta llevar adelante un ambicioso programa que incluye la centralización de la atención de los hospitales municipales, junto con tareas como la de supervisar los hospitales municipales, elaborar políticas de prevención, coordinar acciones ante el peligro de las epidemias y hacerlas reposar en la primacía “técnica” de los profesionales de la medicina.

En el comienzo de su actividad, toma a su cargo cuatro hospitales, ubicados anteriormente en jurisdicción provincial, que al momento de su transferencia albergan a 853 enfermos. Ya para 1904 cuenta bajo su jurisdicción con trece establecimientos con 2214 camas (Penna y Madero, 1910)¹²⁰. La mitad de esas instalaciones sanitarias se habían creado a medida que se poblaban los suburbios de la ciudad.

Entre otras medidas, Ramos Mejía crea la asistencia pública a domicilio; establece consultorios externos en garganta, nariz y oídos y en enfermedades nerviosas; organiza la vacunación y un sistema de ambulancias; crea un Hospital para crónicos y la Escuela de Enfermería de la mano de Cecilia Grierson.

La Municipalidad de Buenos Aires es una de las primeras jurisdicciones que incluye en su agenda la mejora de las condiciones sanitarias y de vida a fin de evitar las principales causas de mortalidad infantil: las enfermedades infectocontagiosas, la diarrea y enteritis (Mazzeo, 1993). En 1891 se convoca a una comisión de médicos presidida por el célebre higienista Emilio Coni, quien luego sería director, con el fin de analizar sus causas y proponer soluciones. El comité redacta un plan de asistencia y protección para la niñez y para su implementación proponen la creación del Patronato de la Infancia (Biernat y Ramacciotti, 2013).

En 1892, cuando el doctor Coni asume su dirección, intenta nuevamente avanzar hacia la centralización de la política sanitaria. Sin embargo, se encuentra con importantes obstáculos, dado que, en los hechos, la nueva dependencia municipal se ve inmersa en una densa trama de intereses políticos, institucionales, jurisdiccionales y políticos. Además, a pesar de que el gobierno nacional subsidia la infraestructura sanitaria de Buenos Aires, la

¹²⁰ Véase: PENNA, José y MADERO, Horacio (1910). *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Kraft.

Asistencia Pública carece de la autonomía en el uso de los presupuestos (Mead, 2000), situación que hace inestable y cambiante la conducción del organismo. Desde su fundación hasta 1906, año en que asume José Penna se suceden 10 diferentes directores (Milich, 1911). La financiación proviene en parte de fondos públicos, pero sobre todo de donaciones.

Luego de 1910 se consolida la estructura hospitalaria que se conoce en la ciudad hasta la actualidad. Se construyen o amplían: el Hospital Crespo, El Hospital Alvear, El Hospital Durand, el Hospital Piñero, el Hospital Álvarez, el Hospital Pirovano y el Hospital Argerich (Billorou, 2005).

En 1908, bajo la dirección del doctor José Penna¹²¹, se inaugura la Dirección de Protección a la Primera Infancia, con la triple función de brindar asistencia médica, educativa y social. Esta dependencia tiene a su cargo la protección directa e indirecta de los niños menores de dos años y ejerce sus funciones a través de una red de instituciones: Dispensarios de lactantes, institutos de puericultura¹²², centros sanitarios de internación y oficina de inspección de nodrizas, entre otras. Entre sus tareas se ocupa de la promoción de la lactancia materna¹²³ y de la educación de las madres antes y luego del parto.

¹²¹ El doctor José Penna (1855-1919) fue un epidemiólogo de fama internacional, profesor, sanitarista y funcionario público. Escribió numerosas leyes de higiene, profilaxis y salubridad pública. También escribió una serie de libros de formación médica y diversas notas en publicaciones especializadas. En 1879 egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1882 fue subdirector y luego director de la Casa Municipal de Aislamiento por más de treinta años. Fue director de la Asistencia Pública desde el 23 de marzo de 1906 hasta el 23 de junio de 1910. Para ampliar, ver *Biografías Breves*.

¹²² La puericultura define su objetivo como: optimizar los cuidados del niño en todos sus aspectos, físico, emocional, mental, y espiritual desde su concepción, vida intrauterina, nacimiento y los primeros años de su primera infancia. Sus inicios surgen en Francia junto a Pierre Budín (1890) y a Paul Strauss quien fundó la Liga contra la mortalidad Infantil, de la cual derivó la Escuela Central de Puericultura. Años más tarde Adolfo Pinard (1898) formula las bases de la puericultura, que comprendía la puericultura antenatal (estudiando la herencia y la eugenesia), la puericultura concepcional (higiene de la concepción y del parto) y la puericultura transnatal (higiene de la infancia hasta la pubertad). La primera obra sobre un tema de puericultura publicada e impresa en Buenos Aires, en la imprenta El Nacional en 1871, pertenece a José A. Ortiz Herrera, titulada “De la lactancia materna”, presentada como tesis para obtener su doctorado en medicina. Esta disciplina tuvo gran relevancia en nuestro país durante las primeras décadas del siglo XX.

¹²³ La lactancia, cuestión central durante el puerperio, ocupó gran parte de las preocupaciones de los médicos dedicados a los temas de maternidad e infancia. Sobre todo, desde una perspectiva higienista, la lactancia se constituyó en un problema en sí mismo ya que desde la medicina fue asociada directamente al fenómeno de la mortalidad infantil. En tanto actividad asalariada, también fue objeto de intentos de regulación y control cuyo fin era ofrecer al público nodrizas sanas que garantizaran el buen crecimiento y desarrollo de los niños durante la primera infancia mediante un férreo control médico de las mujeres que vivían del amamantamiento. Como

Dirección Nacional de Higiene

La creación del Departamento Nacional de Higiene, en 1880, responde a un entramado de objetivos e intereses políticos en los que se cruzan la órbita nacional con las provinciales y municipales, y la pública con la privada.

Al momento de su fundación establece como su principal objetivo el de controlar las cuestiones relacionadas con la salud pública en todo el territorio de la nación. Entre sus principales acciones puede mencionarse: la reglamentación del cuerpo médico, la vigilancia y persecución de aquellas prácticas definidas como *ejercicio ilegal de la medicina*, el control de las farmacias y droguerías y el fomento de la vacunación.

Desde el Estado central se busca contar con una administración propia, con injerencia en la recientemente federalizada ciudad de Buenos Aires y en los territorios nacionales, pero de respeto de las autonomías provinciales respecto de su gestión sanitaria, como lo establece la Constitución federal de 1853. Conforme a este objetivo, se nombra al médico Pedro Pardo como presidente del Departamento, cabeza visible de la Academia de Medicina, hombre de plena confianza del presidente Julio A. Roca, con una amplia trayectoria en el mundo de la política, pero con pocos antecedentes en el área del control higiénico (González Leandri, 2010).

Asimismo, la salud se torna cada vez más un tópico importante de la intervención pública en la medida que responde a problemas ligados a los procesos de modernización del país. Su justificación proviene de una noción de higiene defensiva, que busca evitar el contagio indiscriminado que el cíclico impacto de las epidemias, asociadas a la idea de la degeneración, la degradación moral y física, la suciedad y la enfermedad, trae consigo (Armus y Belmartino, 2001). En consecuencia, un conjunto tan amplio como heterogéneo de aspectos, tales como el control sanitario de los puertos, la provisión de agua potable, la

parte de estas iniciativas, una dependencia de la Asistencia Pública se crea para tales fines y también se busca regular el funcionamiento de las agencias de colocación especializadas en ese rubro. Para ampliar sobre las Agencias de colocación de trabajadores domésticos (entre los que estaban las nodrizas), ver: Allemandi, Cecilia (2017). *Sirvientes, criados y nodrizas. Una historia del servicio doméstico en la ciudad de Buenos Aires (fines del siglo XIX y principios del XX)*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

vacunación o la respuesta a los brotes epidémicos, se aglutinan en la responsabilidad regulatoria de la nueva repartición nacional (Biernat, 2016).

Junto con ellos, la creación administrativa del Estado central hace eco a los reclamos de los profesionales de la salud sobre un mayor reconocimiento como los únicos agentes de saneamiento higiénico.

Sin embargo, el Departamento Nacional de Higiene tiene que hacer frente a un conjunto de problemas que se constituyen en obstáculos para llevar a cabo sus objetivos. Por un lado, la escasa autonomía administrativa en la medida que depende de los ministerios de Guerra y Marina (hasta 1891) o del Interior, según si los asuntos de su competencia se refieren a la higiene sanitaria del puerto, de la Armada, del Ejército, de la Capital Federal o de los territorios nacionales. Sus funciones se reducen a las de un órgano de contralor de diversos aspectos sanitarios y de programación de políticas de salubridad.

Además, la aparición de brotes epidémicos pone en evidencia la imposibilidad de llevar a cabo un plan mancomunado de las distintas jurisdicciones para resolver urgentes problemas sanitarios sin mediar el conflicto. En 1887, la repartición nacional no advierte la aparición de un brote de cólera y no toma ninguna medida para evitar su propagación. Esta situación acentúa el conflicto entre dos grupos de médicos de gran peso en la sociedad porteña alrededor de criterios científicos y técnicos. Pardo es criticado como científicamente desactualizado a la hora de hacer frente a la epidemia de cólera por un grupo de médicos jóvenes, entre quienes se destacan Emilio Coni y José María Ramos Mejía, que responden a la repartición sanitaria municipal y al Círculo Médico, a la vez que también poseen fuertes vinculaciones con ámbitos académicos y políticos internacionales (González Leandri, 2010). Además de generacional, la distancia entre el presidente del Departamento Nacional de Higiene y los jóvenes implica diferentes perfiles. Los más jóvenes buscan presentarse como más técnicos y apegados a lo científica en contraposición con la generación anterior de médicos políticos.

La situación de superposición jurisdiccional y las indefiniciones respecto de la supremacía jerárquica del Departamento Nacional de Higiene por sobre la Dirección de la Asistencia Pública se intentan corregir a través de una sucesión de proyectos administrativos

y legislativos cuyos autores pertenecen a la nueva generación que se traslada al ámbito nacional luego del desplazamiento de Pardo.

En virtud de estos conflictos irresueltos y de la convicción de los funcionarios sanitarios nacionales de que su arco de injerencia se extiende a medida que avanza el siglo, el doctor José Penna, director del Departamento entre 1910 y 1917, proyecta la reorganización de la repartición impulsando un perfil que se apoya en la administración sanitaria -que implica la prevención de enfermedades, el control del medio ambiente y la lucha contra las epidemias-y deja de lado la asistencia pública o asistencia social, fuente principal de conflictos con la repartición sanitaria de la ciudad de Buenos Aires y con la Sociedad de Beneficencia.

En los años siguientes, durante la primera presidencia radical (1916-1922), un conjunto de proyectos legislativos avanza sobre la intención centralizadora de la administración sanitaria. Sin embargo, a pesar de la reorganización interna que define las funciones de la repartición nacional, el Departamento no logra corregir sus déficits jurisdiccionales (Biernat, 2016). El régimen federal, establecido por la Constitución Nacional, le otorga a las provincias total autonomía respecto de sus intervenciones sanitarias y deja poco margen para la regulación y coordinación de un organismo central.

Ya en 1923 crea bajo su jurisdicción la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia. Aráoz Alfaro, en ese momento director del Departamento, justifica la decisión en el objetivo de reducir las altas cifras de mortalidad infantil a causa de “la falta de asistencia médica y social a la madre y el niño y a la ignorancia de las madres sobre higiene infantil y puericultura” (Aráoz Alfaro, 1928: 67-68)¹²⁴.

Políticas, reglamentaciones y normativas

El despliegue institucional tiene su correlato tanto en el desarrollo de políticas sociales, como en el ámbito jurídico donde se configura en paralelo un andamiaje normativo. Durante el primer cuarto del siglo XX, desde estas instituciones, se impulsan una serie de

¹²⁴ Véase: ARÁOZ ALFARO, Gregorio (1928). La Protección de la Infancia, *Boletín del Museo Social Argentino*, año XVI, entregas 67-68. Buenos Aires.

políticas, normativas y regulaciones en clave científica y modernizadora que recubren las diferentes cuestiones que preocupan a los grupos dirigentes de la época y que, como se ha mencionado, se inscriben en tono a la noción de *cuestión social*. Esta noción, que remonta a fines del siglo XIX, pone el énfasis en el conjunto de consecuencias no deseadas de la inmigración masiva, la urbanización y las transformaciones económicas y productivas. Procesos que dan lugar a una serie de problemas en materia de vivienda, salud y sanidad que son asociados al aumento de la criminalidad urbana, la prostitución, el alcoholismo (Suriano, 2000; Zimmermann, 1995).

Bajo la misión de asegurar la salud colectiva, con gran énfasis en las madres y los niños, se impulsan simultáneamente una serie de procedimientos gubernamentales que incluyen la exigencia de ciudadanos sanos, es decir, adecuados a los parámetros definidos en el marco de los preceptos del higienismo y la eugenesia.

En este escenario, los higienistas, puericultores, obstetras y referentes de la medicina social consideran que las enfermedades durante el embarazo, el parto, como así también las de la infancia, están directamente asociadas a lo que llaman la ignorancia, la superstición y la miseria de las madres y de las comadronas y nodrizas¹²⁵. Consideran que el desconocimiento de estas mujeres sobre las normas básicas del cuidado e higiene durante y luego del parto ocasiona múltiples perturbaciones en la salud de sus hijos. La percepción que allí se concentran las causas sociales de la morbi-mortalidad materno-infantil, lleva a postular la necesidad de articular la atención médica con la asistencia social y a realizar iniciativas en favor de la implementación de políticas para protección de la maternidad y la infancia.

En este sentido aparecen una serie de iniciativas entre las cuales es posible mencionar la regulación del trabajo de las nodrizas y la creación de dispensarios de lactantes con su cocina para lactantes y gota de leche¹²⁶. La implementación de estas medidas responde a la preocupación de los médicos porteños de la época respecto de la lactancia materna. Sobre

¹²⁵ Para ampliar sobre las regulaciones del trabajo de las nodrizas ver: Allemandi, Cecilia (2017). *Sirvientas, criados y nodrizas. Una historia del servicio doméstico en la ciudad de Buenos Aires (fines del siglo XIX y principios del XX)*. Buenos Aires: Editorial Teseo; Nari, Marcela (2004). Óp.cit.

¹²⁶ Con este nombre se llama a la iniciativa del médico francés León Dufour que a fines del siglo XIX busca remediar los problemas de desnutrición y alta mortalidad infantil en aquellas familias que no pueden pagar una nodriza y cuyas madres no podían dar de mamar.

todo, buscan consolidar la lactancia materna como única y principal forma de alimentación de los recién nacidos frente a los riesgos que ven en lo que llaman la “lactancia mercenaria” es decir la figura de las nodrizas o amas de leche (Allemandi, 2017).

Los dispensarios de lactantes, creados desde principios de siglo, tienen por objeto favorecer la lactancia natural, como así también, dirigir y reglamentar la lactancia artificial. Los servicios de gota de leche entregan leche artificial a las madres que no pueden dar de mamar por falta de secreción láctea, y en la cocina de lactantes se elaboran alimentos que se dan ya cocinados a las madres que, por *ignorancia, miseria o falta de tiempo o higiene*¹²⁷ no los pueden preparar con el fin de evitar cualquier perjuicio para la salud del bebé. Ofrecen leche, harinas y diversos productos a las madres que alimentan a sus hijos de forma artificial. Además, estos espacios cuentan con consultorios externos donde se atiende a niños sanos y enfermos y salas para las charlas de formación de las madres. Hacia 1910, funcionan seis dispensarios en la ciudad; diez años después, su número se triplica sumando un total de dieciocho establecimientos (Álvarez y Carbonetti, 2008).

Los institutos de puericultura, creados después del Centenario, tienen 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. También ejercen el servicio de inspección a domicilio a partir de las visitas periódicas que realizan las inspectoras a los hogares de “sus protegidos”, con el objeto de cerciorarse de que las prescripciones médicas se cumplan, sobre todo en lo que hace a la manipulación de alimentos y cuidados del niño.

Por su parte, las mujeres que ocupan el rol de nodrizas o *amas de leche* son objeto de preocupación por parte de médicos e higienistas en calidad de funcionarios públicos, quienes se manifiestan alarmados de que la lactancia se generalizara como una actividad asalariada. Se oponen a la contratación de servicios de amamantamiento que es una práctica habitual en esos años.

¹²⁷ Véase: GARRAHAN, Juan y PERALTA RAMOS, Alberto (1922). “Acción médica y social de las maternidades en la puericultura posneonatal”. *La Semana Médica*, año XXIX, Buenos Aires, p.901; y DEMARÍA, Enrique (1914). Consideraciones higiénicas sobre la leche y la lactancia, Tesis inaugural, Buenos Aires, *La Semana Médica*, Imp. de Obras de E. Spinelli, p.165.

El trabajo de las amas de leche consiste 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 admite diferentes modalidades de contratación: algunas mujeres crían “en su casa”, otras “dan de mamar por horas”, también están las que crían “en casa del niño” o fuera de la ciudad, formando parte del plantel de servicio doméstico. Otra variante es trabajar como amas internas o externas para la Casa de Expósitos o en Maternidades dirigidas por la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Quienes se dedican a esta tarea son las mujeres que forman parte de los estratos más pobres de la ciudad y se ven impulsadas por la necesidad económica. Ofrecen sus servicios en los periódicos apelando a su buena salud a partir de calificativos tales como “sana”, “robusta”, “buena y abundante”, “vasca fresca”, “leche superior” o “leche gorda” (Allemandi, 2015).

Ante esta situación, se suceden una serie de iniciativas que van desde el control, la regulación y la evaluación de las nodrizas como aptas o no para la tarea. En los primeros años del siglo XX, como primeras medidas, las autoridades sanitarias las incluyen en las disposiciones municipales que reglamentan el servicio doméstico y a la vez en las políticas de protección de la primera infancia, implementadas por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires. Las regulaciones tienen su fundamento en la imputación a las amas de leche como principales causantes de los altos niveles de mortalidad infantil. Se considera que sus hábitos de alimentación y crianza dan a menudo como resultado la muerte de niños. Sospechadas de portar dolencias físicas y morales, se las acusa de ser fuente de contagios por partida doble: no sólo ponen en riesgo la salud de los niños que van a criar, sino también, la vida de sus propios hijos. Finalmente, esta actividad rentada terminaría desapareciendo hacia fines de la década del treinta, en un proceso cuya descripción excede el alcance de este trabajo.

No obstante, la cuestión de la regulación de la maternidad -bajo el argumento de su proyección desde una perspectiva biologicista- desborda las políticas que atienden cuestiones de salud y alcanza otras esferas y ámbitos como, por ejemplo, el del trabajo. En este sentido, es posible mencionar la sanción de la Ley 5291 de 1907 que regula el trabajo de mujeres y

niños en fábricas y talleres¹²⁸, y cuyo articulado se sostiene en gran parte por los argumentos científico-médicos aportados por la obstetricia y el higienismo. Esta primera normativa laboral protege a las obreras en su carácter de madres más que de trabajadoras y representa la conclusión de una serie de intentos normativos preexistentes. La ley regula el trabajo de mujeres y niños en fábricas y talleres, y establece, entre otras cuestiones, que las mujeres que dan a luz pueden volver a trabajar hasta treinta días después del parto y se les debe guardar el puesto. En las discusiones legislativas, previas a la aprobación de esta ley, el diputado y médico Eliseo Cantón aporta gran parte de los argumentos científicos a partir de los estudios del obstetra francés Adolphe Pinard sobre los efectos negativos para el bebé en gestación que conlleva la fatiga de la madre en el trabajo. En su discurso hace referencia a las mujeres embarazadas y solteras -en términos de “la infeliz mujer”¹²⁹- que no cuentan con un hombre que les asegure el sustento a ella y su hijo y por ello deben continuar trabajando luego del parto. Cantón organiza sus explicaciones sobre la importancia de contar con una ley que las proteja desde un punto de vista maternalista. Pero, la forma de maternidad que construye en su relato no es cualquier maternidad, sino un tipo específico apoyado en ensamble de la capacidad biológica de la gestación y lactancia con un conjunto de atributos morales asociados a lo femenino del rol.

Esta forma en que las destinatarias de estas políticas sociosanitarias son definidas en la letra de la ley también están presentes en los argumentos de otras perspectivas políticas. En la tesis doctoral de la segunda médica argentina, Elvira Rawson, de raigambre radical - *Apuntes para la higiene de la mujer* de 1892- da cuenta de las repercusiones de las condiciones laborales en la salud de la madre e hijo. Por su parte, el socialista Alfredo Palacios en 1918, denuncia el efecto nocivo de las desigualdades sociales en la salud física y moral de las clases populares. En ambos documentos el eje central de las explicaciones es el cuidado de la salud de la infancia (Biernat y Ramacciotti, 2013). Así, el cuidado de la salud

¹²⁸ Para ampliar sobre la historia de las mujeres en el trabajo ver: Lobato, Mirta Zaida (2007) *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*, Edhasa, Buenos Aires.

¹²⁹ Véase: CANTÓN, Eliseo (1907). *Debate parlamentario. Congreso Nacional, DSCD, sesión del 1° de julio de 1907*. Intervención del Diputado Cantón en el debate del proyecto de ley para proteger el trabajo de las mujeres y los niños.

de las mujeres jóvenes es relevante en tanto y en cuanto preserve sus capacidades reproductivas y de crianza.

La Maternidad como espacio médico

Si se observa el proceso de especialización e institucionalización de la obstetricia resulta claro que su corolario puede identificarse con el parto hospitalario, práctica que da cuenta de su cristalización en tanto disciplina legítima para intervenir en los nacimientos. Pese a ello, su éxito no fue sencillo; el funcionamiento del sistema sanitario hasta fines del siglo XIX no obtuvo los resultados que los médicos necesitaban para establecer las diferencias con las prácticas de las comadronas y parteras.

Durante largos años, las salas de maternidad fueron los espacios donde mayores números de muertes se contaban. Los hospitales eran una fuente de contagio de enfermedades infecciosas relacionadas con el parto a las que se llamada de modo general *fiebre puerperal*, y resultaban en gran medida antesala de la muerte. Por ejemplo, la Maternidad del Hospital de Mujeres, considerada la que poseía las mejores condiciones para el parto, presentaba un mayor porcentaje de defunciones en comparación con los resultados de los partos públicos o domiciliarios. Esto también sucedía en gran parte de los países de Europa y, tanto allá como en Buenos Aires, se llegó a contemplar la conveniencia de suprimir las maternidades centrales sustituyéndolas por otras pequeñas casas de maternidad, diseminadas en los distintos barrios del municipio (Nari, 2004).

La aparición del paradigma microbiano, la asepsia y la antisepsia -y la incorporación paulatina de sus aportes en la práctica- remedia esta situación y funciona como premisa para organizar espacios y prácticas, habilitando la posibilidad, largamente anhelada por los médicos, de contar con grandes hospitales con salas de maternidad. De esta forma, la creación de instituciones -espacios arquitectónicos específicos y diseñados espacialmente en base a los presupuestos higienistas de la época- posibilita la fusión, en el seno de la maternidad, de prácticas de trabajo y de un conjunto de saberes o estilos de pensamiento atravesados por el principio *restitución de la normalidad a los cuerpos de las pacientes* (Souza y Hurtado, 2008).

Como se ha mencionado, la maternidad como institución médica, política y jurídica se construye y extiende en un proceso gradual, que se acelera fuertemente entre finales del siglo XIX y hasta las primeras décadas del siglo XX en Buenos Aires. Ya desde fines del siglo XVIII este proceso comienza a tomar forma en diferentes lugares de Occidente desplegándose en dimensiones y planos superpuestos que recorren lo espacial, lo material, lo práctico y lo simbólico.

En sintonía con lo ocurre en Europa se desarrolla el desplazamiento del hospital desde los márgenes al centro de la atención sanitaria (Granshaw, 1996); y la cristalización de un *vínculo recíproco* entre cirugía y hospital (Porter, 2006). Si en 1892 se funda la primera maternidad, llegando a la década del treinta, además de funcionar la mayor parte de las maternidades públicas hoy existentes, más del 60% de los partos ya se realiza en instituciones médicas (Nari, 2004).

Bajo el sustento y la legitimidad de la ciencia médica se genera un rápido proceso de construcción de edificios y salas de maternidad a ser ocupados por las mujeres en el momento del embarazo, parto y puerperio, hecho que -a pesar de requerir más tiempo que el que imaginaron y de enfrentar su resistencia- acaba por arraigarse (Biernat y Ramacciotti, 2013). Si en 1892 se funda la primera maternidad, al comenzar la década del treinta, además de funcionar la mayor parte de las maternidades públicas hoy existentes, más del 60% de los partos ya se realiza en instituciones médicas (Nari, 2004).

Junto con ello, de la mano del equipamiento, los medicamentos y el instrumental obstétrico, se modifican progresivamente las formas en que se realiza el parto y se invierten los lugares de quienes ocupan los papeles protagonistas y secundarios.

A pesar de que durante las primeras décadas del siglo XX el parto institucionalizado aún no es una práctica extendida y mucho menos deseada o considerada *normal* en la sociedad porteña, la construcción de espacios especiales para ser utilizados antes, durante y después del parto se realiza de manera generalizada. Por esos años, los llamados partos públicos -atendidos en el domicilio por una partera con algún tipo de certificación- son el modo más frecuente de parir entre las mujeres que tienen la posibilidad de elegir¹³⁰; el parto

¹³⁰ Como se ha señalado, el parto público también era la alternativa más interesante y conveniente económicamente para el ejercicio de la profesión de parteras.

en un hospital está reservado casi exclusivamente a las mujeres más pobres y es para ellas que se abren las salas de maternidad en diferentes hospitales porteños.

En coincidencia con lo que ocurre con las especializaciones médicas, al interior de los hospitales los espacios se reorganizan de forma diferenciada, a la vez que se construyen nuevas salas y consultorios con características novedosas, entre ellas las maternidades. En 1887 se abre la sala de partos del Hospital de Mujeres (luego Hospital Rivadavia)¹³¹ a cargo de la Sociedad de Beneficencia. En 1892 se funda la maternidad del Hospital San Roque¹³² (luego Hospital Ramos Mejía) que unos años después es cedida a la Facultad de Ciencias Médicas. En 1895, el doctor Samuel Gache¹³³ funda la maternidad del Hospital Rawson¹³⁴ y en 1897 se crea la maternidad de la Escuela nacional de Parteras, espacio de asistencia y formación que cuenta con su propio edificio.

En el siguiente apartado se abordará la cuestión de las maternidades en tanto edificios y sitios materiales. Se analizarán los cambios en la distribución de los espacios de atención del embarazo, parto y puerperio, junto con la incorporación de mobiliario novedoso hasta ese momento y que se desarrolla con fines exclusivamente obstétricos. La mirada en torno a estos

¹³¹ Como referencia del alcance de la atención del Hospital de Mujeres, en 1910 cuenta con 24 salas de enfermas para las diversas patologías y dolencias con 900 camas; 4 salas de operaciones. En 1910 realiza 2375 operaciones con una mortalidad que no llega al 3%. Ese año los consultorios externos atienden a 17.176 enfermas. Véase: MILICH, Juan (1911). Op. cit. p.118.

¹³² El Hospital San Roque (ex Lazareto) se funda en 1868 con el fin de asilar a enfermos atacados de males contagiosos. Cumple un papel central durante la epidemia de fiebre amarilla, y las siguientes epidemias de cólera y viruela. Véase: MILICH, Juan (1911). Op. cit. p.120.

¹³³ Samuel Gache: Médico, Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires, su tesis se tituló "Estudio de Psicopatología", fundador de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis, presidente del Círculo Médico Argentino, fundador de la Cruz Roja Argentina y primer secretario de esta institución. Colaboró en la redacción de varios diarios y revistas científicas del país y del exterior, Catedrático de la Academia de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, autor de "Casas para obreros" y "La Tuberculosis en la República Argentina". Fundador de la Sección de Maternidad del Hospital Rawson, motivo por el cual luego de su deceso y por ordenanza municipal, toma su nombre. Su familia formó parte de la élite de la ciudad de Buenos Aires. Sus restos se encuentran enterrados en el Cementerio de la Recoleta. Para ampliar, ver *Biografías Breves*.

¹³⁴ El Hospital Rawson se funda durante la Guerra de la Triple Alianza bajo el nombre de Hospicio de los Inválidos Militares con el objetivo inicial de atender a los heridos en combate. En un comienzo se financia mediante donaciones de las familias acomodadas de la época. Más tarde amplía sus instalaciones y sus servicios asistenciales. En el cambio de siglo es el hospital más grande de la ciudad. Pasan por ahí nombres como Luis Agote y los hermanos Finochietto. Ocupa un lugar destacado durante los gobiernos peronistas. La última dictadura cívico militar lo cierra y lo transforma en un hogar de ancianos.

objetos y espacios intenta desnaturalizar su incorporación, comprendiendo que el desarrollo científico-médico implica una toma de decisión, que refuta la premisa de un proceso inevitable, regido por una fuerza de tipo evolucionista que no es posible de cuestionar ni mucho menos evitar.

Se busca alcanzar una reflexión en torno a la forma en que su uso modifica las prácticas del nacer parir, con énfasis en lo que hace a las relaciones cotidianas entre las personas que allí van a interactuar como en las disposiciones corporales que esta espacialidad reorganiza. Como se verá, algunas partes de estos análisis están inspirada en el estilo de la sociología de Erving Goffman, en particular en lo que hace al ajustar la mirada a la dimensión práctica de lo cotidiano.

En este marco se busca de vislumbrar algunos de los momentos singulares del movimiento social en torno al nacimiento. Revisar los procesos y las relaciones que se configuran en la escala de las relaciones interpersonales, comprendiendo que la forma de conceptualizar lo habitual y su historicidad (Heller, 1977)¹³⁵ permite a su vez reponer el vínculo con los procesos sociales en otras escalas. Así, en las interacciones cotidianas al interior de la sala de maternidad, el consultorio y el quirófano la medicina en tanto institución adquiere una existencia concreta.

Los espacios y elementos del parir-nacer

La construcción de edificios o salas especiales para ser usadas durante, antes y después del parto es una tarea prioritaria de los médicos-funcionarios. Estas instalaciones configuran un símbolo de la salud moderna, aunque en esos años, todavía el vínculo entre *edificio=mejor salud* queda aún por demostrarse. El espacio sanitario, como parte del proceso institucionalización de la maternidad en términos médicos, ofrece algunas pistas para acceder a los sentidos y las relaciones que se establecen en torno a las etapas reproductivas.

Es posible que una mirada superficial de las salas y los objetos no llame la atención del observador. Estas son generalmente definidas como disposiciones técnicas que establecen

¹³⁵ Para ampliar respecto de la conceptualización de la vida cotidiana, ver: HELLER, Agnes (1977). *Historia y vida cotidiana, aportación a la sociología socialista*. Barcelona: Editorial Grijalbo.

rutinas aparentemente inocuas. Pero aun la objetivación más elemental de la maternidad, su espacio físico, expresa un proceso de construcción social, en tanto síntesis de las negociaciones, imposiciones y apropiaciones que impulsan la instauración de ciertas formas y modalidades en torno al nacer-parir.

La Maternidad en tanto construcción que cuenta con una ubicación geográfica precisa, que es posible de señalar en un mapa (geolocalizar); y a la vez posee dimensiones estructurales concretas -las salas cuentan con una cierta cantidad de metros, se accede a ellas a través de unas aberturas que organizan una cierta forma de circulación y designan espacios diferenciados para cada tipo de actor (médico, partera, paciente y otros)- se construye, en sentido literal, sobre relaciones, disposiciones y espacialidades previas. Es un tipo de institución novedosa, que no existe previamente pero que se asienta sobre modelos de atención del parto que la anteceden largamente y a las cuales desplaza parcialmente. Siguiendo a Elías, aparecen acá las preguntas sobre ¿qué hay en estos espacios de relevante desde el punto de vista sociológico? ¿qué tiene de peculiar un espacio definido como *Maternidad*? ¿qué prácticas novedosas aparecen y cuáles otras se reconfiguran?

Un acercamiento a los planos de los proyectos edilicios que se construyen en esos años revela con claridad la forma en que los grupos médicos, bajo la impronta del higienismo, piensan los lugares para parir-nacer. Por ejemplo, la edificación de la maternidad del Hospital San Roque se realiza según lo que llaman “el estilo moderno, siguiendo el sistema celular y la reglamentación inspirada en las maternidades rusas con el objeto de evitar trabas y dar facilidades a las enfermas para su entrada”. Allí se organizan espacios diferenciados: “un consultorio externo, un quirófano, un gran anfiteatro para clases de obstetricia que dicta el fundador de esta maternidad y profesor de la materia, doctor Eliseo Cantón y dos salas de observación y aislamiento para las mujeres que vienen de la calle en trabajo o presentan síntomas de enfermedad puerperal”. También se destina un espacio “a un museo de obstetricia con piezas naturales de todo el proceso normal y patológico del parto, rico en ejemplares y que es uno de los más importantes en su género y un orgullo nacional” (Milich, 1911: 120-121)¹³⁶.

¹³⁶ Véase: MILICH, Juan (1911). Op. cit. .

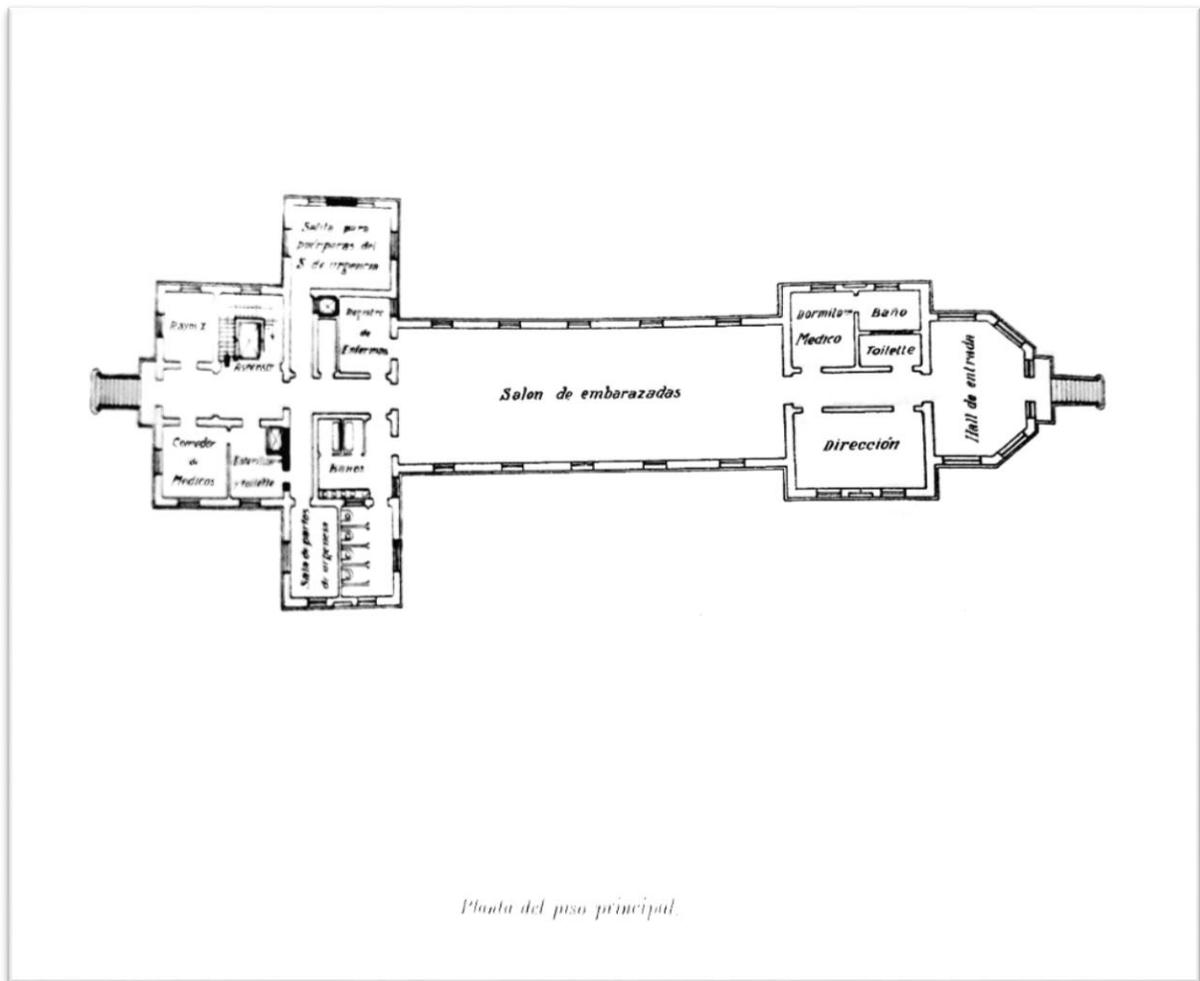


Imagen N°4: Plano de la planta principal de la maternidad de la Escuela para Parteras. Publicada en: *Libro Memoria de la Escuela de Parteras* (1920). Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica. Director Adolfo Gibert.

También la construcción del Hospital General de Mujeres Rivadavia en el barrio de Palermo se realiza en base a una organización por pabellones simétricos que buscan asegurar el aislamiento entre los edificios y la circulación del aire y el sol en base a los preceptos del higienismo. La maternidad va a ocupar el Pabellón 5 y va a contar con dos pisos. Uno superior con dos salas para las puérperas y sus hijos con 18 camas cada una, y dos salas de parto. Y un piso inferior con dos salas para embarazadas, con 25 camas cada una y una pieza para cuatro pensionistas, contando además con un pabellón de aislamiento anexo a este edificio.

En el amplio dintel de la entrada va a permanecer por décadas la frase “La madre es madre y eso es todo”¹³⁷.

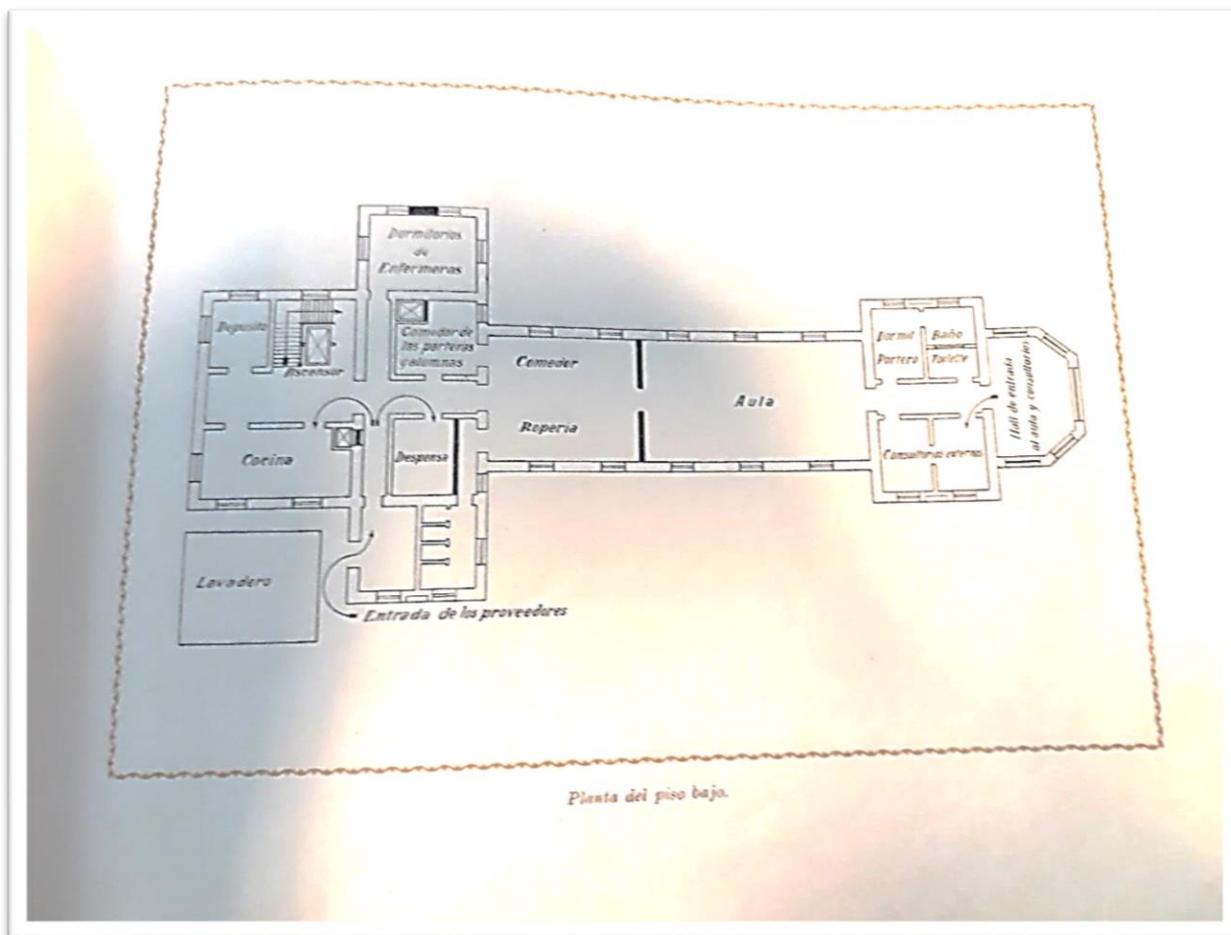


Imagen N°5: Plano del piso bajo de la maternidad de la Escuela para Parteras. Publicada en: *Libro Memoria de la Escuela de Parteras* (1920). Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica. Director Adolfo Gibert.

Ante estos planos, como primera característica, llama la atención la delimitación de espacios diferenciados entre el parto (embarazo), el parto y el puerperio. Se van a construir

¹³⁷ Véase: PERALTA RAMOS, Alberto (1928). Discurso: Habilitación definitiva del Instituto de Maternidad. *Anales de los hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*. Año V, mayo de 1931, Año VIII. Buenos Aires: Imprenta del Asilo de Huérfanos.

salas para las embarazadas que por algún motivo requieren de atención médica en esta etapa, salas de púerperas donde las recientes madres y sus hijos van a pasar los primeros tiempos luego del nacimiento. También, se armarán salas de parto, cada vez más parecidas a quirófanos, en las cual se asegurarán las condiciones de asepsia y antisepsia, y donde se colocará el instrumental obstétrico.

Aparece con claridad que la fragmentación que impulsa el proceso de especialización de la práctica médica se traslada a la organización de los espacios. La mirada médica va a considerar que es necesario separar a las mujeres que transitan los diferentes momentos de la gestación. En las maternidades, no van a convivir las embarazadas con las púerperas y el parto se va a desarrollar en otro espacio también diferenciado.

La segmentación espacial de las etapas de la gestación y el nacimiento en una novedad para esos años. En los partos públicos o domiciliarios, estos momentos se dan de forma sucesiva, con una temporalidad continua e incesante. La mujer, en general, permanece durante todo el parto en la misma habitación, acompañada de alguna mujer de su familia o también de alguna vecina. Allí, en ese mismo lugar se desarrolla el trabajo de preparto, se suceden las distintas fases del parto en sí, el alumbramiento y los primeros tiempos del puerperio.

Con la creación de los edificios de maternidad, el parto se traslada del propio hogar a un espacio impersonal. En el parto domiciliario la parturienta está rodeada de los objetos, los sonidos y los olores que forman parte de su vida cotidiana y de la cual es protagonista o actriz principal. A su alrededor, afuera de esa habitación, se encuentran sus vecinos y los lugares por lo que circula frecuentemente. Al llegar al hospital, las mujeres en calidad de pacientes deben dejar sus ropas habituales y vestirse con camisolines idénticos y esterilizados cuyo fin es proteger de posibles infecciones y hacer que el cuerpo sea asequible a la intervención médica.

El parto y el nacimiento se trasladan de un espacio en el cual la mujer tiene un nombre, una historia propia, una genealogía con sus miserias y dificultades a las salas de maternidad. Se pasa de la heterogeneidad de los mobiliarios, las condiciones y la distribución de las casas de las parturientas a un espacio uniforme e impersonal donde la neutralidad es la regla.



Imagen N°6: Fotografía del Salón de embarazadas, ubicado en el piso principal. Publicada en: *Libro Memoria de la Escuela de Parteras* (1920). Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica. Director Adolfo Gibert.

Estos grandes pabellones se llenarán de camas iguales en su altura y tamaño, con sábanas y almohadas similares. A cada mujer embarazada que ingresa se le asignará un lugar donde deberá permanecer acostada, expectante, bajo la vigilancia de una partera o enfermera a esperar que comience el parto. Mientras estén allí, sus diferentes estados corporales serán registrados de forma periódica y sistemática por el personal médico. Además, deberán regirse por las normas y rutinas institucionales que estarán estrictamente programadas. Se requerirá que la mayor parte de las actividades previstas como la alimentación, la higiene, el cambio de sábanas o los controles médicos periódicos se realicen según lo pautado y de forma

simultánea. La disposición del tiempo y las actividades serán *pautadas deliberadamente*¹³⁸ con orientación a los objetivos médico-sanitarios.

Una experiencia similar, vivirá la puérpera una vez nacido su hijo en las salas destinadas a ellas. No va a volver al primer espacio donde ya estuvo algún tiempo mientras estaba embarazada, sino que pasará a unas salas destinadas a las madres con sus hijos.



Imagen N°7: Fotografía del Salón de puérperas (Sala Pinard), ubicado en el piso alto. Publicada en: *Libro Memoria de la Escuela de Parteras* (1920). Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica. Director Adolfo Gibert.

El abandono y reemplazo de las ropas, las sensaciones (olores, sonidos, ambientes) y los objetos cotidianos al ingresar a las salas de maternidad y de parto, a los que se suman un

¹³⁸ Goffman hace referencia a que, en las instituciones, no solamente las totales, las actividades se integran en un plan racional deliberadamente concebido para el logro de los objetivos de la institución.

modo diferente de organización de los tiempos, las interacciones y las formas de circulación colocan a las mujeres en una rutina que las aleja de su forma de vida, de su historia personal y familiar. Este proceso, que Erving Goffman (1972) denomina *la desposesión*, deja a embarazadas, parturientas y puérperas sin los elementos que forman parte de sus referencias sociales cotidianas. Las instituciones incorporan a las mujeres asistidas en calidad de enfermas a ser cuidadas y controladas con el requisito -en parte explícito y en parte tácito- de aceptar este marco donde prima la *supuesta* homogeneidad de lo biológico.

Los espacios también se reconfiguran en función de la nueva escena del parto y del cambio de protagonismos. Aparece la sala de parto como el lugar central de la intervención médica y allí, poco a poco, la camilla pasa a ocupar el centro del escenario.

La idea de parir en la cama o la camilla había sido introducida por el tocólogo francés Mauriceau, referente de los obstetras porteños, unas décadas antes. Símbolo de la enfermedad y la internación hospitalaria no era considerada hasta esos años como parte del equipamiento obstétrico. Pero una vez que su uso se generaliza, adquieren mayor altura para mejorar la comodidad del médico, a la vez que impiden que la mujer pueda subir y bajar fácilmente de forma independiente.



Imagen N°8: Fotografía de la Sala de partos del servicio de urgencias, ubicada en el piso principal. Publicada en: *Libro Memoria de la Escuela de Parteras* (1920). Dirección General de Higiene de Buenos Aires. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica. Director Adolfo Gibert.

El parto vertical de cuclillas o en posiciones diversas como de costado o en cuatro apoyos es desplazado en las instituciones por el parto horizontal. La hegemonía de esta posición para parir, emblema de la medicalización del parto, se logra a partir de medidas coercitivas, regímenes y pautas que reordenan una buena parte de las prácticas en torno al nacer-parir, a la vez que -como se ha desarrollado- incorpora y mantiene la presencia de un nuevo y central actor del nuevo escenario, el médico obstetra.

Junto con las camillas, aparece nuevo instrumental que favorece esta posición y prefigura los movimientos. Cada una de las partes del cuerpo de la parturienta debe colocarse en un lugar fijo y puntual para facilitar la intervención médica durante el nacimiento. Estos objetos buscan facilitar el acceso del médico al cuerpo de la mujer y a la vez impedir que ciertos movimientos obstaculicen su intervención. Por ejemplo, se incorporan una serie de anexos a las camillas, como estriberas, apoyapiernas, hombreras o muñequeras con correas de ajuste para la fijación e inmovilización de las piernas, brazos y hombros de la mujer.

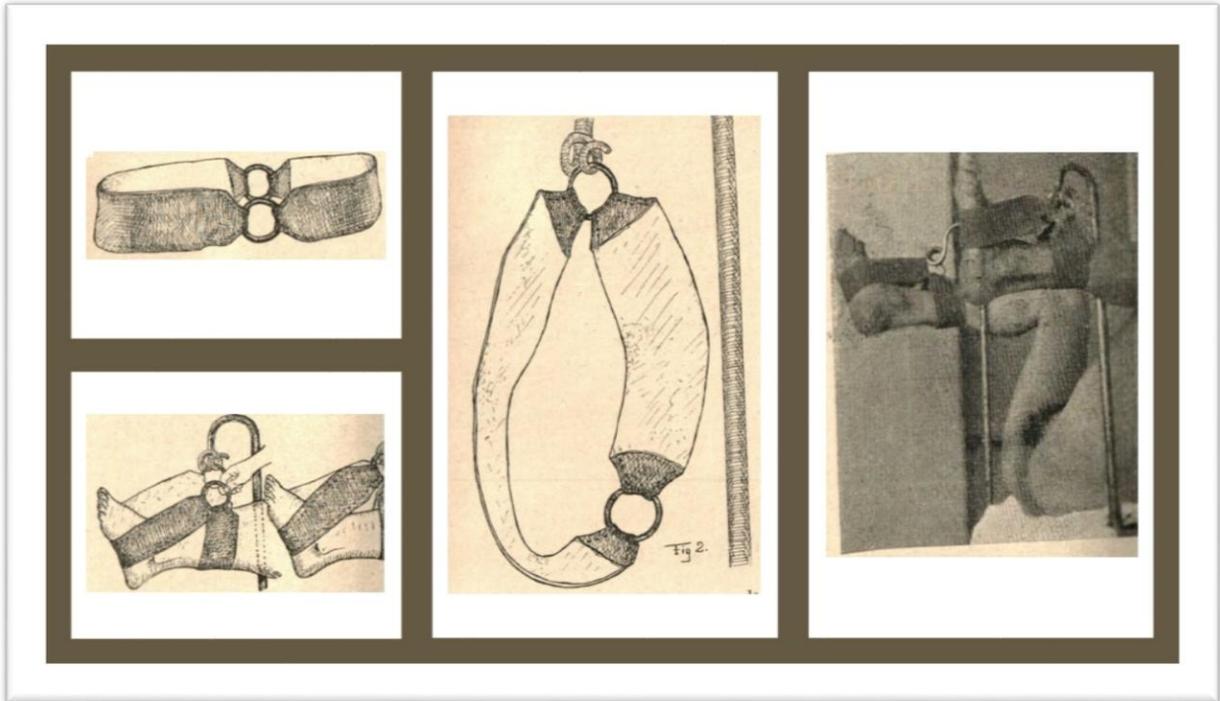


Imagen N°9: Composición propia elaborada con las ilustraciones e imágenes del artículo: BÚLFARO, José (1912). “Estriberas adaptables a la posición obstétrica y ginecológica”. *La Semana Médica*, año XIX. Buenos Aires.

También, las maternidades van a contar con espacios vedados al ingreso y la visibilidad de las mujeres pacientes. Se dispondrán dormitorios, comedor y baños para médicos, cuidadosamente separados de los dormitorios, el comedor y los baños para enfermeras y parteras, así como lugares para las tareas administrativas, cocina, despensa, depósito y lavadero. Tras las bambalinas, los profesionales médicos y sus auxiliares van a circular ocultos a la mirada de sus pacientes y en recorridos que se ajustan a su jerarquía.

Estos ambientes, justamente por no ser accesibles a las pacientes, cumplen un rol fundamental en la configuración de los vínculos e interacciones al interior de la maternidad. Los cuartos e instalaciones exclusivas disponen la distancia entre los diferentes actores de la escena médica.

Más allá de la gran cercanía física que implica la intervención en un parto, el arreglo edilicio confirma el distanciamiento social y la desigualdad entre participantes. Se trata de una expresión de la simultaneidad de cercanía física y distancia social; de contacto íntimo (aunque asimétrico) en una dimensión y distanciamiento en otra.

A esto se suma la forma en se van a desarrollar las conversaciones entre las mujeres pacientes y los médicos y sus auxiliares que se verán restringidas a los marcos de formalidad que habilita el rol. El médico, la partera y la enfermera solicitarán a la paciente información sobre sus antecedentes de salud, tanto individuales como familiares, y sobre sus dolencias actuales. Por su parte, aportarán información mínima y cuidadosamente seleccionada respecto del diagnóstico y las posibilidades de intervención según lo que consideren conveniente y adecuado al conocimiento de la mujer. La distancia calculada, la exclusión de referencias personales y la asimetría en el intercambio de información van a sostener el ejercicio de la autoridad y el completo dominio de la situación por parte los profesionales de la salud.

Por otra parte, este conjunto de habitaciones solamente será accesible a quienes desempeñan tareas médicas, a sus auxiliares y a quienes ocupen el lugar de destinatarias de ellas. No son espacios de acceso público como puede ser una calle, un mercado o una estación de tren, sino que su ingreso está restringido y condicionado por una evaluación médica. Por estos lugares circularán las mujeres en su rol de pacientes y serán en todo momento acompañadas -y vigiladas- por parteras, enfermeras y médicos. Estos últimos serán sus miembros fijos, quienes prestan un servicio diferenciado, jerarquizado y estratificado según el rango disciplinar. Esta situación les permitirá establecer vínculos más permanentes, en los cuales fortalecerán las redes de sociabilidad y las articulaciones interinstitucionales. A su vez, estos espacios les ofrecerán la posibilidad de confirmar sus identidades y su estatus profesional.

Las mujeres como grupo estarán en la institución de forma rotativa y temporaria; mientras que unas entran, otras se van y así sucesivamente. Su paso por la institución sólo quedará registrado en la ficha médica o historia clínica. A diferencia de las relaciones que se establecían entre parturientas y comadronas en tanto individuos integrales (Sennett, 2003), los vínculos interpersonales durante su estadía se ajustarán al rol o la función por la que han

acudido y serán débiles en términos emocionales. A pesar de que su presencia justifica la de los miembros permanentes, su lugar como coparticipantes es pasivo, paciente en el doble sentido de la palabra en un espacio médico.

En estos últimos párrafos, resuena con fuerza la clásica oposición entre *Gemeinschaft-Gesellschaft*. En clave sociológica, el par conceptual comunidad y sociedad elaborado por Ferdinand Tönnies a finales de la década de 1880 (de Marinis, 2012) expresa la preocupación de los sociólogos por comprender las transformaciones históricas que venían produciéndose en sus respectivas sociedades y que ponían en crisis las formas tradicionales de la vida colectiva. Sin embargo, no siempre el análisis de dicho proceso se basó en una percepción nostálgica de la comunidad como un orden perdido, opuesto al desencantamiento y a la creciente racionalización que implicaría el avance de la sociedad y de las modernas relaciones sociales (de Marinis, 2005; 2010). Por el contrario, había aceptación de la irreversibilidad de dicha transformación en la que si bien se advertían los peligros inherentes (anomia, burocratización, explotación, alienación, entre otros), también se presentaban las cuestiones más funcionales y éticas que la modernidad traería aparejadas. Lo central era más bien cómo anunciar y prevenir los nuevos peligros antes que lamentar la pérdida de las formas tradicionales¹³⁹.

De esta forma, en autores como Tönnies, Durkheim y Weber (de Marinis, 2005) la comunidad aparece de manera multifacética, siendo una de las herramientas conceptuales que permiten no sólo tipificar históricamente una época pasada, sino también rastrear un tipo de relación particular que se manifiesta también en las sociedades modernas, en formas muy variadas de manifestación que van desde las apelaciones del estado a los sentimientos patrióticos del pueblo (Tönnies), en la comunidad de los combatientes (Weber), en los grupos profesionales y en los momentos de efervescencia colectiva (Durkheim).

En este análisis, el primer término (*Gemeinschaft*) nombra la función y los vínculos de tipo societal encarnados en la relación entre el grupo de profesionales médicos con las mujeres pacientes, mientras que el segundo (*Gesellschaft*) se refiere a las relaciones

¹³⁹ Para ampliar ver: de Marinis, Pablo (2005). “16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es)”. En: *Papeles del CEIC*, N°15, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, España; y del mismo autor (2012). *Comunidad: estudios de teoría sociológica*. Buenos Aires, Prometeo.

interpersonales más plenas asociadas a la comunidad más cercanas a las relaciones entre futuras madres y comadronas.

Las mujeres que se atienden en los hospitales

A continuación, se presenta un cuadro de elaboración propia confeccionado a partir de fuentes de publicaciones de diferentes años. El cuadro permite confirmar el grupo social al que pertenecen las mujeres atendidas en las salas de maternidad de los hospitales, a la vez que muestra con contundencia la velocidad temporal del proceso de medicalización del parto.

Vale la aclaración de que en algunos años la información no es completa. Como se ha mencionado, por esa época también comienza el desarrollo sistemático de la estadística y aumenta de forma creciente la valoración de la información cuantitativa para ser aplicada en las decisiones respecto de las políticas asistenciales.

La llamada estadística moderna se inicia en Argentina en fines del siglo XIX como parte de las disciplinas que tienen por objetivo detectar y abordar los problemas sociales desde una perspectiva científica. Comienza a abarcar cada vez más campos de conocimientos en el marco de su pretendida objetividad y saber neutro. La recopilación de datos por parte del Estado se transforma en una fuente ineludible de saberes legitimados (Kaminsky, Kessler, Kosovsky, 2007).

La Dirección General de Estadística se crea en 1894 y la Primera Conferencia Nacional de Estadísticas se lleva a cabo en Buenos Aires en 1925. A partir de la creación de oficinas estadísticas en el Estado -lo que Claudia Daniel (2009) denomina la construcción del “aparato estadístico nacional”-, en las últimas décadas del siglo XIX comienza a producirse una recopilación periódica y con cierta exhaustividad de información “oficial” sobre la nación, básicamente sobre población y recursos.

En la información encontrada, hay diferencias en la forma de categorizar y clasificar por lo cual no siempre se ha podido mantener un registro anual semejante. Según se especifica en los documentos utilizados como fuentes, la información es tomada de los boletines clínicos y lo que llaman el *Libro Diario* de la propia Maternidad Hospital Rivadavia.

Tabla 1: Registro estadístico de la maternidad del Hospital Rivadavia (1900-1905)

AÑO	CANTIDAD	NACIONALIDAD	PROFESIÓN	EDAD
1900	782 mujeres asistidas. 48 embarazadas y en trabajo de parto. 678 después del parto. 8 fallecidas.	La mitad de las embarazadas son argentinas, en segundo lugar, italianas, luego españolas y por último francesas.	En primer lugar mucamas, luego mujeres sin oficio que se ocupan de su casa y por último cocineras, costureras y planchadoras en ese orden.	Mayoría primerizas de 20 a 25 años y multíparas de 20 a 30. Excepciones: 1 primeriza de 13, 1 multípara de 16, 1 primeriza de 46, 3 multíparas de 45 a 58 años
1901	665 mujeres atendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Argentinas 311 - Españolas 108 - Italianas 146 - Uruguayas 41 - Francesas 29 - Inglesas 5 - Polacas 5 - Alemanas 3 - Austríacas 2 - Rusas 2 - Brasileñas 2 - Chilenas 2 - Paraguayas 1 - Suizas 1 - Bolivianas 1 	<p>Con profesión declarada 424:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mucamas 179 - Cocineras 85 - Costureras 83 - Planchadoras 35 - Lavanderas 27 - Agricultoras 7 - Bordadoras 5 - Institutrices 2 - Floristas 1 <p>Sin especificar: 241</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 12 a 15 años: 22 primíparas. - 16 a 20 años: 95 primíparas y 22 multíparas - 21 a 25 años: 108 primíparas y 22 multíparas - 25 a 30 años: 29 primíparas y 21 multíparas - 30 a 40 años: 2 primíparas y 100 multíparas - Más de 40 años: 1 primípara y 8 multíparas

AÑO	CANTIDAD	NACIONALIDAD	PROFESIÓN	EDAD
1902	671 mujeres atendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Argentinas 337 - Italianas 138 - Españolas 115 - Orientales 29 - Francesas 25 - Alemanas 7 - Árabes 5 - Inglesas 4 - Suizas 4 - Irlandesas 3 - Brasileñas 3 - Belgas 3 - Rusas 2 - Chilenas 2 - Peruana 1 	<p>Con profesión declarada 418:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mucamas 187 - Cocineras 84 - Costureras 68 - Planchadoras 40 - Lavanderas 20 - Bordadoras 6 - Niñeras 6 - Aparadoras 3 - Labradoras 3 - Profesoras 2 - Enfermeras 1 - Floristas 1 <p>Sin especificar: 253</p>	
1905	725 embarazadas hospitalizadas 673 partos	<ul style="list-style-type: none"> - Argentinas 341 - Italianas 123 - Españolas 148 - Orientales 33 - Francesas 28 - Rusas 16 - Inglesas 5 - Austríacas 5 - Alemanas 4 - Chilenas 4 - Árabes 3 - Suizas 3 - Holandesas 3 - Brasileñas 3 - Bolivianas 2 - Paraguayas 2 	<p>Con profesión declarada 413:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mucamas 201 - Cocineras 83 - Costureras 74 - Planchadoras 29 - Lavanderas 23 - Enfermeras 2 - Maestras 1 <p>Sin especificar 312</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 12 a 15 años: 33 primíparas - 16 a 20 años: 112 primíparas y 10 multíparas - 21 a 25 años: 126 primíparas y 112 multíparas - 25 a 30 años: 23 primíparas y 113 multíparas - 30 a 40 años: 10 primíparas y 95 multíparas

Los números permiten identificar algunas cuestiones. En líneas generales es posible afirmar que quienes asisten al Hospital Rivadavia son en su gran mayoría mujeres trabajadoras en empleos relacionados con tareas domésticas o de servicio como mucamas,

cocineras o planchadoras. Proviene principalmente de los sectores populares y como muestran las tablas muchas de ellas son inmigrantes. Son mujeres que inician durante su juventud el camino reproductivo.

Por esos años, las mujeres que dan a luz en los hospitales son aquellas que no pueden pagar el costo de una partera que la asista en su hogar o viven en situaciones de miseria. Como señala el doctor Parodi para justificar la alta tasa de mortalidad en los hospitales:

La estadística demuestra que mueren en las maternidades, un número considerable de mujeres, número inmenso si se compara con los datos de las ciudades. Pero recordemos que aquellas que solicitan ingreso a las maternidades, son muchas de ellas miserables, debilitadas por el trabajo, los pesares, el libertinaje y los malos tratamientos, causas que colocan a un organismo en condiciones favorables para desarrollar el germen de las enfermedades (Parodi, 1909: 68)¹⁴⁰.

Con relación a la nacionalidad, este dato da cuenta de gran diversidad migrantes que llegan a la ciudad desde países de Europa y América Latina. Estas mujeres representan a la mitad de quienes se atienden en los hospitales, posiblemente algunas de ellas continuando con una atención institucional iniciada en su país de origen.

Respecto de la edad, se observa que el inicio de la maternidad ocurre en la mayoría de los casos un poco antes o después de los 20 años y luego continúan ampliando la cantidad de hijos.

Es de mencionar que en las estadísticas de los primeros años del siglo XX se señala el *color* de la mujer, estableciéndose 3 categorías: blanco, trigueño y negro. Esta distinción que abona a las perspectivas eugenistas luego no vuelve a aparecer en los registros posteriores.

Un dato relevante es el contrapunto entre la cantidad de asistencias del año 1900 y las de 1905. En 1900 la Maternidad atendió a setecientas ochenta y dos mujeres, de las cuales seiscientos setenta y ocho concurrieron o fueron llevadas después del parto, posiblemente por alguna complicación. En ese año la cantidad de mujeres embarazadas y en trabajo de parto atendidas no llegó al diez por ciento del total.

¹⁴⁰ Véase: PARODI, Alfredo (1909). "Estudio estadístico sobre la Maternidad del Hospital General de Mujeres". *Tesis para el obtener el doctorado en medicina*. Buenos Aires.

En cambio, los números de 1905 expresan que los médicos hospitalizaron a setecientas veinticinco mujeres embarazadas, de las cuales intervinieron en seiscientos setenta y tres partos. De las mujeres que se internaron durante el embarazo más del noventa por ciento de ellas tuvieron a sus hijos en el hospital. Este contrapunto ratifica la velocidad del proceso de institucionalización del parto. Si bien todavía en 1905 la mayor parte de las mujeres realiza el parto en su casa, es notorio el cambio entre la cantidad de puérperas que acuden cuando aparece una complicación y la cantidad de embarazadas hospitalizadas que permanece hasta el momento del parto. Esto nos habla de una transformación en las relaciones entre el sistema médicos y las embarazadas, parturientas y puérperas que es imposible de disimular.

Por último, la columna de profesiones enuncia que una gran parte de las mujeres se encuentra vinculada al mundo del trabajo y participa fuertemente en la obtención de ingresos monetarios. En línea con estos cuadros, investigaciones sobre el trabajo femenino de principios de siglo (Barrancos, 2001; Feijoo 1990; Lobato, 2000; Queirolo, 2004; Wainermann y Navarro, 1979) ofrecen abundantes datos basados en los censos, la prensa obrera, los documentos oficiales, los informes de militantes feministas y las publicaciones periódicas respecto de la complejidad del mundo de este trabajo, ya que las mujeres obtenían ingresos monetarios a través de la participación en variadas actividades con diferentes características. La mayoría de las unidades domésticas de los sectores trabajadores necesitan para subsistir de más de un salario y una gran cantidad de mujeres trabajan para el mercado desde sus propios hogares, ya sean casas de inquilinato donde la vivienda es colectiva o pequeñas casas propias que se iban construyendo por partes en los barrios más alejados del centro de la ciudad (Nari, 2004).

Las mujeres de los sectores medios y altos también realizan tareas remuneradas en empleos de atención en comercios, dactilógrafas o secretarias. En muchos casos, pasan de la casa de sus padreas a la del marido para dedicarse a las tareas del hogar, a la crianza de los hijos e hijas y el cuidado de las personas mayores (Lobato, 2000). El trabajo femenino asalariado es explicado como una excepción determinada por situaciones de soltería, viudez, necesidad, o bien como una actividad transitoria, que sería abandonada luego del matrimonio y de la maternidad.

Sin embargo, a pesar de la certeza estadística, en esos años el discurso en torno a la domesticidad de las mujeres o el esquema de las esferas separadas entre los géneros toma fuerza y forma de la mano de la medicina, entre otras instituciones. La división sexual del trabajo se presenta como parte del devenir histórico (Scott, 2000) en clave evolucionista y modernizadora.

Scott (2000) sostiene que la ideología de la domesticidad se constituye en una serie de procesos discursivos que naturalizan la división sexual del trabajo o la separación entre hogar y trabajo durante el desarrollo del capitalismo industrial, al considerarla como parte de un desarrollo histórico inevitable. Su análisis reconstruye dichos procesos discursivos que derivan en la creación de identidades femeninas y masculinas. Estos planteos discuten con los sostenidos por Eric Hobsbawm (Hobsbawm, 1990) quien afirma que la Revolución Industrial crea una división sexual del trabajo en la cual hogar y trabajo son separados. Esta escisión es parte de un proceso más general de expropiación capitalista que separa al productor de sus medios de producción.

Este discurso, que no se plantea la dimensión de las identidades, concibe como opuestos incompatibles maternidad y trabajo asalariado, y asigna papeles e identidades para las mujeres y los varones. Nari (2000) plantea que, según las ideas socialmente dominantes, el trabajo industrial no era una actividad feminizada, como sí lo eran el trabajo doméstico, el trabajo a domicilio, la docencia y la enfermería. En todas estas actividades se expresaba la naturaleza femenina vinculada a las tareas hogareñas (limpiar, cocinar, lavar, planchar, coser, tejer, bordar), y a las tareas maternas (cuidar y dar amor a los otros: niños, enfermos, ancianos). Los empleos administrativos también eran ocupaciones feminizadas porque permitían a las mujeres desarrollar otras características de la feminidad, como la meticulosidad y la atención dispersa y simultánea, expresiones de lo que llama la inferioridad intelectual.

La feminidad es definida por la maternidad y las mujeres instaladas en el mundo privado como esposas y madres, responsables de la crianza, el cuidado y el trabajo doméstico.

CAPITULO V

Embarazo, parto y puerperio en el discurso médico

El embarazo, el parto y el puerperio son procesos universales que dependen de la fisiología del cuerpo. Sin embargo, cada cultura y cada momento histórico ha impreso formas de organización vinculadas a las construcciones sociales, políticas y económicas del género, el parentesco y la sexualidad. Su estudio se inserta en las miradas sociológicas y antropológicas sobre la atención obstétrica, que se centran en los factores materiales, ideológicos y simbólicos que rodean las intervenciones médicas asumiendo como premisa que la manera en que se desarrollan los partos va a configurar formas de socialización y de jerarquización.

El proceso de medicalización¹⁴¹ general de la sociedad encuentra expresiones particulares en los modos en que se efectúa en el proceso de nacimiento. Los discursos médicos ofrecen interpretaciones sobre los cuerpos femeninos y la reproducción social humana que se posicionan como legítimos en función de un criterio de validación científica que recorta lo biológico como elemento central en la explicación, transformando los procesos de embarazo y parto – tanto como la sexualidad, el cuerpo y la subjetividad femeninas- en pasibles focos de un control activo y normalizador.

En esos años avanza fuertemente el proceso por el cual el embarazo y parto se institucionalizan y son gradualmente visualizados como una condición médica, incorporando a su ámbito de acción instancias que exceden la intervención ante lo considerado patológico (Zola, 1972; Illich, 1975; Cangilhem, 2004). Se amplía bajo la esfera de lo médico la cuestión

¹⁴¹ Los trabajos de Zola e Illich (1972; 1975) sobre medicalización detallan los procesos de expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas padecimientos, como por ejemplo el embarazo y el parto no patológicos. Los autores observan cómo los procesos de medicalización se consolidaron a partir de deslegitimar prácticas que no se realizaban bajo supervisión médica, instituyendo la necesidad de control médico ante el peligro de complicaciones. Esto a su vez implicó, el continuo agregado de procedimientos diagnósticos que los avances tecnológicos fueron aportando y cuyo uso se extendió a controles de rutina. Para ampliar también ver: Iriart, Celia (2016) “Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención”; y Vara, Ana María (2008): *Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering”*, Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria.

de la prevención y los cuidados durante el embarazo y el puerperio dentro de la figura del riesgo o los potenciales peligros.

Con la generalización de estas prácticas y concepciones, se estabilizan tanto entre los profesionales como así también ante la opinión pública en general las definiciones y los consensos. En este sentido, en un texto para la formación de las parteras encontramos afirmaciones del tipo:

La obstetricia es aquella rama de la medicina que estudia los fenómenos de la generación en la mujer. Trata por consiguiente del embarazo, parto y puerperio.

(...) Entiéndase por embarazo el estado particular de la mujer durante el desarrollo del producto de la concepción. Designase con el nombre de parto el acto mediante el cual la mujer expulsa al exterior el producto que tenía concebido y alojado en su matriz (feto y anexos). Puerperio es el período que sucede de inmediato al parto, en el cual los órganos genitales de la que ha librado retornan a su estado primitivo, apareciendo al mismo tiempo una nueva función denominada lactancia.

(...) Todos los estados descritos son naturales y fisiológicos, pero aun cuando se trate de una salud perfecta, tanto la grávida, como la parturienta, la puérpera y el recién nacido, requieren sin excepción de un socorro oportuno, con lo que se hace posible no sólo mitigar los muchos sufrimientos y las amargas horas de la mujer que va a ser madre sino también evitar un sinnúmero de complicaciones y enfermedades que amenazan constantemente ambas vidas en tales circunstancias si se abandonan a las exclusivas fuerzas de la naturaleza y se prescinde de los recursos y el amparo ofrecidos (Beruti e Iraeta, 1915: 7-9)¹⁴².

Asimismo, el proceso de medicalización del parir-nacer, de la mano de las políticas asistenciales, coloca como parte de su potestad cuestiones que pertenecen al ámbito de lo social y político. Se establecen esquemas morales en torno a la maternidad bajo un discurso que mueve la discusión hacia otros aspectos -como la organización familiar y doméstica, las relaciones al interior de la pareja y la familia, las expectativas y formas de comportarse según la etapa vital que se esté transitando, entre otras- y que da lugar a acciones del tipo pedagógicas.

No obstante, estas transformaciones no se van a desarrollar sin contradicciones. La respuesta a la pregunta sobre qué procesos las inician y sostienen no es sencilla ni lineal. La vehemencia con que los grupos médicos defienden su intervención en torno a la forma del

¹⁴² Véase: BERUTI, Josué A. y IRAETA, Domingo (1915). *Manual de Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial Las Ciencias.

nacer-parir también puede dar algún indicio de que el resultado no estaba asegurado. En este sentido, no es posible separar en el análisis la cuestión del impulso que aporta la medicina en la búsqueda de cambios en un sentido evolutivo-acumulativo, de la interrogación sobre las posiciones de las propias mujeres ante las nuevas condiciones para transitar los momentos del embarazo, parto y puerperio en sintonía con los parámetros de la *cultura científica* que se les presentan y que son diferentes a las de sus antepasados; como así tampoco de la cuestión de la si la razón por la cual -a pesar de las resistencias- finalmente acceden a la intervención en el embarazo es la comprobación de la inevitable y creciente hegemonía de la obstetricia.

En este apartado se va a dar cuenta de las intervenciones médicas, técnicas y clínicas en los procesos de embarazo y parto tanto en su dimensión práctica como simbólica. Sobre esta doble implicancia de la práctica clínica, diversos autores señalan de qué modos las intervenciones, implican a su vez acciones pedagógicas y forman parte de mecanismos a través de los cuales se propugna la aceptación de una estructura de relaciones de poder entre médicos y pacientes y también entre hombres y mujeres.

En este sentido, Davis-Floyd (1994) piensa a las prácticas obstétricas como *rituales* que sirven a la aceptación por parte de las mujeres de un orden social establecido, tomando como premisa que la forma en que se da lugar al nacimiento involucra una forma de socialización y reproducción de un modelo cultural y sus estructuras de poder. Así, vincula, por ejemplo, el reposo en la camilla para el trabajo de parto con la enfermedad, incluso la posición de litotomía –acostadas- para el parto con la sujeción y la sumisión. También otras antropólogas estadounidenses como Brigitte Jordan y Emily Martin han hecho aportes para el estudio de la medicalización de los procesos reproductivos y de la maternidad, enfocándose en las representaciones de la reproducción como proceso fisiológico, patológico y productivo y como fenómeno que da lugar a las dicotomías naturaleza-cultura y producción-reproducción. Del mismo modo, Sadler (2004) analiza diversos mecanismos de desautorización que se interrelacionan en la institucionalización de embarazos y partos, entre ellos la infantilización, des-sexualización y des-personalización aplicada a mujeres como efecto de ciertas intervenciones comunes que hacen a la relación médico-paciente. En congruencias, concibe las intervenciones como *ritos de pasaje* a través de los cuales la mujer asume los dictados sociales y las demandas institucionales.

El embarazo

Desde fines del siglo XIX, especialidades médicas como la obstetricia, la ginecología y la puericultura toman al cuerpo de las mujeres y la reproducción como objeto central de sus preocupaciones. La especificidad del organismo femenino justifica la necesidad de tratados médicos que lo comprendan y expliquen, a la vez que sostiene el requerimiento de una serie de prácticas higiénicas indispensables para mantenerlo saludable. Poseer un útero hace de la mujer un *ser peculiar*.

El embarazo va a ser uno de los grandes temas de estas décadas. El interés médico va a recorrer cuestiones de índole diversa como lo que hace a la edad de las mujeres embarazadas, a las formas, las estrategias adoptadas para su confirmación y las condiciones para su interrupción.

La edad en el embarazo

La definición de la edad adecuada para la vida reproductiva en las mujeres es uno de los temas que ocupa a los médicos con relación al embarazo. En las publicaciones científicas discuten sobre la edad conveniente para el inicio de la gestación en términos biológicos. Es una controversia habitual también entre los obstetras de Europa, Estados Unidos y América Latina opinar sobre la *primiparidad*¹⁴³. En esos años, sobre todo, lo que buscan establecer son los parámetros para definir hasta qué edad las mujeres pueden comenzar a tener hijos.

En un artículo publicado en 1918, el doctor Beruti -Jefe de Clínica de la Maternidad Pedro Pardo y también profesor de clínica obstétrica en la facultad- busca intervenir en el debate sobre la *primiparidad tardía* marcando su posición. Para ello, explicita la controversia que encuentra sobre la clasificación de la edad de las primerizas -“*una extensa serie de autores consultados me revela las más singulares divergencias*”- respecto de lo que se debe

¹⁴³ El término de primiparidad se utiliza en obstetricia para designar al primer parto de una mujer. La primípara es la mujer que pare por primera vez.

considerar como el límite de *la primiparidad normal*, entendida como aquella que se desarrolla *a tiempo* ¹⁴⁴.

Beruti intenta establecer criterios sobre la forma de nombrar a las mujeres que se pasan de la edad acertada para comenzar la reproducción; enumera una serie de términos que van de *añosas*, a *viejas* o *tardías*. A la vez, busca precisar cuándo se debe establecer “*la edad en que la primípara debe pasar a la condición de vieja o añosa*”¹⁴⁵.

Sostiene que “*así Barnes por ejemplo, autor antiguo, traza esta línea divisoria a la altura de los 40 años, mientras Fetzer, autor moderno, la fija en los 20. Y dentro de esta zona, la gama completa de diferentes fronteras*” (Beruti, 1918: 8). Y agrega “*igual anarquía existe entre los tocólogos a propósito del óptimo de edad para la entrada de la mujer en la vida matrimonial*” (p.10).

LÍMITE DESDE EL CUAL LA PRIMIPARIDAD ES CONSIDERADA TARDÍA			
Según Cohnstein	30 años	Según Runge	30 años
» Ahlfeld.	35 »	» Fetzer	20 »
» Barnes	40 »	» Richter y Hiess. 27 »	
» Mangiagalli.	35 »	» Rumpe.	30 »
» Bidder	30 »	» Bondy	23 »
» Leopold	28 »	» Hecker.	30 »
» Truzzi	35 »	» Zweifel.	23 »

Imagen N°11: Cuadro comparativo cuyo fin es ilustrar las diferencias entre los médicos para definir la primiparidad tardía. Beruti, Josué (1918). *La Primiparidad tardía. El embarazo, parto y puerperio en 670 primerizas añosas. Estudio comparado entre primíparas viejas y precoces*. Buenos Aires: Imprenta El Policlínico. Pág. 9.

¹⁴⁴ Véase: BERUTI, Josué (1918). *La Primiparidad tardía. El embarazo, parto y puerperio en 670 primerizas añosas. Estudio comparado entre primíparas viejas y precoces*. Buenos Aires: Imprenta El Policlínico, p.7-8.

¹⁴⁵ Idem, p. 9.

Unos párrafos más adelante, el autor apela a los anatómo-patólogos modernos para finalmente afirmar que su conclusión es que una primípara “*debe considerarse como añosa luego de los 28 años*”. Sostiene esta afirmación en base a lo que llama “*las múltiples incidencias y complicaciones que desde esa época aparecen de forma evidentísima durante el embarazo, parto y puerperio*”¹⁴⁶. Y agrega que:

La primeriza añosa, pues -y pesa a la simpleza de decirlo- inicia su vida concepcional en condiciones de menor resistencia, con su organismo más desgastado que el de la primeriza joven (...) el pronóstico que yo asigno a la primiparidad tardía es, de consiguiente, muy desfavorable, desde el momento que casi el 80 por ciento de estas primíparas añosas está expuesto a una perturbación o complicación¹⁴⁷.

A continuación, dedica más de veinte páginas a la presentación de evidencias clínicas que detallan las complicaciones a las que hace referencia. Entre ellas sobresale la afirmación que sostiene que la edad dificulta el parto:

Cuanto más joven el parto se hace más fácilmente, en esto ocurre como felizmente compara un autor con un guante de cabritilla joven o vieja, en que es menester hacer más o menos esfuerzo para hacerlo calzar en las manos¹⁴⁸.

Como cierre del artículo, presenta una serie de evidencias sobre la conveniencia de lo que llama la maternidad temprana o juvenil. Hacia el final, el autor va a dejar de lado el registro científico para mencionar una serie de recomendaciones que exceden la cuestión obstétrica y que incluyen hasta la edad recomendada para el casamiento. Beruti reconoce que estos tópicos refieren a dimensiones que no son tan claramente médicas, pero considera que *de cualquier* forma la medicina tiene el deber de intervenir.

Bajo el título “*Algunas consideraciones de orden médico-social*” afirma que:

Terminado este ensayo profiláctico, medite ahora el lector que si bien una vida sana y metódica, una buena preparación física, una dietética científica, una excelente higiene y vigilancia del embarazo y una sabia asistencia del parto y el puerperio, podrían en parte reducir los múltiples peligros que amenazan a la primípara añosa, las causas en cambio de la

¹⁴⁶ Ibidem, p. 11.

¹⁴⁷ Ibidem, p. 12.

¹⁴⁸ Ibidem, p. 37. Por autor se refiere al Doctor Alberto Peralta Ramos, quien pronuncia esa frase en 1909 durante una conferencia en la Academia Nacional de Medicina. La conferencia es posteriormente transcrita y publicada por Francisco De Luca, Editorial La Ciencia Médica, Buenos Aires.

primiparidad tardía permanecen fuera de nuestro radio de acción, desde que aquellas estriban, no en factores de orden fisiológico o patológico, como ensañaban los clásicos, sino casi pura y exclusivamente en un momento social: el matrimonio tardío. Ahí está el nudo a desatar.

Y agrega:

Del punto de vista obstétrico, no hay razón alguna para ocultar la verdad y no divulgar en el público la edad óptima del matrimonio en la mujer, pues mientras los antiguos aconsejaban el periodo desde los 18 a los 20 y más años, hoy está probado, según mi entender, que el casamiento precoz no trae complicaciones obstétricas de ningún género, de tal manera que así como es indispensable fijar un límite hacia arriba -los 28 años en mi opinión- no lo es para establecerlo hacia abajo (...) con esto no me refiero, naturalmente, al matrimonio precoz de ciertas tribus de Asia y África que casan a sus hijas a los 8 o 10 años, sino que quedaría por de pronto en pie el viejo aforismo de Mauriceu: *les femmes au dessus de quinze ans accouchent d'autant plus facilement qu'elles sont jeunes*¹⁴⁹.

En estas líneas, el autor piensa al matrimonio con fines reproductivos; la edad óptima para que la mujer acceda al casamiento se define en función de lo que llama la vitalidad de sus órganos reproductivos.

Es una mirada reproductiva que se asienta en lo biológico pero que excede la consideración sobre el estado y funcionamiento de los órganos, tejidos y estructuras que conforman el sistema reproductor en la especie humana y cuyo fin es garantizar la formación de nuevos individuos. El argumento va más allá, desborda esa dimensión y avanza hacia cuestiones de índole social y específicamente moral.

El aparente exceso biologicista que expone el texto de Beruti, nos instala frente a los esquemas de percepción y de apreciación de quienes pertenecen-ejercen-producen las ciencias médicas, en tanto campo de producción simbólica (Bourdieu, 1976). No se trata solamente de que la medicina realice aportes, en forma de conocimiento racional y empíricamente comprobado, a la organización de la vida socio sexual y afectiva de las mujeres con el propósito de proteger su salud y la de sus descendientes; sino que estos conocimientos van a inscribirse como instrumento de medida para la clasificación de lazos sociales en términos de adecuado e inadecuado, virtuoso o indeseado.

¹⁴⁹ Ibidem, p.52.

Por último, también se observa un acople argumentativo en lo que hace a la relación de la medicina con la naturaleza. Más allá de colocarse bajo el argumento del ciclo natural de la vida, la naturaleza es concebida como fuente de peligros y amenazas, ante lo cual, la medicina debe cuidar y proteger a las mujeres de los múltiples riesgos naturales que el propio hecho de nacer, crecer y vivir conlleva.

Al amparo de la autoridad científica, los médicos configuran una dualidad respecto de lo biológico y su condición natural. Por un lado, parecen ajustar sus afirmaciones a la determinación material y vital del funcionamiento del cuerpo femenino en la especie humana. Pero, a su vez, no se conforman con contribuir a que estas funciones y sistemas se desarrollen de forma adecuada, evitando y resolviendo posibles patologías, sino que consideran que es su misión y deber dominar aquello que a su criterio la naturaleza no ha podido controlar o realizar. En esta visión, la medicina desde la fortaleza de su particular capital social y simbólico se ubicaría por encima de la naturaleza no sólo para vigilarla, sino para corregirla y perfeccionarla.

La confirmación del embarazo

Otro de los grandes temas en este eje es el que refiere a la confirmación del embarazo. Por esos años, todavía no se han desarrollado métodos aprobados por la ciencia para su detección precoz. Aunque ya se realizaban algunas pruebas con orina desde siglos atrás en diferentes partes del mundo, recién es en luego de la década del treinta -y sobre todo del cuarenta en América Latina- cuando se establece la relación de la hormona HCG (Gonadotropina Coriónica Humana o del inglés *Human Chorionic Gonadotropin*) con el embarazo a partir de su presencia en la orina.

Por eso años, la principal prueba de embarazo durante los primeros meses es la suspensión de la menstruación o amenorrea. A ello se suman un conjunto de signos clínicos que pueden ayudar a su confirmación.

En la conferencia de apertura del ciclo lectivo de 1909 en la Facultad de Ciencias Médicas, los doctores Peralta Ramos y Cantón desarrollan ampliamente la cuestión de cómo confirmar el embarazo durante sus primeros meses y luego como reconocer sus indicios. Allí

hacen referencia a los signos de certidumbre del embarazo, entre los cuales mencionan los movimientos fetales -que no deben confundirse con los intestinales-, los latidos cardíacos y la auscultación.

Además de enumerar síntomas clínicos, incluyen una serie de referencias sobre la manera de interrogar a una *supuesta* embarazada para determinar o no su estado de preñez. El método, dicen los autores, es importante para no preguntar lo inútil ni lo que “toca con la discreción y la moral de la enferma” (De Luca, 1909: 207)¹⁵⁰. Mencionan la conveniencia de consultar la edad, la nacionalidad y los antecedentes hereditarios, sobre todo respecto a la cantidad de hijos de sus padres y la forma en que se desarrollaron los partos.

También en La Semana Médica de 1905 hay un extenso artículo que trata sobre las *Dificultades para el diagnóstico del embarazo en las solteras*. El doctor Manuel Sánchez, su autor, explica que la diferencia que esto implica según la mujer sea casada o soltera:

Si en muchas ocasiones ofrece dificultades el diagnóstico en mujeres casadas, que por hallar interesante el estado que les anuncia la satisfacción de la maternidad, tan deseada para la mayoría de ellas, no ocultan absolutamente nada a lo interrogado por el médico y se prestan con facilidad a todo reconocimiento de éste, en espera de que se confirme el diagnóstico por ellas aguardado con alegría (...) el diagnóstico se dificulta aún más en las mujeres solteras que se defienden cuanto pueden de las sospechas e indagaciones directas del médico, por ser en ellas motivos de deshonor lo que en las otras lo es de felicidad (Sánchez, 1905: 451)¹⁵¹.

Desde este encuadre, Sánchez ofrece una serie de recomendaciones para otros médicos que *por su desgracia* se encuentren con un caso de una embarazada soltera. Sobre todo, en una *penosa* situación donde “somos llamados a una casa en que se tenga en alto grado la idea del honor”¹⁵².

Como primera medida, sugiere realizar una serie de preguntas para “enterarnos si hay alguno de los desórdenes nerviosos propios del estado de gestación”, si la respuesta es positiva deberá realizar una revisión a la paciente para lo cual, dice, “pedirá la autorización

¹⁵⁰ Véase: DE LUCA, Francisco (1909). *Clínica Médica. Extracto de las Conferencias de los Profesores Dr. Eliseo Cantón y Dr. Alberto Peralta Ramos*. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.

¹⁵¹ Véase: SÁNCHEZ, Manuel (1905). Ginecología “Dificultades para el diagnóstico de embarazo en las solteras” Dr. Manuel Sánchez. *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.

¹⁵² *Ibidem*, p. 453.

de rigor. Es casi seguro que la interesada se negará a ello; pero por fin accederá tal vez a los reiterados ruegos de su madre, muy interesada, como es natural, en saber qué es lo que tiene” (Sánchez, 1905: 454)¹⁵³.

Durante la exploración física, el autor propone realizar una palpación abdominal con el fin de ver la consistencia del útero, también observar la pigmentación de la areola del pezón y del estado de la cicatriz umbilical. Si luego de esta inspección, todavía no es posible confirmar el embarazo, entonces “se procede al tacto interno; pero como en una supuesta virgen no debe ser éste vaginal, lo haremos rectal” (Sánchez, 1905: 455)¹⁵⁴.

Con esta información, puede que todavía no se tenga la certeza absoluta del embarazo. En estos casos, indica que se le dirá a la paciente que “siga haciendo su vida ordinaria la paciente y que dentro de algún tiempo la volveremos a ver”. En el caso de que el médico tenga la certeza de que se trata de un embarazo, propone seguir una serie de reglas:

- 1.^a Nunca diremos nuestra opinión delante de la interesada.
- 2.^a Tampoco se la comunicaremos al padre o hermanos.
- 3.^a Sí la diremos, con todos los respetos y precauciones, a la madre (Sánchez, 1905: 456)¹⁵⁵.

Para fundamentar el uso de estas reglas detalla algunas situaciones en las cuales, por haber actuado de otra forma, el médico fue insultado y agredido:

El carácter masculino, más violento¹⁵⁶ casi siempre que el de la mujer, al recibir una impresión tan grande como ésta se trata, pueda hacer que el padre o hermano se vuelvan locos por un momento y conteste el diagnóstico, por él considerado como calumnia, con una agresión airada (casos frecuentes se han dado por desgracia).

Las madres protestan contra tal revelación, pero limitándose a lamentaciones que carecen de importancia desde el punto de vista de la seguridad personal del médico que tiene la desgracia

¹⁵³ Ibidem.

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ Ibidem.

¹⁵⁶ En el capítulo siguiente se va a retomar la cuestión de la naturalización de la violencia en las relaciones entre géneros, específicamente esta cuestión del carácter naturalmente violento del hombre.

de ser llamado para un asunto tan escabroso; pero no por esto reclaman menos la prudencia de éste, exigida también por su decoro personal y el de la ciencia (Sánchez, 1905: 456)¹⁵⁷.

Estos fragmentos además de lo que afirman explícitamente, aportan gran información respecto de aquello implícito, de lo que por ser obvio no se menciona. Los párrafos seleccionados resultan una vía de acceso fecunda para acceder a la dimensión moral de las prácticas médicas (Wilkis, 2014). Unas prácticas que se presentan como situadas y en las cuales los médicos no pueden manejarse ni actuar solamente a partir del conocimiento científico. Las dimensiones afectivas y morales irrumpen en estas situaciones mostrando con rigor cómo operan los esquemas de clasificación simbólica en la valorización de las personas según sus virtudes morales asociadas a la reproducción y la sexualidad (Weber, 1922).

A partir de las posibilidades científico-técnicas con las que cuentan para confirmar un embarazo, los médicos despliegan un conjunto de estrategias prácticas, que socializan entre sí, con el fin de afrontar diferentes situaciones que pueden ser complicadas desde el punto de vista moral. Al exponer estas estrategias prácticas exhiben también un conjunto de valores que responden a sentidos compartidos respecto de la sexualidad de las mujeres en relación con su estado civil.

En este documento, aparece como regla general que las mujeres, es especial las jóvenes no viven solas. En la descripción de las diferentes situaciones nunca están del todo solas. Pasan de la casa y la tutela de sus padres, a la casa y tutela del marido. No parece caber la posibilidad de que una mujer joven viva por su cuenta o con otras mujeres jóvenes. Esto es sin la presencia de un hombre que la cuide y controle, ya sea su padre, su hermano o su marido o a lo sumo de una mujer mayor como puede ser su madre u otro familiar.

Asimismo, en este esquema una mujer soltera carece de autonomía por más que haya alcanzado la mayoría de edad. Su condición de soltera le imposibilita ser la interlocutora del médico para recibir la información sobre su embarazo. En este sentido es que en caso de ser soltera y estar embarazada el deshonor recaerá no solamente en ella, sino que será del padre y de los varones de la familia.

¹⁵⁷ Ibidem.

También es posible pensar el deshonor o la deshonra con que carga una embarazo soltera (y por asociación su familia) en términos de estigma. Diversas teorías sociológicas, como la sociología de la desviación o del etiquetamiento, el interaccionismo simbólico y el análisis del estigma de Goffman, han realizado aportes sobre cómo una sociedad determinada construye socialmente la estigmatización de ciertos rasgos y conductas, y cómo la condición de estigmatización influye a su vez en dichos rasgos y conductas.

La interrupción del embarazo

En las dos primeras décadas del siglo XX, los médicos debaten en sus publicaciones la cuestión de los límites y consideraciones respecto de la interrupción del embarazo.

Como señala Dora Barrancos (1999) para esos años el método más común para el control de la natalidad es el *coito interruptus* cuya baja efectividad explica la popularidad y extensión de las maniobras abortivas como reguladoras de la natalidad como la práctica dominante hasta bien entrados los años treinta.

El Código Penal de 1887, vigente por esos años, contiene penalizaciones a los abortos en términos de crímenes maternos (junto con los infanticidios)¹⁵⁸. Sin embargo, coloca la cuestión de la deshonra como atenuante en caso de que el móvil haya sido ocultar al hijo ilegítimo. El código reconoce que un hijo ilegítimo va a afectar la reputación de la mujer y le va a impedir consagrar su lugar en la sociedad, como esposa y madre, a la vez que tampoco le va a permitir conseguir trabajo ni sustento. Por esta razón, es que las penas son mucho mayores para quienes realizan un aborto, que para la mujer que lo solicita; y para aquella que lo hace por motivos de control de natalidad y no para proteger su honra (Salvatore, 2001).

En los argumentos esbozados en la norma, también se hace referencia de forma sutil a la *debilidad e inestabilidad psíquica* de la mujer en el momento del embarazo como posible justificación de estas decisiones. El código admite la posibilidad de que las mujeres no tengan conciencia del crimen, es decir, no consideren la vida del embrión hasta avanzado el

¹⁵⁸ Con la primera reforma del Código en 1903, se establece una salvedad: los casos de tentativa de interrupción del embarazo no son punibles

embarazo. Junto con esto, se reconoce que la *viabilidad* de la vida del feto no está demostrada, por lo cual el aborto es mucho menos grave en la letra de la ley que el infanticidio¹⁵⁹.

Por esos años, todavía no se encuentra vigente el Código Penal de 1921 que introduce modificaciones significativas respecto de los abortos. A la par de que las penas aumentan considerablemente, se incorpora la figura de *aborto no es punible* en algunos casos y siempre bajo a condición de que sea realizado por un médico diplomado. Estas excepciones son justificadas a partir del avance de las ideas eugenésicas en ciertos sectores políticos¹⁶⁰.

En este marco, los médicos debaten en sus publicaciones sobre las situaciones donde la interrupción del embarazo por parte de la medicina es, no solamente posible, sino esperable. En sus discusiones se observa por parte de algunos profesionales el interés de mantener la discusión bajo los parámetros científicos; mientras que, en otros, el registro discursivo se desarrolla de forma mixta, combinado elementos médico-científico con afirmaciones morales y de base religiosa. Por esos años, las discusiones admiten cuestiones como la autonomía de las mujeres para decidir qué prácticas médicas aceptar y cuáles rechazar aun a riesgo de la vida del feto.

Esto lo muestra un artículo de 1901, llamado *Indicaciones y técnicas del aborto artificial*, donde el autor menciona que entre las prescripciones para provocar un aborto están la “indicación de cesárea por estrechez pélvica y negación de la mujer de someterse a ella” y también otros dolencias o malestares como “los vómitos frecuentes” (Ochischlager, 1901: 94)¹⁶¹.

¹⁵⁹ Véase: VILLANUEVA, Ricardo (1898). *Breve estudio sobre los delitos de aborto e infanticidio*, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Buenos Aires.

¹⁶⁰ La modificación en el artículo 86 del proyecto de 1920 para reformar el Código Penal, establece ciertos casos donde el aborto pasaba a ser no punible: “El aborto practicado por un médico diplomado, con el consentimiento de la mujer en cinta, no es punible: 1º. Si ha sido con el fin de evitar un peligro para la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2º. Si el embarazo proviniese de una violación de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota, demente, inconsciente o incapaz de resistencia, o de un incesto. Si la víctima es idiota o demente, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. Véase: DSCS, Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Nación, 1920, p. 957.

¹⁶¹ Véase: OCHISCHLAGER (1901). “Obstetricia. Indicaciones y técnicas del aborto artificial”. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.

OBSTETRICIA

Indicaciones y técnica del aborto artificial

El Dr. Ochlschläger considera como indicaciones para provocar el aborto: 1.^a, los vicios cardíacos con tendencia á hidropesía; 2.^a, tuberculosis pulmonar adelantada; 3.^a, nefritis; 4.^a, carcinoma y retroflexión irreponible del útero; 5.^a, tal estrechez de la pelvis, que constituye indicación absoluta para la operación cesárea y la mujer no quiere someterse á ésta; 6.^a, vómito incoercible. La técnica sencilla, segura é inofensiva, consiste en introducir una sonda metálica hasta el fondo del útero é inyectar con una jeringa que se adapte exactamente al calibre de la sonda (unos 2 milímetros), de 3 á 4 gramos de tintura de yodo (10, 10 alcohol de 90 por 100), taponando luego

Imagen N°12: OCHISCHLAGER (1901). "Obstetricia. Indicaciones y técnicas del aborto artificial". *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires, P. 94.

Como se observa en el texto, entre las seis razones médicas mencionadas como indicaciones para el aborto, la negativa a la cesárea se encuentra en el mismo nivel que los problemas cardíacos, la tuberculosis o el cáncer. También el sufrir de vómitos frecuentes es una indicación legítima para la interrupción del embarazo de forma artificial.

En otro artículo de *La Semana Médica* de 1902 se reproduce un trabajo del doctor Treub para la Sociedad obstétrica de Francia que había sido publicado en el n°34 de *Press Medd.* Allí bajo el título “Discusiones sobre el feticidio terapéutico” se desarrolla un estudio sobre el aborto terapéutico y la moral¹⁶².

En este documento se detallan una serie de situaciones y opiniones que ponen en relieve el dilema sobre continuar o no un embarazo que puede poner en riesgo la salud y la vida de la mujer gestante en el contrapunto con la mirada moral y religiosa:

Habiendo observado recientemente el caso de una mujer en embarazo de tres meses, con vómitos incoercibles, que prefirió la muerte a la interrupción de su embarazo siguiendo la opinión de su confesor, el A. hizo una encuesta a varios obispos. Supo que el caso estaba reglamentado por una decisión del Santo Oficio y que la Iglesia no debía dar autorización para practicar el aborto, aun cuando la mujer estuviese en peligro de muerte.

BAR relata un caso, en el que el cura párroco de San Agustín se mostró más liberal y permitiole practicar el aborto por vómitos incoercibles. BUDIN observó un hecho análogo encontrándose en idéntica situación.

FOCHIER admite que, en ciertos casos, la mujer se encuentra en situación de legítima defensa frente a su niño, aunque éste sea a término, y que ella tiene perfecto derecho de no querer arriesgar su vida por su niño. Manifiesta que la embriotomía en el niño vivo es perfectamente legítima, por más de lo que diga Pinard. El A. no ha sentido jamás el menor remordimiento por haber sacrificado a un niño.

HERRGOT comparte esta manera de ver y no puede admitir las ideas de Pinard sobre el punto. En tanto que la sinfisiotomía y la operación cesárea no dejen de ser operaciones graves la mujer tendrá el derecho de no aceptar dichas intervenciones (Treub, 1902: 610, mayúscula original)¹⁶³.

Aparece como argumento para interrumpir el embarazo la negativa por parte de la mujer de ser intervenida quirúrgicamente, aunque ya está presente la salvedad de que ese derecho va a estar condicionado por los alcances de la técnica médica, es decir, el derecho se va a mantener en pie mientras estas operaciones sigan siendo consideradas como graves.

¹⁶² Véase: TREUB (1902). “Discusiones sobre el feticidio terapéutico”, *La Semana Médica*, año XIX, Buenos Aires.

¹⁶³ Idem.

Por su parte, el doctor Samuel Gache durante la conferencia que brinda en el marco de la inauguración del curso de Obstetricia del Hospital Rawson, desarrolla y presenta evidencia sobre las situaciones en que *es necesario* interrumpir el embarazo¹⁶⁴.

Como primera situación, Gache sostiene que en casos de tuberculosis no se debe permitir el embarazo. Para justificar esta situación recoge una serie de artículos de publicaciones europeas de las cuales menciona algunos de los fragmentos. Hace referencia a los dichos de los afamados doctores Pinard, Kirchner y Cazalis quienes llevaron estas cuestiones a las corporaciones científicas de Europa: “estos hombres de incuestionable autoridad han propuesto suspender la preñez en casos de tuberculosis”, misma posición que ha tomado la Sociedad de Medicina de Berlín que sostiene que “debe, en efecto, interrumpirse la preñez en vista de los graves inconvenientes que presentan para los tísicos la gestación y el parto” (Gache, 1901b: 728)¹⁶⁵.

El artículo explica que el doctor Kirchner exige que además de la interrupción del embarazo de mujeres tuberculosas “para evitar la contaminación matrimonial, se debe prohibir el matrimonio a los individuos jóvenes sospechosos de tuberculosis”. En la misma línea, el doctor Pinard sostiene desde la Academia de Medicina de París que “el matrimonio debe ser prohibido a todos aquellos que lleven en dote la sospecha terrible de una enfermedad contagiosa trasmisible o de una tara hereditaria grave”. Y que el doctor Cazalis, “después de meditados estudios”, llega a la conclusión de: “la obligación de todos para presentarse, antes del matrimonio, a un examen médico, como se somete a este examen antes de entrar al ejército o de asegurarse la vida. Y después, obligación moral a lo menos, de conformarse a la decisión médica” (Gache, 1901b: 730-731)¹⁶⁶.

Luego de estas referencias, el autor menciona sus propios resultados clínicos. Dice que en 33 casos sobre 50, es decir el 66 por ciento, el embarazo fue desfavorable para la enferma de tuberculosis; ocho veces la enfermedad quedó estacionaria y en nueve el resultado fue dudoso. En cuanto al trabajo de parto, menciona que “de 23 tuberculosas paridas 14 -el

¹⁶⁴ Véase: GACHE, Samuel (1901c). “Lección Inaugural. Curso de Obstetricia en el Hospital Rawson”. *La Semana Médica*, año VIII. Buenos Aires.

¹⁶⁵ Idem.

¹⁶⁶ Ibidem.

61%- sucumbieron durante los primeros días del puerperio” (Gache, 1901b: 733)¹⁶⁷. Según estos datos, dice estar reconocida la necesidad de interrumpir el embarazo y agrega que no titubea en “declararse partidario del aborto, intervención infinitamente menos grave que el parto provocado”. Sin embargo, menciona que el aborto solamente es indicado en los casos en que se puede esperar una mejoría de la mujer respecto de su enfermedad.

Luego de las páginas dedicadas a la tuberculosis, hace alusión a las embarazadas con enfermedad o antecedentes de sífilis y escarlatina recomendando en algunas situaciones también interrumpir el embarazo.

Hacia final da cuenta de la experiencia de varios médicos con relación a las embarazadas con paludismo, mencionando cómo se agrava la salud de la mujer en estas situaciones:

La terminación lamentable de esta enferma y los sufrimientos atroces por los que ha pasado durante los últimos meses de su vida, mitigados apenas por una medicación calmante y rica, me sugieren reflexiones que en mi concepto deben ilustrar siempre la inteligencia del médico que se ve precisado a tropezar con casos tan interesantes en su camino profesional.

Me refiero a la necesidad de comparar, de medir y de contrabalancear escrupulosamente las probabilidades favorables o desfavorables de cada uno de los procedimientos a seguir, siempre que vaya comprometida la vida de la persona. No es posible, ni justo, ni razonable que por conservar la probable existencia de un feto en formación se adopten procedimientos y rumbos que exponen la vida de la madre, aunque para ello se cuenten con importantes recursos.

El criterio médico en estas circunstancias debe tener únicamente por móvil la vida de la madre, aunque por salvársela y devolverle su salud perdida, se comprometa o exponga la existencia del feto (Gache, 1901b: 741)¹⁶⁸.

En este artículo, el autor afirma con claridad que la vida de la mujer es prioritaria y que “no es posible, ni justo, ni razonable” que tenga que continuar con un embarazo si eso puede afectar su salud. El discurso de Gache pone en perspectiva por dónde pasan las fricciones en las discusiones sobre la interrupción del embarazo. La búsqueda y presentación de evidencia clínica junto con la toma de posición exhiben que hay otro conjunto de

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Ibidem.

argumentos en los cuales se sostiene que el embarazo debe continuarse, aun a riesgo de la vida de la madre.

Estas posiciones nos hablan de los dilemas morales en torno al aborto en un marco jurídico previo a la aprobación del código penal de 1921 y ante un cierto desarrollo de las tecnologías médicas. Es interesante sobre todo la forma en que Gache coloca algunas salvedades y excepciones a la prohibición del aborto, construyendo a partir de la evidencia científica, un tipo de embarazada legítima que puede acceder a su interrupción. Sin embargo, en la frase mencionada, al apelar a la justicia y a la razonabilidad, parece comprender que es insuficiente para marcar una posición solamente a partir de la dimensión empírica. Es decir, para establecer un criterio médico, en última instancia lo que va a inclinar la balanza son las convicciones morales.

La prevención del embarazo

Como se ha mencionado, diversos trabajos coinciden en señalar que entre 1890 y 1930 el proceso de transición demográfica de Argentina había completado una importante etapa, es decir, resultaba ya evidente el pasaje de niveles altos de mortalidad y natalidad a otros más bajos (Otero, 2007; Pantelides, 1990 y Torrado, 1993). Si en 1895, en la ciudad de Buenos Aires, una mujer tenía como promedio cinco hijos al finalizar su vida fértil, a inicios de la década del treinta la mayoría tenía uno o dos.

En relación con las formas de control de la natalidad, más allá del *coito interruptus* y algunas variantes muy poco generalizadas del profiláctico masculino¹⁶⁹, Marcela Nari (2004) enumera otras prácticas fisiológicas como la prolongación del amamantamiento, dispositivos similares a los actuales diafragmas, productos químicos y esterilizaciones temporarias o permanentes.

Este último, la esterilización de las mujeres es un tópico frecuente en las discusiones médicas de esos años, tanto en Europa como en América. En numerosos artículos cuando se

¹⁶⁹ El preservativo de caucho es el segundo método anticonceptivo más usado por esos años. Sin embargo, tuvo una difusión restringida casi exclusivamente entre los sectores medios, en virtud de su costo, y por mucho tiempo cargó con el estigma de estar asociado con la prevención de enfermedades venéreas y la sexualidad extramatrimonial, y por eso era el método menos utilizado por las parejas estables (Nari, 1996).

hace referencia a la prevención del embarazo los médicos suelen estar hablando de esterilización, dado que es el único método que cuenta con suficiente efectividad.

En este tópico, la perspectiva eugenésica también va a sobrevolar en los discursos con diferentes matices y énfasis. Por esos años, en las revistas médicas argentinas se van a publicar artículos locales sobre la cuestión, como así también se van a transcribir, por ejemplo, las memorias del Congreso de Antropología Criminal realizado en Colonia Alemania en 1911 donde se estipula la esterilización de criminales y enfermos mentales, como las leyes de trece estados de Estados Unidos que incorporan disposiciones en este sentido¹⁷⁰. En esta línea, numerosos textos médicos se van a referir a la esterilización en términos de *perfeccionamiento de la raza*, sobre todo cuando se trata de mujeres con *taras* consideradas transmisibles por herencia (Nari, 2004).

En un artículo de 1905 titulado *La esterilización facultativa de la mujer*¹⁷¹, el autor recorre una serie de estudios de Estados Unidos y algunos países de Europa para luego mencionar cuáles son las situaciones en que un cirujano está autorizado a poner en práctica la esterilización.

Allí en primero y segundo lugar señala una serie de situaciones que pueden enmarcarse en la mirada clínica: “una pelvis tan contraída que exigiera eventualmente la operación cesárea o cuando un parto anterior hubiera sido excesivamente difícil; una afección general o local acompañada de depresión que el embarazo empeoraría con toda probabilidad” (Sawer, 1905: 512)¹⁷². En este punto señala a las afecciones crónicas del corazón, pulmones, intestino y riñones; la psicosis especialmente la de carácter maníaco y depresivo y los estados graves de anemias.

Luego el autor menciona como razones para la esterilización los casos de mujeres que viven en *hogares donde reina la pobreza*, dado que es una situación que *debilita y mina las*

¹⁷⁰ Véase: DELFINO, Víctor (1912). “La eugenesia o eugénica”, *La Semana Médica*, año XIX, Buenos Aires. También: LÓPEZ, Elvira (1912). “I Congreso de Eugenia”, *Boletín del Museo Social Argentino*, año X, N°4, Buenos Aires.

¹⁷¹ Véase: SAWER, J. (1905) “La esterilización facultativa de la mujer”. *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.

¹⁷² Idem.

fuerzas de la madre y la pone en malas condiciones para educar a sus hijos como es debido. A la vez que agrega, que el número excesivo de hijos en la casa de los pobres es en algunas situaciones la causa directa de crímenes que arruinan ciertas familias (Sawer, 1905: 513)¹⁷³.

Más adelante menciona como cuarta causa de esterilización *de la esposa, la existencia de taras hereditarias de tuberculosis o insania, cuando se ha desoído el consejo del médico que prohíbe el casamiento de sujetos semejantes. Por último, en el cierre del artículo se hace referencia a lo que el autor llama el abuso de las medidas temporarias tendientes a impedir la concepción, que a su criterio deberían controlarse mediante una legislación más severa contra ellas, permitiendo su venta sólo por receta médica (Sawer, 1905: 514)¹⁷⁴.*

Estos párrafos también nos acercan a las discusiones en torno a la configuración de un esquema de clasificación sobre quiénes poseen (o no) legitimidad para evitar los embarazos en el que se acopla la perspectiva médico-científica, con los esquemas higienistas -y también del pauperismo social- junto con las cuestiones más cercanas a la eugenesia.

En el grupo de razones que se apoyan en la pobreza para justificar la esterilización se observa tanto la naturalización de las situaciones de miseria y escasez como la funcionalidad de un discurso que provee argumentaciones tendientes a conceder a las carencias materiales secuelas morales. Las necesidades son conceptualizadas como *déficits morales* de la madre que no puede llevar adelante la educación de sus hijos, en los términos que se consideran adecuados y por eso es mejor que no ejerza esa función.

En esos casos, como también en los de raíz eugenésica, lo que se construye es una *excepcionalidad* respecto de la obligación maternal -que no por eso se sale de la norma- sino que justamente la confirma. La calificación de anormalidad habilita la construcción inversa, es decir por la negatividad, pero igualmente restrictiva, de una maternidad adecuada, correcta y definida bajo la dupla de unos parámetros biológico-morales.

Pero en este punto avanzan un paso más al configurar una tipología de maternidad que no solo se asienta en la dimensión biológica de la reproducción, en conjunto con la

¹⁷³ Ibidem.

¹⁷⁴ Ibidem.

dimensión moral, sino que incorpora también lo material, las condiciones de vida de la madre para armar una clasificación que impone o excluye de la realización de ese rol.

En este punto, la medicina desde su potestad para establecer juicios organiza un esquema que hace a la habilitación o inhabilitación (que no es lo mismo que simplemente no contar con la habilitación) para el control de la natalidad, definiendo quiénes son aptas y quienes no para ser madres. Al habilitar algunas situaciones de excepción a la tarea reproductiva confirma la obligatoriedad del rol ante todo el resto de las situaciones.

El parto

Por esos años, otra de las preocupaciones de los obstetras es alcanzar un consenso sobre la forma de nombrar y definir a los partos de acuerdo con la aparición de complicaciones en alguna de sus etapas. Sobre todo, para que no haya confusiones respecto de los límites de la intervención de la partera respecto de lo específico de su rol.

En líneas generales suelen hacer referencia a *parto normal, eficiente o fisiológico* cuando el desarrollo de sus diferentes momentos – el preparto, el parto y alumbramiento– no requieren de atención especializada, más allá de su acompañamiento habitual.

Por ejemplo, el doctor Emilio Coni, explica cómo es el desarrollo de un parto definido como *normal*. Dice que luego de la etapa de preparto comienza el parto en sí:

Lo que se llama la etapa expulsiva se inicia con la aceleración de las contracciones y la dilatación del canal uterino. Cuando éste alcanza su máxima dilatación se expulsa el feto y se procede a seccionar el cordón umbilical. Minutos después del parto tiene lugar el alumbramiento, que es la expulsión de la placenta, la segunda etapa delicada del proceso de parto (Coni, 1918: 334)¹⁷⁵.

Por su parte, el doctor Samuel Gache, en un artículo dirigido a las parteras y transcrito de una conferencia en la Asociación Obstétrica Nacional, describe el *parto fisiológico* en términos de *eficiente*:

¹⁷⁵ Véase: CONI, Emilio (1918). *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires: Asociación Médica Argentina.

Sabemos que la causa del parto eficiente es la contracción uterina. Esta contracción es involuntaria, dolorosa, intermitente y total. La contracción es involuntaria porque actúa independientemente de la mujer, inútil sería que ésta pretendiese por sí misma producir, acelerar o aminorar la contracción”¹⁷⁶ (Gache, 1901: 56).

Como explicita Gache, la primera característica es que el parto, provocado por las contracciones del útero, es involuntario. El cuerpo de la mujer embarazada es el espacio donde ocurre este proceso cuya otra característica común es el dolor - “*basta presenciar algunos solamente para convencerse de ello*”-¹⁷⁷.

Ambos médicos coinciden en que la clasificación de *parto normal* incluye situaciones en las que puede aparecer alguna complicación como la prolongación de los tiempos de dilatación, la dificultad para la coronación o para la expulsión del feto por una posición complicada (presentación longitudinal o invertida, algún miembro colocado junto a la cabeza, etc.) o por la expulsión incompleta. En estas situaciones el médico y/o la partera interviene con alguna maniobra obstétrica sencilla.

En algunos casos, puede ocurrir que el parto se alargue y los dolores aumenten, sobre todo por “*la inercia uterina, es decir, la falta de fuerza expulsiva por parte de la matriz*” y se presenta “*la necesidad de intervenir para activar la terminación del parto*” (Gache, 1901: 59)¹⁷⁸. En estas situaciones se indica que la dilatación se acelere con el estímulo manual de alguno de los profesionales o con la ayuda de dilatadores mecánicos.

El momento del alumbramiento también suele ser asistido, sin por ello salir de la categoría de *parto normal*. En esta etapa la partera o el médico se ocupan de asegurar que la expulsión de la placenta sea completa. Es un momento crucial para la salud de la mujer, dado que si la extracción de la placenta es violenta o parcial puede producir hemorragias e infecciones que deriven en complicaciones graves. Respecto de la atención del niño, lo más relevante es la sección del cordón umbilical, un procedimiento sencillo que todavía en las primeras décadas del siglo XX es manejado por ambos profesionales.

¹⁷⁶ Véase: GACHE, Samuel (1901e). “Obstetricia. Examen clínico de la mujer embarazada”. *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia*, año I, N°2. Buenos Aires.

¹⁷⁷ Ibidem. Pág. 58.

¹⁷⁸ Ibidem. Pág. 59.

Los partos complicados o distócicos se reservan para los médicos. En estos casos, dependiendo de la situación y del tiempo con que cuentan para un traslado deciden entre la realización de un parto artificial o provocado, o en menor medida una cesárea ya que ésta todavía no es una intervención generalizada y sólo se realiza en algunos hospitales.

En numerosos casos la decisión ante un parto complicado conlleva el sacrificio del feto a través de la embriotomía¹⁷⁹ y craneotomía, seguidas de distintos tipos de decolaciones, es decir, diferentes secciones producidas en el cuerpo del feto a fin de facilitar la expulsión. Con frecuencia, los partos laboriosos llegan a los hospitales luego de varias horas de desarrollo, situación que según los médicos compromete el éxito del nacimiento (Di Liscia, 2005).

Intervenciones obstétricas

Con el proceso de especialización de la obstetricia como disciplina a cargo del nacimiento humano, se sucede la veloz incorporación y complejización de las intervenciones que se realizan en el momento del parto.

Las primeras operaciones obstétricas, como el parto forzado, el uso del fórceps¹⁸⁰, la embriotomía, la operación de Porro, las pubiotomías o las sinfisiotomías¹⁸¹ entre otras, van a

¹⁷⁹ Embriotomía: intervención quirúrgica que se practica con el fin de extraer de manera definitiva el feto por vía vaginal reduciéndolo en pedazos. Otra: operación que tiene por objeto reducir el volumen del feto para facilitar el trabajo del parto. Nombre genérico dado a todas las operaciones que consisten en aplastar o fragmentar la cabeza del feto, con la ayuda de instrumentos denominados embriótomos, para facilitar su extracción.

¹⁸⁰ El fórceps es uno de los primeros instrumentos que incorpora la obstetricia para los partos complicados. Básicamente es una pinza con una de sus ramas en forma de cuchara, un mango y una articulación que permite tomar la cabeza del feto sin aplicar fuerza extrema y colaborar de manera artificial con la expulsión por el canal de parto. Hubo diferentes tipos y una de las innovaciones más importantes fue la incorporación de una tercera rama. Su uso se inicia a partir del siglo XVIII en Europa para intervenir en los partos anormales, lo que determina la profesionalización de la obstetricia como rama de la medicina. Para ampliar ver: NAROTZKY, 1995 y RICH (1996).

En nuestro país el fórceps de Tarnier fue el que se adoptó con mayor rapidez. Ver: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires: Imp. Flaiban y Camilloni.

¹⁸¹ Sinfisiotomía: operación en la cual las fibras de la sínfisis pubiana se dividen parcialmente para permitir la separación de la articulación y por lo tanto el aumento de las dimensiones pelvianas durante el parto.

ser paulatinamente reemplazadas por operaciones de cirugía obstétrica, especialmente la cesárea.

Sin embargo, por estos años, la intervención (o no) sobre el parto requiere ser justificada. Entre el llamado parto fisiológico, natural, normal o hasta eficiente y el parto patológico o distócico hay una zona gris a la que algunas veces se hace referencia como parto provocado, parto forzado o parto acelerado. Se trata de situaciones donde no corre riesgo la vida de la mujer ni del feto, pero desde la medicina, se considera que es mejor intervenir de alguna forma. Se lee en las publicaciones médicas un gran despliegue argumentativo que da señales para comprender que la intervención sobre el parto en estos casos, que es posible suponer son la mayoría, no está saldada.

La intervención más generalizada es la *versión* tanto en su variante *interna* como *externa*. Ésta es considerada por los médicos como una operación obstétrica de uso corriente. Básicamente es una maniobra que trata de modificar manualmente la posición del feto para colocarlo en situación cefálica (de cabeza). Su implementación se decide luego de que se verifica el número y la presentación del feto/s y la morfología del útero al momento del parto.

La *versión externa* es un procedimiento "*por el cual se cambia la presentación del feto según determinadas reglas del arte, con objeto de hacer posible o por lo menos facilitar la expulsión espontánea del feto, o para preparar el parto artificial*" (Luis Pérez, 1921: 7)¹⁸². Es una práctica muy común por esos años que realizan parteras y médicos, y no implica riesgo ni transforma un parto fisiológico en uno distócico o dificultoso. Es una maniobra sencilla que consiste en realizar presiones sobre la pared abdominal para colocar en mejor posición el feto y facilitar su encaje en el canal de parto. Tiene como fin facilitar el parto y se considera completamente normal. En general se utiliza para convertir una presentación de nalgas en una presentación cefálica, o una situación transversa u oblicua en longitudinal. La *versión externa* requiere como condición que el feto tenga movilidad, es decir, que cuente con la cantidad necesaria de líquido amniótico. En los documentos consultados, los médicos no la recomiendan si es necesario un parto rápido, pues la ubicación del feto puede demorar varias horas.

¹⁸² Véase: LUIS PÉREZ, Manuel (1921): *La asistencia maternal a domicilio en la Ciudad de Buenos Aires*, Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, AGN.

La *versión interna*, por su parte, es *algo más dificultosa y riesgosa para la mujer y para el niño*. Implica que se introduzcan una o ambas manos en la cavidad uterina para tomar al feto, en lo posible por los pies, para modificar su posición. Puede requerir de la utilización de un instrumental específico, como fórceps y ganchos de diferente tipo¹⁸³. En este caso no hay acuerdo respecto a la posibilidad de que sea realizado por parteras.

En sus textos, los médicos desarrollan largamente sus opiniones y experiencias ante los partos laboriosos o complicados. En esas páginas recorren los diferentes registros discursivos poniendo de manifiesto la distancia que encuentran entre la forma en que esperan se desarrolle la interrelación entre los que participan del parto con el fin de que sea exitoso en términos médicos y lo que sucede en la práctica. Como se ha señalado, la definición de éxito o efectividad médica no solo es medida en términos cuidado y conservación de la salud y la vida, sino que se incorporan dimensiones morales sobre la vida cotidiana de quienes portan materialmente esa vida y esa salud, cuya existencia no es posible de forma separada de esa persona.

Así, por ejemplo, el doctor Maine en un artículo de 1905 enumera y describe las dificultades que encuentra para realizar la *versión podálica o interna* ante un *parto laborioso* caracterizado por la estrechez pélvica. El texto se expone en las maniobras que deben realizarse y se define como primera complicación la *indocilidad de la mujer*¹⁸⁴, hecho que se coloca por delante de cuestiones de tipo patológico.

¹⁸³ Ibidem. Pág. 8.

¹⁸⁴Ver: MAINE, (1905): Sobre operaciones obstétricas. Versión podálica por maniobras internas. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.

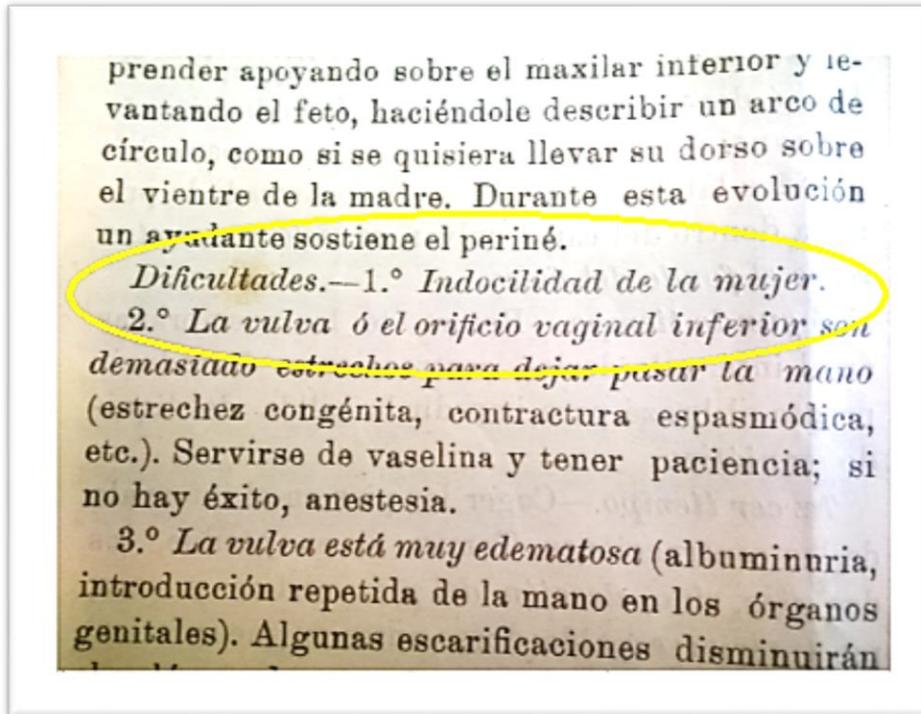


Imagen N°13: MAINE, (1905): Sobre operaciones obstétricas. Versión podálica por maniobras internas. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires, P. 11.

La mención de la *indocilidad de la mujer* colocada en un mismo nivel que otras complicaciones de carácter biológico y físico como el tamaño de algún órgano o parte del cuerpo, habilita otras miradas para tener en cuenta. La naturalización con que se hace referencia a la resistencia ejercida por las mujeres ante una maniobra obstétrica invasiva y con seguridad muy dolorosa muestra la expectativa de los médicos respecto a su actitud ante el parto.

Asimismo, este tipo de comentarios debe leerse en sintonía con la incorporación del instrumental médico señalado en el capítulo anterior cuyo fin es inmovilizar el cuerpo de la mujer y fijarlo en una cierta posición, contribuyendo con una mayor pasividad y docilidad forzada. Como se observa en este fragmento, la construcción narrativa que se configura desde la medicina en relación con la mujer y el parto es compleja y multidimensional. Si bien por un lado se afirma que el parto es un proceso fisiológico que, en tanto natural, ocurre de forma espontánea sin que la mujer tenga voluntad sobre el mismo. Por otro, ante una complicación en la que deben intervenir para modificar ese proceso fisiológico requieren tanto de voluntad

por parte de la mujer para aceptar la intervención y como de docilidad para sobrellevar la práctica.

Pero la noción de *indocilidad* todavía expresa algo más respecto de las formas de producción y reproducción de las relaciones de género en una sociedad patriarcal y constituye un analizador de cómo los grupos médicos han puesto en juego su capacidad y sus privilegios para imponer valores e intereses en un marco social más amplio que lo que hace a las cuestiones de salud y enfermedad. Al apelar negativamente a un tópico recurrente en la constitución de los atributos de género femenino -junto con la sumisión, la pasividad, la obediencia y la complacencia- los confirman desde el respaldo que aporta la cultura científica.

Colocar como primera dificultad para la realización de una intervención médica -que implica el acceso al cuerpo de la mujer por parte del profesional- a la *indocilidad* (en tanto ausencia o falta de aceptación a hacer lo que se manda) de la mujer, dice más respecto de su eficacia simbólica que de su efectividad clínica. Su enunciación y jerarquización dan cuenta de un mecanismo a través del cual se propugna la aceptación de una estructura de relaciones de poder entre médicos y pacientes ante el parto.

En este sentido, la búsqueda de docilidad ante la intervención médica es parte del proceso de configuración del parto como acontecimiento médico (Sadler, 2001); expresión que lo entiende como un asunto patológico que legitima el control médico, y que a la vez que excluye a la mujer del protagonismo y la experiencia subjetiva, da lugar a una forma particular de violencia moral (Segato, 2003) en el seno misma de su estructuración.

La medicina obstétrica va a defender y legitimar sus intervenciones desde la convicción de que la naturaleza -por sí sola- no resulta suficiente para garantizar la vida y la salud. Acá también aparece la relación dual entre naturaleza y medicina, donde esta última se ubica como la responsable de corregir los errores y mejorar el desempeño de los procesos naturales. Así es como lo expresa doctor Gache al afirmar que “el número de intervenciones practicadas revela que su necesidad ha sido juzgada con el más estricto criterio, y practicadas

solamente después que una expectación atenta demostraba la insuficiencia de los esfuerzos de la naturaleza” (Gache, 1901e: 16)¹⁸⁵.

El dolor del parto y la analgesia

Las discusiones en torno a la intervención médica durante el parto atraviesan también la cuestión del dolor. A pesar de que los médicos reconocen que el dolor es parte del proceso vital del nacimiento encuentran, muchos de ellos, la necesidad de evitarlo o disminuirlo. Los debates sobre el uso (o no) de analgésicos en esas instancias aparecen con recurrencia. Es un debate entre profesionales, en este sentido, lo ponen en juego en sus discursos es lo que hace a los resultados clínicos. No se incorpora dentro de lo opinable lo que hace al consentimiento, convencimiento, y la información con que cuentan o no las propias mujeres portadoras de ese dolor.

Justamente durante 1915 y 1916 se da públicamente una fuerte controversia médico-científica sobre el uso de analgésicos durante el parto entre los más destacados obstetras del país. El doctor Eliseo Cantón presenta un trabajo en el Primer Congreso Nacional de Medicina (1915) que luego es replicado en varias publicaciones, en el cual refiere a un estudio clínico sobre el uso de una droga para obstetricia y ginecología desarrollada y patentada por él mismo cuyo nombre comercial es *Partoanalgia*. En este texto, el influyente obstetra porteño presenta una serie de estudios que dan cuenta de las bondades y ventajas de esta sustancia.

Durante ese mismo año, y en el siguiente se publican una serie de textos de los cuales algunos replican puntualmente los estudios de Cantón sobre ese calmante, y otros se oponen de forma más generalizada al uso de analgésicos afirmando, entre otras cuestiones, que retarda las contracciones, alarga el parto, impulsa la necesidad de mayores intervenciones por parte del médico e incluso puede provocar muy serios problemas respiratorios a los fetos y hasta la muerte.

¹⁸⁵ Véase: GACHE, Samuel (1901e). “Obstetricia. Examen clínico de la mujer embarazada”. *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia*, año I, N°2. Buenos Aires.

En un artículo, Domingo Iraeta¹⁸⁶, en ese momento médico de la Maternidad del Hospital Nacional de Clínicas y adscrito a la cátedra de Clínica Obstétrica, rechaza abiertamente el analgésico de Cantón. El autor recoge los resultados publicados por otros médicos, entre ellos Peralta Ramos y Houssey, quienes afirman que luego del uso del analgésico los bebés nacen somnolientos, con apnea y no pueden respirar por si solos. Sostienen que en numerosos casos comprobados “*los fetos intoxicados con morfina mueren al momento de nacer o algunos instantes después*” (Iraeta, 1916: 17)¹⁸⁷.

Así lo explica Iraeta:

No quiero detenerme a probar que la Partoanalgia (morfina + un poco de hipófisis) sea un tóxico, para lo cual no tendría más que copiar un capítulo de toxicología que trate sobre la morfina pura, sobre todo después de las conclusiones decisivas del Profesor Houssay, y a mayor abundancia, mis propias observaciones clínicas en que me hubiese sido dado observar la sintomatología de las mujeres sometidas a este analgésico: perturbaciones circulatorias, respiratorias, miosis, amaurosis, inyección conjuntival, sueño, cefaleas intensas, vómitos e ictericia, llegando en algunos casos al como mórfico (Iraeta, 1916: 16)¹⁸⁸.

Para reafirmar su opinión también menciona historias clínicas y observaciones de otros médicos de diferentes países como España, Cuba y Brasil donde el uso de esta droga generó intoxicaciones profundas a la mujer y provocó la muerte de varios recién nacidos.

Luego, Iraeta se refiere a la mayor cantidad de intervenciones médicas que genera la droga:

El Profesor Galíndez, en su trabajo sobre la Partoanalgia se alarma muy justamente, por el gran número de intervenciones obstétricas a que tiene que recurrir usando este analgésico. Yo, por mi parte, le imputo directamente al analgésico la causa por la que tuve que terminar rápidamente algunos partos.

¹⁸⁶ Domingo Iraeta, Médico por la Universidad de Buenos Aires. Pertenece a la generación de obstetras siguiente a la de Cantón y fue integrante de las organizaciones que cuestionaron en el cambio de siglo el funcionamiento de la Universidad de Buenos Aires. A partir de la década del 30 queda a cargo de la dirección del Hospital Penna. En 1940 fue presidente de SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología Buenos Aires). Para ampliar, ver *Biografías Breves*.

¹⁸⁷ Véase: IRAETA, Domingo (1916). *Sobre los pretendidos éxitos de la Partoanalgia*. Réplica al trabajo presentado por el Prof. Eliseo Cantón al Primer Congreso Nacional de Medicina de 1915.

¹⁸⁸ Idem.

(...) En resumen, las propias observaciones de Cantón, de Fernández, de Galíndez, por mencionar a algunos, confirman mi conclusión que dice: los analgésicos aumentan las causas de intervención obstétrica (Iraeta, 1916: 15)¹⁸⁹.

En el artículo se explica que las pruebas realizadas antes de la venta de la droga en el mercado y su uso durante los partos fueron insuficientes y poco rigurosas. El analgésico fue probado en Brasil con un grupo de perros que tenían pesos diferente y a los cuales se suministró la misma cantidad de droga, por lo cual sus resultados son refutados por inválidos por la mayoría de los médicos mencionados. Lo que la discusión demuestra es que, en ocasiones, la incorporación de medicamentos y drogas no cuenta con la suficiente evidencia científica como para asegurar la ausencia de contraindicaciones. Posiblemente, en este caso, es posible suponer que el prestigioso nombre de Cantón es el que legitima y promueve el uso de un analgésico cuyas derivaciones no son aceptables según los parámetros que los propios médicos sostienen y defienden. El medicamento es incorporado a la atención de los partos sin el respaldo suficiente provocando que, en muchos casos, aumenten exponencialmente las intervenciones médicas y las complicaciones para los recién nacidos.

Asimismo, en las numerosas evidencias presentadas en el extenso artículo, no hay ninguna referencia a si el analgésico fue solicitado por la mujer, sugerido o colocado sin consulta por el médico. No se menciona nada sobre el consentimiento ni sobre la información previa dada a la mujer respecto de los riesgos, en caso de que ella lo haya solicitado. Es una discusión entre médicos cuyo marco parece ser el dolor como un hecho abstracto y autónomo.

En tanto controversia, no se observa consenso sobre la necesidad o no de evitar el dolor de parir, como así tampoco resulta claro si ésta es una necesidad de las mujeres o de los propios profesionales que posiblemente se ven descolocados o incómodos en esos momentos:

El Profesor Recasens, actual decano de la Facultad, quien al anatematizar el uso de la Partoanalgesia como analgésico obstétrico dice: nuestra misión no está en terminar el parto sin dolor, sino que este se realice sin perjuicio para la madre y para el feto (Iraeta:1916: 18)¹⁹⁰.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ Ibidem.

Es posible afirmar también que, finalmente, es un debate respecto del grado de intervención sobre el parto que se enuncia de forma solapada. No se discute ya sobre la conveniencia de intervenir sobre los partos, eso parece estar saldado, sino que la discusión se centra en la búsqueda de un límite que marque hasta dónde y en cuánto modificar el proceso natural de los partos, no solo los distócicos o patológicos.

En este tópico es muy visible la construcción del parto como un proceso externo a la mujer donde los médicos son convocados a “*hacer el parto*”. El parto es un asunto médico durante el cual la mujer ocupa el lugar de objeto de esa intervención.

La operación cesárea

Una de las grandes discusiones de la época se da en torno a la cesárea. Es un tema que entusiasma y desafía a los obstetras y coloca a la obstetricia en un lugar destacado dentro de la medicina, más cerca de la cirugía y de las prácticas de alta complejidad.

En los años estudiados, la cesárea comienza a ser una práctica posible de realizar en mujeres vivas a partir de los conocimientos en torno a las infecciones desarrollados por médicos europeos. Esta práctica quirúrgica se efectuaba desde antes del siglo XX, pero solamente con quienes habían fallecido durante el parto con fin de intentar salvar al feto.

En 1892 se realiza la primera cesárea del país a una mujer viva. La lleva a cabo el doctor Samuel Molina en la Maternidad del Hospital San Roque y cuenta con la asistencia del doctor Enrique Zarate, profesor y practicante del servicio, y la doctora Cecilia Grierson. Para la intervención aplican el método de Dübrssen o de incisión vagino-perineal y realizan lo que es la primera sinfisiotomía practicada en la Argentina. Los resultados de la operación son exitosos, dado que logran sobrevivir la madre y el hijo. Además, las alumnas de la escuela de parteras presencian todo el procedimiento, como parte de su formación¹⁹¹.

En las discusiones de esos años, lo que encontramos por parte de los médicos es la consideración de la cesárea como una práctica desafiante. En las publicaciones científicas,

¹⁹¹ Para ampliar los detalles sobre el inicio de la cirugía obstétrica ver: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires: Imp. Flaiban y Camilloni.

las historias clínicas de cada uno de estos partos forzados, como se los suele llamar, se detallan y divulgan cuidadosamente como uno de los grandes logros de la medicina de la talla de una hazaña.

Es oportuno recordar que los límites en oscila la indicación relativa de la operación cesárea tienden a ensancharse de día en día, cediendo tal vez al estímulo de los éxitos y a las pérdidas de la gravedad extrema que en otros tiempos se acordaba a dichas intervenciones (Cantón, 1904: 328)¹⁹².

Los relatos recorren desde el lugar en donde realizar el corte, el momento del embarazo y/o parto indicado para hacer la intervención, la forma de hacer la sutura, los cuidados posteriores a la cirugía, entre otros:

Tomadas todas las precauciones de asepsia aconsejadas, intervine convencido de que el parto no terminaría espontáneamente (...) Incisión de la pared abdominal del útero en el sentido longitudinal con tijeras, haciendo previamente uno con bisturí; al incidir el útero, corto la placenta en la cara anterior, y extraigo un feto de sexo femenino (...) Hice la sutura del útero en dos capas con catgut y ligué las trompas como prevención contra embarazos futuros. La sutura abdominal se realizó en dos planos: el primero por el peritoneo y se hizo con seda fina, el segundo comprendió el resto de la pared (...) la operación duró 25 minutos (Gache, 1901: 586)¹⁹³.

La enferma es llevada a la sala de trabajo el 13 a las 8 p.m. con un dedo de dilatación. No hay encaje. En vista de la estrechez y de la falta de encaje resolví practicar la operación cesárea (sección vertical del útero) siendo las 10 p.m. Extraje un feto de sexo femenino en estado de muerte aparente y se le reanimó enseguida (Gache, 1905: 464)¹⁹⁴.

La cesárea es un tópico central en las controversias de esos años, dado que aglutina a un conjunto de discusiones que incluyen dimensiones y escalas diversas. En los textos de esos años se han encontrado una sucesión de argumentos que se han organizado en cinco tipos para su descripción y análisis.

¹⁹² Véase: CANTÓN, Eliseo (1904). "Operación cesárea conservadora y Radiopelvimetría". Maternidad del H. San Roque. *La Semana Médica*, año XI, Buenos Aires.

¹⁹³ Véase: GACHE, Samuel (1901b). "Obstetricia. Dos nuevas operaciones cesáreas. Curación. Maternidad del Hospital Rawson". *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.

¹⁹⁴ Véase: GACHE, Samuel (1905). "Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas". *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires.

En primer lugar, las contribuciones de la asepsia y la antisepsia junto con la entrada de la cirugía a la sala de partos, o más bien la conversión de un quirófano como sala de partos, permiten efectivamente que la cesárea sea una operación factible y viable. Junto con esta posibilidad aparecen argumentos a favor de una mayor intervención médica sobre el cuerpo de las mujeres con el fin de garantizar, a través de la operación, la vida del feto. Es decir, una vez que se tiene la certeza real, concreta y material de que la cesárea es realizable en términos prácticos, se configuran a su alrededor una serie de discursos que la avalan y promueven.

Como parte de este ensamble, los textos médicos dedican grandes párrafos a hacer referencia a los temores de las mujeres y a su frecuente negativa ante la cirugía. Discuten si la cesárea puede ser una intervención *optativa*, ante la cual la mujer tiene la posibilidad de negarse aun a riesgo de la vida del feto. Este segundo aspecto, está atravesado por la cuestión de la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo. Lo que está en juego es si la medicina puede intervenir sobre los cuerpos de las parturientas -hasta el punto ingresar a su interior- sin su voluntad-consentimiento o más allá de ella; y cuál es el alcance de esa respuesta. Es una pregunta respecto de hasta dónde pueden y deben los médicos tomar las decisiones sobre la forma en que se va a realizar el parto.

Un tercer nivel en los argumentos es el que se centra en la necesidad que tienen los médicos de establecer una línea divisoria entre el pasado y el presente-futuro. Hay una continua búsqueda de hitos que permitan delimitar un momento previo en la forma de nacer, donde el rol de la medicina es difuso, y un momento actual que se irá desplegando progresivamente hacia el futuro regido por los parámetros de la ciencia y su inevitable avance. En este nivel, se habla en términos de fin de una etapa donde, por los escasos avances de la medicina, se sacrificaba la vida del feto ante partos complicados.

Un cuarto nivel de discusión, que en realidad atraviesa a todos los demás, es el que está asociado a los reajustes morales que la incorporación de la tecnología impulsa. La posibilidad de obtener resultados obstétricos satisfactorios va de la mano con un conjunto articulado de patrones morales en torno a la maternidad que pasa a ser explicada por sus caracteres biológicos. Aparece la noción de lo instintivo de la maternidad y a la vez que se naturaliza la obligación de su ejercicio. *Insisto materno* y *deberes maternos* son expresiones repetidas en los textos médicos de esa época, sin distinción de pertenencia política, en tanto

certezas morales. Así, el conocimiento científico refuerza y fortalece la relación biológica de la maternidad, es decir presentada en términos reproductivos y biologicistas, pero sostenida por una fuerte maternalización de las mujeres.

En este mismo nivel, se despliegan y operan los argumentos que certifican que la maternidad es una función y un estado a ser protegidos. De allí, la necesidad de contar con normativas y leyes que protejan o coloquen en su lugar a las mujeres, portadoras de esta función y estado, en caso de se ponga en riesgo su potencial reproductivo o sus responsabilidades maternas. El extensivo desarrollo jurídico en torno se apoya en estos fundamentos para criminalizar y colocar en un marco punitivo a la maternidad.

En un artículo de 1904, el doctor Cantón, recorre simultáneamente gran parte de estos tópicos para desarrollar sus explicaciones en favor de la cesárea:

Alejamos igualmente hasta la hipótesis de que la embriotomía pueda practicarse en el feto vivo y sano, para salvaguardar mejor los intereses de la vida materna. En esta debatida cuestión nos enrolamos decididos en las filas de nuestro maestro Pinard, sosteniendo que «la embriotomía en el niño vivo ha caducado», hoy más que nunca, cuando el corte cesáreo, la sinfisiotomía y el parto prematuro arrojan resultados tan satisfactorios para las madres e hijos.

(...) No existe ciertamente ley alguna de orden sociológico ni moral, que autorice a los padres, y mucho menos al médico, a exponer la vida del feto, cuya existencia tiene ya derechos civiles que le salvaguardan, y a quien no es posible condenar al sacrificio por los solos temores de la madre, que olvidó al concebir los numerosos sacrificios y peligros que impone la maternidad.

(...) Para nosotros, la embriotomía en el niño vivo y sano, será siempre un verdadero infanticidio, cometido por el médico con la complicidad de los padres, infanticidio premeditado y alevoso, que solo se diferencia de los comunes en que el manto del misterio profesional lo hace escapar a la acción de la justicia (Cantón, 1904: 329-331).¹⁹⁵

Sin embargo, a pesar del despliegue argumental, la cesárea no está todavía muy extendida; los recuerdos recientes del hospital como un espacio para morir persisten con fuerza entre las mujeres, y entre los propios obstetras es considerada una práctica excepcional. Esto lo muestra el artículo de 1901, llamado “Indicaciones y técnicas del aborto

¹⁹⁵ Véase: CANTÓN, Eliseo (1904). Op. cit.

artificial”, donde la indicación de cesárea es una de las razones que justifican la realización de un aborto artificial.¹⁹⁶.

El contrapunto entre estos textos publicados en los primeros 5 años del siglo y dentro de la misma publicación, como así también el ímpetu que se percibe en los argumentos, dan cuenta de que la relación entre medicina y autonomía de las mujeres frente a las cuestiones reproductivas no está del todo definida y consensuada. La resolución de esta tensión no se va a dar en términos científicos, sino que se va a saldar en el plano jurídico-normativo acoplado a lo moral.

Esta oscilación entre lo científico y lo moral, en cruce con una fuerte jerarquización social, va a matizar el registro discursivo de gran parte de artículos médicos. Cuestiones anexas a la cesárea, como la discusión sobre la sutura o cicatriz se van a ver teñidas por este tono. Así, por ejemplo, otra vez, el doctor Cantón, al preguntarse por la cantidad de días que es conveniente esperar para retirar los puntos de sutura, es quien expresa este ensamble discursivo en un mismo argumento:

¿Cuál es el momento más conveniente para retirar los puntos de sutura? Casi al unísono aconsejas los autores dejarlos hasta el décimo día, y por nuestra parte hemos seguido el consejo en los siete primeros casos con el siguiente resultado: La cicatriz formada por primera intención es indudablemente sólida, pero los hilos principian a cortar la piel dejando huellas transversales indelebles que afean el conjunto de la cicatriz.

Se dirá que la cuestión de estética abdominal es muy secundaria para no despreciarla ante la inmensa ventaja de obtener una soldadura de la herida que nos garanta contra toda posible eventración. Sin embargo, pensamos que, si la estética es secundaria tratándose de las clientas de hospital, cuyo gusto artístico es poco o nada desarrollado, no sucede lo mismo con las del público, y el deber del cirujano es, en ambos casos, procurar siempre que sea posible una y otra ventaja en beneficio de sus operadas” (Cantón, 1904: 339)¹⁹⁷.

En estos discursos en torno a la cesárea, los médicos obstetras, en tanto enunciadores legítimos, van a ejercer su pretendido derecho de “hablar” sobre alteridades determinadas en relación con ellos -hombres profesionales pertenecientes a la elite porteña- apelando a lo que consideran su potestad de fiscalización (Angenot, 2010) sobre quienes no lo poseen.

¹⁹⁶ Véase: OCHISCHLAGER (1901). Op. cit.

¹⁹⁷ Véase: CANTÓN, Eliseo (1904). Op. cit.

Las mujeres no parecen tener derecho a la palabra ante las intervenciones médicas sobre su parto y el nacimiento de sus hijos. En estos textos, los destinatarios e interlocutores legitimados son los aquellos que pueden ocupar el lugar de par (de semejante), configurando un tipo de alocución que produce medios de distinción, de identidad y de selección.

CAPITULO VI

La relación de los médicos con las parturientas

Este capítulo trata de vislumbrar algunos de los marcos o perspectivas desde las cuales se van a desarrollar las relaciones entre médicos y mujeres. Se va a sostener que de acuerdo con la forma en cada uno de los participantes de la interacción se piense a sí mismo y al otro, junto con la manera en que considere su lugar, su rol y función en esa relación, se van a disponer un tipo específico de prácticas en torno al parto y nacimiento.

Se trata de dar cuenta de las perspectivas desde las cuales se configuran las acciones en la escala de las relaciones interpersonales. Así, en las interacciones cotidianas al interior de la sala de maternidad, el consultorio y el quirófano, la medicina en tanto institución adquiere una existencia concreta. En este mismo sentido, las normativas y ordenanzas como los reglamentos, protocolos e indicaciones clínicas alcanzan -con mayor o menor efectividad- alcanzan una materialidad práctica.

Para acceder a este nivel, se han seleccionado una serie de tópicos que permiten acercarnos, desde el punto de vista médico, a estas cuestiones. Con seguridad, no son excluyentes, pero sí muy representativos y potentes a la hora de construir los marcos de sentido que van a organizar las dinámicas en estos espacios.

En primer lugar, se va a abordar la cuestión de la *higiene de la mujer*, en tanto preocupación médica que toma la forma de imperativo. En este punto se ampliará un poco la mirada más allá de momento del embarazo, parto y puerperio, y se incluirán referencias sobre otras etapas vitales de las mujeres, dado que se considera que aportan información relevante sobre los marcos de sentido que van a organizar las prácticas clínicas.

También, se ha decidido incorporar en este capítulo el análisis de un conjunto de fotografías halladas y seleccionadas de los artículos médicos que conforman el corpus. Se considera que el contraste que se establece entre quien aparece en la fotografía -junto con el encuadre y la disposición de la imagen- y quiénes tomaron la foto y son destinatarios de su mirada, dice mucho acerca de las características de estas relaciones.

Por último, se presenta en este capítulo un apartado que aborda las significaciones que se han ido constituyendo sobre los cuerpos de embarazadas y parturientas. Es un tópico de carácter general, que atraviesa el resto de los capítulos y funciona como *marco de referencia* más amplio. En este sentido puede pensarse como un elemento central en la configuración de un *orden de interacción* (Goffman, 1989) en lo que hace a las interrelaciones entre profesionales médicos y las destinatarias de sus intervenciones.

El concepto de *marco de referencia* de Goffman (2006) tiene como fin comprender las formas en que los sujetos experimentan la realidad en la que viven. Los marcos organizan la experiencia del mundo y permiten el entendimiento y la acción comunes con otros. Son recursos cognitivos socialmente compartidos que forman parte de la cultura de un determinado grupo social y su uso en determinadas situaciones está socialmente estructurado y dado por supuesto. En otras palabras: el marco organiza tanto la construcción del significado subjetivo de la situación como la participación del individuo en ella¹⁹⁸.

A partir de los tres ejes señalados se podrá acceder a una cierta *proyección* de la manera en que, desde la mirada médica, se define la *situación*¹⁹⁹ del parir-nacer, hecho que abonará a una construcción más general de la noción de mujer y de lo femenino, sobre todo a partir de la legitimidad de la voz pública de los profesionales de la salud. Siguiendo a Garfinkel (2006), se dirá que estas construcciones irán consolidando conjunto de *expectativas*

¹⁹⁸ De lo anterior se desprende que la noción de marco supera la oposición dicotómica entre los enfoques estructuralistas e individualistas, ya que no pierde de vista las constricciones estructurales que limitan —en cierto grado— la libertad de los individuos para aplicar un *marco de referencia* a una situación particular; pero tampoco olvida las competencias prácticas y morales de los actores en cada contexto de interacción o situación social dada. La creación de marcos se produce mediante la actividad de *framing* o *proceso enmarcamiento*, que implica el desarrollo de estrategias simbólicas denominadas *alineamiento de marcos*. El proceso de enmarcamiento consiste en un fenómeno activo, procesual, que implica la agencia y la disputa en el nivel de la construcción de la realidad (Goffman, 2006).

¹⁹⁹ El concepto de “situación” adquiere mayor sentido si se lo utiliza en términos de Schutz (1974:215-216). Según este autor, su definición responde a una lógica particular que tiene lugar hacia el interior de un grupo social; aquí circulan una serie de tipificaciones compartidas por sus miembros que homogenizan el entendimiento de sentido común de dicho grupo. Se trata de un sistema de significatividades que les permite a los sujetos no solo entenderse sino articular sus acciones. En otras palabras, esto quiere decir que, la condición de posibilidad de que un individuo cumpla con las normas vigentes en una situación, o más bien, que exista la oportunidad de entenderse con otros allí, está supeditada a que responda de la manera típica aceptada por los miembros de ese grupo a los sucesos que acontecen.

de trasfondo que van a ser las que los sujetos, tanto médicos como mujeres en sus etapas reproductivas, den por sentado.

En este sentido, como cierre del capítulo se hará referencia a la subalternización de las mujeres en los espacios y cuestiones médicas. En este punto, uno de los ejes a recorrer será la información; tanto la que llega a las mujeres en el momento del embarazo y parto sobre las intervenciones obstétricas que los médicos van a realizar o las que ya han hecho, supongamos en un caso de urgencia; como la que circula entre médicos y parteras. Este es un punto central en lo que hace a la autonomía y al lugar donde queda la toma de decisiones.

El deber de la higiene en *la* mujer

Con el higienismo en boga por esos años, aparecen y se publican artículos, tesis y manuales con recomendaciones sobre la higiene de la mujer desde un pretendido marco científico. En este sentido, por ejemplo, el doctor José Saborido, médico del Hospital Rivadavia, publica en 1911 su tesis para obtener el título de Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires²⁰⁰. Bajo el título “Higiene de la Mujer” el texto desarrolla una serie de recomendaciones y prescripciones en torno a la higiene de las mujeres en todas sus etapas vitales, - *“puede parecer que únicamente en el período de actividad genital está expuesta la mujer a la infección, sin embargo, ésta la amenaza en todas las edades”* (pág.9)- sostiene apenas comienza el texto.

Saborido justifica la importancia y relevancia de la realización de una tesis sobre esta temática afirmando tanto que - *“la mujer es ignorante de los peligros que encierran las afecciones”* (p. 17)- como que *“la mujer lleva en sí algo sagrado, algo que debe seriamente preocupar al médico, es lo que podríamos llamar la salud de su aparato genital”* (pág. 33)²⁰¹.

El autor sostiene que más allá de tumores, lesiones accidentales o consecuencias del parto las afecciones genitales de la mujer provienen de infecciones o distrofias. Las

²⁰⁰ Véase: SABORIDO, José (1911). *“Higiene en la Mujer”*. Tesis para otra al título de Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. N° 2296. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.

²⁰¹ Idem.

infecciones son, según sus palabras, debidas a microbios que “*penetrando por el orificio vulvar, invaden en jornadas sucesivas y ascendentes, la vagina, el útero, pudiendo ganar las trompas y ovarios*” (p.33)²⁰².

En esta tesis, el autor desarrolla un análisis de los riesgos para la salud de la mujer que puede provocar la falta de higiene en cada una de las etapas vitales. Además, el análisis se acompaña con indicaciones muy precisas para evitar las enfermedades e infecciones. A lo largo de las páginas, el cuerpo de la mujer es observado y examinado con el fin de prescribir las formas adecuadas de mantenerlo sano en la vida cotidiana. En este sentido, la mujer es cuidada como un cuerpo universal, en tanto hembra de la misma especie.

En el capítulo sobre la infancia sostiene:

Una fuente frecuente de contagio consiste en la práctica, muy extendida aun hoy entre la gente pobre, de acostar a varias niñas en una cama o hacerles participar del lecho de los adultos, la exigüidad de los locales, la carestía de la vida, imponen casi forzosamente esta promiscuidad dañosa. En las clases acomodadas y ricas, suele aparecer el contagio emanado de las mismas causas, no ya por necesidad ni estrechez de local, sino que la joven madre que ignora los peligros que encierran los juegos con su hija, halla un placer especial en acostar a la pequeña criatura en su cama, contaminada muchas veces por un derrame al que ella no concede importancia. Sin embargo, el uso de calzones cerrados o la práctica cotidiana del lavaje minucioso pondrán en cierto modo a las niñas al abrigo de estas infecciones (Saborido, 1911: 42)²⁰³.

Durante esta etapa, el autor pone mucho énfasis en la vigilancia permanente de las niñas “*sobre todo cuando niños de sexo diferente se encuentran reunidos*” y también para evitar hábitos de *onanismo*. Ante estas circunstancias indica que las madres deben prevenir *desordenes peligrosos y hacer una buena higiene profiláctica poniendo a sus hijos al abrigo de toda contaminación moral y física* (Saborido, 1911: 44)²⁰⁴.

Luego de la infancia pasa a la pubertad. Saborido afirma que a esta edad las niñas sienten una tendencia a la sensibilidad, la tristeza y la auto contemplación “*y es entonces,*

²⁰² Ibidem.

²⁰³ Ibidem.

²⁰⁴ Ibidem.

que, de esa tristeza invencible, no hay más que un paso a la histeria o a la neurastenia que estallan repentinamente” (Saborido, 1911: 50)²⁰⁵.

A lo que agrega que:

Es frecuente observar entonces apasionamientos repentinos por el trabajo, que entonces emprenden con ardor excesivo, al cual sigue bien pronto el desaliento y la fatiga. Su susceptibilidad es más grande y ella provoca a cada instante decepciones que generalmente se traducen por crisis de lágrimas poco justificadas (Saborido, 1911: 51)²⁰⁶.

Para luego preguntarse directamente si este tipo de comportamiento se trata de fenómenos reflejos del proceso de ovulación o si las modificaciones del ovario llevan a la sangre productos de secreción con efectos que no logran neutralizar. En esta etapa, comienza a aparecer, de forma solapada, la idea de locura como parte del carácter femenino.

En esta edad hace recomendaciones en torno a la vestimenta del estilo:

El corset será tan flexible como sea posible, y se vigilará que sea muy apretado. Desde esta edad, la coquetería hace ya sus víctimas en el bello sexo, y nuestras pequeñas clientas hacen más caso a la costurera que al médico. La llamada a ayudar al médico aquí es la madre, que discreta y con firmeza, debe ella dirigir estas cuestiones en el sentido práctico y cómodo (Saborido, 1911: 52)²⁰⁷.

Además de las cuestiones de la vestimenta y sin evidencia ninguna, el autor recomienda que no se eduque demasiado a las púberes ni se las deje dedicarse a las artes en profundidad porque corre el riesgo el sistema nervioso:

Un estudio cotidiano regular, puede ser considerado como saludable, porque disciplina el espíritu y deja menos lugar a abstracciones y ensueños, hartos frecuentes en esta edad. Pero este estudio no debe causar fatiga excesiva ni ir hasta el surmenage. El amor propio excitado por la conquista de diplomas y de premios que halagan la vanidad de los padres y de las hijas, entrañarían demasiado a menudo excesos inconscientes de los cuales no tardan en dejarse sentir efectos deplorables.

(...) el estudio de la pintura, de la música y de la declamación son materias delicadas que debieran exigir prudencia por parte de los padres. La práctica de las artes llevada al exceso hace en esos espíritus poco seguros estragos e inconvenientes, creando una especialización

²⁰⁵ Ibidem.

²⁰⁶ Ibidem.

²⁰⁷ Ibidem.

demasiado exclusiva, poco favorable a la cultura general de la inteligencia y que tiende muchas veces a excitar el sistema nervioso de una manera excitante. Algunos ginecólogos acusan a la música de turbar especialmente las funciones ováricas, entreteniéndolo allí una especie de congestión que podría ser el punto de partida de perturbaciones distróficas graves. Basta observar a estas niñas para darse cuenta de la influencia que puede ejercer sobre su imaginación, tal o cual género de estudio, se debe refrenar con todo cuidado todo lo que sea de naturaleza apta para romper el equilibrio de su sistema nervioso (Saborido: 1911: 59-60)²⁰⁸.

Luego de estas recomendaciones, agrega que las púberes deben evitar las grandes aglomeraciones, dado que son *perjudiciales y desfavorables para sus jóvenes cerebros*; y que los padres deben vigilar también tanto a *sus compañeras habituales, como a la servidumbre que las rodea* con el fin de evitar vicios y peligros.

Al finalizar la pubertad llega un periodo que llama *la higiene de la joven núbil* y que va desde *la pubertad al matrimonio*, entendiéndolo a este último como una etapa biológica y natural. No le dedica demasiado desarrollo a este momento y pasa enseguida al capítulo que se llama *Higiene de la Mujer casada. Antecedentes de la desfloración*²⁰⁹. Allí el autor realiza unas descripciones muy minuciosas sobre el inicio de las relaciones sexuales de la mujer, dado que *no hay que desconocer que generalmente hay una parte de brutalidad en el acto sexual*²¹⁰:

Las primeras relaciones sexuales entrañan el desgarramiento más o menos violento del himen, sintiendo la mujer un dolor bastante vivo. Se observan algunas veces desórdenes más graves, causados ya por la violencia del traumatismo, ya por las infecciones como ulterior consecuencia. Se han constatado desgarramientos extendidos de la vulva y la vagina. Estos desgarramientos se acompañan frecuentemente de hemorragias serias: ha habido casos de perforaciones del recto o del cuello del saco vaginal posterior, accidentes que han llegado a causar la muerte (...) estos accidentes podrían haberse evitado si el marido, en lugar de considerar el matrimonio como letra de cambio inmediatamente redituable, tuviera en sus primeras relaciones un poco más de dulzura y diplomacia (...) En general, la recién casada está insuficientemente preparada para esta iniciación, de la cual no sospecha lo mucho que tiene

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ Ibidem. Pág. 33.

²¹⁰ Ibidem.

de violento. Los deseos son todavía bastante vagos en ella, y sus sentidos, por lo general, despertarán mucho más tarde (Saborido, 1911: 34)²¹¹.

En estos párrafos, se observa con crudeza la naturalización de la violencia sexual por parte del profesional de la salud. Bajo un registro de escritura aparentemente inocuo y pedagógico se hace referencia a la ocurrencia de *accidentes* cuando menciona situaciones donde, con toda probabilidad, se tratan de agresiones, pero que, al estar en el marco de una relación matrimonial, solo son cuestionadas de forma leve por el autor, a la vez que coloca un reproche en la mujer por su ignorancia antes estas cuestiones. Profundizar en este análisis excede los fines de este trabajo, sin embargo, es necesario mencionar que este tipo de construcción discursiva forma parte de un particular entramado que se sostiene en las diversas formas de desigualdad de bienes y posicionamientos económicos, simbólicos, subjetivos y eróticos (Fernández, 1993), en el cual la violencia hacia la mujer, en sus diversas manifestaciones, no es la excepción, sino parte constitutiva del andamiaje que lo sustenta. Afirmaciones de este tipo, envueltas en la legitimidad y la institucionalidad médico-científica, organizan relaciones de sentido que van a producir consensos que naturalizan las situaciones de opresión, disciplinando y acallando a quienes ocupan el lugar de oprimidas.

Luego de estas apreciaciones sobre las primeras relaciones sexuales de una pareja recién casada pasa a la higiene de la mujer embarazada. Dedicar un espacio importante a explicar la manera de evitar abortos y partos prematuros. Por un lado, recomienda evitar emociones fuertes y trabajos pesados, ya que “la mujer es como la yegua preñada, debe por lo menos evitar los trabajos violentos, igual que las impresiones morales intensas, porque suelen con frecuencia ser causa de aborto” (Saborido, 1911: 36)²¹².

Por otro, dado que es un momento donde se suceden *cambios en el carácter y en las facultades afectivas*, junto con la aparición de *deseos revisten en algunas un carácter impulsivo*, el autor recomienda se intensifiquen las tareas de inspección del domicilio de la embarazada.

²¹¹ Ibidem.

²¹² Ibidem.

En el hogar, durante la gestación se deben extremar las medidas de higiene, dado que es el lugar donde la mujer, en palabras de Saborido, pasa la mayor parte de su tiempo²¹³.

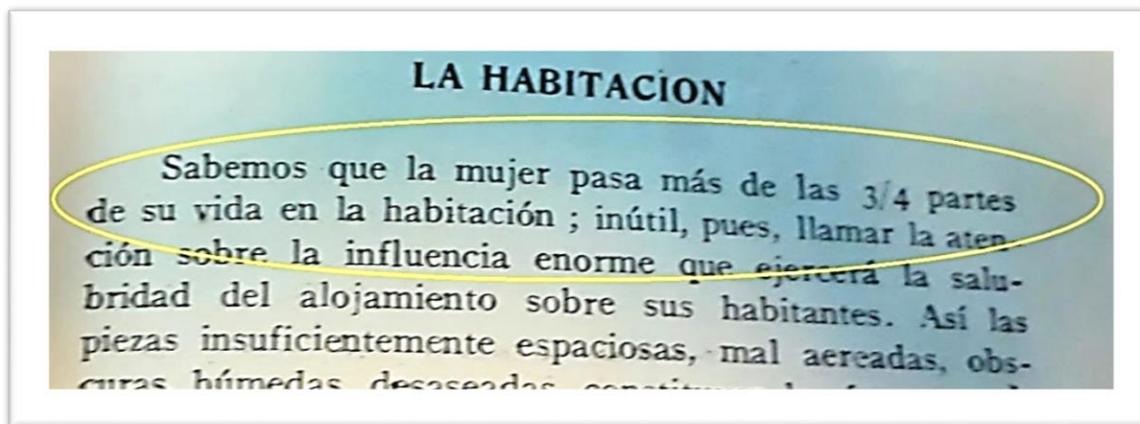


Imagen N°14: SABORIDO, José (1911). "*Higiene en la Mujer*". Tesis para otra al título de Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. N° 2296. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica, P. 37.

La dimensión de la higiene pasa del cuerpo de la mujer al hogar, de lo corporal a lo espacial, entendiendo que la casa, en tanto espacio de lo doméstico, es el sitio primordial de las mujeres. La casa será concebida como una extensión del cuerpo físico, por lo cual estará regida por los mismos patrones de salud-higiene.

Fotografía y obstetricia

Por estos años, junto con el instrumental médico, se incorpora la fotografía²¹⁴ como parte del equipamiento que facilita el registro y la difusión del conocimiento científico. En

²¹³ Ibidem, pág. 37.

²¹⁴ La fotografía aparece en el período que algunos autores llaman "de la doble revolución": entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, coronada por lo que fueron las revoluciones de 1848 (Gamarnik, 2011). Esta "doble revolución" plantea nuevas exigencias y nuevas posibilidades. La ciencia se extiende junto con el comercio y la exploración geográfica y se multiplica el número de científicos; entre ellos, quienes se dedican al estudio de la química (para los revelados) como a la óptica. En 1839, el Estado francés adquiere el invento

el ámbito de la medicina, desde finales del siglo XIX, primero en Europa y en Estados Unidos, se comienzan a producir numerosos estudios clínicos apoyados en técnicas fotográficas.

De la mano de la rápida expansión y la fragmentación de la ciencia médica en numerosos campos, la fotografía empieza a formar parte de manera regular del conjunto metodológico médico: los grandes hospitales disponen de una cámara y un fotógrafo, y los libros y revistas utilizan el medio de manera sistemática, desarrollando nuevos códigos visuales y nuevas miradas. Se extiende en la comunidad científica el interés por las aplicaciones médicas de la fotografía que se incorporan como mecanismos objetivos de observación y representación de la realidad, y también como testimonios de autenticidad.

En paralelo, el registro fotográfico se incorpora a la criminología²¹⁵. Los retratos de identidad policial comienzan a formar parte de los procesos de aplicación de dispositivos técnicos y científicos con los cuales el Estado nacional - a través de la intermediación de la institución policial- desarrolla sus capacidades represivas y de control social (Caimari, 2007). Con esa impronta más o menos explícita, los médicos van a ir incorporando imágenes fotográficas en la documentación de patologías y enfermedades diversas²¹⁶.

después de escuchar el discurso de Dominique François Arago, un astrónomo, físico y político ante la Academia de Ciencias y la Cámara de Diputados, el hecho tiene gran trascendencia y París vive lo que se describe como la época de la daguerrotipomanía. Además de Arago, Henry F. Talbot, quién además de inventor era botánico, trabajó sobre la documentación del patrimonio biológico; tomó fotografías emparentadas con la pintura – retratos, escenas domésticas, paisajes, naturalezas muertas- e hizo experimentos visuales. Por su parte, Daguerre mandó a construir un telescopio para fotografiar la Luna, cosa que logran hacer en 1890 E. Paul y P. Henry, astrónomos del Observatorio de París. Otros ejemplos son el de Auguste Sander quien inició en 1911 un catálogo fotográfico del pueblo alemán y los estudios de Edward Muybridge sobre el proyecto Animal Locomotion, utilizando la fotografía como método gráfico de análisis del movimiento y que resulta un antecedente del cine. Este tipo de usos de la fotografía se van expandiendo: la arqueología cataloga los monumentos históricos y los primeros etnólogos tratan de constituir grupos en serie de “tipos humanos”. En el apogeo de doctrinas racistas la fotografía resulta de gran utilidad, al igual que en el momento de expansión colonial reproduce la mirada de Occidente sobre las otras culturas, a través de la llamada “fotografía antropométrica” (Gamarnik, 2011).

²¹⁵ Esta práctica también se utiliza para el registro de prostitutas y a principios de siglo se intenta imponer entre algunos sectores que comenzaban a demostrarse conflictivos para los grupos dirigentes, como los obreros e inmigrantes. Un caso emblemático fue la propuesta de identificar a los cocheros de Buenos Aires hacia 1899, cuestión que suscitó acalorados debates, huelgas y demás. Ver: Caimari, L. 2004: 84 y ss.

²¹⁶ Por ejemplo, el estudio de las enfermedades mentales es una de las disciplinas médicas que rápidamente comienza a usar sistemáticamente la fotografía en sus registros. En 1878 el Hospital de La Salpêtrière de París se instala un laboratorio fotográfico como herramienta para la investigación de la histeria. Allí se producen

Puntualmente, en el conjunto de los documentos trabajados, un número importante de artículos que describen casos clínicos complejos se encuentran acompañados por fotografías de mujeres en alguno de los momentos del proceso de gestación y posparto. Específicamente, la mayoría plasman situaciones relacionadas con la operación cesárea, gran protagonista en esos años en lo que hace a intervenciones obstétricas.

En relación con la composición de la imagen, observamos procedimientos y arreglos similares: figuras de cuerpo entero sobre un fondo neutro claro que permite el contraste con el cuerpo de las retratadas. Ante el lente de la cámara, se expone el cuerpo de la mujer entero, parcial o completamente desnudo, con la mujer -en tanto paciente u objeto de la intervención obstétrica- sana o enferma mostrando frecuentemente el rostro. El detalle que da cuenta de la práctica quirúrgica es la cicatriz en el abdomen.

numerosas series que registran diversas manifestaciones físicas de patologías psíquicas, actitudes y emociones en aquellos definidos como idiotas y degenerados. Los trabajos de Georges Didi-Huberman (2007) sobre los archivos de la Salpêtrière cambiaron la forma de entender no solo la función de la imagen en la configuración del saber médico psiquiátrico sobre la histeria, sino la posición misma de la histérica como objeto de un saber y de una patología como invención durante el siglo XIX y comienzos del XX. Esta configuración se analiza desde una metodología *paradójica y atroz*, como el mismo Didi-Huberman reconoce, que llevaría a considerar la histeria, tal como fue pergeñada en la Salpêtrière, como un capítulo de la historia del arte. El hospicio francés funcionaría como paradigma de archivo de fuerte impronta positivista, pero también de una inventiva estética en el que la fotografía adquiere una importancia central.

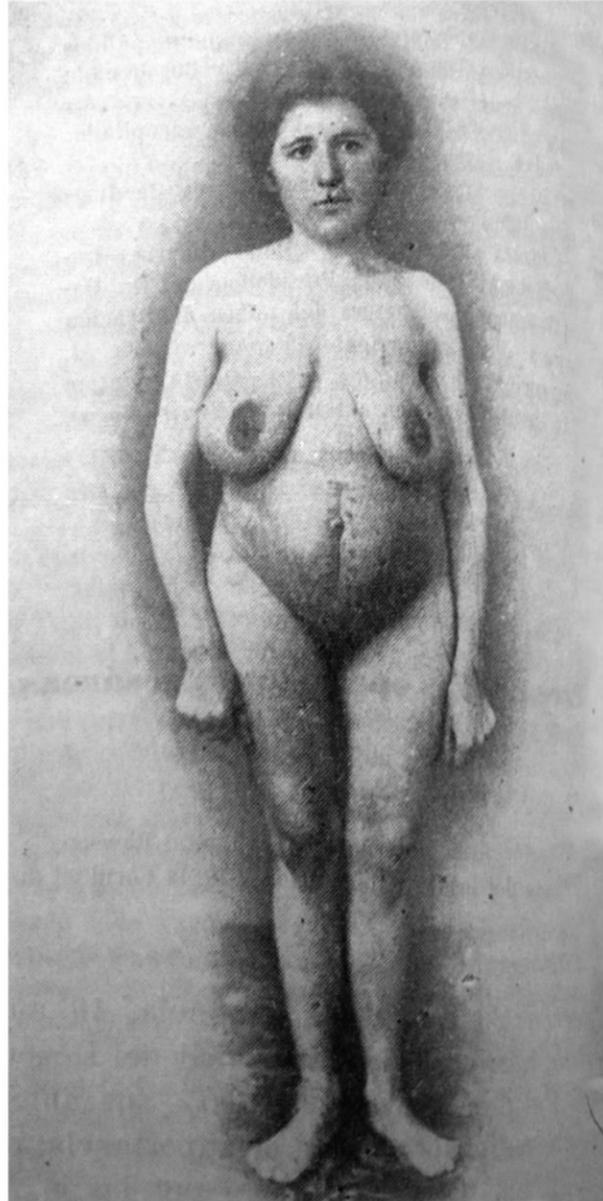


Imagen N°15: GACHE, Samuel (1905). "Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas". *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires, p. 464.

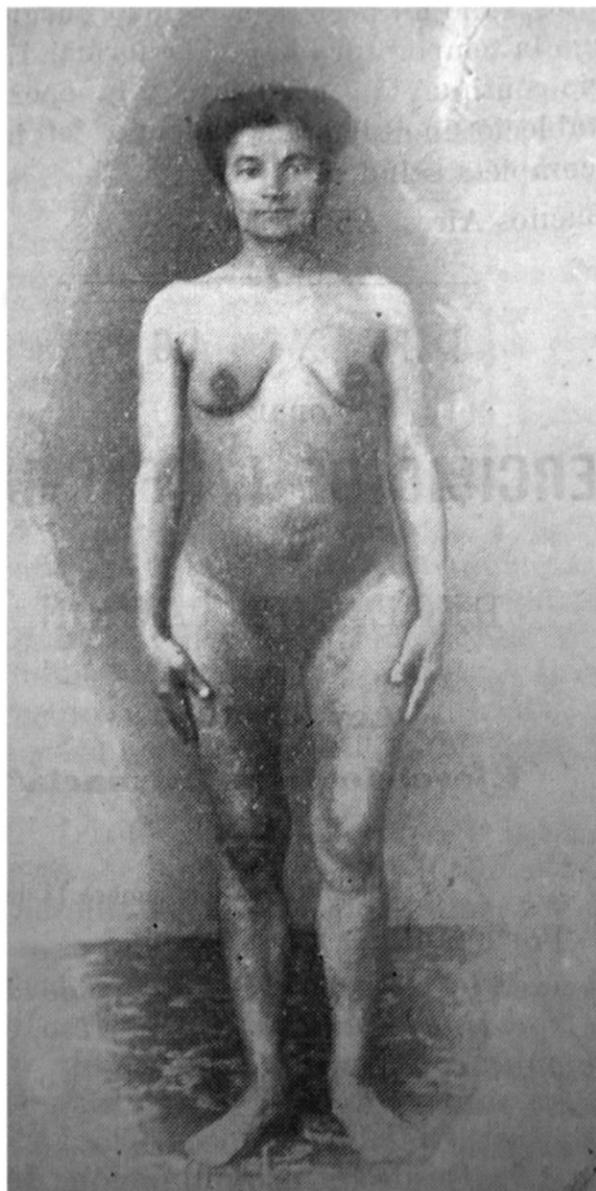


Imagen N°16: GACHE, Samuel (1905). "Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas". *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires, p. 465.

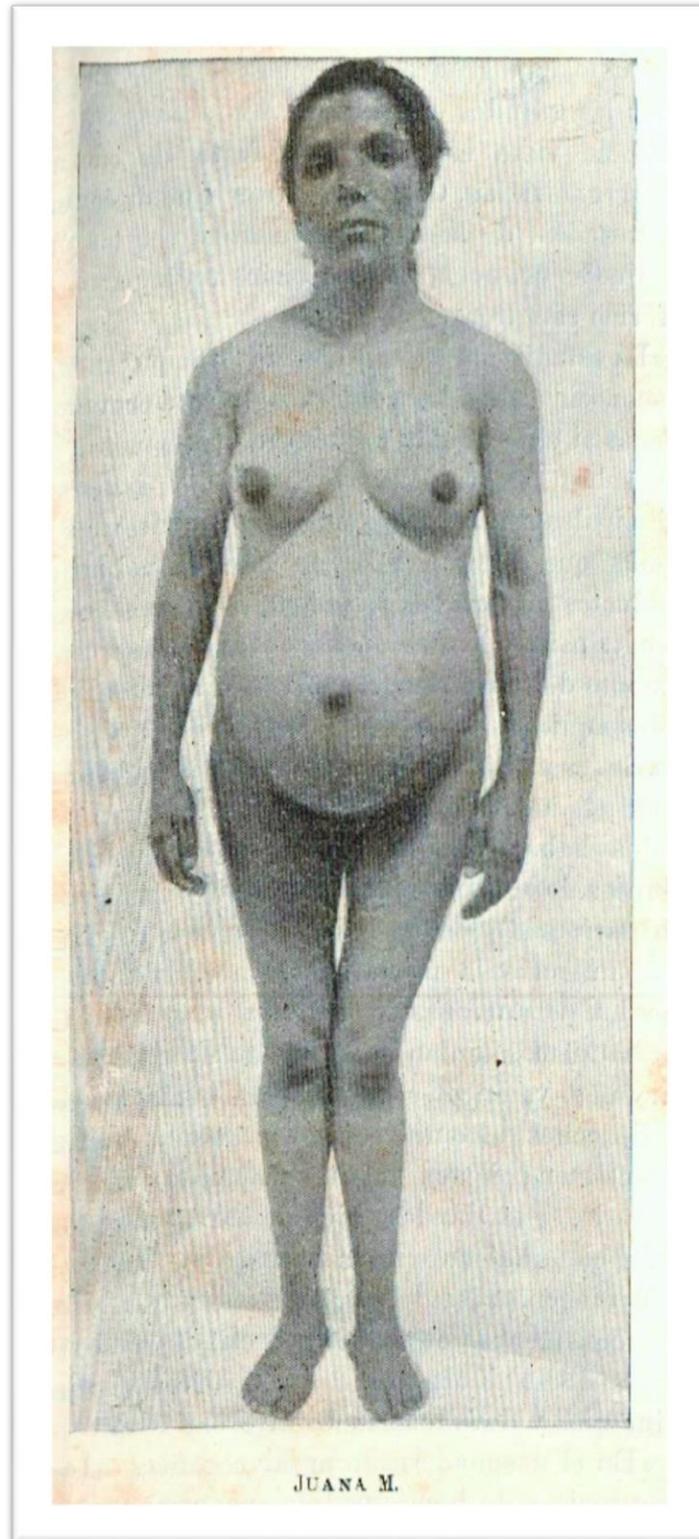


Imagen N°17: S/A (sin autor) (1901). “Tres operaciones cesáreas practicadas con éxito. Maternidad del Hospital Rawson Servicio del Dr. Gache”, en *La Semana Médica*, año IX. Buenos Aires, p. 271.

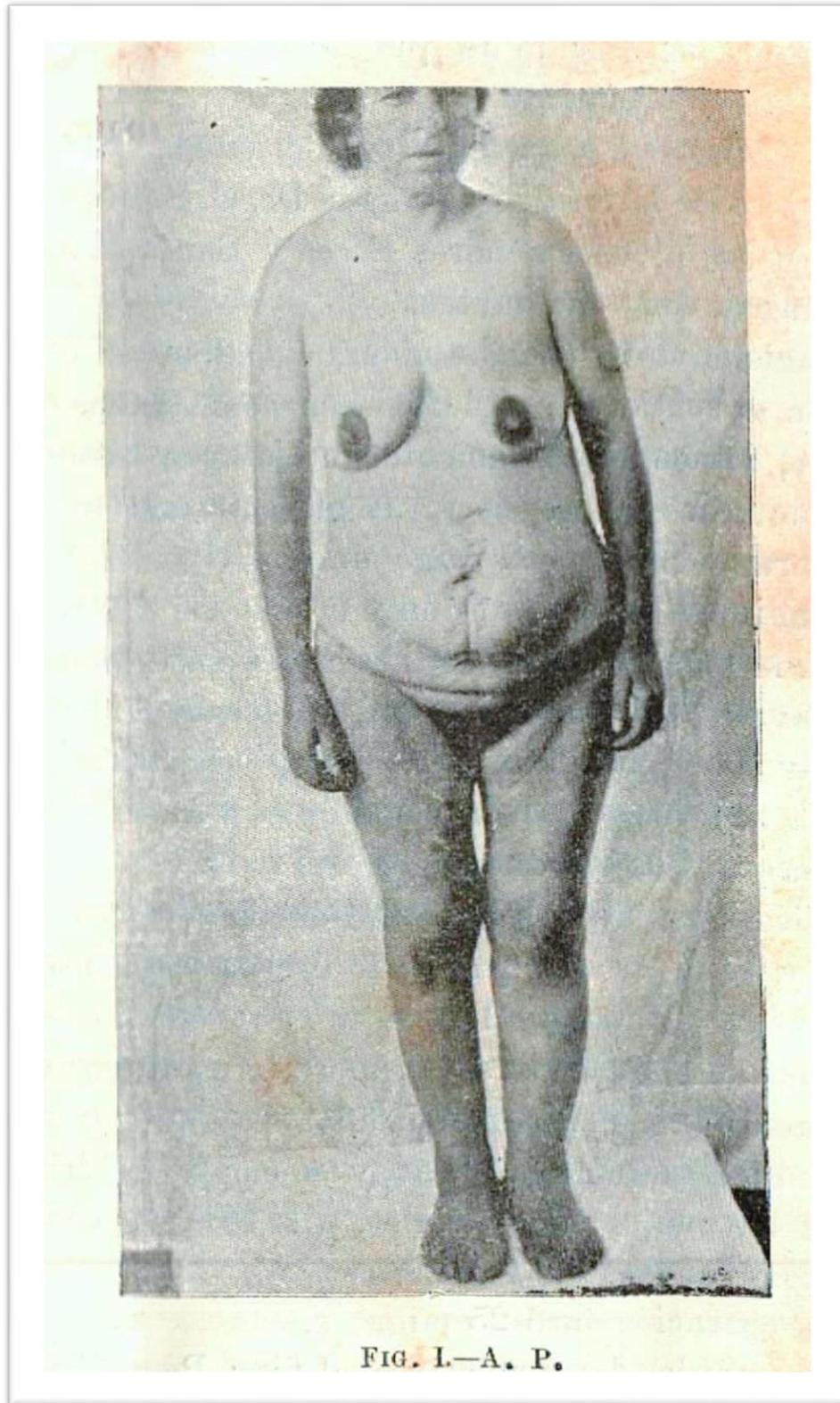
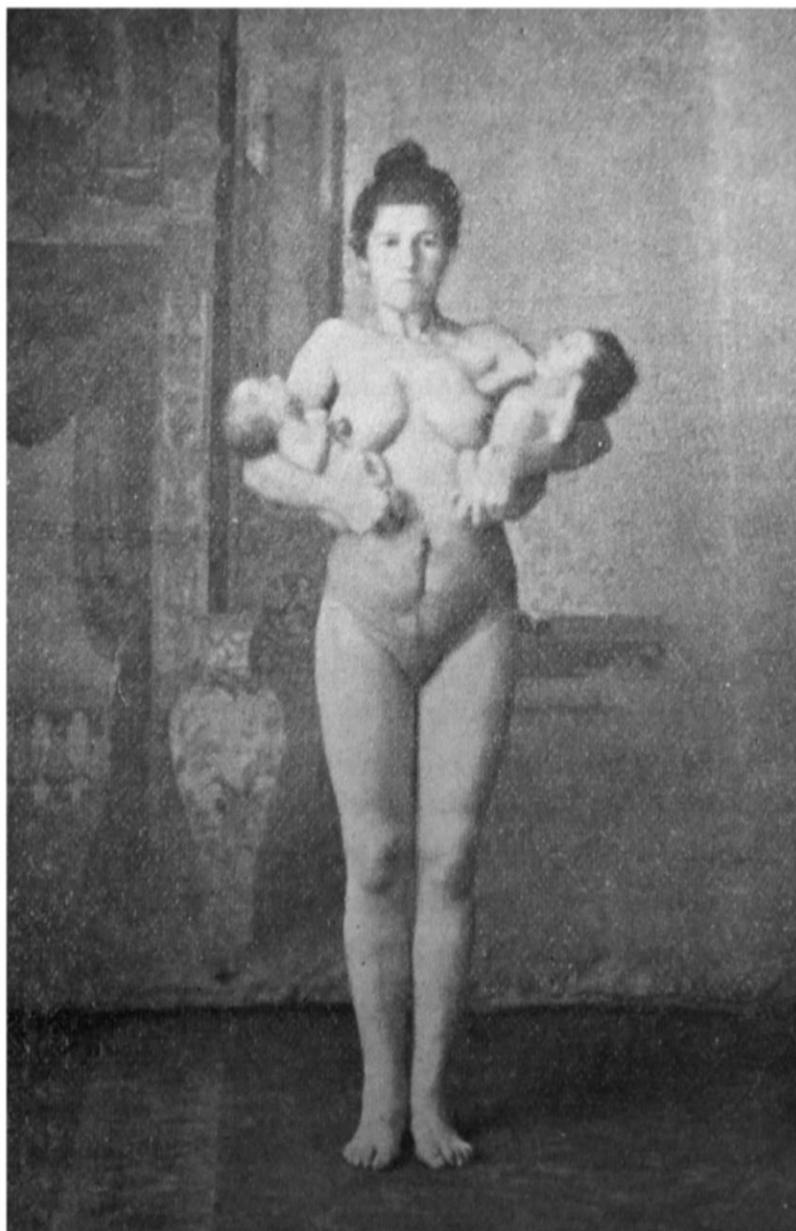


Imagen N°18: GACHE, Samuel (1901b). "Obstetricia. Dos nuevas operaciones cesáreas. Curación. Maternidad del Hospital Rawson". *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires, p. 585.

Las fotografías de mujeres a quienes se practicó una cesárea (imágenes 15 a 18) son imágenes que se encuentran despojadas de cualquier pretensión artística y se configuran como ejemplos de casos clínicos. Funcionan como la evidencia de los hechos. Al captar un momento preciso que opera como la detención del tiempo, toman la forma de dato. El aparato fotográfico ofrece la representación de un objeto en estudio como un instante recortado de su existencia real y lo suficientemente reducido como para ser difundido a través de la publicación. El modo de exhibición de la desnudez frente a la posición de autoridad científica de quien registra se reconoce como aséptica y sin deseo sexual. Son imágenes que prescinden de la puesta en escena y cuyo objetivo parece ser el de presentarse como *indicios puros*.

En el contexto de la publicación, se otorga un valor pedagógico a las imágenes y se asume que los espectadores son otros científicos: expertos en medicina, legitimados para ver los cuerpos desnudos de las mujeres. Desde esta posición pueden colocarse en un lugar pretendidamente objetivo y neutral, mostrando su objeto de estudio de la forma que consideran más conveniente. En ningún caso, se muestran elementos que pudiera resaltar o distraer del cuerpo de las retratadas, quienes permanecen expuestas directamente a la mirada experta del analista.

Como variantes de esta construcción, en algunas imágenes de mujeres luego de la cesárea se incorpora a la fotografía a los recién nacidos (imágenes 19 a 22), en tanto evidencia del éxito de la intervención. Los bebés representan en la foto la confirmación de la hazaña médica que logra salvar la vida tanto de la madre como del hijo/a. Acá también se mantiene la exclusión de todo contexto generando un efecto de homogeneidad y uniformidad.



RAMONA FERNANDEZ

Imagen N°19: S/A (sin autor) (1904c). “Dos nuevas operaciones cesáreas. Maternidad del Hospital Rawson Servicio del Dr. Gache”, en *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires, p. 1018.

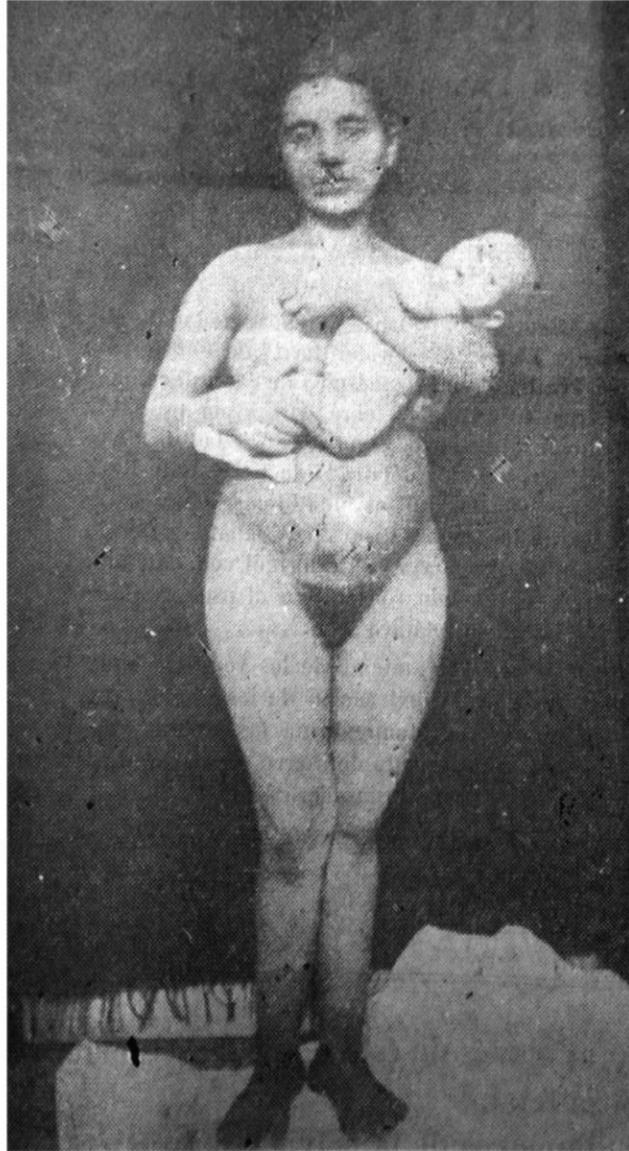


Imagen N°20: GACHE, Samuel (1905). "Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas". *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires, p. 464.



Imagen N°21: S/A (sin autor) (1904c). “Dos nuevas operaciones cesáreas. Maternidad del Hospital Rawson Servicio del Dr. Gache”, en *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires, p. 1018.

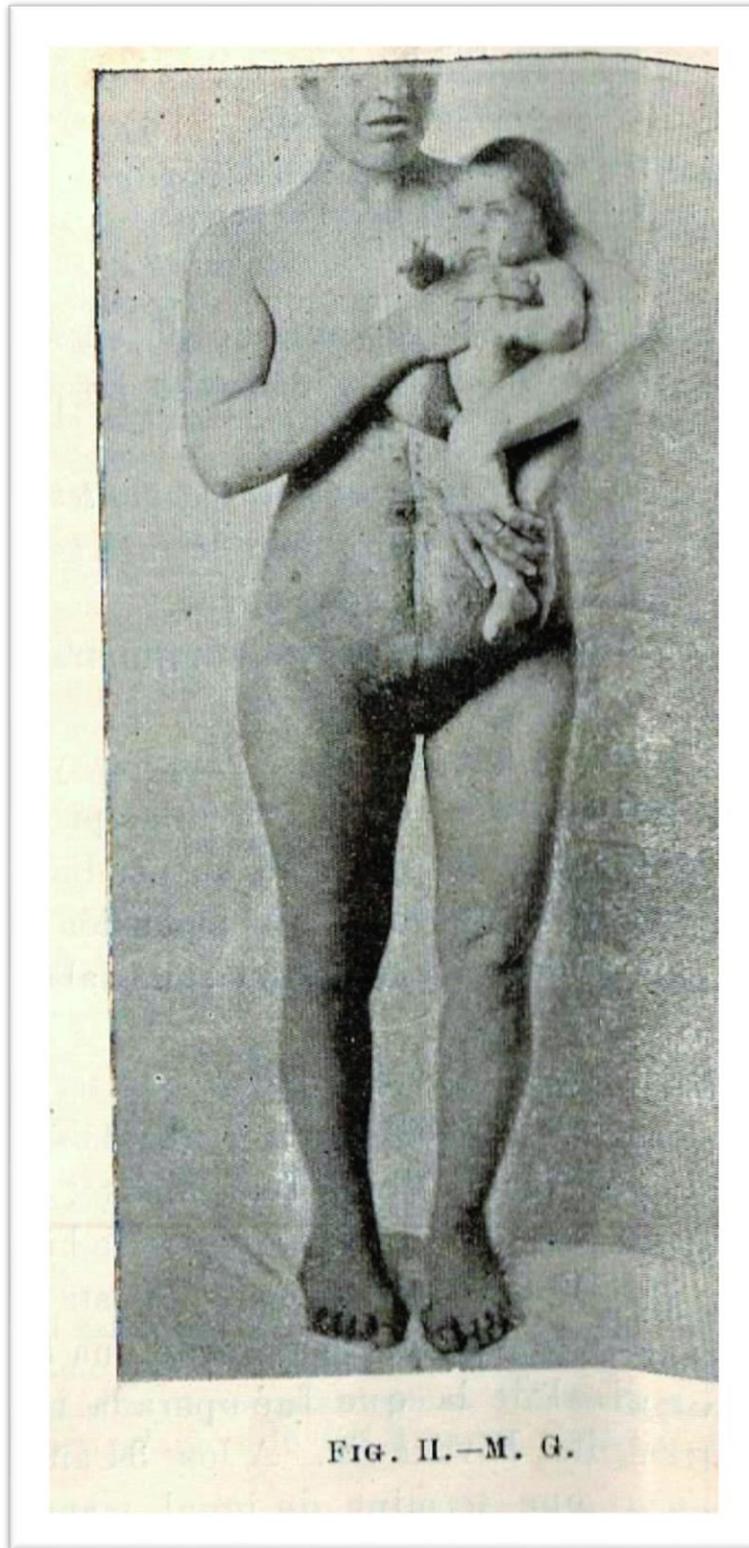


Imagen N°22: GACHE, Samuel (1901b). “Obstetricia. Dos nuevas operaciones cesáreas. Curación. Maternidad del Hospital Rawson”. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires, p. 585.

Sin embargo, la inclusión de las imágenes genera algunos interrogantes:

En primer lugar, no resulta del todo clara la finalidad en términos médicos. La información clínica que aportan las fotos no termina de justificar su presencia (y su desnudez) en términos pedagógicos.

Por otra parte, el tipo de imagen construida no se condice con gran parte de los argumentos desplegados para la realización creciente de intervenciones obstétricas y su correlato en las normativas y políticas públicas. No son fotos de madres, no hay maternidad allí. A lo sumo podrá vislumbrarse algún elemento que remita a lo reproductivo de la especie humana, pero que tampoco termina cerrar significativamente en términos de registro discursivo.

Por lo último, la otra incógnita que aparece es respecto a lo que la imagen no muestra. A las características que adquiere la situación previa y posterior a que se tome la fotografía. Es decir, cómo se desarrolla el intercambio personal -el diálogo- entre el médico y la mujer que habilita la materialización de la foto. ¿Se formula o no una pregunta sobre la disposición a posar para una foto? ¿o se trata, más bien de una indicación a la que no es posible negarse? ¿cómo se decide la incorporación de los recién nacidos? ¿se indica cómo pararse y cómo sostenerlos? ¿se informa a la retratada sobre la circulación de su imagen?

Algunas de las respuestas o explicaciones posibles ante estos interrogantes podrían ser:

Que las mujeres a quienes se realizó la cesárea ocupan el mero lugar de objetos de la obstetricia. Es decir, la fotografía de cuerpo entero desnudo post cesárea equivale a la imagen de un preparado de laboratorio o de una toma de microscopio desde el criterio médico más general.

Que la imagen funciona como una representación, testimonio y prueba del éxito médico en términos narcisistas y de competencia profesional. Su inclusión es una muestra, frente al resto de la comunidad científica, de los logros de un médico reconocido o que busca el reconocimiento.

Que su presencia sea parte de una de las características de la cultura científica de la época, que busca señalar las rarezas y las anomalías con el fin de ajustar tanto los parámetros

de lo normal y lo patológico, como demostrar la capacidad de la medicina para *corregir* los errores de la naturaleza. La excepcionalidad que todavía tiene la operación obstétrica por esos años explicaría, en este sentido, que la mayor parte de las fotografías sean un testimonio de esta intervención.

Que su composición (desnudo de frente y despojado de estado de ánimo u otro atributo identitario) tiene como fin señalar que el cuerpo de las mujeres, como un ejemplar hembra de la especie humana, es de incumbencia de la medicina, en tanto institución legítima para aportar criterios de verdad. Desde lo iconográfico, la homogeneización y despersonalización de estos cuerpos contribuye tanto con la ruptura de los lazos históricos, sociales y culturales y su consecuente universalización desde lo biológico; como con la confirmación de la potestad de los médicos para intervenirlos a través de los parámetros médicos, con la consecuente pérdida de autonomía por parte de las mujeres.

Volviendo a mirar las imágenes, es posible afirmar que estas explicaciones se dan de forma compuesta y superpuesta. El espacio visual que estas fotografías configuran aporta a la construcción de un sentido común en torno a las relaciones entre médicos y mujeres en el momento del parir-nacer que instituyen un cierto tipo de emociones, actitudes y disposiciones corporales, a la vez que descartan y anulan otras.

La foto de frente y perfil

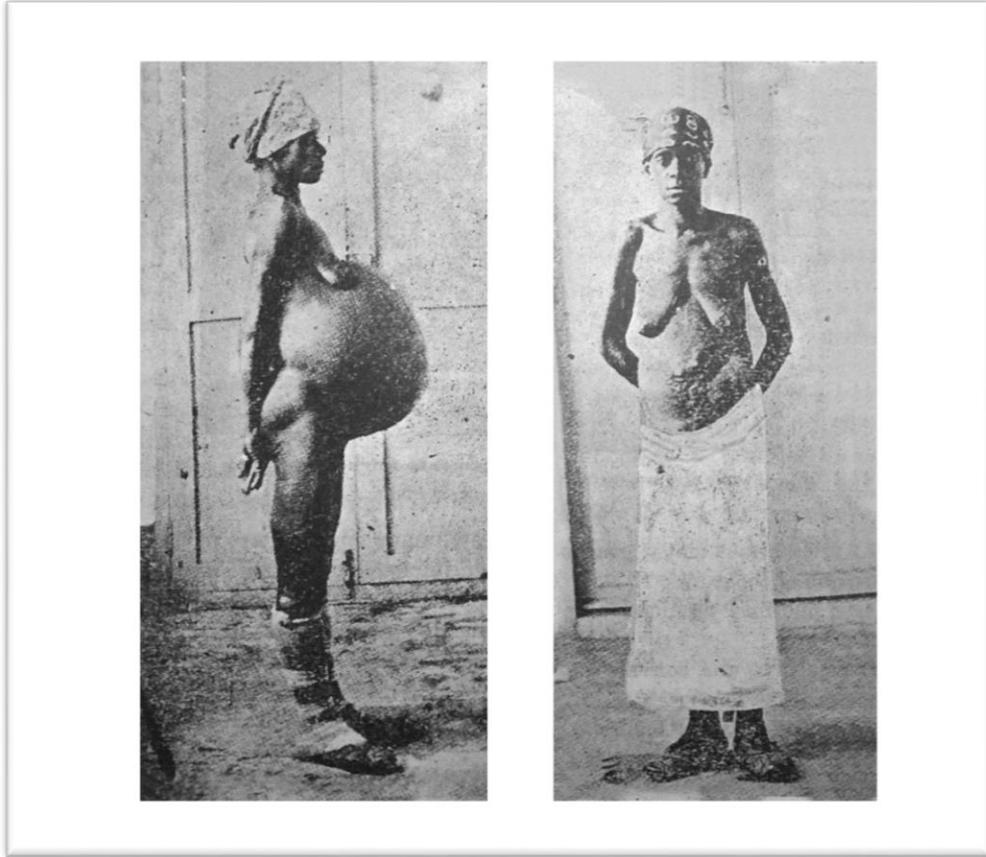
Otro posible conjunto de fotos que aparece de forma recurrente es el de mujeres de cuerpo entero semidesnudas de frente y de perfil. Este tipo de construcción visual es adoptada en Argentina, a partir de la influencia de las corrientes europeas de fines de siglo XIX, por disciplinas como la criminología, la psiquiatría, la medicina higienista y la antropología.

A diferencia de las imágenes anteriores, el uso de este tipo de composición se presenta ante situaciones descritas en la publicación como de mayor anomalía o ante patologías indicadas como severas. En los textos que acompañan a las imágenes, los médicos parecen

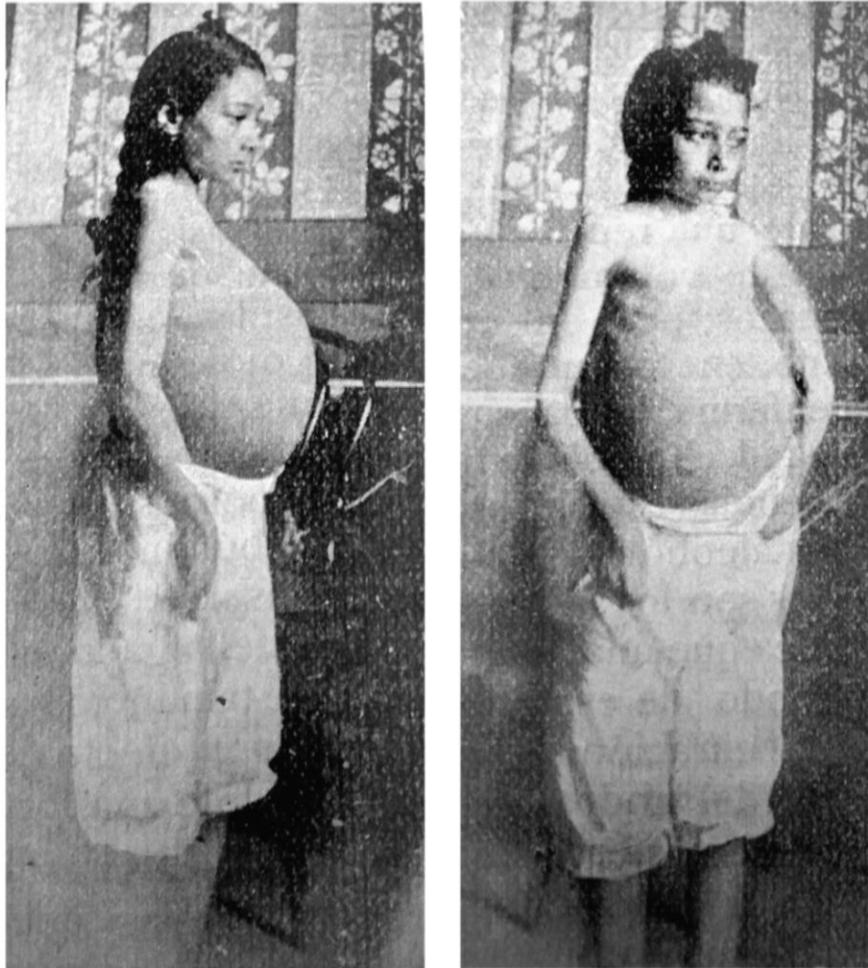
sorprenderse ante estos casos. Describen las situaciones en términos que remiten a lo *monstruoso*²¹⁷ o a lo que se escapa del registro de lo humano.

Foucault (2000) se ocupa de realizar una genealogía de la anormalidad con el fin de dar cuenta de la norma como concepto político. En su trabajo revela el pasado de los individuos peligrosos que en el siglo XIX son llamados *anormales*. Para ello, se centra especialmente en tres figuras: el monstruo humano, el individuo a corregir y el niño masturbador. El anormal representa una concentración de rasgos en torno al cuerpo, la criminalidad y la sexualidad. En esta genealogía de los anormales la secuencia monstruo humano, individuo a corregir, niño masturbador, se corresponde respectivamente con el ámbito de la ley, la familia y el dormitorio. Si bien, señala Foucault, estas tres figuras no van a confundirse, ya que pertenecen a distintos sistemas de discursos científicos, convergerán en la figura del anormal que será no sólo objeto de saber sino también de justificación social y moral de las tecnologías de poder. Especialmente la medicina y la justicia se estructurarán con relación a la presencia de los anormales y a la necesidad de defender a la sociedad de éstos.

²¹⁷ El monstruo será objeto de investigación de la teratología, cuyo desarrollo se encuentra en Geoffroy Saint-Hilaire, el incorregible en la psicopatología de las sensaciones, de la motricidad y de las aptitudes y el onanista en la *Psychopathia sexualis* de Kaan.



Imágenes N°23 y N°24: S/N (sin autor) (1906). “Obstetricia. Quiste monstruo en el ovario. Hospital Rivadavia. Servicio del Dr. Caballero”. *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires, p. 879.



Imágenes N°25 y N°26: LAGARDE, Alfredo (1903). “Obstetricia. Un caso de preñez extra-uterina con saco roto en la cavidad peritoneal tratada y curada con laparotomía”. Facultad de Ciencias Médicas, Hospital San Roque. *La Semana Médica*, año X, Buenos Aires, p. 29.

En este sentido, estas construcciones visuales, en auge por esas décadas, dan cuenta de la fuerte impronta del lenguaje policial-criminal sobre las cuestiones sociales. Presentadas bajo un registro de aparente rigurosidad científica, este tipo de artículos médicos tienen como fin subrayar lo patológico como una forma de resaltar el límite respecto de lo que se va a considerar dentro y fuera de la *normalidad*.

Esta forma de presentar las imágenes tiene su origen en el ámbito policial, pero pasan rápidamente a la medicina como disciplina que aporta su experticia en los temas que preocupan respecto de la *cuestión social*.

Con una composición similar a la de una ficha antropométrica²¹⁸ se observan pares de imágenes de niñas y mujeres retratadas de cuerpo entero de frente y de perfil ante situaciones obstétricas que salen de lo común. A partir del estudio de las medidas del cuerpo humano establece los parámetros biológicos que ordenan lo normal y lo anormal o patológico y organiza esquemas de clasificación y comparación antropológicas.

La foto de frente y perfil condensa en esos años el nudo epistémico (Romé, 2016) de la ideología positivista, de las técnicas del higienismo social y de la objetivación de las diferencias. Como se observa, la mirada fotográfica parece tener la tarea de fijar y estabilizar aquello que aparece como diferente y defectuoso en el cuerpo (Fajula Colom, 2013). El médico-fotógrafo escoge las imágenes y muestra las anomalías corporales y las patologías

²¹⁸ El uso de la ficha antropométrica comienza en Francia a partir de los trabajos de Bertillon²¹⁸. Se busca la clasificación e identificación de delincuentes, mediante las medidas óseas y los colores del iris, basándose en las ideas de que las dimensiones de los huesos no cambian una vez logrado el pleno desarrollo en la edad adulta y que a su vez las dimensiones óseas varían de unas personas a otras, por tanto, es poco probable que las dimensiones de varios huesos de una misma persona coincidan con todas las dimensiones de los mismos huesos de otra.

La antropometría se define como el estudio de las medidas del cuerpo humano con fin de usarlas en la clasificación y comparación antropológica. Se desarrolla inicialmente en las ciudades europeas para catalogar criminales potenciales de acuerdo con sus características faciales. Es considerada por esos años, tanto en Europa como en América, una teoría fundamental para el estudio y el control de la criminalidad: según ella, el tamaño del cráneo y su forma, el tamaño de las orejas, u otros rasgos físicos particulares, permiten identificar a un criminal potencial o consumado.

Por ejemplo, desde la Escuela Italiana de Criminología, Cesare Lombroso (1895) en Antropología Criminal se afirma que los asesinos tienen mandíbulas prominentes y que los carteristas tienen manos largas y barba escasa. Esta disciplina se apoya en el presupuesto de que existe una correspondencia entre la apariencia física o corporal y el carácter o temperamento; como así también que la tendencia a realizar delitos depende del carácter o temperamento.

que le interesan, en muchos casos destacando deformidades físicas de la forma más espectacular posible.

En un contexto donde lo científico hace pie en presupuestos implícitos, que tienen un origen social o cultural (Caimari, 2004; Dobal, 2001) la fotografía cumple un rol fundamental en el proceso de homogeneización social: delimitar fronteras y categorizar a las personas.

Imágenes médicas

En líneas generales, es posible sostener que la fotografía obstétrica de comienzos del siglo XX exhibe el cuerpo de las mujeres en un escenario científico-médico, promoviendo y fijando una visión del mundo que se presenta como natural. En sintonía con el desarrollo de la *cultura científica*, la fotografía se va a asimilar como prueba de verdad en diversos campos de la ciencia - además de su uso en el contexto jurídico y criminal. Esto es posible, dado que la asociación entre fotografía y verdad se vincula con los pilares del pensamiento positivista de orden y progreso donde la imagen es vista como registro incontrovertible del progreso (Penhos, 2005).

Las imágenes médicas suponen un aporte a lo que Barthes (1980) llama el *efecto realidad* o a lo que otros autores definen como el *poder testimonial* de la fotografía, que atestigua la presencia de un objeto, una persona en el espacio y en el tiempo (Frizot, 2009; Dubois, 1986). Según señala Kossoy (2001), la información visual del hecho representado en la imagen fotográfica nunca es puesta en duda. Su *fidedignidad* suele aceptarse a priori, en función del grado de credibilidad que la fotografía mereció, desde sus orígenes.

La máquina colocada en una relación directa, inmediata, con la cosa o con la persona cuya imagen va a registrar, parece ser capaz de plasmar la evidencia material de los hechos, postulando un correlato entre fotografía y verdad. No obstante, esto no se logra con el solo accionar de la cámara; los médicos deben preocuparse por las condiciones adecuadas para examinar en detalle a las retratadas; aislar cuidadosamente los objetos en estudio eliminando toda posible distorsión que pudiera alterarlos, descontextualizar los cuerpos y disponerlos en el orden regido por los protocolos científicos del momento. Son procedimientos ineludibles pero que no se explicitan, sino que se presentan como automáticos. Así, los textos que

acompañan a las imágenes no dan ninguna referencia ni aclaración respecto al momento en que se tomó las fotografías, ni tampoco se menciona si se solicitó o no algún tipo de consentimiento.

En este sentido, Susan Sontag (1997) afirma que una fotografía –toda fotografía– parece entablar una relación ingenua y precisa, con la realidad visible. En apariencia, la cámara presenta una objetividad mecánica, en contraste con otros medios más subjetivos, como la mano del médico, configurando una forma legítima de representación de la normalidad y la enfermedad en el marco de la cultura y la sociedad de la época (Johannisson, 2006).

Como se ha señalado, no resulta sencillo encontrar argumentos científicos que validen su incorporación en términos pedagógicos ni de la difusión del conocimiento. No aportan información relevante para la realización de cesáreas ni para la detección y tratamientos de problemas obstétricos o ginecológicos. El fin de la imagen parece ser ilustrativo, es decir, funcionan como la certificación del progreso de la obstetricia y sus intervenciones quirúrgicas en el sentido que Didi-Huberman (2007) ha llamado el lugar del *vistazo*. Es decir, como acto confirmatorio de la mirada clínica, “ya no acción de ver despreocupada y azarosa sino más bien el golpe de vista que identifica y confirma un saber previo” (Masotta, 2011: 18).

Como conjunto, las fotografías obstétricas conforman una parte central de la materialización de la memoria del saber médico-social, dado que “las imágenes existen dentro de los sistemas de representación formados por la cultura y la historia que, lo mismo que el lenguaje, están disponibles para una utilización socialmente motivada por parte de individuos con intereses específicos” (Kress, Leite-García, y Leeuwen; 2000: 368).

Esta dimensión de lo visual se acerca al concepto de *archivo* y a la idea de Benjamin (1940) del documento histórico como un elemento no sólo de la *cultura*, sino de forma indisociable de la *barbarie*. O como sostiene Masotta (2011):

Mientras en el seno de la vida privada burguesa el álbum compendia esas imágenes organizando el relato de vida familiar, la mirada clínica formó sus propios álbumes, ahora con sujetos anónimos que representaban grupos discretos: delincuentes, enfermos y razas (pág. 15).

En estas imágenes los referentes médicos de la Ciudad de Buenos Aires exponen su visión científica y también moral de la realidad en la que intervienen —la relación de la medicina con la mujer y su cuerpo en el momento del embarazo, parto y el puerperio. Las fotografías no sólo confirman, fijan y estabilizan desde lo visual los conocimientos médicos, sino que ellas mismas producen marcos de significado respecto de lo visible e invisible, lo mostrable o no de las intervenciones sobre el parto y el nacimiento.

Sin embargo, siguiendo a Sontag, puede pensarse que, a pesar de su carácter mecánico, la fotografía tiene un carácter depredador, coloca a las personas en el lugar de objetos que pueden ser poseídos simbólicamente:

El acto de fotografiar es algo más que observación pasiva. Es decir que aquello que tradicionalmente se relaciona con la neutralidad de la fotografía es uno de los factores que intervienen segregando al fotógrafo de los fotografiados, que son algo para ser visto en imagen. No estamos hablando entonces de objetividad sino más bien de objetivación (Sontag, 1997: 30-31).

Estos cuerpos femeninos van a aparecer como objetos de la mirada médica separados de las personas que lo portan y también de sus historias clínicas. Esta violencia epistémica de expropiación de la propia imagen expone con rigor la seguridad de la distancia social con que cuenta el médico-científico para realizar y fijar su mirada. En esta potestad de la observación, “el que ve, aquel cuyo punto de vista organiza y domina el campo visual, es también es que detenta el poder” (Zizek, 2004: 119).

El dualismo cuerpo-persona resultante

Una de las cuestiones que toma forma y se asienta por esos años y tamiza los demás tópicos, es la que establece una concepción del cuerpo separado de la persona que lo porta por parte de la medicina. Con la progresiva generalización del parto hospitalario se va a profundizar la sensación de exterioridad del propio cuerpo y del proceso vital, cuestión que va a ser ratificada por la organización espacial de las salas destinadas al parto y la incorporación del mobiliario y el uso de instrumental obstétrico. Logra configurarse un dualismo donde, para quienes ejercen la medicina, se va a instituir que el cuerpo es una entidad diferente del sujeto que vive a partir y a través de esa materialidad vital.

El sociólogo y antropólogo francés, David Le Breton (2002) se pregunta por la relación entre el cuerpo y la persona. Sostiene que las concepciones modernas y occidentales del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia del pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares, y también, con la historia de la medicina que representa en estas sociedades un cierto saber oficial sobre el cuerpo.

El dualismo occidental opone a la persona con el cuerpo y, en esta configuración, la medicina se interesa por la enfermedad y por el cuerpo, y no por el enfermo. Cura y atiende al cuerpo, parcelado en sistemas y órganos, y no a la persona.

En este sentido, como sostiene la antropóloga estadounidense Emily Martin (2006), en la medicina occidental el cuerpo se encuentra fraccionado, al sujeto se lo concibe en abstracto, como entidad que reúne un grupo de órganos aislados unos de otros. Así, a la par del proceso de especialización médica se va a abandonar la consideración del cuerpo como totalidad para considerarlo fraccionadamente.

El dualismo entre persona y cuerpo, la abstracción de las funciones vitales y el abandono de la idea del cuerpo como totalidad van a regularizar en el ámbito médico-científico una noción de cuerpo que adquiere peso, dissociado de la persona, como objeto de estudio con realidad autónoma.

En el conjunto de los documentos analizados aparecen con fuerza y recurrencia estas nociones. El cuerpo es por esos años un espacio -un territorio- a conocer y explicar hasta sus mínimos detalles. La búsqueda de ese conocimiento va a ser una prioridad para el conjunto de la medicina que la va a colocar como meta y valor superior. Esta posición epistémica va a habilitar y a generalizar el desarrollo de estudios e investigaciones experimentales en las cuales el cuerpo va a ser seccionado y dividido en sus múltiples partes.

En un artículo publicado en *La Semana Médica* de 1903 por el doctor Cantón bajo el título “*Los tres primeros cortes sagitales practicados en Sud América en casos de preñez avanzada*”²¹⁹ se describe minuciosamente el proceso de transformación de la persona que

²¹⁹ Véase: CANTÓN, Eliseo (1903). Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina (Reunido en Madrid en abril de 1903). *La Semana Médica*, año X. Buenos Aires.

acaba de fallecer -mujeres embarazadas en este caso- primero en cadáver y luego en piezas de obstetricia.

Bajo el paraguas de la ampliación de conocimiento científico, el texto narra cuidadosamente la forma en se abrieron y diseccionaron estos cuerpos, cuyos resultados se presentan en la publicación acompañados de fotograbados para su uso con fines pedagógicos.

La descripción de cada uno de los cortes sagitales comienza con la mención breve de la historia clínica de la mujer. En estos primeros párrafos se hace referencia a su edad, nacionalidad, estado civil, antecedentes de otros partos y otras cuestiones relacionadas con su situación de salud:

María Leguizamón de 27 años de edad, argentina, de ocupación cocinera, entró a la Maternidad del Hospital San Roque el 19 de junio de 1902, a las 4:45 de la mañana en estado preagónico y al fin de su preñez (Cantón, 1903: 288)²²⁰.

Francisca Gonzales de veintiocho años de edad, de nacionalidad española; llegó a la Maternidad San Roque el 26 de noviembre de 1902, conducida por la Asistencia Pública en estado agónico y en los últimos meses de su embarazo. (...) El embarazo actual era de lo más normal; no hubieron vómitos ni dolores de estómago o cefalalgia, que hicieran sospechar la existencia de albúmina en la orina, hasta que, inopinadamente (Cantón, 1903: 290)²²¹.

Luego el autor da cuenta de los procedimientos médicos realizados en los tres casos, antes de llegar a la muerte y explicita que “a pesar de los socorros que se prodigaron, fue demasiado tarde para poder salvarlas” (Cantón, 1903: 291)²²². En este punto, Cantón pasa a mencionar a las mujeres en términos de cadáveres para aclarar que esos cuerpos no fueron reclamados por la familia o los conocidos, situación que considera positiva para el desarrollo de la obstetricia.

Como ningún pariente ni conocido reclamase este cadáver, resolvimos aprovecharlo, preparando una gran pieza de anatomía obstétrica, destinada a servir de preciosa base de enseñanza a varias de nuestras generaciones médicas venideras (Cantón, 1903: 293)²²³.

²²⁰ Idem.

²²¹ Ibidem.

²²² Ibidem.

²²³ Ibidem.

La familia de esta mujer no solicitó su cadáver, circunstancia que aprovechamos complacidos para efectuar en él un nuevo corte sagital, que siempre será útil a la enseñanza de la obstetricia (Cantón, 1903: 294)²²⁴.

Ya como piezas obstétricas y con el desplazamiento conceptual concluido comienza la descripción de los cortes sagitales:

El corte longitudinal de las partes blandas del dorso y de la columna fueron practicadas con una larga y fina sierra de carpintero y la incisión de sínfisis pubiana, así como de las paredes abdominales y uterinas, con un cuchillo grande de cirugía. Esta parte de la operación fue bastante laboriosa, porque nos empeñábamos en practicar un corte verdaderamente sagital sin herir al feto ni modificar su posición y acomodación, a fin de poderlo fotografiar en su postura natural (Cantón, 1903: 298)²²⁵.

Con el concurso de mi jefe de clínica, el Dr. Luis Álvarez, procedimos a efectuar una inyección intravascular, de formol puro, con el doble propósito de endurecer el cadáver, para facilitar el corte sin modificar las relaciones de los órganos, y de poder conservar indefinidamente las piezas anatómicas que de él debían resultar. La sección se practicó por el mismo procedimiento del caso precedente y con muy buen resultado. Conseguimos con un poco de paciencia, efectuar el corte sin dividir al feto, a fin de que este conservara su actitud y acomodación (Cantón, 1903: 302)²²⁶.

²²⁴ Ibidem.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Ibidem.

Fotograbado N.º 3



Imagen N°27. Fotograbado publicado en: CANTÓN, Eliseo (1903). “Los tres primeros cortes sagitales practicados en Sud América en casos de preñez avanzada”. Maternidad del H. San Roque. Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina (Reunido en Madrid en abril de 1903). *La Semana Médica*, año X. Buenos Aires.

Estas concepciones reorganizan los límites respecto de las formas y los métodos para la construcción del conocimiento científico, a partir de su indiscutible primacía. En la obstetricia, el cuerpo de las mujeres durante el embarazo y el parto serán considerados materiales disponibles para la carrera por el logro de nuevos conocimientos científicos. Carrera que no será puesta en cuestión o lo hará de forma parcial en términos éticos.

En este punto resultan interesantes las dimensiones que propone Tzvetan Todorov (1984) para dar cuenta de cómo se conciben las relaciones, desde el punto de vista de los médicos obstetras, con esos cuerpos de mujeres:

La primera dimensión que propone es *epistemológica* y refiere al conocimiento del otro. En este caso es una relación de suma asimetría y que enfoca como único objeto de ese conocimiento al cuerpo biológico de las mujeres en sus etapas reproductivas. El resto carece de valor y es irrelevante para la construcción del conocimiento.

La segunda aborda la dimensión ética, *axiológica*, que va a establecer una valoración respecto de esa relación. Se considera que este punto adquiere la forma de negación o falsa neutralidad. Es decir, que la superioridad, inevitabilidad y primacía del conocimiento científico y de los médicos como sus portadores no se va a explicitar. Se va a presentar como supuesto.

Por último, la tercera es la dimensión *para-axiológica* y concierne a la proximidad o distancia respecto del otro. En este caso, esta distancia adquiere características casi totales. Es una relación entre unos sujetos con unos objetos, entre una función (la del médico) y un cuerpo abstracto (el de la mujer).

Siguiendo con este análisis, la exclusión de las dimensiones subjetivas e identitarias en lo que hace a la relación entre salud y enfermedad frente al embarazo y el parto va a configurar un espacio de enunciación donde la subjetividad de las mujeres será -o intentará ser- bloqueada (Spivak, 1985). La obviedad de esta cuestión podría condensarse en la pregunta de ¿cómo podría un cuerpo hablar? En tanto cuerpo carece de estatus de hablante, de sujeto del habla.

Sin embargo, estos cuerpos homogeneizados como organismos y fraccionadas con fines científicos, despersonalizados y deshistorizados, no son cualquier cuerpo de mujer. Como han demostrado las estadísticas, pertenecen a las mujeres de los sectores populares

que se atienden en los hospitales y clínicas públicas o de la caridad²²⁷. Los cuerpos que van a ser destinados a la experimentación, a la exhibición y manipulación -ante estudiantes en los espacios académicos, ante otros médicos en los museos de los hospitales o reproducidos en las publicaciones científicas- como piezas obstétricas no van a ser los de aquellas mujeres de las familias de los grupos dirigentes, profesionales y comerciantes de la sociedad porteña de esos años. Los cuerpos objetivados con fines pedagógicos van a ser los de las mucamas, costureras, cocineras y planchadoras, entre otras trabajadoras, o mujeres sin oficio cuyas familias no cuentan con los recursos, en sentido amplio, para optar por otras opciones.

De esta forma, la homogeneidad se constituye en el plano de lo abstracto, de unidad de lo biológico, y se expresa en discursos científicos que circulan en el espacio de lo público de la época. En lo concreto de las prácticas, la normatividad biológica es puesta en tensión al encontrar matices regidos por las relaciones de clase a esta relación entre médico y cuerpo de mujer.

La mujer como subalterna, débil, inferior e irracional

Llegando a este punto, se observa que en los diversos textos escritos por los médicos -varones y pertenecientes a la elite porteña- se sucede una visión de la mujer, con mayor o menor acentuación y explicitación, como un ser poco racional, sin demasiada inteligencia, emocionalmente inestable e incapaz para la vida pública, profesional o artística.

La consolidación del supuesto de la *debilidad* de la mujer, que tendrá su correlato en las normativas laborales y civiles, va a constituir uno de los cimientos más fuertes del discurso médico moderno. La debilidad entendida como una condición natural intrínseca de la mujer, no solo se circunscribe a la fisiología y anatomía de su cuerpo, sino que se traslada a la psiquis, la inteligencia y la afectividad femeninas. En un solo movimiento, la mujer queda desacreditada como sujeto capaz de incorporarse a cualquier espacio fuera del privado-doméstico; argumento al que remite la desacreditación del trabajo de las parteras, y la legitimación de la prohibición de la entrada de mujeres en los estudios de medicina y su

²²⁷ Ver capítulo IV.

ejercicio profesional. A la vez, como contracara, será concebida con quien va a necesitar ser atendida en sus dolencias y males. Aceptada su debilidad, será para los médicos la paciente por excelencia.

Una de las consecuencias inmediatas de esta configuración, es la que hace a la circulación de información tanto entre médicos y pacientes, como entre médicos y parteras. De la mano de la medicalización de parto y en concordancia con la caracterización de la mujer como un ser limitado en sus capacidades intelectuales, se amplía la distancia entre la información que posee el médico sobre las etapas del embarazo-parto-puerperio y las posibilidades de intervención obstétrica, respecto de la información con la que van a contar las propias mujeres durante esos procesos. Progresivamente, el médico va a poseer más información y va a ser menor lo que se informa, se comunica y sobre lo que se solicita consentimiento.

Fiel a su estilo, el doctor Cantón lo expresa sin tapujos en el caso de las operaciones cesáreas:

Dejamos de lado la cuestión del anuncio y consentimiento de la madre y la familia sobre la naturaleza de la intervención cesárea que es necesario practicar, pues el operador tendrá en cada caso el tacto necesario para presentar al paciente las razones que obligan a seguir tal temperamento, teniendo en cuenta el intelecto y la posición social del cliente.

Por nuestra parte, nos limitamos a comunicar a las clientas del servicio que, si desean tener un hijo vivo, será necesario practicarles una operación, pero sin entrar en los pormenores de la misma, porque sería alarmarlas inútilmente. Si la mujer es casada, comunicamos al marido la naturaleza y gravedad de la operación que es necesario llevar a cabo” (Cantón, 1904: 373)²²⁸.

La mujer es desde el discurso médico un ser débil, tanto en sentido biológico como emocional, con capacidades limitadas para la toma de decisiones y esto la pone en peligro. Peligros que conlleva que desde la medicina y las políticas sociosanitarias sea necesario tanto protegerla como controlarlas, sobre todo en torno a su función reproductiva.

En este sentido, en el mencionado artículo sobre higiene de la mujer²²⁹, el doctor Saborido recomienda que la recién casada restrinja “los viajes, las excursiones y las cenas

²²⁸ Véase: CANTÓN, Eliseo (1904). Op. cit.

²²⁹ Véase: SABORIDO, José (1911). Op. cit.

frecuentes dado que contribuyen a excitar su sistema nervioso (...) Las excitaciones demasiado frecuentes, demasiado prolongadas, son siempre nocivas para su aparato reproductivo” (Saborido, 1911: 35)

A su vez, este tipo de construcción simbólica está presente cuando se hace referencia a las mujeres en roles como el de parteras. Por ejemplo, el doctor Esteban Molla Catalán, lo confirma al establecer los criterios para la admisión de alumnas en la Escuela de Obstetricia de La Plata:

Por otra parte, los estudios de la Obstetricia, tal cual se deben exigir hoy, sin excepción alguna, requieren una buena disciplina intelectual, un desarrollo cerebral robustecido, que no es posible tener en la generalidad de las jóvenes a esa edad, las cuales no poseen una instrucción completa, no por atrofia del cerebro, sino acaso por perturbación de la voluntad, por apatía, indispensable o mala dirección; principalmente si se tiene en cuenta los estrechos moldes a que están sujetas, la escasa preparación elemental y superficial, y por ende insuficiente para hacer un aprendizaje que prepara convenientemente para el ejercicio de los partos (...) Si nuestro centro docente continúa llenándose de elementos sin las nociones más elementales esto se deberá, como se comprende, al deseo de que haya número y no calidad. Hay que tener en cuenta que esta clase de alumnas no pueden formar jamás un núcleo aprovechado que dé prestigio a la ciencia, ni moralidad en el ejercicio de la profesión. (Molla Catalán, 1902: 671).

Los aportes de Silvia Federici (2010) permiten sostener la afirmación de que un proceso tan rápido y tan radical como el de la medicalización e intervención del parto y la exclusión de las mujeres de casi todo control de este, con su significativa pérdida de autonomía, no hubiera podido darse “de no haber sido sometidas a un intenso proceso de degradación” (pág. 179). Las mujeres pierden terreno en todas las áreas de la vida social. El ámbito del nacer-parir, históricamente un espacio y un tiempo entre mujeres, es ocupado por los médicos que adquieren el rol de protagonistas, no sólo entre quienes se dedican a la salud, es decir frente a las parteras que pasan a ocupar un lugar secundario, sino también frente a la propia parturienta que es objetivada en el rol de paciente destinataria.

Suma a este punto el cuestionamiento de Emily Martin respecto de la neutralidad de las premisas científicas. La antropóloga describe cómo la biología y las investigaciones médicas se suelen apoyar en estereotipos de género tradicionales confiriéndoles características humanas a los procesos biológicos del aparato reproductor. Tal como advierte: las metáforas de la ciencia están adormecidas, ocultas en el interior de textos científicos,

conservando su poder. Estas concepciones condicionan la actitud y el accionar médicos, patologizan y medicalizan a la mujer, paternalizan la relación médico-paciente y perpetúan en los escritos médicos una visión negativa, limitada y recortada del cuerpo de las mujeres.

En esta línea, Judith Butler (1990) señala que el imaginario masculino, devenido en discurso científico, configura una imagen de la naturaleza como un espacio vacío, inerte y femenino, dispuesto a ser penetrado por la inscripción cultural masculina. En este proceso, el dualismo de lo biológico y lo cultural es otra expresión de una lógica binaria que funda y legitima ordenamientos jerárquicos al oponer hombre y mujer, cuerpo y espíritu, razón y emoción.

En palabras de Federici (2010) se abona a la consolidación de un modelo de femineidad donde la mujer ideal es la esposa casta, pasiva, obediente, ahorrativa, de pocas palabras y siempre ocupada con sus tareas.

Sin embargo, estas clasificaciones no solo van están regidas en clave genérica, sino que se va a combinar en el discurso con el orden de clases, es decir, con la posición socioeconómica de la familia a la cual pertenece la mujer en términos elitistas. Además de las calificaciones despectivas de lo femenino, es notoria la división que se trasluce en los textos entre las mujeres que se atienden en los hospitales y las *señoras* de los grupos medios y altos, posiblemente esposas, hermanas, hijas y cuñadas de los médicos y de otros integrantes de su grupo social reconocidos como pares.

Siguiendo a E.P. Thompson (1979) se va a apoyar un concepto de clase de carácter histórico y relacional. Una noción de clase que no se posiciona como pura abstracción, sino como una realidad empírica. En este sentido, una clase va a estar compuesta por individuos concretos que, por tener experiencias en común, se reconocen como miembros de una clase. A la vez, esa experiencia común se viabiliza a través de determinaciones objetivas y subjetivas apreciables a partir de la investigación histórica. En este sentido, la formación de la clase trabajadora es inseparable del enfrentamiento político de sujetos antagónicos: la lucha entre intereses opuestos y la articulación de individuos que se reconocen por experiencias comunes antecede y otorga la naturaleza política de las relaciones sociales de clase. En resumen, no se va a entender por *clase* a una circunstancia objetiva en la cual los sujetos se insertan, sino que se va a concebir como forma visible de manifestación político-

cultural que opera en determinadas circunstancias sociales y que implica, simultáneamente, la propia autoconciencia de una realidad determinante pero también pasible de ser reconstruida.

En el siguiente fragmento puede vislumbrarse parte de esta combinación o mixtura. El doctor Llames Massini va a establecer una diferencia contundente entre lo que llama la partera principal, seguramente recibida de la Escuela Nacional de Parteras y que trabaja bajo las órdenes del médico, respecto de las comadronas, en su mayoría pertenecientes a los sectores populares, que son quienes acompañan los partes y otras cuestiones de salud en los barrios de la ciudad:

La partera principal, que posee de 15 a 16 años de práctica, ha permanecido desde mucho tiempo en el establecimiento, bajo las órdenes inmediatas del catedrático de partos y del médico interno, y ha llegado a apreciar en su justo valor la influencia perniciosa que ejercen sobre la salud del niño las manipulaciones innecesarias; cosa que por desgracia no saben valorar un gran número de parteras, ni las madres de familia y esa multitud de viejas entrometidas que abundan en la ciudad y que, en la creencia de que poseen algunos conocimientos médicos, desean siempre dar a las familias una opinión autorizada con respecto a las curaciones del posparto (Llames Massini, 1915: 145-146)²³⁰.

La partera va a ser confiable cuando siga las indicaciones del médico-profesor (el catedrático), que es quien posee el conocimiento y las capacidades intelectuales y emocionales necesarias para la atención de los partos y el puerperio. Su formación no va a ser suficiente para acreditar capacidad y profesionalismo, sino que va a requerir de muchos años al lado quien sabe para darse cuenta de que no es adecuado lo que hacen las comadronas y parteras no diplomadas o empíricas.

Los discursos enunciados por lo referentes institucionales van a definir modelos de sujetos, de identidades y de relaciones (Faur, 2004) que van a encarnarse en las políticas, disposiciones y marcos normativos que permiten la organización concreta y simbólica (Bourdieu, 2000) de la práctica cotidiana al interior de consultorios y salas de parto.

Los tipos ideales de paciente y partera establecen interpretaciones sobre las necesidades, las demandas y las formas legítimas de satisfacerlas. Estas interpretaciones serán las que organicen las acciones y definan las prioridades respecto de parir-nacer en la

²³⁰ Véase: LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). Op. Cit.

sociedad porteña de esos años. Estas reglas van a crear los paradigmas de argumentación aceptados como válidos, marcando un límite entre lo posible y lo impensable en torno a las políticas y prácticas obstétricas de los años siguientes (Fraser, 1991).

No obstante, en tanto la fijación de sentidos se desarrolla a partir de enfrentamientos y alianzas (arenas de lucha) donde la circulación discursiva intenta dominar el campo de las significaciones, este proceso no debió de ser sencillo (Laclau y Mouffe, 1987). Las mujeres se resistieron a la intervención de los partos por parte de los médicos. En un primer momento, embarazadas, parturientas y puérperas rechazaron la presencia de los médicos quienes tuvieron que aceptar la participación de las parteras como parte de proceso de nacimiento, a la vez que desplegaron toda una serie de acciones pedagógicas y prescriptivas en los espacios comunitarios y de socialización de las mujeres con el fin de aportar al monopolio de “hacer ver y hacer creer, hacer conocer y reconocer” (Bourdieu, 1995: 87) las formas adecuadas, legítimas y *verdaderas* de ser mujer y madre.

CONCLUSIONES

En esta instancia de conclusión general se va a proponer una lectura del conjunto de los tópicos recorridos. Mirar hacia atrás, para volver a ver la madeja, la red, la trama o la nebulosa como unidad. Los hallazgos de la investigación que se han presentado a lo largo de la tesis permitieron dar cuenta de los discursos e imágenes acerca de la maternidad - específicamente sobre las intervenciones ante el embarazo, parto y puerperio- por parte de los grupos médicos en el marco de las configuraciones sociales que le dieron sentido en la Ciudad de Buenos Aires de los años 1900 a 1920.

A partir del análisis de las fuentes históricas y de los abordajes teórico-conceptuales elegidos, en estas páginas se logra reponer y reconstruir la matriz discursiva que circuló en torno a la maternidad en las instituciones y publicaciones médicas, y que estableció las bases y los alcances de una disciplina como la obstetricia. La comprensión de los hallazgos en su dimensión histórica permitió establecer su incidencia y magnitud en lo que concierne a la producción de disposiciones en torno al nacer-parir, a las formas de corporalidad que impulsa, a las prácticas clínicas que organiza y a la relación entre médicos y mujeres embarazadas o parturientas que se arraigan por esos años. La maternidad aparece en el discurso médico como hecho social-natural, como disciplina médica, como espacio hospitalario y como valor-símbolo-arquetipo social y moral.

Una primera cuestión que surge es la de la *cultura científica*. Como se ha podido observar, la medicina se configura como fuente de vocabulario y referencia para las interpretaciones sobre la vida social ante la llamada *cuestión social* que irrumpe por esos años. En este clima intelectual fuertemente marcado por el positivismo, se preconiza la posibilidad de adaptar al estudio de la sociedad métodos similares a los utilizados por las ciencias naturales, de modo de prever su funcionamiento y sancionar las medidas correspondientes para evitar conflictos y mantener el orden social.

De este modo, la hegemonía de la ciencia como organizadora de la realidad aporta lecturas de lo social marcadas por el causalismo y el determinismo reduccionista, en algunos casos, mientras que en otros se adapta de manera productiva a las necesidades de las elites de la época. El discurso médico provee a los intelectuales no sólo de presupuestos epistemológicos acerca del cuerpo, sino también de un criterio de autoridad para legitimar representaciones sociales. Así, a partir de su capacidad performativa, se configura en un modelo de conocimiento, de análisis y diagnóstico de las condiciones de la población y los individuos en el llamado proceso de modernización, que modificó las formas de nominalización y conceptualización de lo social en términos del funcionamiento del cuerpo. En este marco, las ciencias aplicadas se transforman en la clave para *vencer* aquellas cuestiones identificadas como los principales problemas de la sociedad.

Asimismo, estas dimensiones permitieron articular el discurso médico con la emergencia del Estado como regulador y árbitro de las relaciones sociales. Como se señaló, para llevar adelante esta tarea, la dirigencia política se apoyó fuertemente en la medicina, en tanto disciplina legítima para establecer patrones de normalidad y para intervenir en los ámbitos domésticos. Ante las descripciones de la Buenos Aires de esos años como de *degradación de la vida urbana*, el Estado aparece con poder de reglamentación para entrometerse en la esfera de lo público y de lo privado, disponiendo de un conjunto de normas de conductas encaminadas a evitar la aparición de problemáticas sociales.

En este punto, también las preocupaciones en torno a lo poblacional, como uno de los temas de *interés nacional*, habilitan las propuestas de los higienistas y reformadores sociales de la salud pública. Su énfasis natalista acentúa más los aspectos de control higiénico, médico y maternológico desde el Estado y propugna la inversión de recursos públicos para el desarrollo de políticas que mejoren el nivel de vida de los sectores populares. Como se ha demostrado, estas transformaciones, impulsan, a su vez, una serie de modificaciones en las prácticas y sentidos en torno al parir-nacer, mientras que profundiza otros procesos que ya se habían iniciado, sobre todo en la relación entre las mujeres y los médicos, y los espacios en donde ocurren los partos.

La consolidación del modelo microbiano habilita una mayor intervención de los médicos en torno a las enfermedades y dolencias, a la vez que ahonda la distancia entre éstos

y quienes no poseen los conocimientos científicos. Junto con ello, hacen posible modificar las visiones negativas del hospital permitiendo el traslado de los partos a esos espacios.

En este sentido, se pudo comprender cómo el proceso de diferenciación de la obstetricia como especialidad médica se enlaza con el sustento que le aporta al desarrollo de políticas activas de intervención en la vida social, como así también con la contribución a la configuración de un ideal maternal que se ensambla al seguimiento de la reproducción en sus etapas previas y posteriores, junto con el cuidado de los recién nacidos. El detalle de los mecanismos por los cuales estos profesionales comienzan a participar activamente en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía de determinados campos de saberes y prácticas específicas, contribuyendo a la constitución del aparato estatal, permitió percibir la articulación de intereses y acciones que llevó a la creación de instituciones y organismos específicos en torno a la maternidad, reforzando una sincronización. Como consecuencia de estos procesos, en la ciudad, los médicos higienistas, se logran perfilar casi como una burocracia especializada, que dialoga y compite con otros actores en el ámbito político y religioso o legal, y que van a ocupar un rol decisivo en la renovación del espacio urbano y las redes de asistencia, reforma y control social. En su práctica, a partir del uso de estrategias como la persuasión y la educación, logran difundir entre la población un código higiénico que a mediano plazo logra una tremenda aceptación e impacto en la vida cotidiana.

En este escenario, la tesis recorrió la forma en que el parto, el parir-nacer, se modifica en esos años. Como se ha podido observar, se trató de un proceso complejo y multidimensional en el cual se anudaron cuestiones que pertenecen a planos o escalas diversas. Una de las grandes y drásticas transformaciones fue la que modificó, no sólo quién va a ser la persona legitimada para acompañar los partos, sino también el tipo de rol y función que va a desarrollar. Es decir, no sólo se desplazó a las comadronas y parteras de su lugar en la asistencia de los nacimientos, otorgando a través de instrumentos jurídicos la potestad a los médicos obstetras, sino que en esa modificación cambia también la relación entre la parturienta y quien la acompaña, y se altera la misma concepción del parto.

Es posible sostener que el surgimiento de la obstetricia incluyó tanto el desplazamiento de las parteras-comadronas, como la consolidación de la figura de la partera diplomada y subalterna al médico, y la modificación de las formas y el ámbito en que se llega

al mundo. El parto pasa del hogar al hospital y pasa del acompañamiento a la intervención intensiva. En este movimiento, se reorganizan un conjunto de conocimientos y prácticas, a las que se suman aquellos saberes no institucionalizados formalmente con los que cuentan las parteras, a los cuales se ubica, sistematiza y presenta según las normas de la legitimidad científicas.

Otra característica es que, durante estas dos décadas, los médicos se reconfiguran como un grupo inquieto y dinámico, con gran iniciativa y fuerte presencia en la opinión pública, desde donde polemizan sobre los temas de actualidad, incluso entre ellos mismos. Sus pretensiones respecto de ocupar un lugar destacado en la sociedad se logran plasmar en propuestas legislativas y de intervención ante situaciones sociosanitarias, y se materializan en la creación de establecimientos e instituciones y en el desarrollo de políticas públicas.

Además, obtienen el respaldo jurídico y normativo que les garantiza el monopolio del ejercicio del *arte de curar* y la consecuente criminalización y persecución de todos aquellos que no integran este grupo. Se traza la línea divisoria que establece que quienes ocupan el adentro de la profesión son los médicos formados por la institución universitaria. Afuera quedan todos aquellos que desde hace décadas se ocupan de las cuestiones de salud y enfermedad de los sectores populares, y cuentan con algún tipo de formación adquirida en la ciudad o en el país de origen en el caso de los inmigrantes u obtenido en la propia práctica. La sanción de las leyes y reglamentaciones acelera el proceso de conformación de jerarquías profesionales y de un poder formal sobre el *arte de curar*.

También, se ha podido constatar que, de forma superpuesta al proceso de profesionalización e ingreso a los ámbitos gubernamentales, por esos años, se acentúa la exaltación de los atributos morales y personales de quienes ejercen la medicina. Esto se hace muy visible en los espacios de formación académica, donde, en su paso por la universidad, los estudiantes no sólo deben acreditar la incorporación de conocimientos científicos, sino que son interpelados por parte de maestros y profesores a que ejerzan y defiendan los valores superiores de la medicina, fuente de su prestigio social. Se fortalece así la condición de privilegio del médico y se profundiza la identificación de su rol con la función de juez y sacerdote, en tanto comparte con ellos la presunción de buena fe basada en la existencia de una vocación de servicio y reconocimiento social.

Todo este proceso de transformación es relatado desde el discurso médico en términos de superación de una etapa premoderna y precientífica regida por el pensamiento mágico y la superstición. En su narrativa, construyen una dicotomía entre ignorancia y saber, a la que se acopla discursivamente una ruptura con el pasado definido en términos de salvaje o bárbaro y que es superado por el paso a la modernidad científico-racional. En esta construcción histórica también explicitan sus perspectivas políticas, hecho que no sólo da cuenta de sus filiaciones partidarias y de su linaje social; sino que permite comprender la forma en que conciben a la sociedad, a las relaciones que operan en su interior y al lugar que les corresponde en ese armado. Así, los médicos y la medicina se ubican como los protagonistas de un *hito histórico*, ocupando el lugar de lo heroico en términos de *victoria épica* contra las enfermedades, el oscurantismo y los males de la sociedad.

Como contrapartida, a la vez que se consolida la hegemonía del médico para la atención de los partos, se garantiza la inclusión de las parteras diplomadas en el campo médico, pero en condiciones de subalternidad. Como se ha desarrollado ampliamente, es un proceso donde para legitimar su lugar en el acceso a los cuerpos de las mujeres, los grupos médicos despliegan una política activa de descalificación y desprestigio de los conocimientos y saberes de las mujeres en general, y en particular, de quienes hasta entonces se ocupaban de esas tareas. Utilizan sus publicaciones especializadas y la prensa del momento para denunciar la existencia de *curanderismo obstétrico*, a la vez que instrumentan estrategias para controlar y perseguir el trabajo de las comadronas y parteras no diplomadas. En este proceso, la educación superior forma parte de las instituciones que llevan adelante la tarea de consolidar este esquema de subordinación entre los profesionales de la salud, en este caso, acotado con fuerza a las relaciones de género.

La modificación en forma de desplazamiento y subalternización del rol de las parteras ante el parto es paradigmático. La jerarquización de la obstetricia tiene como beneficiarios inmediatos a los médicos, quienes amplían sus espacios académicos e institucionales, a la vez que delegan una parte importante de la atención del parto en las parteras convertidas en sus asistentes.

Asimismo, la institucionalización de la formación de las parteras también va a modificar, a la vez que restringir y coartar, un conjunto de redes y vínculos entre las mujeres

que exceden el nacimiento de un bebé. El desplazamiento de la comadrona no solamente implicó la incorporación de estos nuevos actores bajo el argumento de la rigurosidad científica, y en función de la posesión o no de conocimientos y certificados médicos, sino que modificó un conjunto de prácticas cotidianas de apoyo mutuo y transmisión de saberes entre las mujeres que no son posibles de explicar con las categorías del lenguaje científico. Junto con ello, estas transformaciones van a poner fin a unas formas de transmisión de saberes y experiencias en torno al acompañamiento de los partos, que, si bien eran heterogéneas y difusas, se apoyaban en los vínculos interpersonales y comunitarios entre las mujeres. Con la institucionalización de la medicina y la obstetricia en particular, esa forma de transmisión del conocimiento que se daba entre mujeres queda obturada, deslegitimada, y hasta criminalizada.

Por último, otra de las dimensiones de la institucionalización de la labor de las parteras es su organización en una asociación de tipo gremial. La creación de la Asociación Obstétrica Nacional cuyo fin es defender su trabajo y su espacio dentro de las disciplinas médicas aporta complejidad al proceso y da cuenta de la imposibilidad de considerarlo de forma lineal. Esta organización, a la vez que acompaña el proceso de fortalecimiento de la obstetricia como especialidad y participa de forma activa de la exclusión de la profesión de aquellas parteras de oficio que no logran acceder a una formación institucional, se configura como un espacio de agencia y alianza con otras organizaciones de mujeres en torno a los reclamos por la igualdad de derechos, presentes en la flamante agenda feminista.

Otro de los ejes centrales de la tesis, fue el que mostró las confrontaciones por el control de las instituciones, organismos y recursos públicos. La disputa entre los grupos médicos y la Sociedad de Beneficencia por el manejo de la *acción social*, es un tema de gran preocupación y presencia en las publicaciones científicas. En esos años, se modifica la forma de gestión de los servicios públicos asistenciales, como las maternidades, y los médicos logran insertarse en las estructuras estatales desplazando -parcialmente- a las mujeres de la elite porteña a cargo de las instituciones de caridad.

En este marco, bajo el sustento y la legitimidad de la ciencia médica, se genera un rápido proceso de construcción de edificios y salas de maternidad. En los años que van desde que se funda la primera maternidad a fines del siglo XIX hasta los inicios de la década del

treinta, se construyen y organizan la mayor parte de las maternidades públicas existentes en la actualidad en la ciudad de Buenos Aires y más del 60% de los partos ya se realiza en instituciones médicas.

Las transformaciones del espacio físico, en tanto objetivación de la maternidad, expresan un proceso de construcción social que da cuenta de las negociaciones, imposiciones y apropiaciones que impulsan la instauración de ciertas formas y modalidades en torno al nacer-parir. El espacio de la maternidad es un tipo de institución novedosa, que no existe previamente pero que se asienta sobre modelos de atención del parto que la anteceden largamente y a las cuales desplaza parcialmente.

En estas nuevas formas de espacialidad, encuentra su lugar la fragmentación que impulsa el proceso de especialización de la medicina. Las etapas del parto se van a separar y diferenciar en la práctica clínica. Asimismo, con la creación de los edificios de maternidad, el parto se traslada del propio hogar a un espacio impersonal y homogéneo. Las instituciones incorporan a las mujeres asistidas en calidad de enfermas a ser cuidadas y controladas. Junto con estos cambios, se incorporan mobiliarios e instrumentales, como la camilla de parto, que pasa a ocupar el centro del escenario.

Por otra parte, la inclusión y el análisis de las tablas con las estadísticas sobre atención en el Hospital Rivadavia permitió identificar y corroborar algunas de las ideas. Los números confirman que quienes asistieron al hospital en esos primeros años del siglo XX fueron, en su gran mayoría, mujeres trabajadoras en empleos relacionados con tareas domésticas o de servicio. Es decir, provienen principalmente de los sectores populares y como muestran las tablas muchas de ellas son inmigrantes, que inician durante su juventud el camino reproductivo.

Otro dato relevante es el contraste entre la cantidad y el tipo de asistencias. En 1900 la mayoría de las mujeres fue atendida después del parto, posiblemente por alguna complicación; sólo un diez por ciento concurreó mientras estaba embarazada o en trabajo de parto. Cinco años después, en 1905, el noventa por ciento de las mujeres atendidas llegó al hospital estando embarazada y tuvo a su hijo en el hospital.

Por último, la columna de profesiones de la tabla enuncia que una gran parte de las mujeres se encuentra vinculada al mundo del trabajo y participa fuertemente en la obtención

de ingresos monetarios. Este dato contradice los discursos en torno a la domesticidad de las mujeres, donde la feminidad es definida casi exclusivamente por la maternidad y las mujeres instaladas en el mundo privado como esposas y madres, responsables de la crianza, el cuidado y el trabajo doméstico.

El recorrido de la investigación trabajó sobre la medicalización de la maternidad, en tanto proceso continuo, como resultado de las transformaciones antes mencionadas. Como se pudo apreciar a través de las fuentes históricas, en esos años avanza fuertemente el proceso por el cual el embarazo y parto se institucionalizan y son gradualmente visualizados como una condición médica, incorporando a su ámbito de acción instancias que exceden la intervención ante lo considerado patológico. La figura del riesgo o los potenciales peligros impulsa la ampliación de la esfera de lo médico antes, durante y después del nacimiento.

A pesar de las resistencias y obstáculos iniciales, el resultado de estos cambios incluye el control médico masculino de la reproducción, la transformación de una función tradicionalmente femenina y la exigencia del parto hospitalario. La gestación de la vida pasa a ser concebida como un delicado proceso que es asimilado al de una enfermedad y que requiere de la presencia del médico.

En base a una serie de tópicos nativos y del análisis de las fotografías obstétricas, se describen los *marcos de sentido* generales en lo que hace a las interrelaciones entre profesionales médicos y las destinatarias de sus intervenciones. Con este análisis se pudo dar cuenta de las características que tuvo el proceso de inferiorización y subalternización de las mujeres en los espacios y cuestiones médicas. La comprensión de este proceso, a su vez, habilitó la posibilidad de reconocer las restricciones a la autonomía de las mujeres respecto de las decisiones sobre sus cuerpos, cuando enfrentan alguna situación relacionada con el quehacer médico. Restricción que no se da solamente en los momentos de intervención ante las dificultades obstétricas, sino también en aquellas prácticas definidas como de prevención y promoción de la salud.

A partir del recorrido por estas dimensiones, la tesis permite exhibir y comprender la rapidez y contundencia del proceso de medicalización del embarazo, parto y puerperio, junto con la configuración de la maternidad como un asunto médico. Rapidez y contundencia porque en poco más de dos décadas se transforma la forma en que se va a nacer en la ciudad

de Buenos Aires, iniciando un modelo, que mediado por las innovaciones tecnológicas, sigue vigente hasta el presente.

Más allá de la innegable y manifiesta validez de ciertos conocimientos científicos, lo que no es tan visible, y surge como resultado de esta tesis, es que no siempre las comprobaciones de los beneficios de la ciencia fueron el motor de las políticas y prácticas de los médicos y las políticas sanitarias en torno a la maternidad. Por ejemplo, la necesidad de institucionalizar los partos en hospitales comenzó antes de que los resultados fueran aceptables y superiores que los de los partos públicos, desarrollados en el domicilio de la embarazada y realizados por parteras diplomadas o no. Sería hacer futurismo imaginar qué resultados se hubieran alcanzado si las medidas de asepsia y antisepsia que se empezaron a implementar se hubieran llevado masivamente a las casas, o si los conocimientos obstétricos se hubieran difundido entre las parteras. Asimismo, las idas y vueltas ante cuestiones como la analgesia durante el parto o la implementación de ciertas intervenciones obstétricas dan cuenta de que, en numerosas ocasiones, las transformaciones de las prácticas clínicas no fueron precedidas por los conocimientos científicos.

Sobre todo en las cuestiones relacionadas con: la despersonalización de la figura de la paciente obstétrica, la homogeneización de los procedimientos y prácticas ante el parto, la limitación de la autonomía de la parturienta mediada por la incorporación de elementos como la camilla y las estriberas, como así también la privación deliberada de información significativa sobre lo que se practicaba sobre su cuerpo y el de su hijo; no fue posible encontrar en las fuentes seleccionadas información ni argumentos científicos lo suficientemente sólidos y aceptables en términos de garantía y mejora de la salud.

Lo que los hallazgos demuestran es la conjugación de dos dimensiones constitutivas del discurso médico, no siempre en proporciones similares: por un lado, la argumentación clínica en base a la evidencia científica que justifica el cambio de prácticas en torno al parir-nacer, mostrando resultados de mejora de la salud de la embarazada o parturienta; por otro, el objetivo de la transformación de esa práctica incluye o a veces antepone un cambio de actitud, valores y sentimientos de esas mujeres en un sentido que no es posible hallarlo en la evidencia empírica.

En este nuevo escenario y a partir de la estabilidad de estas transformaciones, el parto será realizado por los médicos y las mujeres ocuparán el lugar de beneficiaria, objeto de intervención o un elemento del proceso al que hay que cuidar. Se configura así, la pasividad y exterioridad de la mujer frente a su parto desde la mirada médica. Simultáneamente, aparece y se potencia una moralidad diferente que reduce y objetiviza el cuerpo de las mujeres en tanto potestad primaria de la medicina. Las mujeres y los procesos vitales que se desarrollan en sus cuerpos se vuelven parte de una externalidad objetiva para la mirada de la medicina regida fuertemente por varones. En un proceso que puede remitirnos al que desarrolla la mirada colonizadora, basada en la exterioridad de la racionalidad científica, la exterioridad administrativa y expurgadora del otro y de la diferencia, señalada por Quijano (1992). La medicalización del embarazo, el parto y el puerperio se configuran como parte del ideal de mujer moderna y como requisito de su ciudadanía. La aceptación de las disposiciones médicas es parte de ese contrato.

Como se ha señalado, este proceso se acompañó de la división entre espacio público y espacio doméstico, expulsando lo político de este último, a la vez que se lo margina, lo otrifica (Segato, 2011), y define su ocupación en términos genéricos²³¹. La minimización de las cuestiones subjetivas e identitarias de las mujeres frente al embarazo, parto y puerperio se encuentran vinculadas con la privatización del espacio doméstico, como espacio residual, no incluido en la esfera de las cuestiones mayores, consideradas de interés público general.

Con la reclusión y la despolitización del espacio doméstico se desmorona la autoridad, el valor y el prestigio de las mujeres, sobre todo las de los sectores populares, y de su esfera de acción. Como se observa en numerosas iniciativas impulsadas tanto por organismos estatales, como por sociedades médicas y de la caridad, las mujeres deben volver a ser educadas e instruidas en su rol materno, según los nuevos parámetros que van a regir ese rol. Así como la medicina debe ayudar y corregir a la naturaleza cuando su accionar es insuficiente, también deberá ayudar -aunque la maternidad sea cuestión de femineidad natural- a que las mujeres se conviertan en madres. Desde la medicina -obstetricia, puericultura, pediatría- no se busca regenerar la transmisión generacional de conocimientos

²³¹ Ya se han apreciado las dificultades de las pocas mujeres que irrumpieron en la vida pública y cómo fueron encontrando obstáculos a su permanencia y desarrollo en esos espacios, que en algún caso les costó la vida.

que podría haberse obturado por la urbanización y los procesos migratorios, sino que se propone transformarlos. Las experiencias y conocimientos transmitidos de madres a hijas, en el vínculo con la comadrona o en ámbitos comunitarios no son los deseables para los grupos médicos, que los califican de falsos o perjudiciales. El propósito es modificarlos y homogeneizarlos: unificar y sistematizar una serie de hábitos y comportamientos saludables que incluyen los valores, sentimientos y emociones apropiados alrededor de la maternidad, el cuidado, las relaciones familiares y la propia corporalidad.

En palabras de Segato (2011), este proceso contribuye con la caída del mundo de las mujeres desde una posición de plenitud ontológica al nivel de resto o sobra de lo real. Las mujeres van a formar parte de los sujetos *marcados* (Hall, 1996) dentro del ideal moderno, donde lo diferente -lo otro- es pensado en términos evolucionistas como estadios inferiores de la humanidad. Y en este punto también es necesario señalar que, este proceso de subalternización de las mujeres, implica el despliegue de violencias simbólicas (Bourdieu, 1997, 2000) por parte de los referentes médicos de esos años. Aun cuando no es entendida como tal, y cuando siquiera se enunciaba ese concepto, es innegable que las humillaciones y legitimaciones de desigualdad y jerarquía que incluyen desde el sexismo hasta las expresiones íntimas del poder de clase (Bourgois, 2005) son manifestaciones de violencia simbólica.

En este sentido, el discurso social que parece permitir hablar de todo y de múltiples maneras, transforma por eso mismo lo no decible en impensable o absurdo o infame o quimérico. Todo discurso legítimo contribuye a legitimar prácticas y maneras de ver, asegurando beneficios simbólicos. A la vez, frente a todo aquello que se deja ver en el discurso, se podría preguntar por lo que se bloquea, lo indecible o lo que no se cuestiona ni se debate. En este marco, cabe señalar que las voces de las mujeres no tienen lugar en las publicaciones médicas. No están presentes en ninguno de los documentos hallados. Salvo en los casos de las parteras diplomadas que pugnan por su voz pública, no se han encontrado testimonios de las mujeres embarazadas o parturientas, por lo cual, se debió leer sus valores, actitudes y prioridades a través de las miradas médicas y las estadísticas. Sobre todo, fue posible observar y oír su resistencia a través de las quejas y los regaños enunciados por los médicos.

Los reproches de los obstetras, junto con su vehemencia en torno a la exigencia de una mayor institucionalización y formalización de las prácticas del parir-nacer, confirman que, en el momento concreto del parto, ni las parteras son aquellas idealmente definidas en las reglamentaciones y programas académicos, ni las mujeres hacen aquello que se corresponde con el rol asignado. Hay un guion que no siempre es respetado.

En cada parto, se confirma o no -o lo hace de modo parcial, la reproducción de los marcos institucionales, la generación o transformación de conocimientos, la conservación o destrucción de la memoria previa del parir-nacer, el control y la apropiación de la institución, junto con la resistencia y la lucha contra las formas de poder establecidas. Se produce en la interacción una forma de parto *peculiar* que no es fija, ni natural, donde tanto los médicos, como las parteras y parturientas que conviven en esos instantes, internalizan o rechazan valores y contenidos. El parto es un momento de relación en constante construcción y negociación en circunstancias concretas en lo material y simbólico. Allí se juegan intereses e historias inmediatas y mediatas de la sociedad en general, de las instituciones médicas, de las mujeres gestantes y de los médicos y auxiliares. Como sostiene Laura Méndez (2014), la historia de los cuerpos y sus procesos vitales no puede reducirse a descubrir los modos en que estos han sido controlados, disciplinados y castigados ya que, si bien históricamente han sido un sitio privilegiado para fijar coordenadas y mapeos que ordenaron saberes emergentes, conjugaron con eficacia una matriz productora de nuevos cuerpos y estipularon una gramática de lo indeseable: los cuerpos concebidos como sujetos también han experimentado itinerarios de resistencia de modo complejo y múltiple.

De esta forma, las quejas, dan cuenta de que, a pesar de las normativas e indicaciones clínicas que definen idealmente relaciones sociales, la trama social de interacciones entre sujetos al interior de las maternidades y salas de parto desbordan hacia otros sentidos que se amplían o restringen, se olvidan o cambian de forma.

A modo de cierre, se dirá que, cien años después del período analizado y desde una posición asentada en la defensa del parto respetado o humanizado y en el derecho a la soberanía del propio cuerpo, los avances tecnológicos, científicos y médicos no pueden ser utilizados para hacer retroceder las aspiraciones de autonomía de las mujeres ante el parto. La sociedad debe poder configurar en conjunto, formas donde la información y el

conocimiento científico se pongan al servicio de la libertad de toma de decisión, y no por el contrario la restrinja.

Como se observa en los actuales debates legislativos en torno a la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, gran parte de los argumentos presentados en esta tesis continúan vigentes, más allá de los cambios tecnológicos. En este sentido, para alcanzar y reponer la autonomía de las mujeres frente a procesos vitales tan relevantes, complejos y multidimensionales como son el embarazo, el parto y el puerperio no es posible solamente volver hacia atrás para decidir entre ciencia sí o ciencia no. De lo que se trata es de colocar al conocimiento al servicio de la autonomía y el respeto de las mujeres ante las decisiones sobre su propio cuerpo. Para salir de la dicotomía es necesario, no solo una mirada crítica sobre los marcos normativos y jurídicos, sino que se requiere de una revisión de los discursos que afirman tanto la superioridad moral de quienes ejercen la medicina obstétrica frente a las destinatarias de sus prácticas, como así también de los que sostienen el derecho a la *misión salvadora* que legitima intervenciones forzadas y no deseadas. Y esta es sin duda, una tarea en clave histórica.

Palabras finales

En el final, quiero decir tres cosas, que posiblemente sean cuatro, y en primera persona.

En primer lugar, la escritura de esta tesis me interpeló de forma personal en numerosos momentos. El enojo, la sorpresa y la indignación asomaron con frecuencia durante el desarrollo de la investigación. Lo emotivo del proceso no impidió la rigurosidad del análisis sino, por el contrario, le aportó hondura y fortaleza. Le puso cuerpo, vivencia, inquietud y vibración a los argumentos. Sin embargo, a pesar de la crudeza de algunos hallazgos, el trabajo con los documentos no fue una tarea penosa, sino que estuvo regida por la convicción de que construir una historia nos dice tanto sobre el pasado como sobre el presente, y que esta construcción aportará un punto de vista. Puesto que, por supuesto, deseo intervenir sobre la realidad.

En segundo lugar, merece unas palabras el deslumbramiento por el trabajo de archivo. La materialidad de la historia puesta en tinta y papel frente a mis ojos potenciaron la intuición y la confirmación de estar percibiendo los cimientos de una transformación que modificó la forma en que nacemos y parimos a nuestros hijos. Abrir el archivo, ver lo que está guardado y tal vez olvidado, hacerle preguntas para que haga memoria. Sí, tener al alcance de la mano las huellas de *aquello* que definió cómo los integrantes de mi familia, mis padres y también mis hijos y la mayor parte de las personas que nos rodean, transitaron ese pasaje hacia el mundo en el que les tocó vivir.

Y, en tercer lugar, claro, la escritura y la palabra. Porque finalmente se trata de escribir una tesis. Escribir con palabras, darles un orden y un lugar, una sonoridad, una velocidad y una cadencia que permitan hacer de la lectura una experiencia grata. La palabra, como vínculo con el lector, va a estar siempre ahí, como soporte de ideas y explicaciones, con su capacidad de incidencia y de disidencia, de confrontación y disputa, pero también con la potencia de poder ser vehículo para la alianza y la complicidad. Porque si no la coartamos, ni la fijamos a parámetros excesivamente ajustados en los cuales solo se la convoca a responder a una norma, la palabra va a contar con la fuerza de la libertad.

Biografías breves

Se decidió incorporar un apartado con una breve biografía de aquellos médicos que aparecen frecuentemente en el trabajo. En el mismo no se han detallados los textos escritos por cada uno de estos personajes, ello está en el apartado de Fuentes. En el texto general se mantiene la referencia al pie de página cuando aparece el nombre por primera vez.

En algunos casos la información disponible es abundante y en otros hubo que reconstruir las biografías a partir de fragmentos de diferentes fuentes.

La mirada del conjunto permite ver con mayor nitidez las características que comparten este grupo de médicos, la mayoría especialistas en obstetricia. En ellas es posible mencionar, la superposición de cargos y funciones entre los ámbitos académicos, de servicios médicos y políticos-gubernamentales; la pertenencia generalizada a familias de la elite política y económica del país o en algunos casos a sectores medios con disponibilidad de recursos; la convivencia y confrontación de dos subgrupos en términos generacionales.

Aráoz Alfaro, Gregorio (1870-1955)

Médico sanitarista tucumano. Se graduó con diploma de honor en 1892 en la Universidad de Buenos Aires.

Durante 2 años viajó a Europa para perfeccionarse. En Alemania, Francia e Italia asistió a las clínicas y laboratorios de los grandes hospitales y universidades. Fue uno de los primeros difusores en nuestro país de la Puericultura. Trabajó en la protección a la infancia en Centros de Higiene Maternal e Infantil en todo el país.

Sus obras más importantes sobre el tema fueron “El libro de las madres”, (1899) y “Por nuestros niños y por las madres” (1936).

Cargos docentes, académicos y políticos

- Profesor suplente de Patología general y ejercicios clínicos en la Facultad de Medicina (1894-1904).

- Profesor de Semiología y Clínica Propedéutica en la Facultad de Medicina (1904 – 1928).
- Médico a cargo de la sala de niños del Hospital San Roque (1893-1928).
- Presidente del Departamento Nacional de Higiene (1918, 1923-28, 1930-31).
- Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
- Presidente del Inst. Interamericano de Protección a la Infancia.
- Presidente del Primer Congreso Nacional de Medicina (1916).
- Presidente de la Primera Conferencia Sanitaria Nacional (1932).
- Presidente de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, durante un cuarto de siglo.

Cantón, Eliseo (1861-1931)

Médico porteño, dedicado a la obstetricia.

Inició sus estudios en la Facultad de Medicina de Córdoba y los finalizó en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA en 1886. Ocupó distintos cargos docentes.

En términos políticos, desde fines de la década de 1880, se vinculó al roquismo y ocupó distintos puestos legislativos en representación del Partido Autonomista Nacional, también conocido como «partido conservador».

Autor de una gran cantidad de libros, artículos y observaciones clínicas, entre ellos su Historia de la Medicina en el Río de la Plata y La historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1917 escribió el Atlas de Anatomía y Clínica Obstétrica, reconocido libro de esos años.

Algunos autores como Souza y Hurtado (2008) señalan que, en ambas obras, compuestas de varios volúmenes, se propone historiar el desarrollo de la medicina desde la llegada de los españoles hasta su presente, describiendo los años en que la escuela médica de Buenos Aires estuvo bajo su conducción como los de mayor esplendor.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Director de la Maternidad del Hospital San Roque.
- Decano de la FCM durante dos períodos (1906-1912).
- Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica que lleva su nombre.
- Miembro de la Academia de Medicina.
- Senador Nacional por la provincia de Tucumán en tres períodos consecutivos (1888-1892, 1894-1898 y 1898-1902).
- Diputado por la Capital Federal en dos períodos (1904-1912).
- Vicepresidente de la Cámara de Diputados (1907).
- Presidente de la Cámara de Diputados (1908).
- Interventor federal en Córdoba (1909).
- Presidente del Congreso Internacional de Medicina realizado en Bs. As. por el Centenario (1910).

Coni, Emilio (1854-1928)

Médico higienista correntino.

Realizó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires y se graduó en la Facultad de Medicina en 1878 con la tesis “Lepra anestésica” resultado de la observación de casos en distintas regiones del país y del Paraguay. Se orientó hacia la práctica de la higiene pública y la medicina social.

Fundador de numerosas instituciones de salud en la Capital Federal. Impulsó la publicación de la Revista de la Sociedad Médica Argentina. Fundó y dirigió la inspección higiénica de las escuelas. Creó la Oficina Estadística Municipal de Buenos Aires y la publicación Anuales de Higiene Pública. Impulsó la creación de dispensarios, el Patronato de la Infancia y la Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene.

Participó honorariamente como vocal de la Comisión Administradora de las Obras de Salubridad de la Capital. Oficializó la Escuela de Enfermeras creada por Cecilia Grierson. También se dedicó al periodismo científico.

Recibió el premio Guillermo Rawson por su trabajo sobre mortalidad infantil en 1885.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Presidente de la Asociación Médica Argentina (1891–1893).
- Director de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires (1892-1893).
- Jefe de Clínica Quirúrgica en el Hospital de Hombres.
- Médico de sala del Hospital San Roque (actualmente Ramos Mejía).
- Fundador de la maternidad del Hospital municipal San Roque.
- Fundador y presidente de la Liga Argentina contra la Tuberculosis (1901-1912).
- Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

Fernández, Juan Ramón (1857-1911)

Médico correntino.

Hijo de un acaudalado comerciante español. Inició sus estudios secundarios en Corrientes y los finalizó en Buenos Aires, ingresando en 1876 a la Facultad de Medicina. En su período estudiantil escribió una memoria titulada Estadística Médica de la ciudad de Corrientes desde 1867 hasta el año 1879, premiada por el Círculo Médico Argentino.

Graduado de doctor en Medicina en 1882 en la FCM. Su tesis de doctorado basada en el estudio del tratamiento antiséptico de la fiebre puerperal mereció una distinción de la Academia de Medicina. Viajó por Europa para perfeccionar sus conocimientos sobre obstetricia con el Profesor Tarnier de París.

Fue miembro del Partido Autonomista Nacional (PAN).

Impulsó la construcción de la Escuela Práctica de Medicina y la Morgue.

El Instituto de Enseñanza Superior de Lenguas Vivas, creado en 1904 durante su mandato como ministro, lleva su nombre.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina (1884).
- Fundador de la Escuela de Medicina de Buenos Aires (1890), de la cual fue el primer director y profesor. .
- Titular de la Escuela Nacional de Parteras y director de su maternidad.
- Decano de la FCM (1901-1903).
- Ministro de Justicia e Instrucción Pública, durante el gobierno de J. A. Roca.

Gache, Juan Samuel (1857-1907)

Médico bonaerense, dedicado principalmente a la obstetricia.

Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Su tesis se tituló "Estudio de Psicopatología". Colaboró en la redacción de varios diarios y revistas científicas del país y del exterior. Autor de "Casas para obreros" y "La Tuberculosis en la República Argentina".

Nació en Mercedes, Prov. de Bs. As. Se encuentra enterrado en el Cementerio de la Recoleta.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Catedrático de la Academia de Medicina de la Universidad de Bs As.
- Primer presidente de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis.
- Presidente del Circulo Médico Argentino.
- Fundador de la Cruz Roja Argentina y Primer Secretario de dicha Institución.
- Fundador de la Sección de Maternidad del Hospital Rawson (luego llevará su nombre).

- Profesor en la Facultad de Ciencias Médicas.

Grierson, Cecilia (1859-1934)

Primera médica argentina.

Graduada en 1889 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Su tesis de graduación se tituló Histero-ovarotomías ejecutadas en el Hospital de Mujeres, desde 1883 a 1889.

Ayudante del Laboratorio de Histología, al tiempo que realizaba la práctica hospitalaria en la Asistencia Pública.

Apenas se recibió se incorporó al Hospital San Roque donde se dedicó a ser ginecóloga y obstetra. La especialidad de cirujana le fue negada por su condición de mujer, a pesar de tener el título habilitante para ejercerla.

En 1894, se presentó en el concurso para cubrir el cargo de profesor sustituto de la Cátedra de Obstetricia para Parteras pero el concurso fue declarado desierto. El jurado consideró que una mujer no podía aspirar a la docencia universitaria. A pesar de ello, en 1897 publicó “Masaje Práctico”, un libro precursor de la técnica kinesiológica y dictó cursos sobre “Gimnasia Medica y Kinesioterapia” en la Facultad de Medicina entre 1904 y 1905.

Viajó a Paris para perfeccionarse en Ginecología y Obstetricia.

Formó parte del Partido Socialista. Trabajó junto a José María Ramos Mejía y Juan B. Justo en la creación del Círculo Médico en donde funcionó una escuela práctica de medicina con consultorios de varias especialidades y un centro dedicado a la difusión y a la investigación.

Promovió el estudio de la puericultura y fue pionera en la enseñanza de personas ciegas, sordomudas y con discapacidades. Impulsó la creación de consultorios-escuela para tratar a niños con problemas de comportamiento, dificultades en el habla y en el aprendizaje.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Fundadora y directora de la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico Argentino (1886-1913).
- Médica del Hospital San Roque (luego Ramos Mejía) en ginecología y obstetricia.
- Cofundadora de la Asociación Médica Argentina (1891).
- Colaboró en la realización de la primera cesárea que tuvo lugar en la Argentina (1892).
- Fundadora de la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios (1892).
- Adscripta a la Cátedra de Física Médica y Obstetricia.
- Vicepresidencia del Congreso Internacional de Mujeres (1899).
- Fundadora del Consejo Nacional de Mujeres (1900).
- Fundadora y miembro honorario de la Asociación Obstétrica Nacional.
- Fundadora de la Escuela de Economía doméstica y la Sociedad de Economía Doméstica (1902).
- Presidente del Congreso Argentino de Mujeres Universitarias (1910).
- Presidió el Primer Congreso Feminista Internacional de Argentina (1910).

Iraeta, Domingo

Médico graduado por la Universidad de Buenos Aires. Pertenece a la generación de obstetras siguiente a la de Cantón.

Integrante de las organizaciones que cuestionaron en el cambio de siglo, el funcionamiento de la Universidad de Buenos Aires.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Director del Hospital Penna (a partir de la década del 30).
- Presidente de SOGIBA (1940).

Lagarde, Alfredo

Médico graduado por la Universidad de Buenos Aires en 1887, con la tesis “Consideraciones clínicas sobre afecciones valvulares del corazón.

A cargo de la maternidad del Hospital San Roque al momento de su creación por iniciativa de Coni.

En 1901 colaboró en la fundación de la Fundación Obstétrica Nacional que llevaron adelante las parteras.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Dirigió la primera cesárea que tuvo lugar en la Argentina (1892), ayudado por la Dra. Cecilia Grierson.
- A cargo del servicio de ginecología del Hospital San Roque.
- Director de la Maternidad del Hospital San Roque.
- Profesor de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas.

Lanteri, Julieta (1873-1932)

Doctora en Medicina y Cirugía en 1907, pasando a ser la sexta médica de nuestro país.

Nació en Italia. Llegó a Argentina de niña junto a su familia.

Fue la primera mujer egresada del Colegio Nacional de La Plata. Se recibió como farmacéutica en la Universidad de Buenos Aires en 1898. Tras recibirse, obtuvo un permiso especial de Leopoldo Montes de Oca para estudiar medicina por ser mujer.

Trabajó suministrando la vacuna contra la viruela en el servicio de Asistencia Pública de Buenos Aires y en el Hospital de Emergencias y Dispensario. También atendió en su propio consultorio.

Aplicó para ser docente en la Universidad de Buenos Aires, pero fue rechazada con la justificación de que era extranjera.

En 1911 la Municipalidad de Buenos Aires convocó a los vecinos para que actualizaran sus datos en los padrones, en vistas a las elecciones municipales de concejales. Como nada se decía sobre el sexo solicitó su inscripción en la justicia y obtuvo el permiso para votar. Poco después, el Concejo Deliberante porteño sancionó una ordenanza donde especificaba que el empadronamiento se basaba en el registro del servicio militar, y por consiguiente excluía a las mujeres. Lanteri se presentó ante registros militares de la Capital Federal para solicitar ser enrolada, pero su petición fue rechazada.

Muere luego de ser atropellada por un auto que huye. A pesar de que el incidente es caratulado por la policía como accidente, fue cuestionado por la prensa. En el informe policial se había tachado el nombre y vehículo del conductor quien era miembro de la Liga Patriótica Argentina y había cometido numerosos asesinatos.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Coorganizadora del Congreso Femenino Internacional en Buenos Aires (1910).
- Fundó el Partido Feminista Nacional por el que fue candidata a diputada (1920).
- Fundó en 1904 la Asociación Universitaria Argentina junto a la doctora Cecilia Grierson con el objetivo de que las mujeres pudieran realizar estudios terciarios.

Llames Massini, Juan Carlos

Médico porteño dedicado a la obstetricia.

Jefe de la Maternidad del Hospital Fernández y Profesor de Primer Año de Obstetricia en la Escuela desde sus comienzos.

Uno de los textos más destacados para el conocimiento histórico de la obstetricia argentina es del médico Llames Massini, titulado “La partera en Buenos Aires y la Escuela de Parteras”, publicado en la revista La Semana Médica en el año 1932.

Otros escritos que publicó: “Maternidad del Hospital Fernández. Estadísticas correspondiente a los años 1914-15” (1916), “Protección maternal a la mujer obrera” (1920) e “Introducción al estudio de la obstetricia” (1924).

Cargos docentes, académicos y políticos

- Jefe de la Maternidad del Hospital Fernández.
- Director de la Escuela Nacional de Parteras.
- Profesor de la FCM.
- Presidente de SOGIBA (1922-1924).

Molina, Samuel (-1926)

Primer médico catamarqueño.

Hijo del gobernador de Catamarca Samuel Molina y de Primitiva Segura, a su vez hija del gobernador Pedro Segura. Proviene de una familia perteneciente a la élite política del siglo XIX. Con fuertes vínculos con la Sociedad de Beneficencia.

Practicante en el Hospital Rivadavia hasta 1872, luego ocupó el cargo de médico y director. Fue su iniciativa la instalación de los primeros consultorios externos, medida revolucionaria para la época (1880). Fue una figura clave para impedir que le quitaran el control del Hospital y pasara a manos municipales antes del cambio de siglo.

Tuvo una fuerte controversia con la Sociedad de Beneficencia cuando nombran a Peralta Ramos, jefe de la Maternidad del Hospital Rivadavia mientras actuaba como director del Hospital, dado que pretendía mantener los dos cargos.

Colaboró como médico en la Guerra del Paraguay y en la epidemia de fiebre amarilla. Fue uno de los primeros que dieron en el país la enseñanza metodizada de la obstetricia. Se encuentra enterrado en el Cementerio de la Recoleta.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Director y jefe de la maternidad del Hospital de Mujeres (luego Hospital Rivadavia).
- Profesor de la cátedra de partos en la Facultad de Ciencias Médicas y en la Escuela de Parteras.
- Lideró el equipo que realizó la primera cesárea del país (1892).
- Director Honorario de la Sociedad de Beneficencia.

Pardo, Pedro Antonio (1829-1889)

Médico salteño dedicado a la obstetricia.

Inició su carrera médica en Buenos Aires, graduándose en 1854 con la tesis "Hipertrofia del corazón simple y acompañada de lesiones en las válvulas".

Fue profesor en la Facultad de Medicina.

En 1865 fue encargado por el Gobierno Nacional para organizar y dirigir el Hospital Militar y asistir a heridos de la guerra del Paraguay.

Por nombramiento de la Sociedad de Beneficencia, se hizo cargo de dos salas del Hospital de Mujeres, y fue entonces que ideó los planos del actual Hospital Rivadavia, siendo nombrado presidente de la comisión constructora.

En 1873 fue designado miembro de la Academia de Medicina, fundada por Rivadavia, cargo que desempeñó por muchos años.

Fue Ministro de Relaciones Exteriores durante la presidencia de Avellaneda. Y durante la presidencia del general Roca, Pardo fundó el Departamento Nacional de Higiene, desempeñando el cargo de primer presidente.

En 1887 fue autor del primer Código Sanitario que hubo en el país, que fue aprobado en el 1er Congreso Médico de aquel año.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Fundador de la Escuela de Parteras.

- Fue elegido diputado a la Legislatura en 1858.
- Titular de la cátedra de Partos (1871-87).
- Primer director de la Dirección Nacional de Higiene (1882- 87).
- Decano de la Facultad de Ciencias Médicas (1884-87).

Penna, José María (1855-1919)

Médico epidemiólogo.

Profesor, sanitarista y funcionario público.

Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Bs. As. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1879, con la tesis sobre La Uremia, siendo el primero que escribió sobre medicina experimental.

Formó parte del cuerpo docente de la Facultad de Medicina en 1883, al ocupar como profesor suplente la cátedra de patología interna, y en 1890 la de titular, habiendo dictado varios cursos de epidemiología.

Escribió numerosas leyes de higiene, profilaxis y salubridad pública. También escribió una serie de libros de formación médica y diversas notas en publicaciones especializadas. Entre sus obras más notables figuran: “La Viruela en la República Argentina”, que obtuvo la medalla de oro en el concurso médico de 1884; “El Cólera”; “La Fiebre Amarilla”; “La Cremación”; “La Influenza”; “La Peste Oriental”.

Durante su mandato como diputado, se aprobaron numerosas leyes de su autoría, entre ellas, la de Defensa contra la Lepra, la de Vacunación Antivariólica y la de Profilaxis del Paludismo.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Profesor titular de la cátedra de Patología Interna de la Facultad de Medicina (por 5 años).
- A cargo de la cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas (1900).

- Director de la Casa de Aislamiento (Hospital Muñiz).
- Miembro fundador del Círculo Médico Argentino (1876).
- Director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Capital (1906-1910).
- Presidente del Departamento Nacional de Higiene (1911).
- Representante de la Provincia de Buenos Aires en la Cámara de Diputados de la Nación (1910-1914).

Peralta Ramos, Alberto (1880-1954)

Médico porteño. Se graduó en 1903 en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Perteneciente a una familia tradicional porteña. Trabajó en numerosos hospitales de la ciudad.

La Sociedad de Beneficencia lo nombra jefe de la Maternidad, desplazando al Dr. Samuel Molina que ejercía ese cargo desde 1887, y que en ese momento era el director del Hospital. Impulsó lo que llamó la asistencia médico-social de la madre y del hijo.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Adscripto, profesor suplente y profesor titular sucesivamente en la Cátedra de Clínica Obstétrica (1904-1947).
- Médico de los hospitales San Roque (actualmente Hospital Ramos Mejía), Fernández y Durand sucesivamente.
- Director de la Maternidad del Hospital Rivadavia.
- Presidente de SOGIBA (1920-1922).
- Creador del Instituto de la Maternidad y del Departamento de Puericultura (1928).
- Miembro de la Academia Nacional de Medicina que preside durante el período 1938-1940.
- Integrante de la dirección de La Prensa Médica Argentina (1935-1954).

Velarde, Fanor

Médico dedicado a la obstetricia. Tuvo una destacada actividad académica en la Escuela de Obstetricia para la formación de parteras.

Pertenece a una familia de la oligarquía porteña.

Cargos docentes, académicos y políticos

- Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Médico de la Escuela de Parteras
- Presidente de SOGIBA (1910-1912).

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

I. FUENTES

a) Publicaciones periódicas consultadas para el período estudiado

Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires y Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología (SOGIBA)

La Semana Médica

Revista Médico-Quirúrgica (Sociedad Médica Bonaerense)

Revista de la Sociedad Médica Argentina

Revista Obstétrica y Actas de la Asociación Obstétrica Nacional (AON)

b) Publicaciones oficiales, leyes y normativas

Anales de la Asistencia Pública y Anales del Departamento Nacional de Higiene. Reglamentos, resoluciones, apercibimientos y multas aplicadas (DNH)

Código Penal de la República Argentina, 1887.

Código Penal, 1921

Digesto de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1888-1921)

Ley del ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares, capítulo “De las parteras, dentistas y flebotomos” (año 1877)

Ley N°3041, Primera Edición de la Farmacopea Argentina (año1893)

Ley de Trabajo Femenino e Infantil, N°5.291 (año 1907)

Ordenanzas Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.

c) Libros, ensayos, tesis y otros documentos (conferencias, discursos, artículos de divulgación científica y materiales de formación médica)

- ARANIBAR, Isaac (1888). *Maternidades, tesis inaugural*. Buenos Aires: Peuser.
- ARÁOZ ALFARO, Gregorio (1899). *El libro de las madres*. Buenos Aires.
- _____ (1916a). Conferencia de Apertura del *Primer Congreso Nacional de Medicina*. Buenos Aires.
- _____ (1916b): Sobre la organización de la protección y asistencia de la infancia. Trabajo presentado en el *I Congreso Americano del Niño*. Buenos Aires.
- _____ (1919a) “Discursos pronunciados en la sesión inaugural y en la recepción de la universidad”; *Informe sobre la profilaxis del abandono del Niño*. Buenos Aires.
- _____ (1919b). “El médico y sus deberes sociales”, *La Semana Médica*, año XXV. Buenos Aires.
- _____ (1926). La Protección de la Infancia, *Boletín del Museo Social Argentino*, año XVI, entregas 67-68. Buenos Aires.
- ARGERICH, A (1920). “Asistencia Maternal domiciliaria. Petición de la Asociación Obstétrica Nacional”. *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia*, año IX, N° 4.
- ARRIOT, Pedro P. (1905). “Algunas consideraciones sobre embarazos distópicos”. *Obstetricia, La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.
- ARRUE de DOYHARZABAL, Francisca (1912). “La fiebre puerperal y la responsabilidad de la partera”, en *Revista Obstétrica*, N° 3, Año X, Tomo X.
- BELAUSTEGUI, Luis. E. (1906) “Movimiento Estadístico correspondiente al año 1905.Hospital Rivadavia. Maternidad”. *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.
- BERUTI, Josué (1916). “Sobre la profilaxis social de las enfermedades venéreas. Participación de la partera en la lucha preventiva contra la sífilis y la gorronea”. *La Semana Médica*, año XXIII, N°36. Buenos Aires.
- _____ (1918). *La Primiparidad tardía*. El embarazo, parto y puerperio en 670 primerizas añosas. Estudio comparado entre primíparas viejas y precoces”. Maternidad Pedro Pardo. Buenos Aires: Imprenta El Policlínico.
- BERUTI, Josué A. y IRAETA, Domingo (1915). *Manual de Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial Las Ciencias.
- _____ (1922). “Sobre el torno libre. La maternidad ilegítima. Su protección y profilaxis”. *La Semana Médica*, año XXIX, N°44. Buenos Aires.

- BESSERO de CORSINI, María Luisa (1912). "La antisepsia en obstetricia", *Revista Obstétrica*, N° 1, Año X, Tomo X.
- BOERO, Enrique A. (1910). Libro: *Tres capítulos de obstetricia práctica*. Buenos Aires: La Semana Médica.
- BOTTARO, Osvaldo (1914). Proyecto de Ordenanza sobre vulgarización de conocimientos médicos y profilaxia social, *La Prensa Médica N° 20*. Buenos Aires: Casa Editora Las Ciencias.
- _____ (1916). "Profilaxis del aborto criminal". *La Semana Médica*, año XXIII, N°48. Buenos Aires.
- BÚLFARO, José (1912). "Estriberas adaptables a la posición obstétrica y ginecológica". *La Semana Médica*, año XIX. Buenos Aires.
- CANTÓN, Eliseo (1903). "Los tres primeros cortes sagitales practicados en Sud América en casos de preñez avanzada". Maternidad del H. San Roque. Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina (Reunido en Madrid en abril de 1903). *La Semana Médica*, año X. Buenos Aires.
- _____ (1904). "Operación cesárea conservadora y Radiopelvimetría". Maternidad del H. San Roque. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.
- _____ (1907). Debate parlamentario. Congreso Nacional, DSCD, sesión del 1° de julio de 1907. Intervención del Diputado Cantón en el debate del proyecto de ley para proteger el trabajo de las mujeres y los niños.
- _____ (1913). "Protección de la madre y el hijo. Puericultura intra y extra uterina. Profilaxis del aborto. Parto prematuro, abandono e infanticidio. Maternidad refugio". *La Semana Médica*. Buenos Aires.
- _____ (1915). *Estudio clínico de la partoanalgia en obstetricia y ginecología*. Buenos Aires: Las Ciencias.
- _____ (1928). *Historia de la Medicina en el Río de la Plata, desde su descubrimiento hasta nuestros días (1512-1925)*, Madrid: Biblioteca Histórica Hispano Americana.
- CARRASCO, Gabriel (1908). "Cálculo de la población existente en la República Argentina el 31 de diciembre de cada año". Higiene Pública. Estado Demográfico de la República Argentina. Oficina Demográfica Nacional.

- CONI, Emilio (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.
- _____ (1886). “Las parteras y la práctica obstétrica”. *Revista Clínica Quirúrgica*. Buenos Aires.
- _____ (1917). “Buenos Aires caritativo y previsor”. *La Semana Médica*, N°37-39. Buenos Aires.
- _____ (1918). *Memorias de un médico higienista*. Contribución a la historia de la higiene pública y social Buenos Aires: Asociación Médica Argentina.
- _____ (1919). “La ciudad argentina ideal o del porvenir”. *La Semana Médica*. Buenos Aires.
- _____ (1921). “Protección maternal en Argentina”. *Revista de Ciencias Médicas*, t. IV, N°40.
- DE LUCA, Francisco (1909). “Clínica Médica. Extracto de las Conferencias de los Profesores Dr. Eliseo Cantón y Dr. Alberto Peralta Ramos”. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.
- DELFINO, Víctor (1912). “La eugenesia o eugénica”, *La Semana Médica*, año XIX, Buenos Aires.
- DEMARÍA, Enrique (1914). “Consideraciones higiénicas sobre la leche y la lactancia, Tesis inaugural”. *La Semana Médica*, Imp. de Obras de E. Spinelli. Buenos Aires.
- DROCHI de ROMANILLE, Sabina (1903) "Memoria del primer ejercicio", *Revista Obstétrica*, N° 1, Año I, Tomo 1, Buenos Aires.
- _____ (1904) “Texto de la Asamblea General de la Asociación Obstétrica Nacional. Memoria”, *Revista Obstétrica*, N° 4, Año II, Tomo II. Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ, Juan Ramón (1886). “*Contribución al estudio del tratamiento antiséptico de la fiebre puerperal*”. Tesis. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- GACHE, Samuel (1900). “*Viviendas para trabajadores en Buenos Aires*”. Buenos Aires.
- _____ (1901a). “Obstetricia. El parto en las primíparas de edad madura (observaciones clínicas)”. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.

- _____ (1901b). "Obstetricia. Dos nuevas operaciones cesáreas. Curación. Maternidad del Hospital Rawson". *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.
- _____ (1901c). "Lección Inaugural. Curso de Obstetricia en el Hospital Rawson". *La Semana Médica*, año VIII. Buenos Aires.
- _____ (1901d). *El raquitismo en América y su influencia en obstetricia*. Buenos Aires: Mariano Moreno.
- _____ (1901e). "Obstetricia. Examen clínico de la mujer embarazada". *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia*, año I, N°2. Buenos Aires.
- _____ (1903). "La Medicina como Ciencia del Bienestar Humano. Conferencia". Hospital Rawson. *La Semana Médica*, año X, Buenos Aires.
- _____ (1905). "Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas". *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires.
- GARRAHAN, Juan y PERALTA RAMOS, Alberto (1922). "Acción médica y social de las maternidades en la puericultura posneonatal". *La Semana Médica*, año XXIX, Buenos Aires.
- GISBERT, Adolfo (1920). Libro Memoria de la Escuela de Parteras. Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica (director Adolfo Gibert). Dirección General de Higiene de Buenos Aires.
- GRIERSON, Cecilia (1889). *Histero-Ovariectomías ejecutadas en el Hospital de Mujeres desde 1883 a 1889*. Tesis. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.
- _____ (1903). "Historia de la obstetricia", *Revista de Obstetricia*, Tomo I, Año I. Buenos Aires.
- INGENIEROS José (1918). "Criminología". *La Semana Médica*, año XXVII, Buenos Aires.
- IRAETA, Domingo (1916). *Sobre los pretendidos éxitos de la Partoanalogía*. Réplica al trabajo presentado por el Prof. Eliseo Cantón al Primer Congreso Nacional de Medicina de 1915. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.
- LAGARDE, Alfredo (1903). "Obstetricia. Un caso de preñez extra-uterina con saco roto en la cavidad peritoneal tratada y curada con laparotomía". Facultad de Ciencias Médicas, Hospital San Roque. *La Semana Médica*, año X, Buenos Aires.
- LANTERI, Julieta (1905). *La mujer librepensadora*. Buenos Aires.

- _____ (1907). "Moral obstétrica", *Revista Obstétrica*, N°4, Año V, Tomo V. Buenos Aires.
- LLAMES MASSINI, Juan Carlos (1915). *La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires: Imp. Flaiban y Camilloni.
- _____ (1916). "Maternidad del Hospital Fernández. Estadística correspondiente a los años 1914-1915". *La Semana Médica*, año XXIII, N°28. Buenos Aires.
- _____ (1917). "El médico tocólogo". *La Semana Médica*, año XXVI, N°48. Buenos Aires.
- _____ (1924). "Introducción al estudio de la obstetricia". *La Semana Médica*, año XXXIII, Buenos Aires.
- LOMBROSO, Cesare (1895). "Antropología Criminal", *Los criminales*. Ed. Atlante. Paris: Alcan.
- _____ (1903). "Archivo de psiquiatría. Psicología". *La Semana Médica*, año X, Buenos Aires.
- LOPEZ, Elvira (1901). *El movimiento feminista*. Tesis. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- _____ (1912). "I Congreso de Eugenia", *Boletín del Museo Social Argentino*, año X, N°4, Buenos Aires.
- _____ (1913). *Eugenismo*. Biblioteca del Museo Social Argentino, t. II, N°21.
- LUIS PÉREZ, Manuel (1921). *La asistencia maternal a domicilio en la Ciudad de Buenos Aires*, Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, AGN. Buenos Aires.
- MAINE (1901). "Versión podálica por maniobras internas". *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.
- MAZZINI, Esteban (1916). "Profilaxia de la sífilis en las maternidades de la República". *La Semana Médica*, año XXIII, N°33. Buenos Aires.
- MILICH, Juan (1911). "*Medicina Argentina. Ligera historia y evolución de la higiene en la República Argentina 1606-1910*". Tesis presentada para optar por el Título de Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. Núm. 2337. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.
- MOLINARI, José (1937). *Historia de la Medicina Argentina. Tres conferencias*. Buenos Aires: Imprenta López.

- MOLLA CATALÁN, José (1904): *La Enseñanza de la Obstetricia*. Proyecto de enseñanza y condiciones para la admisión de alumnas en la Escuela de Obstetricia de La Plata. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.
- MOREAU de JUSTO, Alicia (1911). *El feminismo en la evolución social*, Humanidad Nueva. Buenos Aires.
- NORES, José (1901). “Ginecología. Un caso de histerocle abdominal grávida”. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.
- ORTIZ HERRERA, José (1871). “*De la lactancia materna*”, tesis para obtener el título de doctor en medicina. Buenos Aires: imprenta El Nacional.
- OCHISCHLAGER (1901). “Obstetricia. Indicaciones y técnicas del aborto artificial”. *La Semana Médica*, año VIII, Buenos Aires.
- PARODI, Alfredo (1909). “Estudio estadístico sobre la Maternidad del Hospital General de Mujeres”. *Tesis para el obtener el doctorado en medicina*. Buenos Aires.
- PENNA, José y MADERO, Horacio (1910). *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Kraft.
- PERALTA RAMOS, Alberto (1920). “Progresos de la obstetricia conservadora”. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, año IV, N°5. Buenos Aires.
- _____ (1928). Discurso: *Habilitación definitiva del Instituto de Maternidad*. Anales de los hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Año V, mayo de 1931, Año VIII. Imprenta del Asilo de Huérfanos. Buenos Aires.
- RAMOS MEJÍA, José María (1934). *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires. La Cultura Popular.
- RAWSON, Elvira (1892). “*Apuntes sobre la higiene de la mujer*”. Tesis. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.
- REVILLA, Enrique (1902). “Higiene y demografía general. Conferencia dada a los alumnos de 4° año de Medicina”. *La Semana Médica*, año IX. Buenos Aires.
- RISSO DOMÍNGUEZ, Juan Carlos (1902). “Obstetricia. Eclampsia puerperal”. *La Semana Médica*, año IX. Buenos Aires.
- RODIO RAÍCES (1998): *Historia del Hospital Rivadavia*. CD entregado en mano por el Autor en el Museo histórico del Hospital Rivadavia (abril 2015).

- S/A (sin autor) (1901). “Tres operaciones cesáreas practicadas con éxito. Maternidad del Hospital Rawson Servicio del Dr. Gache”, en *La Semana Médica*, año IX. Buenos Aires.
- S/A (sin autor) (1903). “Feminismo y socialismo”, *Revista Nosotras*, año II, Buenos Aires.
- S/A (sin autor) (1904a). “Curso de preparación de Parteras”. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.
- S/A (sin autor) (1904b). “Salubridad de la Ciudad de Buenos Aires”. Higiene Pública. *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.
- S/A (sin autor) (1904c). “Dos nuevas operaciones cesáreas. Maternidad del Hospital Rawson Servicio del Dr. Gache”, en *La Semana Médica*, año XI. Buenos Aires.
- Imágenes N°23 y N°24: S/N (sin autor) (1906). “Obstetricia. Quiste monstruo en el ovario. Hospital Rivadavia. Servicio del Dr. Caballero”. *La Semana Médica*, año XII, Buenos Aires.
- SABORIDO, José (1911). “*Higiene en la Mujer*”. Tesis para otra al título de Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. N° 2296. Buenos Aires: Editorial La Ciencia Médica.
- SÁNCHEZ, Manuel (1905). “Ginecología. Dificultades para el diagnóstico de embarazo en las solteras”. *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.
- SAWER, J. (1905) “La esterilización facultativa de la mujer”. *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.
- TREUB (1902). “Discusiones sobre el feticidio terapéutico”, *La Semana Médica*, año XIX, Buenos Aires.
- TURENNE, Augusto (1901). “Contribuciones al estudio de la distocia por retracción del Anillo de Bandh”. *La Semana Médica*, año VIII. Buenos Aires.
- VELARDE, Fanor (1907). Programa de obstetricia para la Escuela de Parteras. Buenos Aires: Las Ciencias.
- VILLANUEVA, Ricardo (1898). *Breve estudio sobre los delitos de aborto e infanticidio*, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- VILLARROEL, Luis C. (1903). *Examen médico en obstetricia*. Buenos Aires: Editor Agustín Etchepareborda.
- WILDE, Eduardo (1897). *Curso de Higiene Pública*. Versión taquigráfica. Buenos Aires.

ZABALA, Alberto (1901). "Maternidad. Hospital Rivadavia. Movimiento Estadístico del año 1900". *La Semana Médica*, año IX. Buenos Aires.

_____ (1903). "Maternidad. Hospital Rivadavia. Movimiento Estadístico del año 1902". *La Semana Médica*, año X. Buenos Aires.

_____ (1905). "Maternidad. Movimiento estadístico del año 1904. Hospital Rivadavia". *La Semana Médica*, año XII. Buenos Aires.

II. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTONI, Claudia (2017). *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870- 1952*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/ Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora.

ALLEMANDI, Cecilia (2017). *Sirvientas, criados y nodrizas. Una historia del servicio doméstico en la ciudad de Buenos Aires (fines del siglo XIX y principios del XX)*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

ALTAMIRANO, Carlos (2004). "Entre el naturalismo y la psicología: el comienzo de la 'ciencia social' en la Argentina"; en Federico Neiburg y Mariano Plotkin (comp.), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

ALVAREZ, Adriana (1996). *Ramos Mejía: Salud pública y multitud en la Argentina finisecular* en Mirta Lobato (ed.): *Política, médicos y enfermedades*. Buenos Aires: Editorial Biblos / UNMP.

ALVAREZ, Adriana y CARBONETTI, Adrián (2008). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida*. Mar del Plata: Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

ANGENOT, Marc (2010). *El discurso social. Los límites de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

ANSALDI, Waldo (1985) "Notas sobre la formación de la burguesía argentina, 1780-1880", en Florescano, E. (comp.), *Orígenes y desarrollo de la burguesía en América Latina 1700-1955*. México: Nueva Imagen.

- ARMUS, Diego (1996). "Salud y anarquía. La Tuberculosis" en *el Discurso Libertario Argentino, 1890-1940*, en Mirta Zaida Lobato (ed.) Mar del Plata: Editorial Biblos.
- _____ (2000). "El Viaje Al Centro. Tísicas, Costureritas y Milonguitas en Buenos Aires, 1910-1940". Buenos Aires: Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani, 3era serie, n° 22.
- _____ (2001). *Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940*, en Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral, año XI, N° 20. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- _____ (2002): *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- _____ (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- ARMUS, Diego y BELMARTINO, Susana (2001). "Enfermedades, médicos y cultura higiénica" en Alejandro Cattaruzza, *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Nueva historia argentina. Tomo 7. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- BARRANCOS, Dora (1990). *Anarquismo, educación y costumbres en la Argentina de principios de siglo*. Buenos Aires: Contrapunto.
- _____ (1996a). Socialismo, higiene y profilaxis social (1900-1930). En Lobato, Mirta Zaida (Ed.) *Política, Médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- _____ (1996b). *La escena iluminada: ciencias para trabajadores, 1890-1930*. Buenos Aires: Plus Ultra.
- _____ (1999). "Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el período de entreguerras", en Fernando Devoto y Marta Maderó (comps.) *Historia de la vida privada en la Argentina*, Buenos Aires: Taurus.
- _____ (2002): *Inclusión/Exclusión*. Historia con mujeres, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2008): *Mujeres, entre la casa y la plaza*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- BARTHES, Roland (1980): Camera Lucida (trad. esp. 1981) La cámara lúcida: nota sobre la fotografía. Barcelona: Paidós Ibérica.

- BECKER, Howard (2009). *Outsiders: Hacia una teoría de la desviación*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- BELLUCCI, Mabel (1994). “De la Pluma a la Imprenta. Voces contestatarias femeninas en el periodismo argentino (1830-1930)”, en *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: Feminaria.
- BELMARTINO, Susana (1995): “Los servicios de atención médica: Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad”. En Susana Torrado (Comp.) *Población y Bienestar en la Argentina del primer al segundo centenario*. Buenos Aires: Edhasa.
- _____ (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- BENJAMIN, Walter (1989). “La obra de arte en la época de su reproductibilidad técnica” y “Tesis de filosofía de la historia”, en: Benjamín. W., *Discursos Interrumpidos I*. Buenos Aires: Taurus.
- BIAGINI Graciela (1992). *La significación social de la enfermedad*. Buenos Aires: Cátedra Sociología de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- _____ (1996): *Políticas sanitarias y sistema de salud*. Buenos Aires: Cátedra Sociología de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- BIAGINI, Hugo (1985), *El movimiento positivista*. Buenos Aires: Editorial Belgrano.
- BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina (2008): *La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)*. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos.
- _____ (2010): *La salud de las trabajadoras en Argentina entre el Centenario y el Peronismo*. Mujer, trabajo, familia, maternidad y sexo. A través de la mirada de los médicos argentinos. 1870-2010. Buenos Aires.
- _____ (2014): *Crecer y multiplicarse, la política sanitaria materno-infantil Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- BIDASECA, Karina (2010): *Perturbando el texto colonial. Los Estudios (Pos) coloniales en América Latina*. Buenos Aires: Editorial SB.
- BIDASECA, Karina y VÁZQUEZ LABA, Vanesa (2011). *Feminismo y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Godot.

- BILLOROU, María José (2005). "La creación de la Sociedad de Puericultura en Buenos Aires", en Adriana Álvarez, Irene Molinari y Daniel Reynoso (eds.), *Historia de enfermedades, salud y medicina en Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: UNMDP.
- BOCK, Gisella, y PAT, Thane (1996). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880- 1950*. Madrid: Cátedra.
- BONAN, Claudia (2003). "Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea". Seminario análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género. Buenos aires: PRIGEPP-FLACSO.
- BOURDIEU, Pierre (1976) "El campo científico" en *Intelectuales, política y poder. Buenos Aires: Eudeba*.
- _____ (1979). *La distinción*. Paris: Editions du Minuit.
- _____ (1980). *El Sentido Práctico*. Paris: Editions du Minuit.
- _____ (1993). "Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático", en Actes de la Recherche en Ciencias Sociale, N° 96/97.
- _____ (1985 [1995]). "El lenguaje autorizado: las condiciones sociales de la eficacia del discurso ritual" en *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal Universitaria.
- _____ (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BRUNO, Paula (2009): *Figuras y voces intelectuales de la Argentina de entre-siglos: Eduardo Wilde, José Manuel Estrada, Paul Groussac y Eduardo Holmberg*. Tesis Doctoral. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- _____ (2011): *Pioneros culturales de la Argentina. Biografías de una época, 1860-1910*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- BUTLER, Judith (1990). *El género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- CAIMARI, Lila (2004). *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880- 1995*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- _____ (2009). *La ciudad y el crimen. Delito y vida cotidiana en Buenos Aires, 1880-1940*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

- CALDERÓN, G. (2004). “Farmacia: pasado, presente y futuro”, en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 23, núm. 4. Buenos Aires: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- CANGUILHEM, Georges (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- CARBALLEDA, Alfredo (2000). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*, La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata.
- _____ (2008). *Los cuerpos fragmentados*, Buenos Aires: Paidós.
- CARBONETTI, Adrián y GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo (2007). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.
- CASTRO GOMEZ, Santiago y MENDIETTA, Eduardo (1998). *Teorías son disciplina (latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate)*. México: Porrúa.
- CATTARUZZA, Alejandro (2009). *Historia de la Argentina 1916-1955*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- CHAKRABARTY, Dipesh (1999). “Historias de las minorías, pasados subalternos”, en *Revista Historia y grafía*, año 6, No 12.
- CHATERJEE, Partha. (1999): *La nación en tiempo heterogéneo y otros estudios subalternos*. Buenos Aires: CLACSO / Editorial Siglo XXI.
- CHECA, Susana (2009). “Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos”, *Revista Encrucijadas*. Revista de la Universidad de Buenos Aires, Volumen 39, Buenos Aires.
- COLÁNGELO, María Adelaida (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, Isabella; Llobet, Valeria et al. (editoras), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Siglos XIX y XX, Buenos Aires; Teseo.
- COSSE, Isabella (2005). “Filiación ilegítima y familia en la Argentina de la primera mitad del siglo XX. Una aproximación desde la producción y la interpretación estadística”, *Estudios Sociales*, N° 29, segundo semestre.
- DALLORSO, Nicolás (2009). “Comentario a Jacques Donzelot: La Policía de las Familias”. *Delito y Sociedad*, Volumen 1, N°27. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

- DANIEL, Claudia (2009). *Un imaginario estadístico para la Argentina moderna (1869-1914)*. Buenos Aires: Cuadernos del IDES.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (1994). "El modelo tecnocrático en medicina". En *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida
- DE MARINIS, Pablo (2005). "16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es)". En: *Papeles del CEIC*,. N° 15, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.
- _____ (2012). *Comunidad: estudios de teoría sociológica*. Buenos Aires: Prometeo.
- DEL RÍO FORTUNA, Cynthia (2007). "Más allá (o más acá) de la ley: sentidos y prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social: Globalidad y diversidad: tensiones contemporáneas*. Salta: Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta.
- DERRIDA, Jacques (1997). *Mal de Archivo. Una impresión freudiana*. Madrid: Trota.
- DI LISCIA, María Silvia (2004): *Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas (1880-1940)*. Buenos Aires: EdulPam.
- _____ (2005) "Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización. Argentina, 1870-1940" en *Signos Históricos* N° 13. México: UAM.
- DIDI-HUBERMAN, Georges (2007). *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Cátedra.
- _____ (2009): *Cuando las imágenes toman posición*. El ojo de la historia, I. Madrid: Antonio Machado Libros.
- DOBAL, Suzana (2001) "Ciência e exotismo: a fotografia brasileira do século XIX". *Cadernos de Antropologia e Imagem*, Rio de Janeiro.
- DONZELOT, Jacques (1990 [1977]). *La policía de las familias*. Valencia: Pretextos.
- DUBOIS, Philippe (1986): *De la representación a la recepción*. Barcelona: Paidós.
- ELIAS, Norbert (1993). *La sociedad cortesana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ERASO, Yolanda (2013). *Representing Argentinian mothers: medicine, ideas and culture in the Modern Era, 1900-1946*. Amsterdam: Rodopi.

- FAJULA COLOM, Sara (2013). *Las ilustraciones del cuerpo femenino en el Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca*. Barcelona: Museo de Historia de la Medicina de Cataluña. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.
- FARGE, Arlette (1991). *La atracción del archivo*. Edicions Alfons el Magnànim. Institució Valenciana d'Estudis i Investigació.
- FAUR, Eleonor (2004). *Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde las perspectivas de los hombres*. Bogotá: Unicef.
- FEDERICI, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- FEIJOO, María del Carmen (1990). "Las trabajadoras porteñas a comienzos del siglo". En: Armus, Diego (comp.): *Mundo urbano y cultura popular. Estudios de Historia Social Argentina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- FELITTI, Karina (2011). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial CICCUS.
- FERNÁNDEZ, Ana María (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires: Paidós.
- FORNES, Valeria (2009). "Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto", en *Actas del 1er Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad*. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.
- FOUCAULT, Michael (1996). *Historia de la sexualidad*, vol. 1, Madrid: Editorial Siglo XXI.
- FRASER, Nancy (1991). "Repensando de nueva la esfera pública del Estado: nuevas perspectivas de análisis", en *Debate Feminista*, año 4, vol. 7. México.
- FRIZOT (2009): *El imaginario fotográfico*, México: Serieve.
- GALEANO, Diego (2000). *Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871)*. Buenos Aires: Salud Colectiva.
- GALLETI, Alfredo (1985): "Ideas políticas y sociales". En Hugo Biagini; *El movimiento positivista argentino*.
- GAMARNIK, Cora (2011). *Los usos sociales de la fotografía durante las primeras décadas de su historia*. Buenos Aires: REDHiMe.
- GARFINKEL, H. (2006) *Estudios en etnometodología*. Barcelona: Anthropos.

- GOFFMAN, Erving (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1998). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. España: Centro de Investigaciones Sociológicas: Siglo XXI.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo (1996). "La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870". En Mirta Zaida Lobato (Ed.) *Política, Médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- _____ (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: CSIC.
- _____ (2000). "Médicos, damas y funcionarios. Acuerdos y tensiones en la creación de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires" en José Luis Peset (coord.): *Ciencia, vida y espacio en Iberoamérica*, vol. 1, Estudios sobre la Ciencia 10. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- _____ (2006). "La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900", *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*. Vol. 7. N° 1. Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica.
- GINZBURG, Carlo (1994): *El queso y los gusanos: el cosmos de un molinero del siglo XVI*. Barcelona: Muchnik.
- GOFFMAN, Erving (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu. Primera edición en inglés, 1961.
- GRAMSCI, Antonio (1975). *Cartas desde la cárcel*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- GRANSHAW, Lindsay (1996) "The rise of the modern hospital in Britain". Wear, A. (Ed.). *Medicine in society: historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRONDONA, Ana (2012). "La 'comunidad' de Chicago. Cuestión social, cuestión urbana y cambio social: una sociología de lo comunitario", en Pablo de Marinis (coord.): *Comunidad: estudios de teoría sociológica*. Buenos Aires: Prometeo.
- GUHA, Ranajit (2002). *Las voces de la historia y otros estudios subalternos*. Barcelona: Crítica.

- GUTIÉRREZ, Leandro (1982). "Condiciones materiales de vida de los sectores populares en el Buenos Aires finisecular" en AAVV: *De historia e historiadores. Homenaje a José Luis Romero*, México: Editorial Siglo XXI.
- GUY, Donna (1989). "Emilio and Gabriela Coni: Reformers, Public Health and Working women" en Judith Ewell y William Beezley (eds.) *The Human Tradition in Latin America. The nineteenth century*. Wilmington: Schorlaly Resources Inc.
- _____ (1994a). *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires (1875-1955)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- _____ (1994b). "Niños abandonados en Buenos Aires (1880-1914) y el desarrollo del concepto de madre", en Lea Fletcher, *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: Feminaria.
- _____ (1999). "Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires" en Daniel Balderston, y Donna Guy, *Sexo y sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- HALPERÍN, Paula (2000). "Mi mamá me mima. Mujeres, médicas y socialistas en Unión y Labor" en Acha, Omar y Paula Halperín (Comp.) *Cuerpos, géneros, identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires, Ediciones del Signo.
- HALPERÍN DONGHI, Tulio (1998). "1880: un nuevo clima de ideas", en *El espejo de la historia*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- _____ (1995): *Una nación para el desierto argentino*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- HELLER, Agnes (1977). *Historia y vida cotidiana, aportación a la sociología socialista*. Barcelona: editorial Grijalbo.
- HOBSBAWM, Eric (1990). *La Era del Imperio (1875-1914)*. Barcelona: Labor Universitaria.
- HURTADO, Diego (2003). "De la Historia del Progreso a la 'Microhistoria' Constructivista", en Diego Hurtado y Alejandro Drewes, *Tradiciones y Rupturas: la Historia de la Ciencia en la Enseñanza*, Buenos Aires: UNSAM-Baudino Ediciones.
- HURTADO, Diego y SOUZA, Pablo (2008). "Los 'diputados médicos': clínica y política en la disputa por los recursos públicos (1906-1917)". *Asclepio*, 60, 2.

- _____ (2010). “La lectura del libro natural: apuntes para una historia de los estudios anatómicos y quirúrgicos en Buenos Aires (1870-1895)”. *Historia, Ciencia, Saude – Manguinhos*, Vol. 17 N°4 Rio de Janeiro.
- ILLICH, I. (1975). *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*. New York: Penguin.
- IRIART, Celia (2016). “Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención”. Buenos Aires: Carrera de trabajo social, Universidad Nacional de La Plata.
- JAUREGUI, Emilio (1969). *Historia del periodismo médico argentino: La Semana Médica en su 75 aniversario*. En Academia Nacional de Medicina, Primer Congreso de Historia de la Medicina Argentina.
- JELIN, Elizabeth (1996). La construcción de la ciudadanía: entre la solidaridad y la responsabilidad, en Elizabeth Jelín y Eric Hershberg (coords.): *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.
- JOHANNISSON, Karin (2006). *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Barcelona: Melusina.
- JOHNSON, Terence (1972). *Professions and Power*. Mac Millan, London.
- KAMINSKY, Gregorio; KOSOVSKY, Darío y KESSLER, Gabriel (2007). *El delito en la Argentina post-crisis. Aportes para la comprensión de las estadísticas públicas y el desarrollo institucional*. Buenos Aires: Friedrich Ebert Stiftung.
- KRESS, Gunther; LEITE-GARCÍA, Regina y VAN LEEUWEN, Theo (2000) *Semiótica discursiva*, En: Van Dijk, T (comp.) *El discurso como estructura y proceso*, Barcelona: Gedisa.
- KOSSOY, Boris (2001). *Fotografía e historia*. Buenos Aires: La Marca.
- LACLAU, Ernesto y MOUFFE, Chantal (1987). *Hegemonía y Estrategia Socialista*. México, Siglo XXI.
- LAIN ENTRALGO, Pedro (1978). *Historia de la medicina*. Madrid: Salvat.
- LANDER, Edgardo (2000): *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- LATOUR, Bruno (1979): *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.
- LAVRIN, Asunción (1995). *Women, Feminism, and Social Change in Argentina, Chile, and Uruguay 1890-1940*. Lincoln and London: University of Nebraska Press.

- LE BRETON, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LESCANO, Aimé (2015). *Maternidad e infancia en el feminismo anarquista de fines del siglo XIX: el caso de La Voz de la Mujer (1886-1887)*. 4° Jornadas de Estudios sobre Infancia, Buenos Aires.
- Recuperado de <https://www.aacademica.org/4jornadasinfancia/23> (abril 2017)
- LIERNUR, Jorge (2000): "La construcción del país urbano" en Mirta Zaida Lobato (Dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- LOBATO, Mirta Zaida (1990). "*Mujeres en la fábrica. El caso de las obreras del frigorífico Armour, 1915-1969*". Buenos Aires: Anuario del Instituto de Estudios Histórico-Sociales N° V.
- _____ (1996). *Política, Médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- _____ (2000). "Entre la protección y la exclusión: discurso maternal y protección de la mujer obrera en Argentina, 1890-1934". En Juan Suriano (Comp.). *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena.
- LORENZO, María Fernanda (2009) *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la universidad. Las académicas de la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Tesis de Maestría. Buenos Aires: Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad de San Martín.
- MARTÍN, Ana Laura (2014). *Parir, cuidar y asistir: El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- MARTIN, Emily (1996). "O óvulo e o espermatozóide: como a ciencia construiu um romance baseado em papéis estereotipados masculinos e femininos". En Bárbara Laslett, *Gender and scientific authority*. Chicago: University of Chicago.
- _____ (2006). *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Garamond.
- MASOTTA, Carlos (1995). *Antropología para ver. Sobre los usos de la imagen en la primera Antropología*. Revista Causas y Azares Año 2 Número II. Buenos Aires.

- _____ (2000): "*Almas robadas. Exotismo y ambigüedad en la fotografía de aborígenes*". En Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano N° 19. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Nación.
- _____ (2005). "Representación e iconografía de dos tipos nacionales. El caso de las postales etnográficas en Argentina a fines del siglo XIX y principios del XX", en: *Arte y Antropología en la Argentina*. Buenos Aires: Espigas.
- _____ (2010). *El atlas invisible*. Historias de archivo en torno a la muestra "Almas Robadas - Postales de Indios", Buenos Aires.
- MAZZEO, Victoria (1993). *Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires 1856-1986*. Biblioteca Política Argentina N° 440. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- MEAD, Karen (1994). "Gendering the Obstacles to Progress in Positivist Argentina, 1880-1920", *The Hispanic American Historical Review*, 77:4.
- _____ (2000). "La mujer argentina y la política de ricos pobres a fin del siglo XIX", en O. Acha y P. Halperín, *Cuerpos, géneros, identidades*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- MENDEZ, Laura (2014). "Cuerpo individual, cuerpo social: discurso médico y cultura física", en Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires: Editorial Biblos.
- MERCADO, Matilde (1988). *La primera ley de trabajo femenino. La mujer obrera (1890-1910)*. Buenos Aires: CEAL.
- MIRANDA, Marisa (2003). *La antorcha de cupido: eugenesia, biotipología y eugamia en Argentina.*, Asclepio, vol. LV, Madrid.
- MIRANDA, Marisa y VALLEJO, Gustavo (2005): *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- MOLINEUX, Maxine (2002). *La Voz de La Mujer: Periódico Comunista-Anárquico*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- MONZÓN, W. y ARIASGAGO, O. (2011). Documento de la Cátedra Odontología Legal Ética e Historia de la Odontología. Facultad de Odontología, UNNE.
- MURILLO, Susana (2000). "Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina, 1871-1913" en Domínguez Moon (comp.) *La Salud en Crisis*. Buenos Aires: Editorial Dunker.

- NARI, Marcela (1995). *Feminismo y diferencia sexual. Análisis de la "Encuesta Feminista Argentina de 1919*. Buenos Aires: Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani, 3era serie, n° 12.
- _____ (1996): "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940". En Lobato Mirta Zaida (ed.): *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- _____ (2000). "El feminismo frente a la cuestión de la mujer en las primeras décadas del siglo XX". En Juan Suriano (comp.) *La cuestión social en la Argentina 1870- 1943*. Buenos Aires: La Colmena.
- _____ (2004): *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- NOUZEILLES, Gabriela (1999): *Políticas médicas de la histeria: mujeres, salud y representación en el Buenos Aires del fin de siglo*. Mora, Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, núm. 5.
- _____ (2000): *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina 1880-1910)*, Rosario: Beatriz Viterbo, Estudios Culturales.
- NOVIK, Susana (1992). *Política y población. Argentina 1870-1989*, Buenos Aires: Centro de Estudios de América Latina (CEAL).
- _____ (2000). *Mujer, Estado y políticas sociales*. Buenos Aires: Centro de Estudios de América Latina (CEAL).
- OLAETA, Hernán (2015). *Surgimiento de las estadísticas criminales en Argentina. La influencia de los discursos criminológicos en la producción y análisis de datos de la Ciudad de Buenos Aires (1885-1921)*. Delito y Sociedad 40, año 24.
- OSLAK, Oscar (1982). *La formación del Estado Argentino*, Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- OTERO, Hernán (2007). "El crecimiento de la población y la transición demográfica", en S. Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*, Tomo 1, Buenos Aires, Edhasa, 2007,
- PAIVA, Verónica (2000). *Higienismo. Teorías médicas y estrategia urbanas. Buenos Aires 1850-1920*. Estudios del Hábitat N° 7. Buenos Aires: Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

- PANTELIDES, Edith (1983). "La transición demográfica Argentina: un modelo no ortodoxo". Buenos Aires: Desarrollo Económico, vol. XXII, n° 88.
- _____ (1990). "Un siglo y cuarto de la fecundidad Argentina: 1869 al presente", presentación al *Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina*, Buenos Aires, 3-6 de abril de 1990.
- PENHOS, Marta (2005). "Frente y Perfil. Una indagación acerca de la fotografía en las prácticas antropológicas y criminológicas en Argentina a fines del siglo XIX y principios del XX", en: AAVV, *Arte y Antropología en la Argentina*. Buenos Aires: FIAR-Fundación Espigas
- PITA, Valeria (2008). *De las certezas científicas a la negociación en la clínica. Encuentros y desencuentros entre médicos y mujeres trabajadoras (1880-1900)*. Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba- Centro de Estudios Avanzados.
- PORTER, Roy (2006). Hospitals and surgery. In: Porter, Roy (Ed.). *The Cambridge history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PRATT, Mary Louise (1997). *Ojos Imperiales. Literatura de viajes y transculturación*. Bernal: Universidad de Quilmes.
- QUEIROLO, Graciela (2004). "Imágenes del trabajo femenino en Buenos Aires (1910-1930)". En: Salomone, Alicia/ Luongo, Gilda/ Cisterna, Natalia/ Doll, Darcie/ Queirolo, Graciela (ed.): *Modernidad en otro tono. Escritura de mujeres latinoamericanas: 1920-1950*. Santiago de Chile: Cuarto Propio.
- QUIJANO, Anibal (2000). "Colonialidad del poder, etnocentrismo y América Latina", en Edgardo Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- RAMACCIOTTI, Karina (2008). "Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación". En Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg (comp.), *Medicalización y sociedad: lecturas críticas*. Buenos Aires: Programa Mundos Contemporáneos, Universidad Nacional de General San Martín.
- RAMACCIOTTI, Karina y VALOBRA, Adriana (2011): *Modernas esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950*. Género y ciencia en América Latina: mujeres en la academia y en la clínica (siglos XIX-XXI).

- RECALDE, Héctor (1988). *La higiene y el trabajo/1 (1870-1930)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- ROME, Natalia (2016). "Cómo perdimos el tiempo", *Revista Bordes*. Buenos Aires: UNPAZ.
- RUGGIERO, Kristin (1994). "Honor, maternidad y disciplinamiento de las mujeres: infanticidio en el Buenos Aires de finales del XIX", en Lea Fletcher (comp.), *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: Feminaria.
- SÁBATO, Hilda (1989). *Capitalismo y ganadería en Buenos Aires*, Buenos Aires: Sudamericana.
- SÁBATO, Hilda y ROMERO, Luis Alberto (1992). *Los trabajadores de Buenos Aires. La experiencia del mercado (1850-1880)*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- SADLER, Michelle (2001). "El nacimiento como acontecimiento médico", *Werkén* n°2, Universidad de Chile, Departamento de Antropología. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- _____ (2004). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario". En Sadler, Acuña y Obach, *Nacer, Educar, Sanar*; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Santiago de Chile: Catalonia.
- SALESSI, Jorge (1994). "Identificaciones científicas y resistencias políticas", en Ludmer, Josefina (comp.), *Las culturas de fin de siglo en América Latina*. Rosario: Beatriz Viterbo.
- _____ (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (Buenos Aires: 1871-1914)*, Rosario: Beatriz Viterbo Ediciones.
- SALVATORE, Ricardo (2001). *Sobre el surgimiento del estado-legal en la Argentina (1890-1940)*, Santa Fe: Estudios Sociales.
- _____ (2010). *Subalternos, derechos y justicia penal. Ensayos de historia social y cultural argentina, 1829-1940*. Buenos Aires: Gedisa.
- SCOTT, Joan (2000). "La mujer trabajadora en el siglo XIX". En: Duby, Georges/ Perrot, Michelle (dir.): *Historia de las mujeres. El siglo XIX*. Madrid: Taurus, pp. 427-461.
- SEGATO, Rita (2003). "La argamasa jerárquica: Violencia moral, reproducción del mundo y eficacia simbólica del derecho", *Serie Antropología* 332, Brasilia.

- _____ (2007). *La Nación y sus otros: raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad*. Buenos Aires: Prometeo Editorial.
- _____ (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y un vocabulario estratégico decolonial, en *Feminismo y Colonialidad*, Bidaseca, Karina y Vázquez Laba, Vanesa (comps.). Buenos Aires: Ediciones Godot.
- _____ (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo Editorial.
- SEKULA, Allan (2003). “El cuerpo y el archivo”, en: Gloria Picazo y Jorge Rivalta Delgado (Comps), *Indiferencia y singularidad*. Barcelona: Gustavo Gili.
- SENNETT, Richard (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo desigual*. Barcelona: Anagrama.
- SCHUSTER, Félix (1985). “El concepto de ciencia”. En Hugo Biagini (comp.), *El movimiento positivista en Argentina*. Buenos Aires.
- SCHUTZ, Alfred (1974). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- SONTAG, Susan (1997). *Sobre la fotografía*. Oxford: Clarendon Press.
- SOUZA, Pablo (2005). “El Círculo Médico Argentino (CMA) y su papel en la configuración del pensamiento médico clínico (Buenos Aires, 1874 - 1883)”, *Entrepasados*, Vol. 31.
- _____ (2008). “El Círculo Médico Argentino (CMA) y el surgimiento del Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1875-1883)”. En: Adrian Carbonetti y Ricardo González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglo XIX y XX*. Córdoba: UNC-CEA.
- SPIVAK, Gayatri (1985). “Puede el subalterno hablar?”, en *Revista Orbis Tertius*, Año 6, n°6.
- SURIANO, Juan (2000). *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*, Buenos Aires: La Colmena.
- _____ (2001). *Anarquistas: cultura y política libertaria en Buenos Aires, 1890-1910*, Buenos Aires: Manantial.
- TERAN, Oscar (1983). *América Latina: positivismo y nación*. México: Editorial Katún.
- _____ (1987). *Positivismo y nación en la Argentina*. Buenos Aires: Puntosur.
- _____ (2000). *Vida intelectual en el Buenos Aires fin de siglo*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.

- THOMAS, William y ZNANIECKI, Florian (2006 [1918]), *El campesino polaco en Europa y en América*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- THOMPSON, Edward Palmer (1979). *Tradición, revuelta y consciencia de clase*. Barcelona: Grijalbo.
- TODOROV, Tzvetan (1991). *Nosotros y los otros*. Reflexión sobre la diversidad humana. México: Siglo XXI.
- TORRADO, Susana (1993). *Procreación en la Argentina: hechos e ideas*, Buenos Aires: de la Flor – CEM.
- _____ (2003). *Historia de la familia en la Argentina Moderna*. Buenos Aires: Ediciones De La Flor.
- VAN DIJK, Teun A. (1993). *El racismo de las élites*. Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura.
- VALLES, Miguel (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- VARA, Ana María (2008): Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering”, Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria, 11. Recuperado de <http://www.foroaps.org/files/ygjytkggyt.pdf> (Agosto, 2017).
- VEZZETTI, Hugo (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- VIÑAS, D. (1971). *De los montoneros a los anarquistas*. Buenos Aires: Carlos Pérez Editor.
- WAINERMANN y NAVARRO, (1979). *El trabajo de la mujer en la Argentina: un análisis preliminar de las ideas dominantes en las primeras décadas del siglo XX*, Buenos Aires: CENEP.
- WEBER, Max (1922). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Diálogo Abierto.
- WILKIS, Ariel (2014). “Sobre el capital moral”, *Papeles de Trabajo*, 8(13), pp. 164-186.
- ZIMMERMANN, Eduardo (1995). *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana-Universidad de San Andrés.
- _____ (2000) “La sociedad entre 1870 y 1914”, en Academia Nacional de la Historia, *Nueva Historia de la Nación Argentina*, Tomo IV-Tercera Parte: La configuración de la República independiente 1810-1914. Buenos Aires: Editorial Planeta.

ZIZEK, Slavoj (2003). *La metástasis del goce. Seis ensayos sobre la mujer y la causalidad*. Buenos Aires: Paidós.

ZOLA, I. (1972). "Medicine as an institution of social control", *Sociological Review*, N°20.

Sitios web consultados:

Página web de la Asociación Obstétrica Argentina de Protección Recíproca (ex Asociación Obstétrica Nacional / AON): www.aoargentina.org.ar

Página web de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA): <http://www.sogiba.org.ar/>

Página web de la Universidad de Buenos Aires (UBA): <http://www.uba.ar/>