



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias
Sociales

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Doctorado en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social

Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres

Natalia Magnone Alemán
Tutoras: Susana Rostagnol Dalmás
Laura Vecinday Garrido

2022



Ciencias Sociales
Universidad de la República



Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales

Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres

Autora: Mag. Natalia Magnone Alemán

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social.

Tutora: Dra. Prof.^a Susana Rostagnol Dalmas

Cotutora: Dra. Prof.^a Laura Vecinday Garrido

Montevideo

2022

Agradecimientos

A Susana Rostagnol, firme protectora de este trabajo. Un apoyo académico y personal permanente que me convenció de que lo que estaba haciendo importa a la reflexión feminista.

A Mariana Viera, por su entusiasmo permanente con mi investigación y sus múltiples ideas para ayudarme a reflexionar sobre esta tesis. A todas las compañeras del grupo de investigación Género, Cuerpo y Sexualidad, que me leyeron y comentaron varias veces en los últimos años. Laura Recalde, Magdalena Caccia, Fernanda Gandolfi, Serrana Mesa, Emilia Calisto, Federica Turban. En particular a Valeria Grabino, con quien escribimos un artículo sobre epistemología que me dio el puntapié para pensar desde dónde investigar; y a Mercedes Oyhantcabal, quien me facilitó bibliografía específica de su maestría en España. Chicas, como hemos sentido varias veces, este trabajo es en parte de todas.

A Carolina Farías, compañera en las reflexiones sobre parto y nacimiento y apoyo emocional en varios momentos de duda.

A Silvia Sosa, mi partera y entrevistada en varias ocasiones.

A Nita Samuniski y Elvira Lutz, mujeres libres, inspiradoras. Precursoras del estudio de la violencia obstétrica y compañeras en distintas fases de la investigación.

A mis amigas y compañeras de trabajo, Cecilia Espasandín y María Etcheberriborda, con quienes compartimos las coyunturas y las angustias de hacer las tesis de posgrado.

A mis amigas Yamila Bica y Patricia Gainza, siempre aportándome buena onda, reiki y paseos.

A Stella Barrios, por su compromiso profesional y humano con mis procesos.

A Laura Vecinday, por su lectura comprometida del manuscrito.

Agradezco a la Comisión Sectorial de Investigación Científica, que me apoyó con una beca para estudios de doctorado entre 2013 y 2015.

También quiero hacer un reconocimiento a todas las bibliotecólogas y personal administrativo de las distintas oficinas y archivos que recorrí. En especial a Ángela Santuorio de la biblioteca de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina.

A mi madre y a mi padre, siempre apoyando el largo camino de estudios de su primogénita.
Gracias por los cuidados y el amor.

A Lari, hermana, amiga, fuente de infinito apoyo.

A Juana, por su madurez emocional; a Lorenzo, por su gran ternura; embarazarme de ustedes me introdujo en el interés político por estos temas. Gracias, hijes, han sabido contenerme en momentos desbordantes.

A Martín, el tamaño compañero que me regaló la vida, quien discutió conmigo casi todos los aspectos de esta tesis. Te amo.

Resumen

Esta tesis pone en relación la institucionalización y medicalización del parto con la autonomía reproductiva de las personas gestantes. Busca aportar conocimiento sobre cómo se fue cimentando una concepción y una práctica médica intervencionista de asistencia obstétrica. En particular, se abordan los procesos sociohistóricos involucrados en la conformación del modelo de asistencia al parto en décadas centrales del siglo XX. Esto se realiza combinando técnicas de análisis documental, de contenido y de discurso de la obra escrita de médicos y científicos referentes en el país, de publicaciones de la partería y de otros documentos de época. Se estudian, por un lado, las políticas que el Estado fue construyendo para institucionalizar el parto en el contexto de la promoción de una maternidad cada vez más dedicada al cuidado de la infancia, así como el proceso y las razones que justificaron su creciente hospitalización. Y por otra parte, el proceso de medicalización del parto, que implicó la consolidación de la ginecología y la construcción de un modelo médico intervencionista legitimado para asistir todo tipo de partos. También se tiene en cuenta el cambio del quehacer profesional de la partería conforme se fue procesando tal medicalización. Por último, se analizan las razones esgrimidas por representantes de la ciencia obstétrica para integrar sus descubrimientos a la práctica médica, que entre finales de la década de los cincuenta y principios de la década de los sesenta revolucionaron la forma de asistencia del parto. De la investigación se desprende que la institucionalización y medicalización del parto significaron una mejora para la autonomía reproductiva de las mujeres. Por primera vez las políticas públicas destinaron recursos para mejorar aspectos de la morbilidad de las gestantes. Pero a la vez, por la forma en que se desarrolló el proceso —privilegiando una concepción patológica del cuerpo femenino— se impusieron mecanismos de control y de intervención que obstaculizaron la posibilidad de ejercer otros aspectos de la autonomía reproductiva. En el momento histórico en donde el rol central para las mujeres seguía siendo el materno, un nuevo mandato social se erigía para las buenas madres: confiar y entregar su cuerpo al instrumental biomédico para prevenir el daño fetal. La asistencia moderna del parto y el nacimiento se construyó sobre un sujeto pasivo, «paciente-madre», dispuesto a ser intervenido. De este modo, el modelo médico hegemónico intervencionista de asistencia al parto se asentó y a la vez reprodujo la dominación de género en la sociedad.

Palabras clave: Medicalización del parto, intervencionismo obstétrico, feminismo.

Abstract

This thesis establishes the relationship between the institutionalization and medicalization of childbirth and the reproductive autonomy of pregnant people. It aims at providing knowledge on how an interventionist conception and medical practice of obstetric care was created. In particular, it addresses the sociohistorical processes involved in the creation of the childbirth assistance model in the central decades of the 20th century. This is done by combining techniques of documentary, content and discourse analysis and applying them to the written work of leading physicians and scientists in the country, midwifery publications and other documents of the time. It studies the policies that the State developed in order to institutionalize childbirth in the context of promoting a maternity increasingly dedicated to child care, as well as the process and the reasons that justified the increasing hospitalization. On the other hand, it also studies the process of medicalization of childbirth, which implied the consolidation of gynecology and the construction of an interventionist medical model legitimized to assist all types of deliveries. It also considers the change in the professional work of midwifery as this medicalization was taking place. Finally, it analyzes the reasons that representatives of the obstetric science put forward for integrating their discoveries into the medical practice, which between the end of the 1950s and the beginning of the 1960s revolutionized the way of assisting childbirth. The research shows that the institutionalization and medicalization of childbirth meant an improvement in women's reproductive autonomy. For the first time, public policies allocated resources to improve aspects of morbidity and mortality in pregnant people. However, at the same time, the way in which the process developed —favoring a pathological conception of the female body— imposed control and intervention mechanisms that hindered the possibility of exercising other aspects of reproductive autonomy. At a time in history when the central role for women was still related to motherhood, a new social mandate arose for good mothers: to entrust and hand over their bodies to biomedical instruments in order to prevent fetal damage. Modern assistance to labor and birth was built on a passive subject, the “patient-mother”, who is willing to be intervened. In this way, the interventionist and hegemonic medical model of childbirth assistance was established and, at the same time, it reproduced the gender domination in society.

Keywords: Medicalization of childbirth, obstetric interventionism, feminism.

Índice

Capítulo 1 Introducción	1
1.1. Antecedentes	3
1.1.1. Institucionalización y medicalización del parto.....	3
1.1.2. Intervencionismo médico en obstetricia	5
1.1.3. Estudios sobre la experiencia de las mujeres asistidas en perspectiva histórica	7
1.1.4. Los estudios sobre la partería en la transformación del modelo de asistencia al parto.....	10
1.1.5. Antecedentes sobre las posturas feministas sobre el parto y la maternidad en la primera mitad del siglo XX	11
1.2. El problema y la tesis sostenida	12
Capítulo 2 Discusiones teóricas en torno a la medicalización del parto desde una perspectiva feminista	14
2.1. Abordajes feministas sobre la ciencia y la medicina abocada a las mujeres y a la reproducción	16
2.2. Discusiones sobre el lugar de la reproducción biológica en la subordinación de género	20
2.2.1. El parto y la subordinación o emancipación femenina	22
2.2.2. Naturaleza y cultura. Una dicotomía utilizada en los discursos científicos y médicos en torno a la reproducción.....	25
2.2.3. Cuerpo social y político. Perspectivas para el análisis del cuerpo reproductivo	27
2.3. Autonomía y derechos reproductivos.....	30
2.4. Maternidad, higienismo y eugenismo: categorías que orientaron a las políticas de salud a principios del siglo XX	32
2.4.1. Maternidad	33
2.4.2. Políticas sociales, higienismo y eugenismo en la respuesta a la cuestión social	35
2.4.3. Higienismo y eugenismo	36
2.5. Medicalización del parto	38
2.5.1. Medicalización de la sociedad	38
2.5.2. Medicalización del parto.....	40
2.5.3. Conceptualizaciones en torno al modelo médico intervencionista, hegemónico y tecnocrático	41
Capítulo 3 El problema y la metodología.....	44
3.1. La institucionalización y medicalización del parto en Uruguay desde una perspectiva de género.....	44
3.1.1. Delimitación temporal	44
3.2. Objetivos	45
3.2.1. El adalid del parto médico e institucional.....	46
3.2.2. Caldeyro Barcia y el Servicio de Fisiología Obstétrica	48
3.3. Metodología	49
3.3.1 El corpus y la metodología de análisis.....	50
3.3.2 Descripción del corpus.....	53

Capítulo 4 El contexto de la institucionalización del parto: medicalización, higienismo, eugenismo y maternidad en las primeras décadas del siglo XX	57
4.1. La medicina hasta principios del siglo XX	57
4.2. Algunos problemas sociales a principios del siglo XX. La maternidad en cuestión.....	58
4.3. Reforma social, medicalización y maternidad	62
4.4. El parto se complicó.....	65
4.5. Discursos en torno a la maternidad a principios del siglo XX.....	67
4.5.1. Discursos médicos	68
4.5.2. Discursos feministas sobre la maternidad y la asistencia del parto	70
4.6. Eugenismo, contralor de la concepción y aborto	73
4.6.1. El eugenismo de Augusto Turenne	73
4.6.2. Control de la concepción y certificado prenupcial	74
4.6.3. El certificado prenupcial	77
4.6.4. Aborto en la obra de Turenne.....	78
Capítulo 5 El parto como objeto de política pública	83
5.1. Institucionalización y hospitalización del parto.....	83
5.1.1. Primeras causas de la hospitalización del parto	86
5.2. La Casa de Maternidad	88
5.3. Crecen las indicaciones de hospitalización del parto y el derecho a parir en un hospital	91
5.3.1. Primer y segunda década del siglo XX	91
5.3.2. La década de los treinta	93
5.3.3. La década de los cuarenta	96
5.3.4. Década de los cincuenta.....	96
Capítulo 6 La partería en la transformación de la asistencia del parto	100
6.1. La partería como profesión	100
6.2. Control médico de la formación en partería: la reconfiguración del saber	102
6.2.1. Turenne y la formación de las parteras	107
6.3. Control y supervisión médica de la práctica de las parteras	108
6.3.1. Las principales disposiciones de control sobre el campo profesional de la partería	110
6.3.2. El Reglamento de 1934.....	111
6.3.3. Turenne y la práctica de las parteras	112
6.3.4. La resistencia	115
6.3.5. Un apunte sobre el Congreso de Parteras	120
6.3.6. ¿Obstétricas o parteras?	122
Capítulo 7 Creación de la especialización médica en el parto: modelos de asistencia, intervencionismo obstétrico y relaciones médico-paciente.....	126
7.1. Hacia la unión de la ginecología y la obstetricia	126
7.2. Por el bien del niño	128
7.3. El intervencionismo obstétrico	129
7.3.1. Obstetricia moderna vs. obstetricia clásica.....	130
7.3.2. Obstetricia Conservadora y época quirúrgica: la cesárea y la episiotomía en el centro de atención.....	131

7.4. La polisemia del parto y sus correlativos modelos de asistencia médica	134
7.4.1. El parto normal	135
7.4.2. Partos anormales	136
7.5. Cuerpo, psiquis y maternalización	138
7.5.1. Relación médico-paciente	140
7.5.2. Apoderarse de la psiquis de la «grávida»	141
7.6. El Parto sin dolor	143
Capítulo 8 Ciencia obstétrica e intervenciones sobre el cuerpo femenino a mediados del siglo XX	147
8.1. Breve aproximación a la situación de las mujeres a mediados del siglo XX en Uruguay	147
8.2 El Servicio de Fisiología Obstétrica	149
8.3. Cuerpo, género y ciencia obstétrica: un análisis de discurso de las noticias de prensa a partir de las actividades del SFO	154
8.3.1. Los titulares y fotos de las noticias	155
8.3.2. Las entrañas de la madre expectante: representación de género en las noticias de prensa.....	157
8.3.3. Las mujeres como no madres.....	160
8.3.4. Argumentos en torno a la intervención obstétrica del parto: el cuerpo gestante vs. el feto	162
8.4. Un epílogo necesario: el nuevo enfoque de asistencia al parto de Caldeyro Barcia.....	169
Conclusiones	174
De la asistencia del parto a la asistencia del nacimiento. Claroscuros en el proceso de autonomía reproductiva de las mujeres.	174
Hospitalización del parto y nacimiento y construcción de la hegemonía médica en su atención	175
Ginecotocología e intervencionismo obstétrico	177
Referencias bibliográficas	182

Capítulo 1

Introducción

Después que parí, ya en mi casa, me llamaron del hospital para hacerme una encuesta de calidad de atención. Me hicieron diez preguntas tipo: ¿Te rasuraron? No. ¿Te insultaron? No. ¿Te omitieron asistencia? No. Supongo que todo lo que hicieron conmigo estaba dentro de los protocolos. Sin embargo, nunca me sentí tan ignorada y violentada como en las horas que duró el parto.

Cintia (entrevistada, febrero de 2016)

La experiencia de Cintia transmite algo de lo inefable, de la dificultad para transmitir el padecimiento sentido en una situación con resultado obstétrico satisfactorio —desde el punto de vista biomédico— y con cumplimiento de protocolos.

La motivación para hacer este trabajo surge del intento de aprehender ese inefable.

Esta investigación para el Doctorado en Ciencias Sociales se enlaza con la que realicé anteriormente en el marco de la Maestría en Sociología.¹ En aquel momento (2008--2011), el objetivo fue caracterizar la asistencia contemporánea del parto en Montevideo, desde una perspectiva de derechos humanos. Arribé a resultados similares a los de otras investigaciones realizadas en países de la región (Sadler, 2003; Camacaro, 2010), en términos de comprobar la existencia de sufrimientos corporales y psicológicos de mujeres asistidas en el marco del modelo médico intervencionista. Tanto por haber sido objeto de intervenciones obstétricas que consideraron innecesarias como por no haber sido informadas o consultadas sobre procedimientos sobre su cuerpo o el del bebé y, en general, por no haber sido respetadas en su voluntad de participar de las decisiones sobre el proceso de parto.

En este trabajo no me voy a ocupar del presente. Parto del supuesto de que las relaciones de poder médico-paciente que se establecen a la hora de la asistencia al parto, articuladas con las

¹ Derechos y deberes en el parto. Una mirada desde la perspectiva de Humanización, tesis de maestría en Sociología en FCS, Udelar. Defendida en 2011.

relaciones de género, producen faltas de respeto y violencia sobre muchas mujeres (Castro y Erviti, 2014; Arguedas, 2020).

Me voy a ocupar del pasado.

Robert Castel planteaba que,

no se puede comprender nada de lo que sucede hoy si tenemos las narices pegadas al acontecimiento (...) todo problema social tiene un comienzo y desde ahí se transforma hasta llegar a la forma provisional en que lo conocemos hoy. (Castel, citado en López, 2010, s./p.)

Si bien el enfoque de la investigación no me permite hacer afirmaciones de tipo causales entre períodos anteriores y lo que sucede en la actualidad, sí pretendo indagar en algunos fundamentos sobre los que se fue construyendo el modelo institucional y medicalizado de asistencia al parto en el correr del siglo XX.

De allí la relevancia de la investigación. Para seguir comprendiendo el modelo de asistencia al parto y por qué produce violencia obstétrica, es preciso conocer los procesos sociohistóricos que le dieron forma. Este conocimiento ofrecerá un marco para reflexionar sobre la pertinencia de algunos presupuestos actuales que, entiendo, son posibles de transformar para seguir mejorando el respeto a los derechos humanos de las personas gestantes.

Me interesa un abordaje político-cultural que permita analizar los procesos por los cuales los problemas sociales son constituidos en tanto problemas (Grassi, 2002). Y es necesario, porque a comienzos del siglo pasado la asistencia del parto representó un problema para el gobierno y la medicina. Cuando la política pública comienza a abordarlo, va transformando la forma de asistencia anterior. En esta investigación se trata de comprender los procesos de producción de sentido que sustentaron las acciones —en términos de políticas públicas y de investigación científica— que fueron configurando su modelo de atención.

La institucionalización y medicalización del parto, en tanto proceso social complejo, admite ser analizado desde distintos énfasis teóricos y, por los asuntos que implica, también políticos. Y es que la conceptualización es una práctica situada históricamente que nos ayuda a reflexionar sobre determinados procesos sociales a partir de problemas o necesidades que surgen de esos mismos procesos (Pisani, 2020, p. 106).

Dicho lo anterior, no me interesa cualquier análisis de la institucionalización y medicalización del parto, sino uno que tenga en su centro las relaciones de género implicadas. En este sentido, mi trabajo se enmarca y aporta de forma general a la crítica feminista de la ciencia y de la medicina (Haraway, 1995; Harding, 1996).

Tal como plantea Teresa Ortiz (2006), la categoría de género tiene un rol central en la historia de la medicina porque permite analizar los discursos científicos y médicos dando cuenta de su capacidad para reproducir diferencias sociales, así como para crear una «historia más poliédrica y compleja, que responda a las interpelaciones que hoy formulamos muchas mujeres y cada vez más hombres» (p. 52).

Ortiz (2006) agrega que realizar análisis feministas con perspectiva histórica en asuntos médicos implica tener en cuenta cuáles eran los conocimientos sobre salud en cierta época y contexto social, quiénes y cómo los elaboraron, difundieron y aplicaron (p. 49). Para mi abordaje implica estudiar ¿qué conocimientos sobre el parto, y desde qué actores, circulaban a inicios del siglo XX? ¿Qué fundamentos dieron base a las primeras respuestas de políticas públicas hacia el embarazo y el parto? Como explicaré en próximos capítulos, tales preguntas me fueron llevando al análisis del trabajo de médicos de referencia en el proceso de institucionalización del parto, como Augusto Turenne, y de investigadores claves en ciencia obstétrica, como Roberto Caldeyro Barcia.

A su vez, es necesario analizar discursos diferentes al hegemónico, buscando establecer si hubo disputas y cuáles dentro de una profesión o entre profesiones distintas (Ortiz, 2006, p. 49-51). Asuntos que me convocaron a buscar voces por fuera de la medicina, como la de las parteras, las feministas y las propias mujeres asistidas, cuyos discursos podrían haber expresado algo diferente al discurso medicalizador.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Institucionalización y medicalización del parto

En sociedades occidentalizadas, la institucionalización y medicalización de la asistencia del parto viene a constituir un eslabón más de los deberes de los Estados hacia la población, en términos de seguridad en salud. Hasta el advenimiento de la modernidad, el parto había recibido los cuidados de parteras que con conocimiento empírico y con transmisión de saberes

comunitarios y familiares asistían a las mujeres en sus embarazos y partos. En Europa, en el siglo XVIII, en pleno auge de la racionalidad científica moderna, la medicina comienza a atender esta dimensión de la reproducción humana, procesos que luego se fueron extendiendo hacia otras regiones. En América, Europa y Asia se estudian desde la década de los setenta, mostrando diferencias y singularidades en los procesos de medicalización, y advirtiendo así sobre la imposibilidad de realizar una lectura simple de la historia del parto (Barreto, 2008).

En la región, el estado del arte muestra un conjunto de trabajos desde las ciencias sociales y humanas que vienen dando cuenta de las particularidades que adquirieron la medicalización e institucionalización del parto por países o localidades. A veces dentro de marcos de investigación mayores, como el de Marcela Nari (2004) —que estudia ideas y prácticas en torno a la maternidad en la ciudad de Buenos Aires entre 1890 y 1940—, o más específicos, como el de Maria Barreto (2008) *Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista* o el de Aline Medeiros (2013) *A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas século XX*. Por su parte, Fabíola Rohden (2001; 2006) estudió algunos aspectos de la medicalización del embarazo y parto en Brasil, abordando estrategias de la medicina en su entrada al mundo de la reproducción, específicamente indagó en la distinción utilizada entre prácticas sexuales y eventos reproductivos, lo que les otorgó legitimidad para tratar los cuerpos de las mujeres cuidando la moral sexual de la época (Rohden, 2006; 2013).

Ana Vosne Martins muestra las consecuencias de la especialización médica en el parto y el uso creciente de tecnologías en la asistencia hospitalaria sobre la construcción de la pasividad femenina a partir de discursos médicos de Europa y Brasil (Martins, 2004). Por su parte, Mónica Vásquez (2011) plantea algunos trazos del proceso de institucionalización del parto en Ecuador. Mientras que Lossio et al, (2018) ubican a la medicalización del parto en Perú como parte de un proceso más amplio de construcción de un cierto tipo de Estado y de patriarcado común en la región.

En las investigaciones señaladas se tiende a analizar la producción escrita de médicos en manuales didácticos, lecciones en cursos de obstetricia, textos divulgados en periódicos y registros hospitalares. Estudios que han permitido acceder a los saberes y valores de los médicos sobre el embarazo, parto y puerperio en épocas de instalación del modelo médico de atención (Barreto, 2008), y que comparten una mirada que se pregunta por las relaciones de género que acompañaron dichos procesos.

Mi investigación se ubica en este linaje. Retoma el interés por estudiar las singularidades de los procesos sociohistóricos de la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay analizando sus consecuencias para la generación o no de autonomía reproductiva para las mujeres, y utiliza también, como fuentes de la investigación, diversos textos que dan cuenta del discurso médico. Algo posible porque desde el siglo XIX las publicaciones médicas uruguayas dan cuenta de un creciente interés por el abordaje de las complicaciones del parto y su asistencia. Desde 1877 existen publicaciones sobre problemas como «parto tardío», complicaciones de embarazo y parto con tisis pulmonar (Mañé Garzón y Burgues, 1996, pp. 69 y 81). Luego, en los primeros años del siglo XX, se multiplican los artículos, conferencias y libros sobre obstetricia y atención del embarazo y parto. Un aglutinador de este tipo de escritos fue la Revista Médica del Uruguay.

Otro antecedente de mi investigación es el libro *Hospital Pereira Rossell. Gestión y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)* que analiza la gestión del primer hospital público fundado para la atención del embarazo y parto (Collazo et al., 2012, p. 19).

1.1.2. Intervencionismo médico en obstetricia

Los esfuerzos de conceptualización y medición de prevalencia de las violencias de género y en particular la constatación a través de encuestas de la alta prevalencia de violencia obstétrica en la atención del parto (Castro y Frías, 2019; Consejo Nacional Consultivo [CNC], 2019) ha renovado el interés por el estudio de la producción social del intervencionismo médico en obstetricia y su relación con la violencia obstétrica. Esta se define como una forma de violencia de género realizada por el personal que asiste el embarazo, parto y puerperio, violencia legitimada a partir del poder obstétrico, un tipo de poder disciplinario que se fusiona con la jerarquía masculinista y que naturaliza funciones construidas socialmente en torno al parto y la maternidad (Arguedas, 2020, p. 87).

En México, desde la sociología, Roberto Castro y Joaquina Erviti² vienen estudiando hace más de dos décadas la violencia hacia las mujeres en los servicios de salud, y lo relacionan con la formación médica. Michelle Sadler (2003) realiza una investigación antropológica en tres hospitales chilenos y muestra las relaciones de dominación que se establecen entre las mujeres

² Ver Castro y Erviti, (2014).

y los equipos de salud, sobre todo analizando los mecanismos de desautorización y abuso, así como las condiciones que posibilitan tal dominación (p. 158). Marbella Camacaro (2010), a partir de una investigación en Venezuela, da cuenta por una parte de la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del equipo médico y, a la vez, de la existencia del pedido de intervención de algunas de ellas para sentirse seguras (p. 175). En Brasil, desde su investigación doctoral en medicina, Carmen Diniz (2001) plantea que un punto de inflexión del proceso intervencionista fue la idea, expandida en la segunda mitad del siglo XX, de que un parto solo podía ser considerado normal en retrospectiva. Según la autora, dicha creencia hizo que creciera el uso de intervenciones obstétricas para regular el ritmo del trabajo de parto. Las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de asistencia llevaron, muchas veces, al mantenimiento acrítico de intervenciones inapropiadas y arriesgadas sin la debida evaluación de su efectividad (p. 1).

En Uruguay existen pocos antecedentes sobre intervencionismo y violencia obstétrica. En el año 2004 se publicó una investigación que relevó la práctica obstétrica en doce hospitales públicos, que daba cuenta de la implementación de prácticas que se han demostrado que son inefectivas, e incluso perjudiciales, en la atención materna y perinatal (Colomar et al., 2004, p. 455). Por su parte, en el año 2005, la investigación de Muinelo et al., 2005, *Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*, mostró que existía inducción de demanda para la cesárea en instituciones no públicas, dado el sistema de remuneraciones (en el sistema público no había diferencia en el pago de un parto y una cesárea, mientras que en las instituciones privadas la cesárea se retribuía más que el parto) y la posible presión de las mujeres al pedirla. En el año 2011 defendí la tesis ya referenciada sobre la calidad de la asistencia al parto en maternidades de Montevideo desde una perspectiva de derechos humanos. Luego, en el año 2014, Carolina Farías (2014) indagó en las consecuencias físicas y emocionales de mujeres que habían transitado por una cesárea, constatando que para la mayoría de ellas la operación había tenido una connotación negativa, más allá de los buenos resultados obstétricos (p. 105).

Las investigaciones recién enunciadas tienen algo en común. Comparten el supuesto de que las violencias y falta de respeto que experimentan las mujeres no encuentran su causa en el comportamiento de uno o varios sujetos aislados, tienen causas estructurales que hacen converger violencias institucionales del sistema de salud con violencias de género.

Recordemos que la violencia obstétrica no reside necesariamente en los acontecimientos más grotescos, como un insulto, agresión física o muerte materna y fetal por mala praxis. Proviene, en buena parte, de un conjunto de prácticas normalizadas, que poder obstétrico mediante (Arguedas, 2014; 2020), producen subordinación tecnológica de las mujeres y abuso institucional (Hernández y Echevarría, 2016). Dichas prácticas pueden incluir, como estudió Sonia Hotimsky (2010) en dos hospitales escuela en Brasil, «acuerdos informales» que subvierten normas éticas y protocolos institucionales para jerarquizar intereses individuales o del colectivo médico (por ejemplo, acelerar partos por conveniencia), en donde se producen intervenciones, sin indicación médica, que violan la integridad de las personas en situación de parto (p. 152).

En el análisis del intervencionismo obstétrico es necesario tener en cuenta lo que podríamos llamar «la historia de la atención médica al feto». Mientras no hubo posibilidad de medir la salud fetal en la gestación ni de contar con farmacología para atenderla, lo que se sabía de las consecuencias de los cuerpos gestantes sobre los fetos era muy acotado. Pero la posibilidad de medir la frecuencia cardíaca fetal (como indicador de oxigenación y por tanto de salud del feto) en el trabajo de parto abrió nuevas posibilidades de conocer la interacción cuerpo gestante-feto.

La introducción del monitor electrónico fetal más la utilización de oxitocina sintética para la inducción del trabajo de parto cambió de forma radical la fisonomía de la asistencia. La historia de la introducción de estas prácticas obstétricas ofrece un campo nutritivo para el análisis de cómo se fue integrando la tecnología en la asistencia del parto y, a su vez, cómo se fue normalizando el intervencionismo obstétrico. Y es posible de ser analizada desde nuestro país porque un equipo de investigación de la Universidad de la República, el Servicio de Fisiología Obstétrica de la Facultad de Medicina, fue punta en el mundo en la generación de tal conocimiento. En este punto tomo como antecedente el libro del historiador Alcides Beretta (2006) titulado *Roberto Caldeyro Barcia: el mandato de una vocación*.

1.1.3. Estudios sobre la experiencia de las mujeres asistidas en perspectiva histórica

Si bien existen investigaciones que se centran en las vivencias de las mujeres en la asistencia del parto, son recientes y por lo general no abordan las vivencias de las mujeres en la transición de la asistencia del parto en domicilio a la asistencia institucionalizada y hospitalizada.

Contamos, sí, con la investigación en Argentina de María Paula Lehner. Ella realizó un estudio sobre la experiencia reproductiva de mujeres de sectores medios urbanos entre 1930 y 1960 (décadas del tránsito del parto en la casa hacia el hospital en ese país). Los resultados a los que arribó dan cuenta de la heterogeneidad que vivieron las mujeres de este perfil social con respecto al parto. Algunas parieron en el hogar, otras en el hospital y algunas experimentaron las técnicas del parto sin dolor.³ En términos generales, las entrevistadas expresaron que la medicalización y la tecnologización del parto fueron muy positivos en sus procesos reproductivos (Lehner, 2012).

En Uruguay no existen antecedentes de investigaciones similares. Sin embargo, algo de la heterogeneidad que plantea María Paula Lehner se refleja en los partos de mis abuelas, las dos nacidas en el interior del país y radicadas en Montevideo en su juventud, una peluquera y la otra trabajadora doméstica. La abuela paterna, Chery, me relató el temor que le producía el parto en el domicilio. Cuando se embarazó de mi padre en Montevideo no dudó en asistirse en el hospital de Asignaciones Familiares, lo cual le permitió controlar su embarazo cada mes y parir de forma hospitalaria. Por su parte, mi abuela materna, Angélica, se asistió sus tres partos (en la década del cuarenta y principios de los cincuenta) con la ‘madama’ de la familia en su casa, también montevideana. Ella me habló de la confianza que le tenía a esa partera y me contó de algunas prácticas para disminuir el dolor. No recuerda si era una partera titulada o una comadrona.

Estas dos experiencias son coherentes con la diversidad de modalidades de asistencia hasta la década del cincuenta en Uruguay y da cuenta de distintas posibilidades y preferencias de las mujeres. En la entrevista a Fernando Mañé Garzón⁴ confirmé que hasta mediados del siglo XX el parto fue asistido por distintos perfiles profesionales, en su mayoría por parteras tituladas, pero también por comadronas, médicos generales, cirujanos, pediatras y ginecólogos.

Por otra parte, las «mujeres asistidas» no son un homogéneo. La categoría de interseccionalidad permite identificar y articular las distintas discriminaciones como las de clase, género, edad, étnico-racial, entre otras (Symington, 2004). Una de las intersecciones fundamentales para

³ En buena parte del mundo, hacia mediados del siglo XX, se desarrolló una corriente de médicos por «el parto sin dolor» o «el parto sin temor». Si bien hay feministas que plantearon que los médicos del parto sin dolor seguían ejerciendo un lugar de control y de poder masculino frente a las mujeres (Hutter Epstein, 2010, p. 117), estos métodos tendían a colocarlas en un lugar de mayor centralidad.

⁴ Entrevistado en su casa el 22 de octubre del año 2015.

analizar la asistencia al parto refiere a la clase social. Cuando comenzó a generalizarse la asistencia hospitalaria en Uruguay, las mujeres priorizadas fueron las más pobres. Sobre todo por los criterios higienistas que desaconsejaban la asistencia del parto en las casas que no contaban con ciertas condiciones de higiene y los preceptos eugenistas que trataron de utilizar la hospitalización como prevención del abandono infantil (Collazo et al., 2012, p. 26). Las mujeres de clase media y alta retrasaron un poco más el parto en el hospital. En el desarrollo de la investigación este cruce interseccional aparece claramente, en particular en la voz de Augusto Turenne, que se ocupó de diferenciar las recomendaciones para la asistencia del embarazo y el parto según las mujeres fueran pobres o de clase media y alta.

Otra intersección relevante es la étnico-racial, todavía pendiente en el análisis actual sobre la asistencia del parto en Uruguay. Voceras de agrupaciones afro, como la doctora Alicia Esquivel,⁵ plantean que la violencia del equipo de salud se incrementa en la población afro. Esto es coherente con los datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, realizada en el año 2019, en los que el porcentaje general de mujeres que experimentaron violencia obstétrica en su último parto fue de 17,4 %, pero aumenta a 21,9 % en la población afro (CNC, 2019).

La dimensión urbano/rural también es importante en el tema. Hay una diferencia, que se registra incluso hasta hoy, entre las ciudades departamentales, poblaciones menores y contexto rural. Si bien es un asunto que aparece en algunos documentos analizados, ocuparme de reconstruir las diferencias en la atención hubiera requerido otro diseño de investigación. No obstante, tuve en cuenta algunos documentos que hacen referencia a las condiciones de asistencia del parto en contexto rural.

Finalmente descarté entrevistar a mujeres. Era difícil encontrar personas que hubieran parido en la primera mitad siglo XX, mis abuelas fueron primíperas en 1953 y son bastante excepcionales en su longevidad. Por otra parte, las características que fue tomando la investigación me llevaron a explorar aspectos más estructurales del modelo de asistencia. Sin duda hubiera sido un rico aporte contar con la perspectiva de las mujeres.

⁵ Intercambiamos al respecto con Alicia Esquivel el 5 de julio del año 2016.

1.1.4. Los estudios sobre la partería en la transformación del modelo de asistencia al parto

Las investigaciones para Europa y Estados Unidos, y más recientemente para América Latina, dan cuenta de que la institucionalización del parto y la creación y uso generalizado de tecnología obstétrica han sido «los mayores enemigos de las parteras en los siglos XIX y XX (Sánchez y Laako, 2018). Más allá de esta afirmación general, en cada región y país el proceso adquirió particularidades.

En 1997 se publicó *Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the Modern Period* (Marland y Rafferty, 1997), un libro de referencia en la investigación historiográfica sobre el proceso de institucionalización del parto y las matronas en Europa y Estados Unidos (Bernabeu, 1999), que da cuenta que las luchas de las parteras fueron un reflejo de debates más amplios en términos de raza, clase social y género (Sánchez y Laako, 2018, p. 21).

La historiadora española María José Alemany entrevistó a 52 matronas que vivieron el pasaje de la casa al hospital en Valencia (fue posible entrevistarlas porque en Valencia la hospitalización del parto ocurrió recién en el correr de la década de los setenta, en el marco del franquismo desarrollista), para relevar cómo habían vivido la experiencia. Se encontró con una diversidad de posiciones. Muchas matronas aceptaron el cambio de la casa al hospital, no lo percibieron como ofensa, sino como adaptación ventajosa; si bien debían subordinarse a los médicos, ganaron en condiciones de trabajo y en seguridad ante posibles complicaciones. Halló también matronas con miradas más críticas del proceso. Pero, si bien hubo algunas resistencias, fueron ante situaciones concretas, momentos en los que habían percibido abuso de poder en su contra o incompetencia médica. No obstante lo anterior, constataron que en el cambio hacia el hospital la atención se volvió más deshumanizada y percibieron que las mujeres perdieron confianza en la capacidad de parir como consecuencia de la dependencia del criterio médico (Alemany, 2016, pp. 302-303).

En la región, el estudio de la partería se viene consolidando como un campo en crecimiento (Carrillo, 1998; Tornquist y Lino, 2004; Mott, 2005; Díaz Robles, y Oropeza, 2007; Quiroz, 2012; Sánchez y Laako, 2018), entre los tópicos analizados se encuentra la historia de la partería tradicional o indígena, así como el lugar de las parteras tituladas en la atención del parto en los siglos XIX y XX. La mayoría de los abordajes privilegian un análisis desde el poder y el género, mostrando las luchas y disputas entre las profesiones dedicadas a la asistencia del

parto, con especial énfasis en el desprestigio a la partería tradicional y la subordinación a la medicina de la partería diplomada.

El libro *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (Sánchez y Laako, 2018) analiza, con diferentes énfasis, el devenir de la partería en Chile, Perú, Argentina y México. En la estructuración de los capítulos se puede observar una cierta continuidad de temas, comenzando con la entrada de la medicalización e institucionalización del parto, luego las políticas de planificación familiar y el cambio cultural de las familias a mediados del siglo XX, hasta llegar a la contemporaneidad y el discurso de los derechos sexuales y reproductivos y el parto humanizado (Sánchez y Laako, 2018, p. 25).

En Uruguay no hay investigaciones sobre la partería en perspectiva histórica⁶. Lo que existe son referencias a las parteras en trabajos de historiadores, como el de José Pedro Barrán, que en algunos pasajes de los tres tomos de *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos* da cuenta de la vigilancia y disciplinamiento de la medicina hacia la partería, sobre todo analiza discursos de médicos refiriéndose a las parteras. Y la historiadora Graciela Sapriza que, estudiando el aborto en el Uruguay, recoge algunos testimonios sobre la experiencia de las parteras en el ocaso del parto domiciliario (Sapriza, 1996). La partera Andrea Blanco expone algunos trazos de la historia de la partería uruguaya en su monografía de grado (2008), mientras el médico José Enrique Pons (2015) publicó el libro *Parirás con ayuda. Una historia de nacimientos, de parturientas y de quienes las asistieron*, más dedicado a lo que se sabe de la partería en la historia occidental que al proceso en el Uruguay.

1.1.5. Antecedentes sobre las posturas feministas sobre el parto y la maternidad en la primera mitad del siglo XX

Las investigaciones que versan sobre o toman aspectos del feminismo en Uruguay a principios del siglo XX (Sapriza, 2001; Cuadro, 2016) muestran que el discurso feminista sobre la maternidad no difirió en demasía con el discurso médico, tampoco en el tema del parto.

⁶ El libro *Provocaciones de una partera. Pasado, presente y futuro. Parteras, partos y algo más*, de Elvira Lutz (2017), reúne reflexiones de la autora en torno a la situación de las parteras en distintos momentos históricos a partir de la década de los sesenta hasta nuestros días.

Tal como ha planteado Gordon (1984) para otras regiones, hubo una preocupación eugenista en el discurso feminista rioplatense. Los términos *maternidad*, *eugenesia* e *higienismo* aparecen interrelacionados en sus discursos. La tesis de maestría de Graciela Sapriza (2001) *La utopía eugenista* plantea que en el discurso de Paulina Luisi las conclusiones más osadas en términos eugenistas son las que se refieren a maternidad (p. 83).

La historiadora Inés Cuadro analiza las prácticas y experiencias de las mujeres uruguayas dentro de los marcos políticos del libre pensamiento, catolicismo y anarquismo en las tres décadas de principio del siglo XX, y da cuenta de los múltiples feminismos que convivieron en esa época. No obstante dicha variabilidad, había coincidencia en el lugar de la maternidad como fuente de derechos para las mujeres. En particular, la historiadora plantea que en el discurso de la médica feminista y socialista uruguaya Paulina Luisi se podía constatar la concepción de la mujer como merecedora de igualdad de derechos con respecto a los hombres, pero, a la vez, aparece la maternidad como especificidad biológica: «Para la médica uruguaya uno de los atributos que tiene la ‘Nueva Mujer’ es ‘saberse dueña del porvenir de la raza’» (Cuadro, 2016, p. 35).

Dicho lo anterior, se pueden leer algunos matices entre el discurso médico y el feminista, como, por ejemplo, la recomendación del Congreso Femenino de 1910 en relación con la necesidad de que más médicas se dedicaran a las especialidades de obstetricia y ginecología. El pedido se debía al pudor de las mujeres a mostrar sus genitales frente a un médico varón (Actas del Congreso, 1911).

Si bien no tomo como objeto de análisis primario los discursos de las feministas de la primera mitad del siglo XX, los trabajos recién referenciados me sirven para contextualizar y para discutir aspectos de la medicalización del parto en Uruguay. Tomo también algunos documentos publicados y otros inéditos de Paulina Luisi.

1.2. El problema y la tesis sostenida

El problema de investigación refiere a las consecuencias sobre la emancipación o subordinación de las mujeres conforme se fueron procesando la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay. Estudio el período entre la segunda y la sexta década del siglo XX, cuando se produjeron las principales transformaciones del modelo.

Los estudios antes referenciados sobre los procesos de medicalización del parto analizados desde perspectivas de género (Sadler, 2003; Martins, 2004; Vásquez, 2011; Lossio et al, 2018) muestran que al mismo tiempo que se mejoraba la morbimortalidad materna y perinatal se fue estableciendo un modelo de atención centrado en un cuerpo carente y vulnerable dependiente del control médico (Montes, 2008). El proceso uruguayo coincide en la mayoría de los aspectos con los estudios anteriores, profundizando alguna de las tendencias verificadas en otros países, en particular la lucha contra la partería empírica (que ya no existe en el país) y la propensión a la hospitalización (favoreciendo un modelo hospitalocéntrico que no admite la asistencia del parto en el primer nivel de atención). Por otra parte, las ideas que orientaron las políticas públicas hacia la institucionalización del parto provinieron del discurso medicalizador que en ese entonces se caracterizó por ser higienista y eugenista. En aquel marco, los intereses respondían a la protección de la infancia, a la lucha contra la mortalidad infantil y a la mejora de la especie. Las mujeres fueron protegidas por su capacidad procreacional y alentadas a ser mejores madres bajo las directrices de la maternología y puericultura. Avanzado el proceso de hospitalización de la asistencia del parto, la ciencia obstétrica dio un salto cualitativo accediendo al control del inicio del trabajo de parto y a la medición de los signos vitales del feto en el trabajo de parto. En un doble movimiento, el cuerpo femenino fue concebido en tanto capaz de producir daño al feto y la ciencia obstétrica, la entidad legitimada para prevenirlo.

Por tanto, la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay fue un proceso complejo que mejoró parte de la autonomía reproductiva de las mujeres, pero produjo nuevas subordinaciones de género. En el momento histórico en donde el rol central para las mujeres seguía siendo el materno, un nuevo papel social se erigía para las buenas madres: confiar y entregar su cuerpo al instrumental biométrico para prevenir que las contracciones uterinas dañaran al feto. La asistencia moderna del parto y nacimiento se construyó sobre un sujeto pasivo ‘paciente-madre’ dispuesto a ser intervenido. El proceso desarrollado en la conformación del modelo médico hegemónico, intervencionista y tecnocrático de asistencia al parto necesitó y a la vez reprodujo la dominación de género en la sociedad.

Capítulo 2

Discusiones teóricas en torno a la medicalización del parto desde una perspectiva feminista

En efecto, desde la organización social del coito, pasando por el embarazo y el alumbramiento, hasta el destete del niño, cada momento de la secuencia reproductiva es un posible espacio de decisión, de gestión, de conflicto.

(Tabet, 2018, p. 26)

En esta tesis analizo el proceso de medicalización del parto en el Uruguay desde una perspectiva feminista.⁷ ¿Por qué plantearlo así?

Porque desde que las mujeres feministas han entrado en la academia, la ciencia ha sido cuestionada en tanto reproductora de sesgos sexistas en el conocimiento (Harding, 1996).⁸ Históricamente, el conocimiento que se erige como universal y objetivo expresa la «visión androcéntrica», la del varón adulto, blanco y propietario (Maffia, 2007, p. 2). En varias áreas del conocimiento se ha llegado a vislumbrar que lo que ha sido considerado como verdades trascendentales no llega a abarcar todo lo humano, más bien son productos que llevan «la marca de sus creadores colectivos o individuales y, a su vez, los creadores están marcados de forma característica por su género, clase social, raza y cultura» (Harding, 1996, p. 15).

Como producto de esta reflexión surge la propuesta epistemológica del punto de vista,⁹ bajo el supuesto de que la visión de las mujeres en la creación de conocimiento —dada su posición subyugada— abriría la posibilidad de un conocimiento más completo y menos perverso (Harding, 1996, p. 24). Sin embargo, el reconocimiento del androcentrismo¹⁰ de las culturas

⁷ Para responder esta pregunta nos basamos en lo desarrollado en el capítulo «De la reacción a la afirmación: hacia una epistemología feminista» (Magnone y Grabino, 2018).

⁸ Si bien hay otras teorías del punto de vista, nos basamos en Sandra Harding (1996). La autora plantea que no solo las feministas han cuestionado a la ciencia como reproductora de desigualdades, también se han realizado agudos análisis de los usos y abusos de la ciencia desde la lucha contra el racismo, el colonialismo y el capitalismo, entre otros (Harding, 1996, p. 16).

⁹ La epistemología del punto de vista se origina en el pensamiento hegeliano sobre la relación entre el amo y el esclavo y la elaboración que a posteriori hacen Marx, Engels y Lukács (Harding, 1996).

¹⁰ El androcentrismo refiere a una forma de conocimiento que utiliza la perspectiva que surge de la experiencia social masculina, sobre todo de la experiencia de varones occidentales, blancos y de clase media. Implica la identificación de lo humano con lo masculino o lo masculino como norma. Ha estado presente en todas las ramas de la ciencia (Ortiz, 2006, p. 42).

científicas no conlleva la idea de que la sola presencia de mujeres en la ciencia logre transformarla (Schiebinger, 2008). Tal como plantea Citeli (2002), no creo que exista un «estilo femenino» de hacer ciencia, ni que las diferencias de género deban servir de base epistemológica para prácticas científicas (Schiebinger, 2008, p. 275). La epistemología feminista precisa otras bases.

Más interesante resulta la propuesta de las experiencias que intersectan¹¹ la condición de género con la clase social, la racialización, la identidad y orientación sexual, entre otras. Esta postura recoge las críticas¹² que ha recibido «el feminismo», etnocentrista, construido desde un sujeto político abstracto, pero basado en la experiencia de mujeres blancas, intelectuales, heterosexuales, de clase media y del hemisferio norte (Magnone y Grabino, 2018, p. 26). En la búsqueda de un conocimiento menos sexista, es de utilidad tener en cuenta las distintas marcas que intersectadas dan forma a la mirada de quien investiga, lo cual me acerca a la propuesta de Donna Haraway sobre los «conocimientos situados». Dirá la filósofa:

Así, de manera no tan perversa, la objetividad dejará de referirse a la falsa visión que promete trascendencia de todos los límites y responsabilidades, para dedicarse a una encarnación particular y específica. La moraleja es sencilla: solamente la perspectiva parcial promete una visión objetiva. (Haraway, 1995, p. 326)

Tal como señala Agustina Elizalde (2020), tomando a Hermida (2017), pensar de forma situada no significa enaltecer lo propio ni desprestigiar lo extranjero, sino que supone asumir que las condiciones en que se produce ciencia constituyen lo producido y que tales condiciones son de clase geográfica, histórica, política, disciplinar, genérica, étnico-racial, entre otras (Elizalde, 2020, p. 19).

Esta perspectiva que obliga a hacerse cargo de una posición específica en la creación de conocimiento se desdobra. Por una parte, implica asumir un cierto posicionamiento desde el cual se investiga, en mi caso como académica blanca, cisgénero, heterosexual, de clase media, feminista y parte del mundo occidentalizado.¹³ Por otra parte, se trata de deconstruir las marcas

¹¹ Kimberlé Williams Crenshaw propuso el concepto de interseccionalidad para explicar la articulación entre los distintos sistemas de opresión que experimentan las mujeres negras (Magnone y Grabino, 2018, p. 26).

¹² De los feminismos negros, comunitarios, lésbicos, poscoloniales, etcétera.

¹³ Esta investigación se sitúa en el marco de la historia occidental-occidentalizada, que es donde se desarrolla la ciencia en general y la ciencia obstétrica en particular. A su vez, las propuestas y conceptualizaciones de los

de género, racialidad y clase social de los discursos que analizo, así como sopesar las consecuencias de dichas marcas en la creación de un cierto conocimiento obstétrico y, al decir de Harding (1996), cuestionar algunas «cristalizaciones epistémicas».

O, como en el planteamiento que realizamos con Valeria Grabino,

asumir que el estudio de las articulaciones entre género y ciencia permite discutir de qué modo las relaciones desiguales de género influyen la producción científica y, al mismo tiempo, cómo dicha producción ha servido históricamente de fundamento para la afirmación y actualización de jerarquías de género. (Magnone y Grabino, 2018, p. 18)

De este modo, entiendo necesario revisar lo que ha sido producido desde la medicina y la ciencia obstétrica —entidades históricamente masculinizadas hasta hace algunas décadas (Delgado et al., 2003)— sobre el cuerpo gestante, la asistencia del parto y la partería. Una revisión que permita examinar los sentidos que se fueron construyendo en torno a las relaciones de género a partir de dicho «conocimiento autoritario y autorizado» (Jordan, 1997).¹⁴ Que si bien —como veremos a continuación— ha sido una tarea emprendida por varias investigadoras en distintas partes del mundo, en Uruguay es un terreno inexplorado.¹⁵

2.1. Abordajes feministas sobre la ciencia y la medicina abocada a las mujeres y a la reproducción

Una de las categorías más importantes que los feminismos han aportado a la ciencia ha sido la de género. Existen diversos marcos conceptuales desde dónde definirla,¹⁶ y en esta tesis resulta

feminismos que se utilizan son también occidentales u occidentalizados. Cuando se realiza alguna generalización, es en este marco.

¹⁴ Con esta expresión Jordan se refiere a prácticas culturales que organizan la asistencia del parto y que se conforman como conocimientos «superiores», cuestión que habilita la comprensión del rol y la historia de las parteras y su posición frente al sistema biomédico (Sanchez y Laako, 2018).

¹⁵ Con esto no se está desconociendo el aporte de algunos investigadores, investigadoras y activistas que se acercaron al tema, como José Pedro Barrán (1993; 1999; 2008), Graciela Sapriza (1996; 2001), Elvira Lutz (2017), José Enrique Pons (2015), pero no desarrollaron una investigación específica.

¹⁶ A la vez que ha sido la categoría más utilizada desde estudios feministas está en permanente revisión y crítica. Revisión necesaria dado el empleo confuso (por ejemplo, cuando se utiliza *género* en vez de *mujeres* o en vez de *sexo*) y porque el feminismo, en tanto teoría crítica, realiza la autocrítica de sus categorías y de los análisis resultantes (Ortiz, 2006, p. 43). Una de las principales críticas a las definiciones de género que se asientan en la distinción entre sexo y género y del género como la construcción cultural en torno al sexo (como categoría biológica) fue la realizada por Judith Butler y Donna Haraway. Las autoras argumentan que la distinción entre sexo y género era falsa, «ya que si el género podía ser construido culturalmente, lo mismo podía hacerse con

orientadora la propuesta de la historiadora de la medicina Teresa Ortiz (2006), quien plantea que cuando en la lengua castellana utilizamos la palabra *género* —desde teorías feministas— nos referimos a dos asuntos.

Por un lado, a *un sistema de relaciones sociales*, simbólicas y psíquicas donde las mujeres están ubicadas en lugares desfavorables con respecto a los hombres. Tal como definió Joan Scott (1996), el género constituye a las relaciones sociales y se basa en las diferencias creadas a partir de los sexos, y a su vez «... el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder» (Scott, 1996, p. 23). En este marco se define de forma dicotómica las categorías de hombre y de mujer a la vez que se legitima la superioridad masculina a partir de aparatos simbólicos y conceptos normativos que articulan las instituciones y las organizaciones. (Ortiz, 2006, p. 39)

Por otro lado, nos referimos a una *categoría de análisis científico* que nos permite estudiar cómo se construyen y cambian históricamente dichas relaciones, lo que permite decodificar sus significados y así acercarse a la comprensión de formas de interacción social complejas (Ortiz, 2006, p. 39).

En este trabajo se hará referencia al género más bien como categoría de análisis científico, para profundizar en las articulaciones entre la ciencia, la medicina y la asistencia obstétrica. Como plantea Teresa Ortiz en la investigación sobre la historia de la medicina y de la ciencia, es muy importante tener en cuenta que los conceptos de sexo, cuerpo —o diferencias sexuales— y el de género están fuertemente relacionados y, de hecho, tal como ha venido mostrando la investigación histórica de las últimas décadas, se afectan y modifican entre sí. (Ortiz, 2006).

En similar sentido, Anne Fausto-Sterling (2006), retomando el pensamiento de Judith Butler, señalaba que las nociones occidentales de materia se han construido a través de una cierta matriz de género (p. 39). De allí la importancia de examinar cuánto de la cultura influye en las representaciones científicas de los cuerpos de las mujeres, así como de sus enfermedades y terapéuticas.¹⁷ Una obra precursora de este tipo de análisis la realizaron las estadounidenses

los significados biológicos del sexo. De hecho, era el género el que le atribuía a la biología su significación supuestamente innata» (Butler y Haraway citadas en Scott, 2011, p. 95).

¹⁷ Todavía más complejo sería trascender esta mirada y adoptar otra que nos permitiera ver cómo la cultura afecta a la propia biología; un programa de investigación que trascendiendo los binarismos permitiera captar las imbricaciones de la naturaleza y la cultura —planteos desarrollados por Anne Fausto-Sterling quien postula una

Bárbara Ehrenreich y Deirdre English a principios de la década de los setenta. Las autoras estudiaron el lugar de las mujeres en la medicina y llegaron a la conclusión de que la mayor contribución de la medicina a la reproducción de la desigualdad de género había sido «su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres» (Ehrenreich y English, 1981, p. 41). Coincidió con las autoras y, en virtud de mi investigación, agregaría también ‘potencialmente peligrosas para la salud de los fetos’. Las ideas de «patologización del cuerpo femenino» así como la de su «peligrosidad», como visión desde la cual el conocimiento médico abordó los asuntos de salud de las mujeres, sirven para entender algunos de los fundamentos de la introducción de la intervención médica en el proceso de parto.

Al reforzar las diferencias sexuales, la obstetricia moderna patologizó el cuerpo femenino (Blázquez, 2005),¹⁸ introduciéndolo en una naturaleza permanentemente inestable, donde «sua existência normal se apresenta mesmo como uma patologia estabelecida, manifestada nas gravidezes e ‘hemorragias periódicas’» (Rohden, 2001, p. 30). Un cuerpo construido como frágil, inestable, vulnerable e imprevisible (Montes, 2007). Las contribuciones enunciadas dan pie para entender la construcción de un discurso médico que, sin descuidar la capacidad procreacional de las mujeres, se centró en su capacidad de dañar al feto. Preocupaciones médico-científicas al servicio de la estrategia biopolítica por la cual se apostó a la mejora del cuerpo en tanto capacidad productiva (Foucault, 1978, p. 38).

En Brasil, los análisis de Fabíola Rohden demuestran que la ginecología del siglo XIX, a la vez que trató los asuntos de los órganos reproductivos femeninos, se constituyó en tanto ciencia de la femineidad y de la diferencia sexual (Rohden, 2001, p. 221). Elisabeth Meloni (2015) llega a conclusiones similares al estudiar la medicalización del cuerpo de las mujeres para el mismo siglo. Los enfoques mencionados sustentan el tipo de análisis que busco, la revisión de la

teoría dinámica de sexo-género; intentando superar los dualismos propone una teoría de la maleabilidad de la biología que pueda incorporar la experiencia a la propia carne (Fausto-Sterling, 2006)—. Tarea que no emprenderemos en esta tesis y que podría abarcar asuntos como el siguiente: en la actualidad es común afirmar, retomando a la Organización Mundial de la Salud, que el límite razonable para la cesárea debería ser un 15 % de todos los nacimientos. ¿qué significa entonces llegar al 40 % o al 50 %, tal como sucede en varios países? ¿Será que la forma cultural de encarar el nacimiento está cambiando la respuesta biológica de los cuerpos gestantes? ¿Será solo un aprovechamiento médico-genérico de la reproducción? ¿Cuánto de lo uno y cuánto de lo otro?

¹⁸ Blázquez (2005) plantea esta idea a partir de los textos de Adrienne Rich (1986), Emily Martin (2006, primera edición en 1987) y Ehrenreich y Deirdre (1981).

medicalización del parto en relación con la producción de determinadas formas de femineidad, de maternidad y de corporalidad gestante. Y con la construcción de ciertos lugares para ejercer —o no— la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo.

Ana Paula Vosne Martins, en su estudio sobre la ciencia sexual¹⁹ y la medicina de la mujer entre los siglos XIX y XX, reconoció la capacidad de la ciencia obstétrica en desarrollar saberes y tecnologías para mejorar la asistencia física de las mujeres. Ella trabajó sobre las relaciones de poder que se establecieron entre quienes produjeron el saber y las que fueron objeto de tal conocimiento. Una de las conclusiones a las que arriba es que, tras la especialización médica y el uso creciente de tecnologías y farmacéuticas, la gestión hospitalaria de los cuerpos femeninos los fue tornando cada vez más pasivos y alienados (Martins, 2004, p. 100). Cuestión que dialoga con una de las dimensiones de la progresiva apropiación de los médicos del campo de lo reproductivo, iniciada siglos antes. De esto se ocupan las recientemente referenciadas Ehrenreich y English, quienes plantearon que la opresión de las trabajadoras sanitarias (sobre todo refiriéndose a enfermeras y parteras) se produjo por la toma de poder activa por parte de los profesionales varones; batallas iniciadas mucho antes de la medicina moderna.

Fue en la Inquisición cuando comenzaron las primeras acciones organizadas por las instituciones masculinas para eliminar a las mujeres de las prácticas medicinales (Knibiehler, 2001). Lo que también es afirmado por Silvia Federici (2010) en su libro *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Federici desarrolla una investigación sobre la condición de las mujeres en la transición del feudalismo al capitalismo. Sitúa la caza de brujas como un fenómeno del inicio del capitalismo con el objetivo clasista y patriarcal de destruir el poder de las mujeres campesinas, neutralizar su capacidad para controlar la natalidad y colocar la capacidad reproductiva al servicio de la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo del capital. La perspectiva de estos análisis aporta a la mirada política de los procesos que estudio, no me interesa cualquier análisis de la medicalización del parto, sino

¹⁹ Hasta el siglo XVIII la ciencia no se detuvo en estudiar profundamente a «la mujer» (la visión filosófica y religiosa occidental la había definido como un macho imperfecto), cuestión que comenzó a cambiar a partir de ese siglo, estableciéndose como objeto de estudio «la cuestión de la mujer», inaugurándose la ciencia sexual. La nueva ciencia pretendió explicar las diferencias humanas a partir de un modelo moralista y naturalista de la mujer. Se substituyó la idea de imperfección del cuerpo femenino para pasar a una radical diferencia con el cuerpo masculino, tal diferencia se entendió como el signo de la naturaleza femenina, representaciones sociales que marcaban más el orden social imperante que el resultado de observaciones científicas (Martins, 2004, p. 264).

aquel que tenga en cuenta las relaciones de mutua implicancia entre la medicalización y las relaciones de género y clase social.

Los distintos aspectos que se vienen planteando podrían agruparse en un marco más amplio que trata sobre la capacidad reproductiva de las mujeres como asunto político. Asunto clave de análisis feminista. De hecho, dentro de las explicaciones en torno a las causas de la dominación masculina, la capacidad reproductiva femenina ha ocupado un lugar muy importante, como veremos a continuación.

2.2. Discusiones sobre el lugar de la reproducción biológica en la subordinación de género

En primer lugar, quiero señalar que las feministas rioplatenses del período histórico que estoy analizando no cuestionaron a la reproducción biológica como tarea primordial de las mujeres.

La impugnación a la asociación entre mujer y madre vendrá con el feminismo radical de los sesenta,²⁰ el cual planteó la relevancia política de la biología de los cuerpos femeninos para el entendimiento de la opresión. Consideraban que la capacidad reproductiva había sido condición básica para la división sexual del trabajo en el patriarcado —organización que controla los cuerpos, la sexualidad y los procesos reproductivos de las mujeres (Bodelón, 1998, p. 9)—. Shulamith Firestone (1976), una de las principales exponentes del feminismo radical de la década de los setenta, trabajó sobre dichos argumentos en su libro *La dialéctica del sexo*, agregando a la función procreadora la de crianza como núcleo de opresión. En su propuesta entendía necesario liberar a las mujeres de la tiranía de la biología a través de todos los medios sociales posibles, incluso apelando a la reproducción artificial. Dicho esto, también planteaba que no se podía suponer que el uso de la tecnología iba a ser libertario porque sí: «en manos de nuestra sociedad media y de nuestros habituales científicos (...), cualquier intento de utilizar la tecnología para ‘liberar’ a alguien resulta sospechoso» (Firestone, 1976, p. 259).

Otra perspectiva, necesaria para mi análisis, formulada una década posterior al planteo de Firestone (1976), es la de la antropóloga materialista Paola Tabet.²¹ Ella estudió el acceso de

²⁰ Un antecedente fue la obra precursora de Simone De Beauvoir *El segundo sexo*, publicada en 1949. En el capítulo dedicado a «La madre» la autora se centra en la denuncia del mandato maternal que no permite, en la gran mayoría de los países en la década de los cuarenta, que las mujeres puedan interrumpir legalmente sus embarazos (De Beauvoir, 1981, p. 557).

²¹ La primera edición en italiano del libro es de 2014, pero el capítulo del libro que estoy citando se basa en un artículo de la autora del año 1985.

las mujeres a los medios de producción, la procreación y lo que llamó el intercambio económico-sexual en distintas culturas. Según su punto de vista, las afirmaciones sobre el sexo y la maternidad, en tanto funciones de las mujeres, se asientan en una realidad material. Pues la división sexual del trabajo ha producido el monopolio masculino sobre los recursos, mientras las mujeres, en el desarrollo de sus trabajos de producción y procreación, han puesto el cuerpo entero (Tabet, 2018, p. 135).

Jules Falquet, quien realiza la introducción de la traducción al español del libro *Los dedos cortados*, de Paola Tabet (2018), plantea que la obra demuestra la existencia de «un conjunto de intervenciones sociales sobre el cuerpo, la sexualidad y la vida de las mujeres, destinadas a maximizar la procreación y a especializar el cuerpo de las mujeres o, mejor dicho, de ciertas mujeres, para tales fines» (Falquet, 2018, p. 35).

Y es que Tabet llegó a la conclusión de que, diferentes en cada cultura, existen mecanismos de control y apropiación de la sexualidad y de la capacidad de gestación de las mujeres para lograr determinados rendimientos reproductivos. De hecho, para la autora, el conjunto de intervenciones sobre la sexualidad para lograr un organismo especializado en reproducir ha constituido una fuerte manipulación sociológica de las condiciones biológicas de la sexualidad del ser humano. Una de sus tesis centrales afirma que la domesticación para la reproducción ha inhibido una sexualidad humana integral y polimorfa, constriñéndola a formas parciales de sexualidad (Tabet, 2018, p. 146). Similar a la perspectiva foucaultiana, plantea una noción de control no solo como limitación, sino más bien como forma de intervención sobre el cuerpo en tanto instrumento de gestión social, en donde la idea de la especialización del cuerpo de las mujeres para fines reproductivos resulta muy sugerente.

Como veremos en los capítulos analíticos, las prácticas y tecnologías que se fueron imponiendo en la atención obstétrica se basaron en algunos supuestos sobre la reproducción, la maternidad y la femineidad. La ciencia obstétrica partió de una cierta concepción de cuerpo femenino y de relación entre el cuerpo gestante y el feto. Y fue especializando a las mujeres en la tarea de reproducir, una especialización que, entre otros asuntos, incluía someterse a las nuevas intervenciones de la ginecotología (término utilizado en Uruguay para definir a la especialidad que une a la ginecología y la obstetricia).

Tabet planteaba también que es común invocar la reproducción humana y la fertilidad femenina como explicación o justificación de la desigualdad entre hombres y mujeres. Pero dice que, de

ese modo, la procreación aparece como un hecho biológico externo a las relaciones sociales. La autora pregunta: ¿qué hay de biológico en esa idea? En su respuesta diferencia una serie de asuntos (como la capacidad de que maduren los óvulos y de llevar a cabo un embarazo) de otras cuestiones (como, por ejemplo, la cantidad de hijos). Y es que, según su postura, entre el óvulo y el hijo, entre la capacidad de procrear y el hecho de hacerlo se encuentra «la historia de la reproducción como explotación» (Tabet, 2018, p. 126).

2.2.1. El parto y la subordinación o emancipación femenina

Tal como sucede en otros temas de análisis feminista,²² existen diversas posturas sobre el lugar del parto en el proceso de subordinación o emancipación de las mujeres. Se han desarrollado investigaciones²³ que reconstruyen y analizan las condiciones en que se ha parido en diferentes momentos y culturas, arribando a resultados variados.

Dichos estudios, por lo general, toman a la maternidad como categoría fundamental para el análisis. Pues la maternidad, en tanto tiene un trasfondo de reproducción biológica, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas que la trascienden, abarcando otras prácticas y relaciones sociales (Lozano, 2001, p. 13).

En 1949, cuando se publica *El segundo sexo*, de Simone de Beauvoir, las feministas todavía no habían cuestionado la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres. Si bien había habido feministas que tomaron iniciativas²⁴ para difundir métodos anticonceptivos desde la segunda década del siglo XX, lo hicieron para mejorar la calidad de vida de las mujeres, sin proponer la no maternidad como una posibilidad de vida plena.

²² Por ejemplo, con el tema de la Reproducción Humana Asistida (Viera, 2019)

²³ No me estoy refiriendo a las investigaciones de la antropología sobre ritos y modos de parir en distintas culturas —disciplina pionera en el estudio del parto—, sino más bien, a estudios que analizan el parto y su asistencia teniendo en cuenta las distintas relaciones de poder que el proceso despliega. Más contemporáneamente, antropólogas feministas han realizado aportes sustantivos a este análisis (Jordan, 1997; Davis-Floyd, 2001; Sadler, 2003; Quattrocchi, 2018)

²⁴ Margaret Sanger (1879-1966), socialista radical y vinculada a grupos anarquistas y sufragistas, consagró su vida a la lo que denominó *birth control* (control de natalidad en español). Su objetivo era educar a las mujeres de las clases trabajadoras para que «pudieran tener menos hijos y más sanos, mejorar sus relaciones sexuales y contribuir a la felicidad de su vida en pareja (...) a diferencia de la mayoría de grupos malthusianos anteriores y coetáneos, quería contribuir, de ese modo, a conseguir una mayor libertad para las mujeres» (Ortiz, 2010, p. 87).

El segundo sexo es un parteaguas en este asunto. Según Femenías (2000), fue anticipatorio del caudal de investigaciones feministas sobre la maternidad que se llevaron a cabo a partir de la década de los setenta (2000, p. 18). En el capítulo dedicado a *La madre*, De Beauvoir argumenta contra la idea, generalizada en aquel momento, de que las mujeres alcanzaban la igualdad concreta con los hombres al convertirse en madres.²⁵

De Beauvoir se sitúa en la corriente filosófica del existencialismo, en la que el sujeto se define por ser capaz de proyectar su ser, un ser abierto a la trascendencia «cuyo hacer consiste en superar continuamente su estado inicial, escapando a la inmanencia» (López Pardina, 2000, p. 193). La inmanencia, contracara de la trascendencia, es concebida como algo característico de los objetos. Y es justamente en la inmanencia en donde De Beauvoir entiende que son colocadas las mujeres:

Lo que define de una manera singular la situación de la mujer es que, siendo como todo ser humano una libertad autónoma, se descubre y se elige en un mundo donde los hombres le imponen que se asuma como lo Otro; se pretende fijarla en objeto y consagrarla a la inmanencia. (De Beauvoir, 1981, p. 35)

Desde esta mirada, el fenómeno de perpetuar la especie, en tanto mandato patriarcal, se vinculaba más a la inmanencia que a la trascendencia. Sin embargo, De Beauvoir tampoco negó que el embarazo, el parto y la lactancia pudieran ser motivo de goce para algunas mujeres; para ella, «el embarazo y la maternidad serán vividos de manera muy diferente, según se desarrollen en la rebeldía, la resignación, la satisfacción o el entusiasmo» (Beauvoir, 1981, p. 567).

En la medida que las mujeres pudieran elegir la maternidad y no que se les fuera impuesta, podía ser un elemento de trascendencia. Pero en las condiciones sociales, culturales y políticas en que se encontraban las mujeres en el momento de la investigación de la autora, la maternidad era más bien una imposición. Tomando perspectiva histórica, resulta claro que a partir de mediados del siglo pasado el feminismo se concentrara más bien en separar a la mujer de la madre. Pues las mujeres eran reconocidas y se reconocían más como madres que como mujeres (Femenías, 2000, p. 18).

²⁵ Desde distintas corrientes ideológicas y desde la Grecia antigua el cuerpo femenino ha sido interpretado «como signo de una esencia propia traducida en la posibilidad/obligación de ser madre» (Lozano, 2001, p. 131).

Posteriormente a *El segundo sexo* surgieron un conjunto de análisis que enfatizaron que el parto representaba un lugar de sufrimiento, muerte y mandato patriarcal. A principios de los ochenta, la española Lidia Falcón (1982) planteaba que el parto ha sido algo «natural» y «obligatorio» de la condición femenina y hasta hace pocos siglos carente de ayuda médica. Si bien reconocía la violencia de la medicina al comienzo de su asistencia, entendía que el único camino para la mejora era el parto hospitalario.

Por su parte, Paola Tabet también analizó al parto como un evento peligroso para las mujeres e interpeló las creencias según las cuales las mujeres de pueblos «primitivos» darían a luz sin problemas. La autora recaba datos sobre mortalidad materna en distintas culturas (en Francia al final del siglo XVII, una mujer de cada diez moría durante el parto), así como representaciones sobre el miedo a morir pariendo en diversas poblaciones fuera de Europa (Tabet, 2018, p. 126). En particular, presenta al parto como lugar de sospecha y control, pues en siglos anteriores, cuando las mujeres entraban en trabajo de parto, llamaban a vecinas no solo para pedir ayuda, sino para que fueran testigos de que si el bebé moría no habían sido ellas las culpables de infanticidio (Tabet, 2018, p. 143). O como nos relata, sobre parir en Uganda:

Las esposas de los reyes eran frecuentemente sometidas a visitas de control. La que resultaba embarazada era trasladada a la casa de la jefa comadrona, donde la controlaba día y noche (...). El parto era el momento de vigilancia más intensa y la comadrona reñía con la parturienta por no adoptar la mejor posición para dar a luz. Esto ocurría sobre todo si la mujer no amaba a su marido o había discutido con él y se sospechaba que pudiera querer matar al niño. (Tabet, 2018, p. 144)

El párrafo anterior complejiza la mirada romántica sobre las comadronas a lo largo de la historia. El hecho de que fueran mujeres las que históricamente ayudaron en todo lo relativo a la salud reproductiva no puede leerse como un pasado de poder y libertad femenina. Lo que trae Paola Tabet muestra que las comadronas y parteras actuaron en contextos específicos, enmarcadas en relaciones de género más o menos restrictivas y, si bien contaban con el poder de tratar la salud reproductiva, no escaparon a las determinaciones sociales más amplias.

Desde otros linajes teóricos, existen posturas que plantean al parto como posible lugar de poder para las mujeres (Adrienne Rich, 2019; Casilda Rodríguez, 2007). Estos planteos tienden a ser críticos con la instauración del modelo médico de atención al parto, resaltando la despotencialización implicada en el nuevo status de ‘enfermas’ y ‘pacientes’ desde el que se

concibe la asistencia (jerarquía en la posición horizontal de las mujeres y vertical de los médicos, desposesión de control corporal femenino, abuso de tecnología médica, etcétera). Para Adrienne Rich (2019), la tecnología desarrollada en la obstetricia moderna es una etapa más de la apropiación del proceso de nacimiento por parte de los hombres (p. 165).²⁶

Lidia Falcón (1982) cuestionó los abordajes que ven en el parto una posibilidad de emancipación femenina, en especial discutió con los argumentos de Rich (2019) desplegados en el libro recién comentado. Más cercano en el tiempo, ha habido una reacción feminista ante algunos discursos del movimiento de humanización del parto, específicamente hacia aquellos que reivindican visiones esencialistas y maternalistas sobre el cuerpo femenino y la crianza. Por ejemplo, la idea paradójal de que «humanizar» el parto sería «animalizarlo», ya que las mujeres que parieran de forma humanizada serían aquellas que pudieran despojarse de los valores culturales medicalizados hacia un estado de mayor cercanía con la naturaleza (Tornquist, 2007, p. 158).

Entiendo pertinentes las advertencias de las teorías feministas sobre no volver a esencializar un aspecto que ha sido fuente de control y violencia patriarcal. Pero a la vez me pregunto ¿por qué no dar lugar a los planteos sobre experiencias satisfactorias de parir? Tensiones político feministas a resolver, que no serán asunto de esta tesis.

2.2.2. Naturaleza y cultura. Una dicotomía utilizada en los discursos científicos y médicos en torno a la reproducción

La oposición naturaleza/cultura es un tema clásico abordado por diversos autores de la antropología, la filosofía y otras ciencias humanas. Pareciera ser una oposición que se impuso dado el paradigma cognitivo de la modernidad; un paradigma en donde la humanidad se autopercebe como esfera distinta y opuesta a otras esferas (como la natural), y donde el ser humano tendría la necesidad de conocer su entorno con el fin de dominarlo. Un proyecto específico de la Ilustración que se diferencia de otras tradiciones en donde no existe tal

²⁶ En su libro *Nacemos de mujer* (Rich, 1986) postula el par: «maternidad como institución y maternidad como experiencia»; con esto convoca a trascender posturas simplistas sobre el lugar de la maternidad en la vida de las mujeres, pues diferencia la experiencia maternal (la relación potencial de las mujeres con la reproducción) de la institución maternal (cuyo objetivo sería asegurar que este potencial y las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal). De este modo no desconoce las múltiples violencias impuestas en el ejercicio de la maternidad en sociedades patriarcales, pero deja abierta la posibilidad de que en contextos menos represivos las mujeres puedan vivir la maternidad como una experiencia vital de potenciación.

dicotomía (Quintero, 2005). En este paradigma, la concepción de naturaleza se liga a lo que «nos es dado», mientras la noción de cultura refiere a los «hechos humanos».

En esta investigación interesa una mirada sobre la oposición naturaleza/cultura en relación con el género, pues los discursos de los médicos y científicos estudiados recurrieron a ella en reiteradas ocasiones.

La antropóloga Sherry Ortner (1979), quien se valió de la mediación naturaleza-cultura para explicar la relación entre la capacidad de procrear y la subordinación de las mujeres, en su artículo «Is Female to Male as Nature is to Culture?»²⁷ explicaba que la subordinación de las mujeres no era resultado inmediato de la capacidad de procrear (como vimos con Shulamith Firestone), sino que los procesos orgánicos de gestar y parir fueron asociados culturalmente a la naturaleza, una naturaleza universalmente inferiorizada con respecto a la cultura.

En 1996, Ortner publicó un artículo que revisaba los argumentos publicados en 1979. Si bien en el segundo se desmarcó de la pretensión de universalidad tanto de la dominación masculina como de la oposición naturaleza/cultura, planteaba que todavía tenía sentido afirmar que la oposición naturaleza/cultura es una «estructura» muy extendida y que «en general (aunque no de manera universal) la mujer es con respecto al hombre lo que la naturaleza es con respecto a la cultura» (Ortner, 2006, p. 17).

Según Ortner, en la mayoría de las culturas,

el género se convierte en un lenguaje muy poderoso para hablar de las grandes preguntas existenciales sobre la naturaleza y la cultura, a la vez que el lenguaje de la naturaleza y la cultura, si se utiliza, puede ser muy poderoso para hablar del género, la sexualidad y la reproducción. (2006, p. 18)

Pero, al decir de Fausto-Sterling (2006), ¿qué tiene de preocupante que recurramos a los dualismos para analizar el mundo? El problema viene de la utilización de las dicotomías de forma jerárquica (cultura/naturaleza, razón/emoción, masculino/femenino, mente/cuerpo, libertad/necesidad, etcétera), pues «la cultura acumula estos dualismos como un almacén de

²⁷ Artículo fundacional para la antropología académica feminista.

armas que se pueden aprovechar y reutilizar. Donde las viejas opresiones almacenadas como dualismos facilitan y abren el camino a otras nuevas» (Fausto-Sterling, 2006, p. 38).

Como veremos en próximos capítulos, el discurso de los dos médicos analizados apeló al lenguaje de la naturaleza-cultura. Augusto Turenne se refirió de forma inferiorizante al mundo de la sexualidad y reproducción femenina. Donde más utilizó este recurso fue para desacreditar los consejos «animalescos e irracionales» de las comadronas, culpándolas de generar desastres obstétricos y de crianza. En los discursos de prensa del Servicio de Fisiología Obstétrica también se apeló a la dicotomía naturaleza-cultura, sobre todo cuando dieron a conocer sus inventos; se ubicaron como los representantes de la cultura que lograba explicar y trascender a la naturaleza, donde la ciencia obstétrica se encargaría de encarrilar los desarreglos del cuerpo femenino.

2.2.3. Cuerpo social y político. Perspectivas para el análisis del cuerpo reproductivo

Tal como ha venido planteando la antropología y la sociología, el cuerpo no es solo biología, expresa relaciones sociales y políticas. Es un cuerpo socialmente construido y generizadamente sexuado, pues cada momento histórico representa las relaciones de género en la forma como construye el cuerpo sexuado (Rostagnol, 2011, p. 50), y agregaría también, en la forma como construye el cuerpo reproductivo.

Siguiendo los planteos de Mari Luz Esteban (2004), encontramos que en los estudios sobre el cuerpo como objeto de las ciencias sociales ha sido muy importante el aporte de Marcel Mauss, quien propuso que no existe un comportamiento natural del cuerpo, pues convertirse en un individuo supone un determinado aprendizaje de técnicas corporales (Mauss, citado en Esteban, 2004, p. 19). Así como también el trabajo de Mary Douglas (1988), que sugirió al cuerpo como «el principal sistema de clasificación y metáfora del sistema social» (Douglas, citado en Esteban, 2004, p. 19). O la propuesta de Michel Foucault (1987, 1992), que muestra que lo corporal, a la vez que es procesado política y socialmente, otorga a los individuos la posibilidad de agencia (Foucault, citado en Esteban, 2004, p. 20).

Contribuciones más recientes de la teoría social del cuerpo se inclinan por superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo, proponiendo nociones como la de *cuerpo encarnado* o *embodiment*, para plantear lo corporal como un «auténtico campo de la cultura, como proceso material de la interacción social (...) —subrayando— su dimensión potencial, intencional, intersubjetiva, activa y relacional» (Esteban, 2004, p. 21).

Los aportes anteriores permiten trazar tres dimensiones²⁸ para el análisis del cuerpo; el *cuerpo social*, que nos insta a analizar las inscripciones sociales en el cuerpo; el *cuerpo político*, que permite visualizar las constricciones de las relaciones de poder y a la vez las resistencias desde el cuerpo; y el *cuerpo encarnado*, un locus donde transcurre y se transforma la interacción social, donde el cuerpo actúa y decide en constante interacción con el entorno y las emociones.²⁹

En esta investigación me interesan los abordajes sobre el cuerpo social y el cuerpo político en su relación con el género y lo reproductivo.

En lo que hace al cuerpo social, ha sido muy importante el trabajo de Thomas Laqueur (1994), quien analiza las simbolizaciones médicas y anatómicas desde la antigüedad hasta la modernidad, y llega a la conclusión que —con diferencias según las épocas históricas— las ideas sobre lo masculino y lo femenino dependieron de la política cultural de la representación y no tanto de lo que se conocía en términos biológicos, fue la ideología del momento la que marcó las diferencias sexuales que importaban (Laqueur, 1994, pp. 127 y -161). En su estudio muestra que hasta antes de la Ilustración el cuerpo canónico fue el masculino, donde los órganos femeninos se representaron como el escroto y el pene invertidos. De allí que escaseara una anatomía femenina de la reproducción, y los términos modernos como el de vagina o clítoris carezcan de equivalentes en la época renacentista (Laqueur, 1994, pp. 121--122).

Plantea el autor que en el mundo del isomorfismo sexual el cuerpo era menos fijo y limitado que lo que va a ser a partir del siglo XVIII, en el que los

ejemplares más perfectos eran fácilmente etiquetados como varones al nacer, mientras que los menos perfectos se consideraban hembras. La pregunta moderna sobre el sexo «real» de una persona carecía de sentido en aquel período, no porque hubiera dos sexos mezclados, sino porque solo había uno del cual echar mano, compartido por

²⁸ La idea de los «tres cuerpos» ha sido formulada por Scheper Hughes y Lock (1987): el cuerpo individual (como experiencia vivida incluyendo las dimensiones materiales y espirituales), el cuerpo social (como símbolo natural para pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura) y el cuerpo político (el énfasis se coloca en la vigilancia y control de los cuerpos individuales y colectivos para la regulación de la sexualidad, reproducción, trabajo, tiempo libre, etcétera (Rostagnol, 2011, p. 53).

²⁹ El cuerpo encarnado es un concepto muy potente para el análisis etnográfico de los procesos de parto, pero no es utilizado en esta tesis por las características de la investigación desarrollada.

todos, desde el guerrero más fuerte hasta el cortesano más afeminado, desde la más agresiva virago hasta la más gentil doncella. (Laqueur, 1994, p. 220)

Laqueur tampoco supuso que las personas que vivieron en el renacimiento pensarán estrictamente en términos de isomorfismos anatómicos, pero arriba a la conclusión de que fue el tipo de universo conceptual al que accedieron (Laqueur, 1994, p. 132). Si bien su estudio plantea el cuerpo canónico masculino como modelo hegemónico, sugiere que existió también una retórica distinta, aquella que recurrió a la existencia de una cualidad única del cuerpo de las mujeres, y tal cualidad —la matriz— era la causante, por muy seca o muy húmeda, o muy movediza, de los problemas de las mujeres (Laqueur, 1994, p. 195).

A partir de la Ilustración y de la mano de la epistemología del empirismo se abandona la idea de isomorfismo sexual. El modelo naciente de los dos sexos respondía a necesidades de jerarquización del contexto cultural y político (Alejo, 1999). De allí que la identidad femenina moderna se construya a partir de discursos masculinos que legitimaron las diferencias sexuales y su correlativa desigualdad de poder.

El aporte de Laqueur alienta la vigencia de una perspectiva que deconstruya las marcas de género en la creación del conocimiento obstétrico, para visualizar la forma en que la construcción cultural de los científicos influyó su producción científica y, a su vez, en qué medida los instrumentos e intervenciones creados reprodujeron las jerarquías sociales.

Por su parte, la propuesta analítica de Michel Foucault, abordada más adelante, plantea un cuerpo a la vez como artefacto de control y como locus de resistencia. Es una perspectiva que ha influenciado los análisis que implican al cuerpo desde un lugar político. Perspectiva que aporta a mi análisis, pues permite comprender procesos complejos por los que las mujeres fueron aceptando —y a veces resistiendo— nuevas intervenciones sobre su cuerpo y prescripciones sobre su conducta en tanto madres.

Más específicamente en el análisis del cuerpo reproductivo, destaca la propuesta de la antropóloga estadounidense Emily Martin. A finales de la década de los ochenta publicó *The woman in the body* (Martin, 2006, primera edición en 1987). Allí contrasta las visiones sobre

los procesos reproductivos de la ciencia médica³⁰ y de las mujeres estadounidenses de Baltimore. Tanto los textos de la medicina como los testimonios de las mujeres darían cuenta de ciertas metáforas que expresan nociones más generales de la sociedad. La autora hizo un aporte sobre la ciencia en tanto sistema cultural y se propuso aumentar la conciencia de la comunidad científica sobre los desafíos de un análisis feminista de la ciencia (Martin, 2006, p. 20)

Entre otros asuntos, estudió la metáfora cartesiana del cuerpo como máquina y el médico como mecánico que reinó en las décadas de los cuarenta, los cincuenta y los sesenta.³¹ En ese momento, el cuidado del embarazo y parto fue concebido como un trabajo de mantenimiento y de detección del mal funcionamiento, donde la intervención obstétrica se enfocaba en reparar las faltas del cuerpo con habilidades mecánicas (2006, p. 54). Un elemento de relevancia que aparece en el libro es la idea de concebir a las mujeres como máquinas que están ahí para crear un producto (bebé); de nuevo, las mujeres reducidas a su capacidad de procrear.

En mi investigación es posible constatar el planteo de Martin; los discursos de los médicos y científicos analizados apelaron a tales metáforas.

En el apartado siguiente expongo una definición de autonomía reproductiva y derechos reproductivos, que utilizo en tanto guía heurísticamente el análisis, aun cuando en el período analizado no fueran parte de los discursos utilizados.

2.3. Autonomía y derechos reproductivos

A la vez que la historia de Occidente ha mostrado un persistente afán de los Estados y organizaciones políticas por el control de la capacidad reproductiva de las mujeres (González, 2017, p. 9; Tabet, 2018), los feminismos han tomado la lucha por la autonomía reproductiva³²

³⁰ Emily Martin pone algunos ejemplos de cómo la perspectiva cultural de los científicos influye en sus investigaciones. En la Introducción del libro del año 1992, relata la experiencia de una científica que se dio cuenta de que sus expectativas culturales con respecto a lo que se debía esperar de los espermatozoides la llevó a errores en los resultados de su investigación. En particular la idea generalizada del esperma como un elemento viril y agresivo que avanza sobre el aparato reproductor femenino la llevó a interpretaciones equivocadas sobre el comportamiento de los espermatozoides de las langostas (Martin, 2006, p. 20).

³¹ Para períodos posteriores, Emily Martin sostiene que ya no son viables tales metáforas, proponiendo una nueva: la de producción en fábricas.

³² Según Rosa María Reyes la autonomía ha sido estudiada por diversas disciplinas, en particular la teoría psicológica la ha asociado con el desarrollo de la persona en términos de autorrealización, independencia y libertad. Pero la teoría psicológica, así como la teoría científica preponderante, se ha caracterizado por una

como un tema prioritario. Alcanzadas, aparentemente, la igualdad civil y política, el feminismo de la segunda ola sacudió el orden de género de la modernidad industrial con la lucha por el reconocimiento de la autonomía femenina sobre el cuerpo y la vida (Maier, 2008, p. 9).

Similar a la necesidad de proclamar leyes específicas para «generizar a los derechos humanos» (Morelli, 2014), los feminismos han desarrollado nociones que intersectan a la autonomía con distintas dimensiones de la vida de las mujeres, tales como autonomía física, económica, política y sociocultural. En este trabajo reflexiono sobre la autonomía reproductiva inspirada en la noción de autonomía de género definida por Ana María Fernández (2006) como el grado de libertad que tiene una mujer para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de otros u otras. Ello supone la capacidad de instituir proyectos propios, tomando distancia crítica de las estructuras de sometimiento; producir acciones para lograrlos y contar con las condiciones para materializar tales decisiones (Magnone y Viera, 2015, p. 135).

De este modo, defino la autonomía reproductiva como el grado de libertad que las mujeres tienen para obrar de acuerdo a sus elecciones en dicha dimensión de la vida (en lo que tiene que ver con situaciones de maternidad y de no maternidad),³³ cuestión que necesita poner en diálogo las decisiones y acciones de las sujetas con el contexto histórico, social, cultural, político y económico más amplio.

Una forma de traducir la lucha por la autonomía reproductiva al lenguaje político y legal ha sido estableciendo el concepto de derechos reproductivos considerados como derechos humanos. Fueron denominados como tales en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud, realizada en Ámsterdam en 1984. Adquirieron legitimidad institucional en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo, y fueron definidos como «derechos de individuos y parejas de tener decisiones libres de coerción respecto al número y espaciamiento de los hijos y de cómo tenerlos» (Correa, 2003, p. 18). Las definiciones de lo que abarcan los derechos reproductivos siguen siendo campo de disputa moral y política. Un tema central de este debate ha sido, y es, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo;

visión androcéntrica de la persona sin reconocer suficientemente la influencia de la inscripción cultural sexo-género. Es por esto que para analizar la autonomía de las mujeres es necesario tener en cuenta los aportes de las teorías feministas, que ponen sobre la mesa los aspectos sociales, históricos y políticos que median la formación del individuo autónomo (Reyes, 2010, p. 19).

³³ Quiero decir que incluye todo lo que es anticoncepción, prevención de embarazos no deseados, abortos, así como embarazos, partos, nacimientos y puerperios.

en muchas regiones del mundo las mujeres todavía no son reconocidas como sujetas capaces de tomar tal decisión. De forma paralela, y a partir de la evolución de la ecografía, se ha dado un proceso de autonomía creciente del embrión con respecto al cuerpo femenino (Duden, 1996; Santesmases, 2017), «el feto público» al decir de Duden, con consecuencias políticas en los debates sobre el aborto. Según Blázquez (2005), «esto conduce a la invisibilización de la mujer gestante y constituye al feto como individuo con derechos» (p. 42).

En el tema del parto y nacimiento, luego de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada en el año 2000 en Brasil, en los países de la región se crearon organizaciones y redes para trabajar en la incidencia política para generar un marco de derechos que respalde a las personas en situación de embarazo, parto y puerperio. En Uruguay, en el año 2001 se sancionó la Ley 17386 (Ley de Acompañamiento a la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento), que dispuso el derecho de las personas a parir acompañadas; y en el año 2008 la Ley 18426 (Ley de Salud Sexual y Reproductiva), que en su inciso c plantea la promoción del parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad y el respeto del tiempo biológico, psicológico y las pautas culturales de la protagonista, así como evitar prácticas invasivas o suministro de medicamentos que no estén justificados. En el año 2017 se promulgó la Ley 19580 (Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género), que incluye a la violencia obstétrica definiéndola como toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos. En esta definición quedó explícitamente conectada la idea de autonomía con derechos reproductivos.

2.4. Maternidad, higienismo y eugenismo: categorías que orientaron a las políticas de salud a principios del siglo XX

En las primeras décadas del siglo pasado, en un contexto de reforma social y moral (Barrán, 2008), el estado uruguayo fue dando respuesta, a través de políticas sociales, a distintos aspectos de la cuestión social. En lo que refiere a los asuntos materno-infantiles, de salud y población, se vislumbraba la intención de construir, al decir de Graciela Sapriza (2001), una nación bajo el signo del «buen nacer» (p. 3). Nacer y crecer bien implicaría grandes esfuerzos para la construcción de un nuevo tipo de maternidad capaz de engendrar menos hijos e hijas —pero «mejor» dotados según las orientaciones eugenistas— y «cuidarlos mejor» —bajo los preceptos higienistas—. Los conceptos de higienismo, eugenismo y maternidad formaron parte

de los discursos de los referentes de la política de salud de la época y colaboraron en la construcción de los significados modernos tanto de la maternidad como de la infancia.

En lo que sigue se aporta un marco conceptual que permita, luego, abordar los significados que adquirieron —no siempre homogéneos— en el contexto y época estudiados.

2.4.1. Maternidad

La categoría de maternidad ha sido estudiada desde múltiples disciplinas y puntos de vista (García Galán, 2011). Tal como plantea María Lozano (2001), contamos con un conjunto de autoras que han contribuido a generar un corpus de conceptos para escudriñar sociológica, antropológica e históricamente las construcciones culturales, a partir de la capacidad de gestar de las mujeres en el contexto de occidente moderno. Conceptos que permiten relacionar los mandatos y deberes asociados a la maternidad con la reproducción de la desigualdad de género.

Durante el siglo XVIII, la filosofía de las luces promovió un ejercicio maternal al servicio de los hijos, se comenzaban a sentar las bases para el surgimiento de la nueva valía de la infancia. A su vez, en el plano social, se convocaba a la «compasión materna» para socorrer a desahuciados y desposeídos, de forma de paliar las consecuencias negativas de la revolución industrial (Knibiehler, 2001, p. 53).

El cuestionamiento feminista a las supuestas capacidades «naturales» o «instintivas» de las mujeres ha constituido un ejercicio constante de deconstrucción de la doxa y del conocimiento patriarcal. En este sentido, Elisabeth Badinter (1984) demostró que el «instinto materno», lejos de ser algo biológico y universalmente extendido, es algo histórico y social, que como veremos en próximos capítulos, ha precisado de actualizaciones —emanadas de la política y de la medicina— para tratar de aparecer como «natural».

Es posible observar el énfasis de los discursos hegemónicos del siglo XIX y principios del XX para aumentar los requerimientos hacia la mujer madre, con una concepción de familia cada vez más centrada en los hijos e hijas y con métodos de crianza guiados por expertos, que fueron exigiendo mucho más tiempo y energía de las mujeres (Lozano, 2001, p. 233).

Como se decía, el pensamiento feminista creó conceptos para desmontar el andamiaje ideológico e institucional de la igualdad mujer = madre = abnegación. Uno de ellos es el de *maternidad intensiva* (Hays, 1998), entendida como una maternidad que requiere de la

dedicación exclusiva al cuidado de los hijos e hijas, donde la responsabilidad de la crianza se considera de la madre, eximiendo a los padres y al mundo público. En el período histórico que abarca esta tesis, es posible observar la intención de los discursos médicos de intensificar el rol de cuidado de las mujeres madres, sobre todo en la construcción de la lactancia como «derecho natural» de la infancia.

Similar a la *maternidad intensiva*, Mónica Tarducci (2013) acuñó el concepto de *maternidad moderna*,

un modelo cultural e históricamente construido a partir de pensar a los niños como seres valiosos e inocentes, donde la crianza debe ser llevada a cabo ante todo por las madres individuales y estar centradas en las necesidades de los niños y las niñas a partir de una atención intensiva y donde los métodos de crianza son determinados por expertos. (p. 8)

Si bien maternidad intensiva y maternidad moderna son conceptos muy parecidos, utilizo el último porque enfatiza la idea de modernidad. Aunque la *maternidad moderna* será *intensiva*, en los discursos analizados, sobre todo en los de las décadas del veinte al cuarenta, es posible observar el esfuerzo por racionalizar de forma moderna a la sociedad.

La racionalidad científica y médica de aquel momento apostaba por nuevos preceptos para lograr una infancia valiosa con su correspondiente orientación en la crianza. Como veremos en próximos capítulos, circularon ideas como la de *maternidad consciente* (Turenne, 1929), que involucraba introducir racionalidad en el proceso reproductivo en aras de mejorar la especie, lo cual comenzaba —tímidamente— a legitimar la posibilidad de controlar la procreación de las mujeres, en principio, de las más pobres.

Y es que no había solo que aprender cómo cuidar a los hijos, sino que había que aprender a gestionar cuántos hijos e hijas tener, cuándo tenerlos, cómo parirlos, definir si trabajar o no mientras se criaban. Por esto me resulta insustituible el concepto de *maternalización de las mujeres* de la historiadora argentina Marcela Nari (2004), quien la define como la progresiva confusión entre mujer y madre, una mujer-madre que encuentra en la maternidad su único destino (pp. 101 y 269).

Nari estudia las ideas y prácticas en torno a la maternidad en la ciudad de Buenos Aires entre 1890 y 1940, analiza el discurso eugenésico, maternal y las ideas sobre las relaciones entre

maternidad y trabajo, y encuentra la influencia del discurso de la ciencia médica en la conformación de un ideal de mujer vinculada a la reproducción. Según la autora, la maternalización fue parte de un conjunto de transformaciones económicas, sociales y políticas en el marco de las sociedades capitalistas que estaban cambiando sus pautas poblacionales y el lugar de la familia en la conformación de la sociedad, y se diseñó un conjunto de políticas impulsadas desde el Estado que colocaban a la maternidad como asunto político. A su vez, la maternalización de las mujeres coincidió históricamente con el proyecto de medicalización de la reproducción biológica, donde la ginecología obstétrica se volvió central (Nari, 2004, pp. 101--111).

Por último, Nari (2004) señala para Argentina —como Barrán (1999) para Uruguay— que en el momento en que sexualidad y reproducción comenzaban a separarse (por los incipientes métodos de anticoncepción) hubo una reacción conservadora que colocó a la maternidad como destino para las mujeres (p. 17).

En Uruguay, las historiadoras Graciela Sapriza (2001), Inés Cuadro (2016) y Lourdes Peruchena (2010; 2020) dieron cuenta de la centralidad de la maternidad para las políticas públicas de las primeras décadas del siglo XX. Peruchena (2020) concluye que el Estado batllista «tantas veces considerado paternal o paternalista, se habría visto afectado de tal forma que podría ser calificado como ‘maternal’» (p. 357). Para la investigadora, el primer batllismo se presentó como protector de la maternidad y de la primera infancia, a la vez que la maternidad dejó de considerarse como algo de la esfera privada y pasó a ser objeto de prácticas y saberes específicos.

Mi investigación coincide con las afirmaciones de las historiadoras sobre la centralidad de la categoría de maternidad en las primeras décadas del siglo pasado, y da un paso más en tanto analiza las especificidades de los discursos médicos que atendieron los asuntos del embarazo, parto y nacimiento y los correlativos mandatos para las mujeres madres en términos de con quién asistirse, cómo cuidar el embarazo y dónde parir.

2.4.2. Políticas sociales, higienismo y eugenismo en la respuesta a la cuestión social

La cuestión social refiere al conjunto de problemas sociales, económicos y políticos que se han generado con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista (Pastorini, 1999), lo que implica el análisis tanto de la organización del trabajo productivo como del trabajo reproductivo, así como intersectar con otras relaciones de poder que en interrelación

con el capitalismo producen desigualdades sociales. En lo que sigue, apelo a algunos aportes de autoras marxistas feministas para comprender las formas por las cuales el Estado fue tomando responsabilidad en el mundo de la reproducción y de la crianza.

Concibo a la reproducción, junto a Rosalba Todaro (2004), compuesta de tres aspectos: la reproducción biológica, que remite a la procreación, consiste esencialmente en la crianza de los hijos e hijas (si bien es un componente básico de la reproducción de la fuerza de trabajo, se diferencia de ella); la reproducción de la fuerza de trabajo, que incluye el mantenimiento cotidiano de los trabajadores presentes y futuros; y la reproducción social, que refiere a la reproducción de las condiciones que sostienen un sistema social. El aporte de Todaro forma parte de un esfuerzo teórico feminista por visualizar el «trabajo invisible» (Larguía y Dumoulin, 1976) de las mujeres en el sostenimiento de la vida social.

Desde esta noción de reproducción, con sentido amplio, se analizarán las políticas sociales construidas por el Estado cuando comenzó a dar respuesta a ciertas manifestaciones de la cuestión social de época, como la mortalidad y abandono infantil o la multinatalidad de las mujeres más pobres. Un conjunto de políticas sociales (de salud, pero no solo) que buscaron prevenir, lo que el joven Augusto Turenne (1909) nombró como *la plebe pálida y raquítica* (p. 71). En ese marco, la «cuestión de la mujer» se instalaba en el debate sobre la cuestión social, en particular, la situación de la mujer madre y trabajadora (Peruchena, 2020).

2.4.3. Higienismo y eugenismo

El higienismo fue una corriente de pensamiento muy influyente en las ciencias médicas en el siglo XIX y principios del XX. En ella confluían la preocupación por la salud pública por entender el origen y comportamiento de las enfermedades y una amplia reflexión sobre cómo vivir mejor (Urteaga, 1985-1986, p. 417). Como se verá más adelante, en los documentos que analizo, el higienismo aparece utilizado como guía de políticas públicas y como concepto central en la obstetricia social; sobre todo en la idea de que los médicos, además de los cuidados clínicos, debían inmiscuirse en los grandes problemas sociales del momento.

En sus comienzos, el higienismo trataba de explorar la influencia del medio físico y climático sobre la morbilidad. Los llamados deterministas creían deducir el carácter, la moralidad y el estado físico de los individuos a partir del conocimiento de las condiciones geográficas en que vivían. Luego, a partir de 1840, comienza a desarrollarse una perspectiva más centrada en los aspectos sociales, donde ciertos procesos patológicos comenzaron a definirse como

enfermedades sociales, creciendo el interés por la situación de la clase obrera, sus condiciones de trabajo en las fábricas, su vivienda y problemas sociales, como el pauperismo. Algunos higienistas se inclinaban por acciones de caridad, mientras otros estimaban necesario atender los problemas sociales desde una reforma social (Urteaga, 1985--1986, pp. 418--422).

En el período histórico que abarca mi investigación, el interés higienista se fue desplazando de la mortalidad a la natalidad. Y se combinó con la «ciencia que promovía la reproducción de los mejores ejemplares humanos para evitar la degeneración de la especie» (Sapriza, 2001, p. 1): el eugenismo. Surgida en Inglaterra hacia finales del siglo XIX, recomendaba perfeccionar la especie humana utilizando métodos que se habían puesto en práctica con animales. La propuesta residía en promover matrimonios entre las personas consideradas mejores biológica, mental y moralmente, así como evitar que se reprodujeran los que tenían taras que pudieran perjudicar a la especie (Nari, 2004, p. 35).

A diferencia de la concepción anglosajona de la eugenesia, que otorgaba un papel relevante a la herencia, la eugenesia que se extendió en Europa mediterránea y América Latina hizo énfasis en la mejora de las condiciones del ambiente (Sapriza, 2001, p. 30).

El saber médico del Novecientos en Uruguay combinó las ideas higienistas y eugenistas, desarrollando una veta ‘progresista’, expresada por un conjunto amplio de salubristas. El asunto que dividía a los eugenistas más hacia la derecha o hacia el progresismo era a qué le daban más importancia para la degeneración: si al medio social o a la herencia. La concepción social de la enfermedad, muy difundida en Uruguay, hizo primar al medio ambiente como causa de degeneración (Barrán, 1999).

Las dos corrientes de pensamiento influyeron en la construcción de un determinado discurso de género en torno a la maternidad.

El interés por la maternidad biológica se situó en relación directa con la preocupación por la degeneración de la raza y la despoblación. (...) Así, el cometido social de las mujeres era garantizar la procreación y sobrevivencia de las futuras generaciones de ciudadanos en las óptimas condiciones de salud e higiene de raza. (Nash, 2000, p. 692)

Tal como planteaba Nash (2000), a la vez que se sublimaba a la maternidad, como modelo de mujer de la época, se desvalorizaba a la madre concreta en tanto persona incompetente para cumplir con los nuevos deberes de la maternidad biológica (p. 696). La experiencia de las

mujeres sobre la maternidad perdió validez frente a los conocimientos científicos aportados por la medicina; la maternología y la puericultura entraban en escena.

Los consejos de los expertos irán conformando —y cambiando muchas veces de forma arbitraria— las prácticas maternas que deberían ser promovidas y las que no, pedagogías maternas que oficiaron de tecnologías de género para delimitar las maternidades apropiadas y las inapropiadas (Darré, 2013, p. 12). Este proceso volvió cada vez más inseguras a las mujeres madres, haciendo desconfiar sobre los saberes transmitidos localmente, lo que a su vez las volvió más dependientes de los saberes expertos, reforzando la expansión del poder médico en las familias (Lasch, 1991).

Como afirmaba Barrán (1993) para Uruguay, se trató de construir una nueva pedagogía de crianza asentada en la ciencia —eugenista e higienista— que vanaglorió el amamantamiento materno, descentrando a la mujer madre como saber autorizado en la crianza, así como al conocimiento de curanderos y parteras (p. 181). Paralelo a la desvalorización de los conocimientos de las mujeres sobre la maternidad, se desvalorizará el conocimiento de las parteras sobre la asistencia del parto, subordinándolas al saber de la ginecología naciente, lo que trabajaré en el capítulo 6.

2.5. Medicalización del parto

Para abordar la medicalización del parto es preciso iniciar con el proceso más amplio en el que se inscribe: la medicalización de la sociedad.

2.5.1. Medicalización de la sociedad

Con este concepto, las ciencias sociales se refieren a la expansión de los valores y criterios técnicos provenientes de la medicina hacia distintos espacios de la vida social. El proceso no es autónomo, se relaciona con el Estado y con su contexto histórico, político y económico (Portillo, 1995). Para la consolidación de la medicina moderna, se requirió una fuerte alianza con el Estado, que permitiera promulgar normativas que garantizaran a la medicina el monopolio de la práctica médica, en perjuicio de otras formas de curar (Turner, 1987).

Dos de las tradiciones que han fundado el análisis de la medicalización de la sociedad son la llamada crítica y la foucaultiana.

La tradición crítica, desarrollada a partir de los años setenta, es fundamental el trabajo de Iván Illich (1975), entre otros. El énfasis se coloca en el control social, el poder disciplinador y normalizador de la medicina como dispositivo del estado capitalista (Carvalho et al., 2015). Para Illich (1975), una de las consecuencias de la medicalización de la vida social, en el marco de lo que llama la medicina institucionalizada, es la pérdida de control por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medioambiente. Y esto tendría efectos negativos para las personas. El autor convoca a la desmedicalización como camino de búsqueda de autonomía.

La segunda tradición remite a la mirada de Michel Foucault. Aquí, el ejercicio de saber-poder se desarrolla menos por el enfrentamiento y más por la conducción, por la posibilidad de la medicina de estructurar el campo de acción de los demás. Con una idea de poder más difusa que da lugar a la agencia, pues se entiende que, si hay poder, siempre puede haber resistencia. Desde esta perspectiva, la medicina es conceptualizada como una estrategia de saber-poder que busca estructurar el campo de acción de la sociedad, actuando sobre los mecanismos de producción de subjetividad de los individuos (Carvalho et al., 2015, p. 1256-1257).

Para Foucault (2002) con el advenimiento de la modernidad, y sus procesos concomitantes en términos de urbanización e industrialización, han surgido nuevas formas de control de las personas tanto en términos de anatomopolítica como de biopolítica. Para el autor, la medicina moderna tiene un carácter eminentemente social y solo en uno de sus aspectos refiere al carácter individual de las relaciones entre el médico y el paciente. Una de las razones por la que la concibe como práctica social tiene que ver con que el capitalismo socializó el cuerpo en tanto fuerza productiva, de la mano de la medicina como actor fundamental en la estrategia biopolítica. De este modo se controló la salud y el cuerpo de las clases trabajadoras, para lograr que fueran mejores para el trabajo y sin riesgo para las clases altas (Foucault, 1978, pp. 38, 56). En ese marco, la institución familiar pasó a cumplir un nuevo rol, pues debía garantizar la buena crianza de los niños y el ansiado cuerpo sano necesario para la sociedad industrial.

Y es en este punto donde fue fundamental la capacidad de la medicina —de la mano de los estados y de las perspectivas higienistas y eugenistas que ya fueron presentadas— de proponer un conjunto de transformaciones en los hábitos de higiene, de alimentación y de la forma de los cuidados, utilizando a las mujeres como nexo para llegar al resto de la población. Plantea Foucault (2002) que ellas fueron las garantes del cumplimiento de las nuevas tendencias en la

forma de vida, inaugurando para sí el rol de responsabilidad afectiva y de cuidados en la familia.

En la dimensión que hace al individuo, el biopoder se ha ocupado especialmente del cuerpo femenino y sus capacidades reproductivas. Entre otros asuntos, se ha responsabilizado fundamentalmente a las mujeres por la sanidad social, como vimos, naturalizando de esta manera su lugar de cuidadora y madre (Foucault, 2002).

2.5.2. Medicalización del parto

Por el enfoque de esta investigación, me resulta más provechosa la propuesta de Foucault, pues preciso una perspectiva de la medicalización que permita establecer otras mediaciones —y no solo la desmedicalización³⁴— que den lugar a la comprensión de la constitución del modelo que fue predominando en la atención. Y por esto retomo a Marisa Germain (2005), quien desde la perspectiva foucaultiana, plantea que la medicina tiene tres capacidades para mantenerse como fuente de poder: la de influenciar y vincular a otras prácticas poderosas como por ejemplo el derecho penal; la facultad de distinguir lo normal de lo patológico y la plasticidad para tomar tecnologías provenientes de otros campos.

Las tres dimensiones se expresan en el objeto de la investigación. Como veremos, la nueva especialidad médica ginecotocológica apeló a la normativa penal para establecer quién y cómo se debía asistir el parto, y también se erigió como la profesión con capacidad de definir cuándo un trabajo de parto se transformaba en anormal. Demostró también una gran plasticidad para convocar a tecnologías de la ingeniería eléctrica y bioquímica, entre otras, para la generación de una batería de técnicas e instrumentos para manejar la dilatación uterina y controlar el oxígeno fetal.

En este trabajo defino medicalización del parto al proceso por el cual el control y la asistencia del embarazo, el trabajo de parto y el puerperio pasaron a organizarse en función de lo que fue recomendando el discurso médico. Esto incluye desde erigirse como el saber idóneo para

³⁴ En otro tipo de investigación, la idea de desmedicalización podría ser útil para comprender las condiciones de la asistencia del parto. Wendy Kline (2019) en su libro *Coming home. How midwives changed birth* concluye que dentro de las razones por las cuales las mujeres han optado por el parto en casa se encuentra escapar al control y autoridad médica buscando acceder a mayores niveles de autonomía en sus formas de parir. Con esto no queremos decir que la desmedicalización del parto es sinónimo de parto en casa, porque puede haber médicos en los hogares o parteras que articulan con las instituciones médicas, así como mujeres que paren solas.

orientar la política pública, legitimarse como el conocimiento autorizado para formar tanto gineco-obstetras como parteras, la incorporación de los resultados de la ciencia obstétrica en la asistencia, la vigilancia de las prácticas de la partería y el crecimiento de la asistencia médica en todo tipo de partos.

Aunque muy relacionados, la medicalización no es sinónimo de la institucionalización del parto. Llamo *institucionalización* al proceso por el cual el Estado toma la responsabilidad de la asistencia y el control del embarazo, parto y puerperio. Lo que implica la generación de normativas y espacios institucionales por los cuales las políticas públicas fueron capaces de brindar servicios obstétricos, así como orientar y controlar su asistencia. Son conceptos que suelen solaparse porque coincidieron históricamente. En el momento que los estados tomaron la responsabilidad de la asistencia del parto la medicina ya se había logrado establecer como la profesión idónea para guiar el proceso. Lo hace en el contexto de una estrategia mayor de medicalización de la sociedad; será el discurso médico el que orientará cómo deberán ser las políticas públicas de atención, a quiénes cubrirían en sus primeras fases y qué lugar tendrían las distintas profesiones vinculadas al parto.

2.5.3. Conceptualizaciones en torno al modelo médico intervencionista, hegemónico y tecnocrático

Existen varias propuestas conceptuales que sirven heurísticamente para analizar el modelo médico de asistencia al parto que se fue desarrollando en el marco de la institucionalización de la asistencia en salud y de los principios de la medicina occidental.

Un primer concepto refiere a la tendencia de los médicos de asistir el parto sobreutilizando intervenciones, lo que llamo el *modelo intervencionista*.³⁵ Digo sobreutilización, para referirme a las intervenciones que no se fundamentan en las necesidades del proceso obstétrico, sino en otros condicionamientos culturales de la formación y la práctica médica, en donde influyen asuntos como la organización del trabajo médico según un marco público o privado, las

³⁵ Hernández y Echevarría (2015) profundizan en las características del parto hospitalizado e intervencionista para el siglo XXI. Entienden que el modelo busca la utópica anulación total del riesgo y se organiza a través de tres fases clásicas en los ritos de paso: la separación (la gestante es despersonalizada y separada de la configuración social); el margen (donde se produce su transformación en madre y es sometida a la cascada de intervenciones obstétricas protocolizadas, una eugenesia doctrinal donde manda la biométrica en detrimento de las experiencia subjetiva de la persona gestante) y la agregación (en la que es reintegrada a la vida social).

concomitantes formas de remuneración y los incentivos que generan, las características sociales que llevan al ejercicio de la medicina defensiva, entre otros (Magnone, 2011).

La reflexión sobre el uso creciente de intervenciones obstétricas tiene su origen en la propia medicina.³⁶ Como veremos, en las primeras décadas del siglo XX, el problema que los médicos llamaron «intervencionismo» en el parto tuvo vigencia en el Río de la Plata. Los debates entre médicos dan cuenta de una preocupación por el uso indebido de medicamentos, prácticas e intervenciones. El modelo de parto médico del Dr. Kreis de la escuela de Estrasburgo (en extremo intervencionista) estuvo en el centro de la crítica.

Otro concepto relevante ha sido el *modelo médico hegemónico*, acuñado por Eduardo Menéndez, quien lo define como un conjunto de saberes y prácticas desarrollados en el marco de la medicina científica, que ha logrado subalternizar a otro conjunto de prácticas y saberes anteriormente dominantes en las sociedades, de allí su hegemonía. Este modelo logra establecerse como el único legitimado para atender la enfermedad por parte del conocimiento científico y por parte de los Estados. Se centra en la búsqueda de eficacia pragmática, con participación subordinada y pasiva de la persona atendida, legitimado jurídicamente y con tendencia a generar demanda de consumo médico (Menéndez, 1988, pp. 1-2).

Similar al modelo médico hegemónico,³⁷ la antropóloga estadounidense Davis-Floyd³⁸ (2001) ha propuesto la categoría de modelo tecnocrático³⁹ para resaltar la sobreutilización de la

³⁶ La historia del fórceps brinda un ejemplo de controversias médicas por su modelo, uso y consecuencias. Antes de su invención, cuando el feto quedaba trancado en el canal de parto el médico o partera lo sacaba por piezas. Los médicos contaban con un arsenal de instrumentos para manipular, enganchar, trozar y apuñalar al feto (Hutter Epstein, 2010, p. 32). Como veremos en el capítulo 7, las prácticas feticidas fueron muy comunes hasta las primeras décadas del siglo XX. Para Hutter Epstein (2010), el punto de inflexión para el comienzo del uso del fórceps fue en 1817 cuando en Gales la princesa Carlota Augusta murió tras un parto prolongado. Fue el primer caso que se publicitó en donde se acusó al partero por no utilizar el instrumento (p. 42).

³⁷ Desde distintas partes del mundo occidentalizado, Davis-Floyd y Eduardo Menéndez desarrollan conceptos para el análisis de los modelos médicos. Sus propuestas no son contradictorias, pero enfatizan distintas dimensiones. Mientras Davis-Floyd realza la centralidad de la tecnociencia, Menéndez se centra en la hegemonía del modelo y su capacidad de deslegitimar otros saberes.

³⁸ Robbie Davis Floyd, doctora en Antropología Cultural, se ha especializado en estudiar la antropología de la reproducción. Ha escrito varios libros y diversos artículos sobre el modo en que las sociedades occidentales organizan y ritualizan su reproducción.

³⁹ Davis-Floyd describe el modelo a partir de 12 principios: separación mente-cuerpo; la metáfora del cuerpo como una máquina; ver al paciente como un objeto; distanciamiento del médico; diagnóstico y tratamiento desde fuera hacia adentro; organización jerárquica y estandarización del cuidado; autoridad y responsabilidad inherente al médico y no al paciente; sobrevaloración de la ciencia y la tecnología; intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo; la muerte como derrota; sistema guiado por la mercantilización y la acumulación de ganancias; intolerancia hacia otras modalidades de curación humana (Davis-Floyd, 2001).

tecnología en la asistencia del parto, bajo el supuesto de que a mayor tecnología mejor asistencia.

Al igual que Menéndez, Davis-Floyd destaca la participación subordinada de la persona asistida, o lo que llama concebir al *paciente como un objeto*, de este modo se desecha la posibilidad de que la persona atendida esté intelectualmente incluida en la conversación y decisiones. Como veremos en el transcurso de los capítulos siguientes, conforme fue avanzando la medicalización del parto, la intermediación del dato biométrico aportado por la creciente tecnología operó como inhibidor de la posibilidad de que las mujeres fueran consideradas interlocutoras del proceso de parto. Esta es una de las dimensiones centrales para los análisis de la violencia en el parto, en particular lo que se puede llamar el maltrato por cosificación. Las personas gestantes no son concebidas como personas con autonomía en un proceso de salud, sino como objetos en un proceso de producción de personas (Martin, 2006), lo que impugnará la capacidad de los sistemas de salud para respetar la autonomía reproductiva de las personas gestantes.

En esta investigación utilizo la idea de modelo hegemónico porque me sirve para comprender cómo en el proceso de legitimación del modelo médico de asistencia al parto se fueron subalternizando otros saberes, tanto los de las mujeres madres como los de las parteras y comadronas. Tal subordinación respondió a —y tuvo efectos en— la reproducción de las desigualdades de género.

Por su parte, el concepto de intervencionismo se impone por los discursos analizados y porque es una característica central del modelo de asistencia al parto que se fue configurando en el correr del siglo XX. Además de intervencionista, el modelo fue integrando cada vez más el uso de tecnología en la atención, por lo que el aporte de Davis-Floyd, resulta muy provechoso.

El modelo que la medicina occidental fue consolidando no tolerará otras formas de asistencia al parto: *será hegemónico*. Actuará en el proceso de parto con intervenciones fuertes para regularizar lo que la medicina entiende no se produce en tiempo y forma: *será intervencionista*. E intervendrá colocando a la tecnología en el centro, con el presupuesto de que a mayor tecnología más calidad en la atención: *será tecnocrático*.

Capítulo 3

El problema y la metodología

3.1. La institucionalización y medicalización del parto en Uruguay desde una perspectiva de género

Tal como se viene planteando, las formas de asistencia del parto están relacionadas con las ideas sobre lo femenino y lo maternal de cada contexto histórico, social, político y cultural. A su vez, determinadas formas de asistencia pueden reproducir o, en cierta medida, desafiar algunos aspectos de las relaciones desiguales género.⁴⁰

En esta investigación el problema central refiere a las consecuencias sobre la autonomía reproductiva de las mujeres que tuvo el proceso de institucionalización y medicalización del parto en décadas centrales del siglo pasado.

3.1.1. Delimitación temporal

Michel Foucault (1982) en el texto *El polvo y la nube* definía distintas metodologías de investigación según se pretenda el análisis de un problema en perspectiva histórica o un estudio histórico de un período. Argumentaba que cuando nos dedicamos a estudiar un problema, como en este caso, no es necesario el tratamiento exhaustivo de todo el material histórico —requerido en el estudio histórico—, sino más bien poder seleccionar los materiales en función del acontecimiento a estudiar, que encuentra en cierto período histórico sus condiciones de posibilidad (p. 39-42).

En mi caso, las preguntas sobre los procesos sociohistóricos que llevaron a la institucionalización y medicalización del parto desde una perspectiva de género me llevaron a considerar materiales producidos en el período que va desde que el Estado comienza a ocuparse de la asistencia del embarazo, parto y puerperio —constituyendo un hito la inauguración en 1915 de la Casa de Maternidad— hasta mediados de la década de los sesenta, cuando se había

⁴⁰ Por ejemplo, la tercera etapa de la investigación del Dr. Caldeyro Barcia —en la década de los setenta y ochenta, cuando la asistencia del parto en Uruguay era muy intervencionista— se centró en cuidar aspectos psicosociales de las mujeres parturientas, ofreciendo una atención médica con la menor intervención posible, con sillas especiales para parir de forma vertical, libertad de movimientos en el trabajo de parto y acompañamiento familiar. Con esto comprobaba que las mujeres y los bebés transitaban mejor por la experiencia. Esto no quiere decir que las mujeres atendidas de forma respetuosa se transformaran en feministas, sino que ofrecía un lugar de mayor poder para las mujeres que lo que proponía el modelo médico hegemónico de aquel momento.

terminado de procesar el cambio de modelo. Tras la construcción de hospitales departamentales, con el incremento de los derechos para mujeres trabajadoras —que fueron incluyendo seguros de maternidad con hospitalización— con la recomendación de las normativas de priorizar el parto hospitalario al parto en domicilio con parteras, con el desarrollo de la especialización en ginecología y con la introducción de nuevas tecnologías obstétricas (oxitocina sintética y monitor electrónico fetal, entre otras), la asistencia del parto se transformó radicalmente.

En ese lapso se configuraron concepciones y prácticas que marcaron el modelo en términos de dónde, quiénes, desde qué modelo de cuerpo gestante, cómo y con qué instrumental se asistiría el parto.

Bajo la orientación de las preguntas de Foucault (1982) sobre cuáles serían los materiales a estudiar en función de los distintos aspectos del problema y qué discursos se tornan necesarios y posibles de ser examinados, expongo, a la vez, los objetivos, los documentos y los discursos a analizar.

3.2. Objetivos

Objetivo general

La presente investigación analiza las tensiones en torno a la autonomía reproductiva de las mujeres conforme se fue procesando en Uruguay la institucionalización y medicalización del parto.

Objetivos específicos

1. Identificar y examinar los procesos sociohistóricos que dieron forma a la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay, teniendo en cuenta las preocupaciones y enfoques sobre la salubridad del momento.
2. Analizar las ideas sobre el cuerpo gestante, la maternidad, el parto y la relación médico-paciente que sostuvo el discurso médico en el proceso de consolidación de la ginecología.
3. Comprender las relaciones de poder implicadas en las alteraciones del rol de la partería mientras fue avanzado la institucionalización y medicalización del parto.

4. Identificar los fundamentos que se dieron a conocer por parte de la ciencia obstétrica uruguaya —en particular el Servicio de Fisiología Obstétrica— para la introducción de nuevas tecnologías e intervenciones sobre los cuerpos gestantes. Sopesar las consecuencias sobre la autonomía reproductiva de tales tecnologías y terapéuticas.

Los dos primeros objetivos implican considerar las políticas que el Estado fue construyendo para institucionalizar el parto en el contexto de la promoción de una maternidad cada vez más dedicada al cuidado de la infancia, así como el proceso y las razones que justificaron su creciente hospitalización. Por otra parte, y en relación, se considera el proceso de medicalización del parto, que implicó la consolidación de la ginecotología y la construcción de un modelo médico intervencionista que creció en legitimidad para asistir todo tipo de partos.

El estudio de dichos procesos me llevó a la obra de Augusto Turenne.

3.2.1. El adalid del parto médico e institucional

Augusto Turenne nació en 1870, se formó como médico en Montevideo y pasó dos años especializándose en París, de donde trajo la idea de implantar en el país la protección materno infantil (Pou Ferrari, 2005, p. 37). Fue decano de la Facultad de Medicina entre 1907 y 1909, fundó la Casa de la Maternidad en 1915 (hoy Hospital Pereira Rossell) y fue el primer presidente del Sindicato Médico del Uruguay en 1924 (Sapriza, 1996, p. 138).

Pionero en medicina social y creador de la Obstetricia Social (Mañé Garzón, 1996, p. 132), fue uno de los médicos de mayor prestigio en el medio científico y político en las primeras décadas del siglo XX (Birn et al., 2003, p. 13). Ofició de profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, de médico jefe del Servicio de Asistencia y Protección Maternal de Montevideo y luego como inspector de los Servicios Obstétricos del Ministerio de Salud Pública (MPS). Publicó en revistas especializadas de Estados Unidos y Europa, fue citado por científicos de países muy alejados y mantuvo intercambios con médicos argentinos prestigiosos. Realizó contribuciones en descubrimientos científicos —como el control hormonal de la concepción, incluso avanzó en ideas sobre el genoma y genotipo humano— (Sapriza, 2001, p. 139-140), investigó e impulsó la transfusión sanguínea, la cesárea y varias intervenciones que mejoraron los resultados obstétricos. Su obra incluye tanto artículos científicos como conferencias, artículos de temas de medicina social e informes a pedido de instancias públicas.

Se ocupó también, de la eugenesia, de la anticoncepción, de la educación sexual, del aborto y de la asistencia del parto. Le interesaba especialmente la relación entre la ginecología y los asuntos sociales (Collazo et al., 2012, p. 370). Al decir de Pou Ferrari y Pons (2012), entre las facetas más sobresalientes de la personalidad de Turenne se encuentra la «tónica moral que animó su docencia y la prédica pública; la orientación quirúrgica que imprimió a la obstetricia (...) y el enfoque social que le dio a la gineco-obstetricia» (p. 123).

En esta investigación, su discurso interesa especialmente pues fue el médico que realizó «una campaña sistemática a lo largo del siglo, para lograr la medicalización del parto» (Sapriza, 2002, p. 94). Y además escribió sobre lo que pensó, investigó y practicó. Su obra es copiosa.

El tercer objetivo se centra en el proceso de cambio del quehacer profesional que fue afectando a la partería mientras iba avanzando la medicalización del parto. Abordar aspectos de la historia de las parteras⁴¹ en Uruguay permite realizar un análisis de género que se desdobra en dos dimensiones. Por una parte, los procesos implicados para la propia partería, que en tanto profesión femenina se vio subordinada a una profesión masculina. Y por otra, las consecuencias sobre las personas asistidas, de pasar de una atención de mujeres a una atención cada vez más masculinizada.⁴²

Del análisis preliminar de las fuentes es posible vislumbrar que existe un conjunto de escritos médicos sobre las parteras. Médicos referentes en ginecología y obstetricia, entre los que se destaca Augusto Turenne, opinaron en sus discursos y artículos sobre el rol que le correspondía. Los médicos fueron los que formularon tanto los reglamentos de la profesión partera como los planes de estudio.

⁴¹Existe diversidad en la forma de nombrar a las parteras (comadronas, matronas, madamas, parteras empíricas, tradicionales, diplomadas, profesionales, tituladas), diversidad que se corresponde con un cierto debate en torno a cómo definir a la partería. La Organización Internacional de Parteras la define sólo en términos profesionales, refiriéndose a personas que estudiaron y se titularon oficialmente en instituciones reconocidas en una nación. En este trabajo se concibe a las parteras tituladas o profesionales tal como las define la Organización Internacional de Parteras. Mientras que por comadrona o partera empírica nos estamos refiriendo a mujeres que aprendieron el oficio de partear de forma empírica y no se sometieron a ningún examen para titularse.

⁴²Si bien desde hace algunas décadas las mujeres han entrado a la medicina, lo han hecho en especialidades generalistas (pediatría, medicina de familia, etcétera). Esta incorporación es una muestra de la segregación que reproduce la división sexual del trabajo (Delgado et al., 2003).

De este modo, accedemos a la visión del discurso médico sobre las parteras. Tal como plantea la historiadora Joan Scott, «la posición que emerge como predominante es expuesta como la única posible. La historia subsiguiente se escribe como si esas posiciones normativas fueran producto del consenso social más bien que del conflicto» (Scott, 1996, p. 289).

Siendo así, no sorprende la dificultad para encontrar voces disonantes que den cuenta de las disputas —si es que hubo— en torno a la adaptación de las parteras al mandato médico. Con esa motivación, opté por la estrategia de analizar, si hubo y en qué medida, conflictos en torno al rol de la partería en la asistencia del parto, a partir del estudio de los decretos y reglamentos que fueron configurando el alcance de la profesión. A partir de esto fue posible visualizar mecanismos específicos en la disputa del poder social, que enfrentaron a médicos y parteras en las primeras décadas del siglo XX.

El único discurso publicado que refleja la voz de las parteras, sindicalizadas, se encuentra en la colección de la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica (1941-1959) y en las actas del primer Congreso de Parteras del año 1945, material de época escrito y publicado por parteras de escaso análisis hasta ahora.

El cuarto objetivo aborda el proceso por el cual el modelo médico de asistencia al parto fue integrando los descubrimientos de la fisiología obstétrica, que entre finales de la década de los cincuenta y principios de la década de los sesenta revolucionó la asistencia del parto. Por primera vez en la historia se pudo controlar, inducir, acelerar y enlentecer el trabajo de parto, algo que, si bien se venía intentando con distintos métodos —tanto desde las parterías tradicionales como desde la medicina—, logró una madurez tecnológica capaz de transformar para siempre la asistencia del parto en el mundo occidental.

Este asunto se aborda a partir del análisis del discurso en prensa y del material documental que produjeron los científicos del Servicio de Fisiología Obstétrica (SFO) de la Facultad de Medicina, en particular el Dr. Roberto Caldeyro Barcia (1921--1996).

3.2.2. Caldeyro Barcia y el Servicio de Fisiología Obstétrica

Médico investigador que trascendió al mundo por sus descubrimientos relacionados con la ciencia obstétrica. Su producción original (entre artículos, resúmenes de congresos y conferencias sumó más de mil contribuciones, ciento treinta y ocho se publicaron en revistas internacionales) lo llevó a vínculos estrechos con los centros de investigación más relevantes

de Europa y Estados Unidos (Beretta, 2006, p. 58; 77; 90). En conjunto con el Dr. Hermógenes Álvarez fundaron en 1949 la Sección de Fisiología Obstétrica, que luego se llamó Servicio de Fisiología Obstétrica (SFO). Entre 1960 y 1965 el SFO publicó 72 trabajos sobre la oxitocina, los efectos de la contractibilidad uterina sobre el ritmo cardíaco del feto y sobre el electrocardiograma fetal (Caldeyro Barcia, 1965). El trabajo del SFO tomó tal envergadura que en 1970 la Organización Panamericana de la Salud inauguró el primer centro en el mundo de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), tomando como modelo el SFO y designando a Caldeyro Barcia como su jefe (*Revista Sardá*, 1997, p. 3; Beretta, 2006, p. 161; -175).

Considerado uno de los padres de la perinatología, trascendió también por sus investigaciones posteriores sobre el parto vertical y lo que llamó parto humanizado. En mi investigación no tomo la producción científica de Caldeyro Barcia en esta etapa. Me enfoco en sus primeras investigaciones relacionadas a la contractibilidad uterina, inducción por oxitocina sintética y monitor electrónico fetal, porque los métodos inventados, junto al Dr. Hermógenes Álvarez, se introdujeron rápidamente en las prácticas asistenciales de las maternidades de la región y del mundo. No así sus contribuciones en torno al parto vertical y parto humanizado.

3.3. Metodología

Esta investigación es metodológicamente interdisciplinar. Si bien se sustenta en un acercamiento histórico, está abordada desde técnicas de análisis de otras ciencias sociales, opciones teórico-metodológicas acordes con el entrelazamiento de la investigación social e histórica (Vommero, 2020, p. 99).

Como vimos, la definición del problema de investigación se fue entrelazando con las posibilidades de establecer un cierto campo empírico. Un campo que fue resultado de la intersección de una mirada teórico-política y de la posibilidad de recuperar ciertos discursos de los actores que dieron forma —proponiendo o resistiendo— a distintos aspectos del proceso de medicalización del parto en Uruguay.

Como se acaba de explicitar, la investigación examina la obra escrita de dos médicos fermentales en el proceso de medicalización del parto en Uruguay: Augusto Turenne y Roberto Caldeyro Barcia (se trabaja también con un conjunto más amplio de materiales). El campo empírico delimitado responde a un criterio teórico que reúne aquellos documentos que dan cuenta de las concepciones de los dos médicos sobre las mujeres, sobre la maternidad, sobre el

modelo de asistencia al parto y las políticas de salud, sobre la relación médico-paciente, sobre la intervención en el cuerpo gestante y el rol de la partería. La obra de los médicos será abordada con estrategias analíticas distintas, con ciertas similitudes.

3.3.1 El corpus y la metodología de análisis

Para dar respuesta a los objetivos confeccioné un corpus⁴³ de textos definidos por su valor estratégico para la investigación. Para realizar la selección entrevisté a dos informantes calificados⁴⁴ e intercambié con historiadores y activistas.⁴⁵

El corpus está organizado en tres partes; la primera es más amplia y general, mientras que la segunda y la tercera están estructuradas con base en una selección que permita profundizar en algunos textos que considero representativos de un tipo de discurso.

La primera parte del corpus —que llamo el acervo general— incluye documentos públicos sobre la institucionalización del parto, artículos de médicos referentes, revistas de la Asociación Obstétrica de Parteras y textos de feministas de época referidos a la salud materna en la primera mitad del siglo XX. Dados los objetivos de la investigación, seleccioné documentos del siglo XX, aunque algún material del siglo XIX también fue tenido en cuenta por su valor excepcional. La lectura de fuentes secundarias sobre el tema (Barrán, 1993; 1999; 2008; Sapriza, 1996; 2001) confirman la proliferación de discursos médicos en torno al parto en la primera mitad del siglo XX, discursos de médicos salubristas más bien preocupados por el problema de la mortalidad infantil, pero que refractaron sus opiniones sobre el rol de las mujeres madres y los cuidados en el parto y la infancia.

⁴³ Las fuentes documentales fueron recabadas de la Biblioteca de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina, la Hemeroteca y la Biblioteca de la Facultad de Medicina, la Escuela de Parteras de Montevideo, la Biblioteca Nacional (Sala general, Sala Uruguay, Archivo Literario colección Paulina Luisi), el Archivo General de la Universidad, la biblioteca personal de Elvira Lutz y la biblioteca de Cotidiano Mujer. Además se realizaron pedidos de información al Instituto Nacional de Estadística, al Archivo General de la Nación, a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública, a la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, a distintas instancias del Parlamento uruguayo y al Hospital Pereira Rossell.

⁴⁴ Entrevisté a la partera y feminista Elvira Lutz en cuatro oportunidades entre octubre del año 2013 y diciembre de 2017. Al especialista en historia de la medicina en Uruguay el Dr. Fernando Mañé Garzón se lo entrevistó el 22 de octubre del año 2015.

⁴⁵ Con la historiadora Inés Cuadro nos reunimos el 25 de febrero del año 2016. Con la historiadora Graciela Sapriza y la doctora en medicina y activista Alicia Esquivel intercambiamos en varias oportunidades.

Esta parte del corpus fue abordada con *análisis documental*, un conjunto de operaciones que tratan de representar el contenido de un documento bajo una forma diferente de la original para facilitar su consulta posterior (Andréu, 2002).

La segunda parte del corpus reúne un conjunto de textos de Augusto Turenne. Realicé esta selección con base en un criterio teórico para abordar los objetivos propuestos. Elegí aquellos textos en donde se diera cuenta de aspectos de la política de institucionalización del parto, de recomendaciones para la formación de la especialidad en ginecología y partería, del contexto de preocupaciones en torno a la maternidad y la crianza, y también incluí algunos artículos clínicos. Para el análisis de los textos realicé *análisis de contenido*.

En un sentido amplio, el análisis de contenido sirve para interpretar los textos. Textos que abarcan contenidos que, interpretados de forma adecuada, abren caminos para conocer diversos aspectos de la vida social (Andréu, 2002). Similar a las otras técnicas de investigación sociológica, el análisis de contenido debe ser sistemático, replicable y válido, pero lo que lo distingue de las demás es que combina intrínsecamente la observación, la producción de datos y la interpretación. Se interesa tanto por los datos expresos como los latentes, en un ir y venir entre el texto y su contexto —marco de referencia de la información que quien lee puede inferir del propio texto para captar el significado— (Andréu, 2002, p. 2).

En el corpus de Augusto Turenne, las unidades de muestreo —porción del universo analizada— son fragmentos de textos o textos enteros que tratan los temas recién enunciados, mientras que las unidades de registro —la parte de la unidad de muestreo que es posible analizar de forma aislada— son párrafos. Luego de establecer la unidad de registro realicé el etiquetamiento. Las etiquetas surgieron de la intersección entre el marco teórico, los aspectos del problema de investigación y el corpus, algunas fueron establecidas previamente al análisis, mientras que otras, las emergentes, surgieron del campo.

El armado de categorías se construyó a partir de secciones o clases que reunían un grupo de elementos, una agrupación realizada en razón de aspectos comunes de los elementos (Bardin, 1986, p. 90). En este caso las categorías respondieron a los conjuntos de etiquetas o a subconjuntos dentro de cada conjunto.

Las categorías surgieron de un tipo de análisis de corte inductivo, en el que —a diferencia del deductivo, donde se infiere un hecho particular a partir de un principio general—, se trata de inferir un principio a partir de la acumulación de hechos particulares (Sosa, 2019, p. 16). Utilicé

la inducción dentro de cada categoría —conjunto de etiquetas— para lograr esclarecer la perspectiva de Augusto Turenne sobre distintos temas. Por ejemplo, en lo que hace a la opinión del médico sobre el rol de la partería en la medicalización del parto, luego de etiquetadas las unidades de registro, reuní todas las que estaban etiquetadas con «partería» en un nuevo documento. Proseguí con la identificación de subtemas dentro de la partería, como la formación, la práctica y el rol de la partería en el modelo médico de atención al parto que se estaba institucionalizando. Dentro de cada subtema busqué coincidencias y divergencias —a veces aparecen cambios de opinión según pasa el tiempo— y fui arribando a la interpretación explicativa en torno a las ideas de Augusto Turenne sobre el rol de la partería en la medicalización del parto.

La tercera parte del corpus está formada por documentos elaborados en el marco del trabajo científico del Servicio de Fisiología Obstétrica, en particular un conjunto de noticias de prensa sobre la actividad de dicho servicio. A partir del trabajo en el Archivo Personal de Caldeyro Barcia, fue posible analizar el discurso hacia la sociedad de los representantes de la ciencia obstétrica uruguaya en décadas centrales del siglo XX.

En este análisis me orientó el libro de la lingüista colombiana Neyla Pardo (2013) *Cómo hacer análisis crítico del discurso. Una perspectiva Latinoamericana*. La autora plantea que los estudios críticos del discurso configuran una postura teórico-metodológica surgida en la década de los ochenta, para comprender los problemas socioculturales desde los discursos de los grupos, con intención de desentrañar y resistir el ejercicio del poder. Desde un proyecto multidisciplinar se intenta dar cuenta de cómo el lenguaje opera en relación con la cognición y la sociedad. Desde esta postura se entiende que el discurso no puede ser analizado de manera aislada, sino que para producir conocimiento cualitativo de la sociedad debe integrarse al sujeto que lo produce como el contexto en los que se origina (Pardo, 2013, p. 13 y 86). En este tipo de análisis, el corpus se constituye de formas naturales del uso de la lengua; en este caso son las representaciones discursivas en la prensa de las actividades del SFO.

Para Bedoya (2011), tomar las publicaciones periódicas como objetos de estudio, y no como referencia bibliográfica, implica tener en cuenta su entidad cultural e ideológica, en el sentido de tratar de exponer su acción sobre el proceso social (p. 104). En este caso, me interesa observar los fundamentos de las intervenciones obstétricas que los científicos sostuvieron y difundieron en el momento en donde hubo un cambio tecnológico importante en la forma de asistir el parto. Un antecedente metodológico es el estudio de Marivaldo Cruz de Amaral sobre

el papel de la prensa de Bahía en la medicalización del parto, el cual concluye que la prensa fue utilizada como estrategia de construcción de consensos y disensos, de costumbres, así como de opiniones en torno a la hospitalización del nacimiento (Amaral, 2008, p. 928).

3.3.2 Descripción del corpus

Subcorpus Acervo General

El Acervo General reúne documentos tales como Memorias de la Dirección General de la Asistencia Pública y luego del Ministerio de Salud Pública, planes de estudio de la partería, la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, escritos de Paulina Luisi, informes de la Casa de Maternidad, informes de los congresos de la Asistencia Pública Nacional, escritos sobre un conjunto de médicos referentes, uruguayos y argentinos, en la asistencia del parto: Juan Pou Orfila, Carlos Colistro, Alberto Peralta Ramos, entre otros.

Los documentos fueron fotografiados y posteriormente abordados desde el análisis documental. De este modo sistematicé el conjunto de textos que fueron posteriormente consultados para armar el contexto de los análisis, así como aportar datos sobre los temas tratados. En algunos casos, como textos de Paulina Luisi o artículos de la Revista Obstétrica del Uruguay, extraje fragmentos textuales para integrar al análisis.

Subcorpus de textos de Augusto Turenne

Delimitación de la obra a estudiar

Para la construcción de esta parte del corpus realicé una lista de todos los documentos escritos por Augusto Turenne. En el libro de su autoría *Obstetricia Clínica y Obstetricia Social*, publicada en *Anales de la Universidad. Tomo I*, aparece un listado de sus trabajos hasta 1937, allí se constatan 119 trabajos de su autoría. El libro de Pou Ferrari (2004) *Profesor Augusto Turenne. Fundador de la obstetricia social en el Uruguay* proporciona una lista de 190 obras (Pou Ferrari, 2004, p. 237). Luego de revisar la lista encontré cinco repeticiones. Por tanto, la obra de Augusto Turenne consta de 185 textos. De la totalidad de su obra excluí aquellos textos que no tratan de ginecología u obstetricia y aquellos artículos que son muy técnicos y no refieren a ningún aspecto de la modalidad de atención, ni a la política pública, ni al rol de la medicina. Finalmente, esta parte del corpus se compone de cuarenta y dos documentos (en las fuentes documentales aparecen referenciados sólo los que cité): catorce de ellos son clínicos y

veintiocho no clínicos (informes, recomendaciones, conferencias). En su mayoría son textos que fotografié y el resto los conseguí en la web en formato PDF.

Creación de base de datos, etiquetamiento y armado de categorías

Armé una base de datos en Libre Office Calc con seis columnas (Título, Año, Ubicación, Tema central, Extracto del discurso, Etiquetamiento). En la columna Extracto del discurso transcribí fragmentos de los textos o textos enteros (unidad de muestreo). En cada línea horizontal de la base de datos coloqué un párrafo (unidad de registro). Transcribí aquellos fragmentos en donde se planteaban afirmaciones sobre las mujeres, las madres, los cuerpos femeninos, las intervenciones obstétricas indicadas, las parteras, el aborto, los modelos de asistencia, las definiciones sobre los distintos tipos de partos, las políticas públicas, las indicaciones para la institucionalización del parto y los problemas en torno a la atención obstétrica. Cada unidad de registro admitió una o más etiquetas.

El etiquetamiento consistió en colocar 107 etiquetas a lo largo de todas las unidades de muestreo. A su vez, las etiquetas fueron agrupadas en 9 conjuntos, que fueron dando estructura a los capítulos analíticos: género y maternidad (19 etiquetas); ideas que subyacían a las políticas públicas y problemas sociales (17 etiquetas); medicalización (17 etiquetas); política pública (10 etiquetas); concepción de parto (6 etiquetas); intervenciones obstétricas (14 etiquetas); afecciones (6 etiquetas); parteras (16); interseccionalidades (8 etiquetas).

Subcorpus del Servicio de Fisiología Obstétrica

Delimitación de la obra a estudiar

Para la elección del material a ser analizado revisé las veintidós cajas de documentos en formato papel del del Archivo Personal de Caldeyro Barcia, ubicado en el Archivo General de la Udelar.⁴⁶ El Archivo está ordenado por fechas, por lo tanto seleccioné las primeras once cajas, pues corresponden con el período de estudio de la investigación. El tipo de material archivado refiere a cobertura de prensa nacional y mundial sobre la carrera de Caldeyro Barcia

⁴⁶ Datos de identificación: Archivo personal Caldeyro Barcia, Código de referencia: UY.UDELAR.AGU.FH.AP.CB, Los documentos que integran el archivo privado fueron producidos y acumulados por Roberto Caldeyro Barcia en el ejercicio de su labor académico-docente y de investigación, en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República entre 1947-1996. Fueron donados al Archivo General de la Universidad por su familia.

y sobre actividades del Servicio de Fisiología Obstétrica, artículos de congresos, textos de conferencias, informes de actuación de su dedicación total y su jefatura, programas de cursos, planes de investigación y docencia, correspondencia con otros investigadores, currículum vitae, actas del Consejo de Facultad de Medicina u otros organismos y fotos.

Creación de base de datos, etiquetamiento y armado de categorías

Fotografié y transcribí todo lo referido a la inducción del parto por oxitocina sintética y al monitor electrónico fetal. Esta parte del corpus está integrada por documentos y noticias de prensa. El conjunto analizado es mayoritariamente de prensa uruguaya.⁴⁷ Caldeyro Barcia preparó notas periodísticas e hizo conferencias de prensa por motivo de actividades científicas a lo largo de toda su carrera. Según el historiador Alcides Beretta, Caldeyro Barcia tuvo una presencia continua y destacada en la prensa uruguaya, lo cual permite realizar una lectura de la producción del conocimiento científico del SFO (Beretta, 2006, p. 150).

Para el análisis de prensa realicé una adaptación de la ruta para el análisis crítico del discurso propuesta por Neyla Pardo (2013). La adaptación sigue los siguientes pasos:

- Lo primero fue el reconocimiento de un fenómeno sociocultural y la apropiación del corpus. El fenómeno sociocultural refiere a la utilización de la prensa para dar a conocer las investigaciones que estaba realizando la ciencia obstétrica uruguaya. Analicé veintiséis noticias de las actividades del SFO entre los años 1957 —cuando apareció la primera de ellas (Beretta, 2006, p. 149)— y 1964 —fecha en que se había logrado construir el monitor electrónico fetal (Zárate et al., 2017, p. 39-43)—. La gran mayoría corresponde a prensa uruguaya (veintiuna en total). Quince noticias son relativamente extensas, en donde se incluyen entrevistas a los investigadores; las restantes once son más cortas y refieren a algún elemento puntual, como reconocimientos a la trayectoria de Caldeyro Barcia o difusión de actividades científicas. Desde el año 1957 a 1959 los temas giraron en torno a las circunstancias que determinaban el comienzo del parto, específicamente, se trataba de comprender cuál era la función de la oxitocina. A partir del año 1960, las noticias dieron

⁴⁷ Algunos de los periódicos en que salieron publicadas las notas eran de alcance masivo. En particular, *El Diario*, *La Mañana*, *El Día* y *El Bien Público*.

cuenta de la posibilidad de medir la frecuencia cardíaca fetal como indicador de sufrimiento intrauterino.

- El segundo paso fue el análisis y sistematización. Se construyó una base de datos a partir de la transcripción textual de las noticias de prensa. La base de datos tiene dos pestañas; en la primera (para el análisis de titulares) construí siete columnas (Título de la noticia y nombre del medio de prensa; Año; Medio uruguayo o extranjero; Antetítulo; Título; Subtítulo; Etiquetamiento). En la segunda (para el análisis del contenido de las noticias) construí tres columnas (Título de la noticia, medio en donde se publicó y año; Extracto del discurso; Etiquetamiento). El discurso fue catalogado en catorce etiquetas en torno a dimensiones significativas para el análisis, tales como formas de representación de lo femenino; el lugar de la ciencia en la mejora de la atención del parto; uso de tecnología obstétrica; expresiones en donde aparece la relación entre el cuerpo femenino y el feto en el parto.

- El tercer paso fue el análisis cualitativo. Aquí se puso en juego la mirada teórica, analizando en qué medida lo que aparecía en la prensa admite ser leído desde el enfoque teórico elegido, así como la creación de esquemas conceptuales que den cuenta de la realidad estudiada.

Análisis de titulares

En cada titular de la noticia se consideró el antetítulo, el título y el subtítulo. Dichos titulares se etiquetaron según las siguientes dimensiones (las que se construyeron a partir de una exploración de las noticias de prensa cruzada con el criterio teórico delimitado): impacto internacional del SFO; investigación científica sobre el parto; motivaciones de la investigación del SFO; creación de tecnología para atención del parto; modelo de atención del parto; relación entre el cuerpo de las mujeres en el parto y el daño sobre fetos; la ciencia obstétrica como salvadora y reparadora de los peligros del parto sobre los fetos.

Capítulo 4

El contexto de la institucionalización del parto: medicalización, higienismo, eugenismo y maternidad en las primeras décadas del siglo XX

El médico no es solamente un curador de cuerpos; la eficacia de su consejo está en razón directa de la participación que toma en las preocupaciones y en los dolores de su clientela. Verdadero director de conciencias puede, con honda piedad, dar a sus enfermos (...) no la indicación teórica y abstracta, sino el consejo eficaz que fluye de su experiencia y de su conocimiento.

(Turenne, 1938, p. 182)

En este capítulo se aborda el proceso por el cual el Estado comienza a desarrollar políticas sociales en salud que dieron respuesta a algunos aspectos de la cuestión social en las primeras décadas del siglo XX. Se trata de comprender por qué un conjunto de situaciones en torno a la salud y su cuidado, entre ellas la asistencia del parto, pasaron a percibirse como problemas sociales atendibles por el Estado.

En lo que sigue esbozaremos los problemas en torno a la salud que la sociedad se estaba planteando y los pondremos en relación con las teorías que gravitaron en el país, para nutrir los enfoques médicos y políticos que atendieron dichos problemas. Luego describiremos algunas de las políticas reproductivas diseñadas para la mejora poblacional, que fueron el contexto de las transformaciones en la asistencia del parto.

4.1. La medicina hasta principios del siglo XX

En el transcurso de la mayor parte del siglo XIX la medicina no había tenido un rol muy importante en el país. Hasta 1788 los indigentes y los enfermos eran socorridos en su domicilio por la caridad privada, en ese año la Hermandad de San José fundó el Hospital de Caridad (Asistencia Pública Nacional [APN], 1913). En ese momento existían además tres hospitales militares, dado que la tropa constituía la primera fuerza de trabajo en Montevideo (Mieres, 1997).

Cuando las personas de clases acomodadas enfermaban, eran asistidas por médicos en sus domicilios o en consultorios privados. A partir de mediados del siglo XIX, la atención médica de los sectores con recursos se dividió en dos, permaneció la recién descrita y se sumaron los

primeros sanatorios privados y las sociedades de socorros mutuos (Mieres, 1997). En las clases más empobrecidas era común consultar a «aficionados» o acudir a los hospitales, que eran más asilos de enfermos y pobres que lugares de asistencia (Wilson et al., 2011, p. 58).

En 1889 se creó la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, la cual pasó a dirigir los establecimientos asistenciales existentes. Si bien la Comisión no era de carácter religioso, las prácticas que producía daban cuenta del vínculo con la Iglesia católica (APN, 2013).

En el correr del último tercio del siglo XIX, la idea de caridad privada y beneficencia pública fue sustituyéndose por el concepto de asistencia (Birn et al., 2003). A partir de 1905, batllismo mediante, comenzó una nueva orientación antirreligiosa que hizo retirar a las hermanas de caridad de los asilos maternales y de huérfanos.

En las dos primeras décadas del siglo XX, el Estado aumentó la capacidad de asistir a las clases sociales más empobrecidas, mientras el proletariado de origen europeo se asistía más bien en las organizaciones mutuales (que luego extendieron su asistencia a las clases medias). Las personas con más recursos económicos continuaron asistiéndose en domicilio, en consultorio de médicos o en los hospitales privados (Mieres, 1997).

Entre 1908 y 1930 se construyeron dieciocho nuevos centros asistenciales solo en Montevideo, desde hospitales, asilos y distintos servicios. El aumento de la infraestructura sanitaria a cargo de especialistas fue un indicador de las reformas que se estaban llevando adelante (Collazo et al., 2012, p. 38). Uruguay fue el primer país en América Latina en garantizar servicios de salud a las personas en situación de pobreza (Ehrick, 2009).

4.2. Algunos problemas sociales a principios del siglo XX. La maternidad en cuestión

Desde finales del siglo XIX, la sociedad uruguaya transformó la forma de percibir a la infancia. El niño pasará de ser concebido como un adulto en pequeño «a ser visto como un ser diferente con derechos y deberes propios de su edad» (Barrán, 2008, p. 298). Si bien fue un proceso que transcurrió en distintas partes del mundo, en Uruguay está asociado a la transición demográfica temprana (Sapriza, 1996, p. 120).

Si el bienestar de la infancia se sacralizaba (Villalta et al., 2019), la mortalidad infantil se transformaba en una gran preocupación. En el año 1900 era una de las más bajas del mundo (93 por mil) pero el problema consistía en su estancamiento por cuatro décadas (Birn et al.,

2003; Leopold, 2002, p. 43). Los salubristas de época comenzaron a relacionar la mortalidad infantil con la clase social de las mujeres madres y en particular con la falta de medios y respuestas estatales hacia las más pobres.

De este modo, en la primera década del siglo pasado, los poderes públicos discutieron sobre las formas de mejorar la protección de lo materno-infantil, las respuestas de caridad existentes hasta ese momento fueron duramente criticadas por los médicos y desde el Estado se trabajó en la modificación de las casas de caridad.

En la clase inaugural del curso de Obstetricia de 1909, Augusto Turenne planteaba su propuesta para encarar la «Asistencia Obstétrica Colectiva» y la situaba en el marco de los nuevos deberes públicos para con los ciudadanos desvalidos:

Encarada la asistencia pública no ya con criterio religioso ni sentimental de limosna o ayuda caritativa, sino como función obligatoria del Estado (...) no es de extrañar que reclamemos enérgicamente para la embarazada —cualquiera sea su estado civil— la asistencia amplia, vigilante, afectuosa y previsor. (Turenne, 1909, p. 70)

En el marco del proceso que ha sido llamado de «la caridad a la asistencia» (Collazo et al., 2012), se sancionó la Ley Orgánica de la Asistencia Pública Nacional, a partir de la cual «todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado» (APN, 1913, p. 7). En el inciso e del segundo artículo se define la asistencia y protección de embarazadas y parturientas (APN, 1913, p. 7).

Con la promulgación de esta ley, el 7 de noviembre de 1910, se inauguraba una nueva era para la asistencia del parto; el Estado transformaba una instancia que transcurría en el marco de la vida privada o de asistencia caritativa en un asunto de política pública.

Las nuevas protecciones sociales a las mujeres embarazadas pobres se enmarcaron en una orientación maternalista de lo materno-infantil. Los pediatras descubrían nuevas causas de muerte infantil más relacionadas a la conducta de las mujeres madres que a condiciones materiales de vida. El médico Julio Bauzá agregó tres causas de mortalidad a las cinco previamente identificadas (el clima, la higiene, factores sociales, epidemias y falta de asistencia médica). Las nuevas fueron: abandono materno, ignorancia de las madres pobres sobre higiene

alimentaria y escasa vigilancia domiciliaria de las mujeres inscritas en los consultorios Gota de Leche⁴⁸ (Birn et al., 2003).

Tal como señalamos en capítulos anteriores, la maternalización no implicaba la obviedad de que las mujeres podían convertirse en madres, sino que «solo debían ser madres. Cualquier otra actividad, deseo, sentimiento, ponía en peligro su función maternal» (Nari, 2004, p. 101). La madre ‘moderna’ no abandonaría a sus hijos e hijas. El abandono de los recién nacidos se comenzó a vivir como inadmisibile.

Los datos estremecían. En el año 1924 el 10 % de los nacidos vivos fue depositado o depositada en el torno⁴⁹ y casi el 40 % de los que fueron llevados a las casas cuna murieron antes del año (Morquio, citado en Birn et al., 2003). Las mujeres madres de sectores pobres comenzaron a ser vigiladas por el Estado y a ser encauzadas hacia servicios maternales que las aconsejaban sobre cómo criar, alimentar y cuidar a sus hijos e hijas.

En 1919, Augusto Turenne escribió *Profilaxis del abandono del niño*; allí explicaba por qué era un problema social para el Uruguay y daba cuenta de sus causas a partir de la ignorancia y la miseria materna. De hecho, vinculó el aumento de ‘abandonados’ en el Asilo Dámaso Larrañaga del año 1918 con la crisis económica que atravesó el proletariado (huelgas y aumento del costo de vida). Cuando analizó las causas del abandono, encontró que la mayoría de las mujeres que no conservaba a sus hijos e hijas eran «del gremio de sirvientas, ya procedentes del interior del país, ya importadas de países de escasa difusión cultural, analfabetas, torpes de manos y de cerebro» (Turenne, 1919a, p. 472). Como se verá en el correr del capítulo, la propuesta de Turenne para el abordaje de la asistencia de la maternidad de las mujeres pobres rebasará la atención obstétrica e implicará apoyos económicos y sociales para que pudieran mejorar en algo el «nivel cultural y moral» y de ese modo conservar y criar a sus hijos e hijas. Y es que la autoridad de la ginecología en distintos asuntos de la vida de las

⁴⁸ Eran espacios en donde se enseñaba a las mujeres madres a alimentar a sus hijos e hijas, se ofrecían apoyos a las mujeres más pobres y además se controlaba el peso de los bebés. Era común organizar competencias y premios en torno al aumento de peso de los bebés.

⁴⁹ El torno era un instrumento creado por Ley para el abandono anónimo de niños y niñas. Era una cesta giratoria colocada en una pared de Hospitales y Asilos. Cuando se dejaba un recién nacido se hacía sonar una campana, y la persona que hacía guardia en el interior del recinto giraba el torno y recogía al bebé. Esto posibilitaba el anonimato de la persona que abandonaba. El primero se colocó en el Hospital de Caridad. (Turnes y Berro, 2012).

mujeres sobrepasó el campo de lo físico y de lo psicológico para abarcar el dominio de la moral (Rohden, 2006, p. 216).

En la obra de Turenne, la maternidad aparece como el deber más alto y respetable del sexo femenino. En sus escritos y conferencias mostró una mirada crítica hacia la multinatalidad de las mujeres más pobres, a la vez que denunciaba lo que definió como el «amenguamiento del sentimiento maternal» de las mujeres de clases medias y altas. Como veremos, preocupación vinculada a su visión eugenista.

Un aspecto interesante de su concepción de la maternidad es que cuestionaba a la sociedad en tanto condenaba y no protegía a «la madre ilegítima» mientras dejaba impune a «los seductores». En varios documentos, reflexiona sobre algunos aspectos de las masculinidades de la época. En particular, cuestiona la sexualidad de los hombres, la «inconsciencia masculina, resabios de la mentalidad del macho de la manada prehumana» (Turenne, 1919a, p. 473).

Desde el punto de vista de las relaciones de género, la obra de Turenne no es un monolítico; en algunos temas fue cercano a posturas feministas de la época —por ejemplo, en el tema de anticoncepción— y en otros, tal como iremos viendo, reprodujo la subordinación femenina.

Paralelo al problema de mejorar la situación de la infancia, la sociedad de principios del siglo XX vivió con inquietud la aparente degeneración de la especie devenida, fundamentalmente, de la reproducción de los «ineptos» y de los estragos que producían los tres males del momento: la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo (Sapriza, 2001). Si bien la sífilis y la tuberculosis eran causa de muerte de muchas personas en el siglo XIX, no fueron consideradas como un problema social hasta principios del siglo XX (Acosta, 2000, p. 5). Y es que, al decir de Barrán (1999), la sociedad asistía a un cambio en su relación con la muerte, con lo anormal y con lo enfermo (p. 206). En las nuevas preocupaciones, además de la mortalidad infantil y la degeneración de la especie, se incluían aspectos como la inmigración masiva, la salubridad de las ciudades en crecimiento, la situación de las mujeres trabajadoras y la «crisis» de la familia.

Las políticas sociales desarrolladas como respuesta a los problemas recién esbozados fueron parte de una reforma social que tuvo como buque insignia la medicalización de la sociedad, el higienismo y el eugenismo, con un modelo de mujer con centro en la maternidad.

4.3. Reforma social, medicalización y maternidad

La participación del Estado en la atención de la salud y en la práctica médica son procesos fuertemente vinculados entre sí y responden a ciertas condiciones económicas, sociales y políticas. En Uruguay, el desarrollo de la práctica médica tuvo lugar cuando el capitalismo estuvo consolidado, con una fuerte clase terrateniente y una industria nacional incipiente (Portillo, 1995, pp. 14-15). El proceso de modernización del Estado, desde el último tercio del siglo XIX, incluyó asumir el control de la medicina (Collazo et al., 2012, p. 18); como contracara, el discurso médico desempeñó una función disciplinante en el moldeamiento del nuevo individuo requerido por el orden naciente (Barrán, 1993).

Más concretamente, el control estatal de la medicina se procesó durante los gobiernos de José Batlle y Ordóñez (1903--1907 y 1911--1915). Si bien existe una discusión sobre si el Estado en el período batllista fue benefactor, de asistencia o paternalista (Peruchena, 2020, p. 82), hay cierto acuerdo en definirlo como Estado reformista, en tanto se ubicó dentro de las corrientes americanas y europeas que intentaron menguar las manifestaciones más agudas de la cuestión social (Peruchena, 2020). En ese período se buscó modificar algunos aspectos del orden económico y social que beneficiaban a las clases altas.

La mayoría de los médicos que escribieron en esos años bregaron por la reforma social (Barrán, 1999, p. 28). En la Revista Médica del Uruguay, en la Revista de los Hospitales, en el Boletín del Consejo de Higiene y en el Boletín de la Asistencia Pública Nacional se hace presente la preocupación de los médicos por generar políticas que mejoraran la higiene corporal, la alimentación y la salubridad de la vivienda, entre otros asuntos (Collazo, et al., 2012, p. 370). Los reformadores propusieron una intervención estatal que anticipara las demandas de los sectores más pobres. De este modo aparecen las primeras formas de administración estatal de la cuestión social «instituyendo una matriz institucional desde la cual el Estado actuaría como un regulador de las relaciones sociales y económicas» (Collazo, et al., 2012, p. 41).

Como se puede observar en la siguiente frase de Augusto Turenne, a la vez que el Estado controlaba cada vez más a la medicina, esta se proponía como la voz experta para orientar a la política pública:

Los médicos, por lo mismo que somos los más capacitados para estudiar el material humano en sus aspectos más dolorosos, nosotros, que nos hemos asomado tantas veces

a abismos de desamparo moral y nos hemos sentido impotentes para aliviar tanta miseria, debemos ofrecer a los sociólogos y a los legisladores la base firme para la construcción de sus sistemas y la cristalización de sus leyes. (Turenne, 1933a, p. 11)

El Estado y el poder médico se necesitarán de forma recíproca, la medicina precisará del poder político para legitimarse y el Estado requerirá de saberes especializados para modelar y controlar la vida social.

La medicina orientaría a la reforma social con la higiene como nueva moral científico-médica; seguir sus consejos facilitaría a nivel individual la salud y a gran escala la armonía social (Leopold, 2002, p. 42).

De forma progresiva, se fueron instalando en la sociedad la ley de vacunación obligatoria, la penalización del acto de escupir, el aislamiento del tuberculoso, el delito de contagio con prisión para el enfermo venéreo responsable, la internación de alcohólicos y enfermos mentales (Barrán, 1999, p. 235-240). La orientación higienista trascendió el tratamiento de las enfermedades, incluía temas como bebidas, limpieza de arroyos, comercio, abuso de sustancias y prostitución, entre otros (Consejo Nacional de Higiene, 1927, p. 673).

El discurso médico orientaría a nivel general las políticas para implantar la higiene, pero a su vez debía introducir en su práctica médica cotidiana la enseñanza de sus preceptos. Augusto Turenne trabajó por este nuevo perfil de médico que trascendiera la clínica y pudiera difundir la enseñanza higienista. Promovió la obstetricia y la ginecología en su implicancia social, una de las ramas de la medicina social⁵⁰ (Mañé Garzón, 1996, p. 139). Dictó conferencias en el curso de Obstetricia Social desde el año 1932, siempre bregando por su incorporación como materia de forma obligatoria en los estudios médicos (Turenne, 1938b, p. 187). Según su visión, el especialista en ginecología y obstetricia (ginecotocólogo) debía inmiscuirse, orientar, tomar partido de los grandes problemas sociales del momento.

⁵⁰ La medicina social pretendía mejorar la salud de los individuos a través de impactar en el orden económico y social; la población pasó a ser entendida como «capital humano», esencial para la mejora de la nación. Aquí «el medio» era el protagonista de la atención, pues allí se adquirían las enfermedades, al decir de la historiadora argentina: «La sociedad requería más atención médica que los individuos. Y para que la intervención social fuera efectiva, era fundamental el compromiso del Estado» (Nari, 2004, p. 107).

A partir de su trabajo clínico, Augusto Turenne fue tomando contacto con los distintos problemas que afrontaban las mujeres que asistía y fue crítico con sus colegas por desatender el aspecto social de la práctica profesional (Turenne, 1934, p. 19). En sus escritos, como en los de varios médicos de la época, se observa el interés en la situación de las clases populares. En artículos y conferencias integra descripciones de la forma de vida de la pobreza:

La visión de los hogares pobres en los que pululan los hijos es espeluznante. La mortinatalidad, la mortalidad infantil, la decrepitud precoz de las madres, la ineptitud para la formación ética y el desarrollo físico de los hijos, (...) es lo que nos hace intensificar una campaña que juzgamos oportuna y justa. (Turenne, 1934, p. 62)

A lo largo de toda su obra se observa un énfasis en tratar de mostrar por qué las mujeres pobres tomaban las decisiones que tomaban, preguntaba: «¿Cuántos de los que acusan de inmoralidad a esas desdichadas se han tomado la tarea de hurgar en su sensibilidad... en su desesperanza... en su derrota?» (Turenne, 1942, p. 11). No es que no le importara la moral, de hecho en su obra aparece frecuentemente el tema. Pero se distanciaba de las posturas que emitían juicios morales sin tener en cuenta las causas que explicaban tales conductas.

Insistió en que los sectores dominantes de la sociedad pudieran comprender la situación por la que pasaban las mujeres que lo preocupaban: las «más pobres», las «desahuciadas», las «abandonadas». Era común que detallara circunstancias y padecimientos de la vida de sus pacientes para cuestionar la actitud de sus colegas. En sus palabras,

es allí, en contacto con el dolor humilde, con el dolor silencioso, que no por eso es menos trágico, que aprendí que, al lado de ciertas concepciones éticas muy respetables, muy dignas, muy sostenidas por quienes no tienen dificultades en la vida, había una serie de cuestiones que se presentaban con caracteres angustiosos y que no podían resolverse ni con consejos ni con buenas palabras. (Turenne, 1929, p. 2)

Fiel a la reforma social, entendía que para que las personas desarrollaran cierta moralidad no alcanzaba con emitir mandatos y sanciones, sino que eran las condiciones materiales y sociales las que podían permitir o no ajustarse a los parámetros emanados por los preceptos de los científicos y médicos.

No obstante lo anterior, en términos políticos, el compromiso que enunciaba con las clases más desfavorecidas no lo llevó a posturas revolucionarias (en sus conferencias se ocupó de

distanciarse de los comunistas). Tal como plantea José Pedro Barrán, Turenne, como la mayoría de la clase médica, apoyó cambios que afectaban algunos intereses del orden social conservador uruguayo, pero que no alteraban su esencia (Barrán, 1999, p. 30).

El discurso de Turenne sobre la moral adquirió también otros sentidos, más relacionados a la conducta de las mujeres en tanto madres y a las parteras como profesionales muchas veces deficitarias en la asistencia del parto. Asuntos que serán abordados en apartados siguientes.

4.4. El parto se complicó

Paralelo y relacionado a que el Estado comenzara a ocuparse del embarazo y parto, se produjo un cambio en la concepción de dichos eventos, que se dejaron de percibir como fenómenos del ámbito de lo doméstico que no requerían mayor ayuda que la de una partera o comadrona. El cambio de ideas provino de la ciencia médica y estuvo enmarcado en el proceso ya mencionado de medicalización de la sociedad, en un marco sociohistórico aún más vasto, donde los estados ampliaban sus funciones interviniendo de forma cada vez más expansiva en nuevas áreas de la vida social.

El siguiente párrafo, que forma parte de una conferencia dictada en el Congreso Médico de 1930, donde el Dr. Augusto Turenne fundamentaba la necesidad de impulsar la orientación quirúrgica de la «obstetricia moderna», da cuenta de las razones para promover un cambio en la forma como se concebía el parto.

Al concepto ancestral del parto y del embarazo, situaciones fisiológicas de las que no es menester ocuparse con gran atención, concepto corriente en el público y en particular en las clases incultas (concepto que desgraciadamente comparten algunos médicos), debemos substituir el que corresponde a un estado que por múltiples razones higiénicas, económicas y hereditarias comporta una serie de riesgos que la vida moderna compleja y complicada agrava cada día y que sería culpable desconocer, con serio desmedro de la raza. (Turenne, 1930, p. 5)

El párrafo nos revela que, pasadas las primeras tres décadas del siglo pasado, convivían distintos conceptos sobre lo que era el parto —un pluralismo de concepciones y formas de asistencia que perduró hasta nuestros días en varios países de la región (Vásquez, 2011)—. No así en Uruguay.

Las palabras del médico son un parteaguas en términos civilizatorios. En sus afirmaciones se vislumbra una preocupación por los efectos negativos sobre la población, que podría perpetuar una concepción «ancestral» y equivocada del embarazo y el parto. Y es que la concepción del parto y su asistencia está en correspondencia con el orden social que rige en esa sociedad en determinado momento histórico (Montes, 2008). Si, como planteaba Barrán (2008), la sociedad uruguaya se alejaba de la «barbarie» y se adentraba en la «sensibilidad moderna», seguir atendiendo el parto desde lógicas ancestrales constituía una clara nota disonante.

Otra cuestión a destacar es cierto augurio del médico en relación con que la propia vida civilizada traería nuevas complicaciones fisiológicas en el parto. Si bien, por una parte, la medicina —mediante la transfusión de sangre, el perfeccionamiento de la cesárea y las reglas de la asepsia— iba mejorando las posibilidades de salvar a las mujeres de la muerte materna, aparecían otras dificultades.

Quizás las mujeres de la ciudad, con diferencias según la clase social, comenzaban a mostrar las consecuencias de la vida urbana sobre el parto; hacinamiento, pobreza y falta de salubridad algunas, miedo al dolor y a la muerte, otras. El cuerpo gestante experimentaba los efectos de la urbanización y la modernidad.

Otro elemento del párrafo citado da cuenta de la relación entre las condiciones de asistencia del parto y el posible «desmedro de la raza». Malos resultados obstétricos disminuirían la capacidad concepcional de las mujeres.

Como se evidencia en el siguiente fragmento de la misma conferencia, la preocupación no se detuvo en la función de las mujeres en tanto reproductoras biológicas.

No es posible desinteresarse del alcance social de los desastres obstétricos; no es solamente el porcentaje de mortalidad por accidentes grávido-puerperales lo que debe alarmar, sino también el descenso en el rendimiento económico-social de las mujeres que por dichos accidentes ven reducida su capacidad concepcional, su integridad orgánica y su valor como elementos de trabajo y de producción. (Turenne, 1930, p. 5)

Se hace explícito el interés de que los resultados obstétricos no disminuyeran la capacidad de trabajo en lo productivo y también en lo reproductivo de las mujeres; clara conciencia de que eran las que garantizaban la reproducción y reposición de la fuerza productiva (Larguía y Dumoulin, 1976). En Uruguay la coyuntura económica demandaba mayor y mejor mano de

obra, cuestión que tuvo fuertes impactos en lo que se les exigiría a las mujeres madres en términos reproductivos.

En ese período, como ha sido relevado para el país y otras partes del mundo (Peruchena, 2020, Nari, 2004; Sapriza, 2001; Nash, 1991; Darré, 2013; Tarducci, 2013), se registraron políticas públicas dirigidas a que las mujeres transformaran las formas de cuidado y crianza infantil. La historiografía sobre estados de bienestar y relaciones de género —con variaciones según clase, etnia y región— muestra que las sociedades con relaciones patriarcales de la primera mitad del siglo XX privilegiaron la maternidad como eje principal de acción para las mujeres (Bock y Thane, 1996).

4.5. Discursos en torno a la maternidad a principios del siglo XX

En el Río de la Plata también se registró el énfasis en lo maternal (Peruchena, 2010, p. 137). Marcela Nari (2004) dio cuenta de la preocupación del Estado argentino por la maternidad, en particular se pretendía que las mujeres tuvieran muchos hijos e hijas en ciertos lugares despoblados del país. Para la sociedad y el Estado, las mujeres se transformaron en las responsables de los futuros ciudadanos, «productores de la riqueza nacional» (p. 18). De allí que la maternidad se ha estudiado como lugar propicio para el ejercicio del poder.⁵¹

Más allá de algunas divergencias, los salubristas de época coincidieron en la necesidad de generar un conjunto de políticas que atendieran lo materno-infantil (Birn et al., 2003); mejorar la mortalidad y prevenir el abandono implicó una serie de políticas para «la conservación de los hijos» (Donzelot, 1979), en donde una «madre sensible y dedicada» constituía una garantía (Sapriza, 1996, p. 118).

En Uruguay, tanto el catolicismo como el racionalismo fueron coincidentes en elegir a la madre como símbolo de la mujer que coprotagonizaría la sociedad que proyectaban; donde las discusiones en torno a la tensión entre maternidad y trabajo asalariado fue central para discutir la situación de las madres de sectores populares (Peruchena, 2010, pp. 142-147). Similar al proceso chileno (Zárate y González, 2018) y argentino (Nari, 2004), se instauraron en el país

⁵¹ En donde se tornaba central la educación de las mujeres para ser madres competentes. Un ejemplo es la creación de Luis Begalli de todo un corpus «científico» para enseñar a las mujeres a ser madres, titulado *Maternidad* y que fue publicado en 1892 en Montevideo.

una maternidad, refugios para embarazadas, consultorios de Gota de Leche, Cantinas Maternales y otros servicios atinentes a lo legal-social de la maternidad.

Coincido con Marcela Nari en que la maternidad no puede ser considerada solo como práctica de control y dominio, ha sido también una experiencia de vida que permitió reivindicar algunos derechos de las mujeres (Nari, 2004, p. 142). Tal como se plantea más adelante, el Seguro de Maternidad, que garantizaba una retribución económica mientras duraba la recuperación del parto, fue un derecho importante para trabajadoras y esposas de trabajadores. Pero claro, la valía de las mujeres seguía estando en tanto productoras de seres humanos.

4.5.1. Discursos médicos

En Uruguay, el marcado descenso de la natalidad, la mortalidad infantil y la elevada proporción de abortos registrados en las primeras décadas del siglo XX alimentaron la preocupación por «dignificar» la figura materna (Rodríguez y Sapriza, 1984, pp. 10 y 114). Según Luis Morquio, uno de los fundadores de la pediatría uruguaya, las enfermedades que mataban a los niños eran fácilmente evitables si se seguían las recomendaciones médicas sobre higiene y alimentación. Las opiniones de aquel momento ubicaban a la lactancia materna como la mejor medida para que el recién nacido no muriera (Peruchena, 2020); a la vez se advertía sobre los peligros de la alimentación artificial, pues la leche de vaca modificaba la digestión y era fácilmente contaminable (Birn et al., 2003).

Tal como se ha documentado para el caso argentino (Nari, 2004, pp. 123--124), los médicos uruguayos comenzaban a rechazar la crianza en hospicios y la alimentación con nodrizas domésticas, lo cual implicó un fuerte adoctrinamiento hacia las mujeres para que dieran de mamar a sus hijos e hijas. Como se puede ver en la siguiente imagen, el primer consultorio de Gota de Leche del Uruguay exhibía en la pared la frase: «El único alimento racional del recién nacido es el que mana del pecho de la madre» (APN, 1913, p. 56).

Figura 1. Primer consultorio de Gota de Leche del Uruguay



De la frase destaco las palabras *único* y *racional*. El adoctrinamiento en lactancia que organizaron los médicos fue una parte importante de la construcción de la «maternidad moderna» que plantea Tarducci (2013), sobre todo en el énfasis en que la progenitora era la «única», «la mejor dotada» para alimentar a su bebé. Esa afirmación venía del mundo de lo «racional», de lo científico, de lo masculino. En oposición radical a posibles consejos del mundo «no racional» y femenino, tal como enfatiza Turenne: «No veríamos los desastres con que aún tropezamos, si las futuras madres se hubieran guiado por otros consejos que los de parientes y comadres orgullosas de su animalesca e irracional experiencia sexual y maternal» (Turenne, 1934, p. 18).

La referencia a lo femenino como mundo de lo animal e irracional actualiza la tan recurrida diferenciación genérica entre naturaleza-cultura. El pasaje de la atención de la reproducción al mundo masculino se presentó como la posibilidad de racionalizar, cientifizar y hacer progresar algo que venía desarrollándose en el marco más «animal» de la experiencia humana.

En los escritos más antiguos de Augusto Turenne ya se manifiesta su convicción de que la mejor forma de cuidar a la infancia era a través de cuidar a las mujeres mientras estuvieran embarazadas —concepción que trajo de su estadía en Francia—. Esto va a ser una constante en su producción escrita; las razones para mejorar la asistencia del embarazo y el parto van a tener que ver con *lograr hijos e hijas más sanos* y lograr que las mujeres *no vieran afectadas su capacidad procreativa y de trabajo* con malos resultados obstétricos.

4.5.2. Discursos feministas sobre la maternidad y la asistencia del parto

El discurso medicalizador en torno a la exaltación de la maternidad como dimensión principal de las mujeres no fue exclusivo de la medicina. Como vimos, las feministas uruguayas de la época también coincidieron en un discurso maternalista social y apelaron a la maternidad como fuente de legitimación de derechos en el ámbito público (Cuadro, 2016).

La médica Paulina Luisi avizó el control y exigencia del Estado hacia las mujeres madres y se esforzó por mostrar el valor económico de la maternidad. Ella problematizó la trampa patriarcal de, por un lado, valorar a la maternidad y a la vez naturalizarla, biologizándola como parte innata de la vida de las mujeres. Enfatizó que, si bien la maternidad era la tarea primordial de la mujer, no era considerada como «rendimiento social». Con esta expresión se refería a que no estaba cuantificada económicamente y que no era valorada en esos términos.

En un documento inédito llamado «Maternidad» afirmaba: «¿El Estado pide hijos? ¡Que los haga! (...) Debería ser la primera de las preocupaciones de la Nación, la defensa y protección económica de la Maternidad» (Luisi, s.f.).⁵²

En su discurso daba cuenta del trabajo de las mujeres implicado en la gestación y crianza para lograr personas aptas para el trabajo, similar al análisis que realizarían posteriormente las teóricas feministas y marxistas como Silvia Federici (2010) y Paola Tabet (2018) sobre el trabajo reproductivo como trabajo de producción de seres humanos. Resulta muy interesante que hace aproximadamente un siglo Paulina Luisi esbozara un primer cálculo estimativo de la

⁵² Documento inédito titulado *Maternidad* que se encuentra en la carpeta «Derechos del niño. Liga de protección a la infancia», en el Archivo literario de la Biblioteca Nacional. Si bien no tiene fecha, fue posible deducir que es posterior a 1927.

cantidad de dinero que valía el trabajo necesario para «llevar esa vida humana a un completo desarrollo» (Luisi, s.f.).

El Primer Congreso Femenino Internacional abordó múltiples dimensiones de la vida de las mujeres (Actas del Congreso, 1911). Con relación a la salud, las representantes marcaron la necesidad de que más mujeres se dedicaran a la medicina, dado el pudor sexual de la época y la resistencia a ser examinadas por médicos varones. La médica madrileña Concepción Aleixandre planteaba:

Faltando mujeres médicos, las de nuestro sexo se aconsejan con las comadronas, y algunas de ellas hasta con buena intención forman un plan curativo que, o no conduce a nada, o produce efectos contrarios, dadas las escasas nociones que de medicina se adquieren en esta carrera. (Actas del Congreso, 1911, p. 327)

Si bien Concepción Aleixandre era médica, no aparecen grandes diferencias con el discurso de los varones médicos. La distinción radicaba en suponer que para mejorar la medicalización del cuidado femenino era necesario contar con más mujeres médicas. Pero no se resaltan diferencias de trato o enfoque entre la asistencia de un médico o una médica, sino la posibilidad de que disminuyeran los pudores sexuales.

En las distintas intervenciones del Congreso se registra un énfasis en que la ciencia se incorporara a la salud de las mujeres y de la infancia. Las distintas expresiones feministas de principio de siglo daban la bienvenida a la ciencia y a la medicina en el mundo de la salud femenina.

Buscando si había divergencias de discursos sobre la forma como debía asistirse el parto entre médicos y feministas, recurrí a la correspondencia de Paulina Luisi con una colega suya argentina, Petrona Eyle.⁵³ En la Biblioteca Nacional se conserva la correspondencia entre ellas desde 1907 a 1929.⁵⁴ En las cartas tratan diversos temas, tales como el quehacer del feminismo, las asociaciones feministas, la prostitución, el sufragio femenino, la trata de mujeres. Con respecto al embarazo y parto, ponen en común casos raros o difíciles —las dos se dedicaron a la gineco-obstetricia—, en donde comentan distintas terapéuticas. Cuando discuten los casos y

⁵³ Claro que las dos eran médicas, no accedimos a ningún discurso de mujeres feministas en torno al parto que no fueran de la medicina.

⁵⁴ Ubicada en el Archivo Literario. Colección Paulina Luisi.

lo que debe hacer la medicina ante ellos, no aparecen distinciones con respecto al discurso médico de época. No se detienen en el lugar de la partería ni en cómo se sentirían las mujeres, el intercambio es técnico y no aparecen cuestionamientos al modo de atención.

Paulina Luisi y Augusto Turenne también se cartearon. En la correspondencia de la médica hay trece cartas fechadas entre los años 1927 y 1944 enviadas por Turenne.⁵⁵ En ellas hay respuestas del médico a pedidos de Paulina Luisi sobre información referida al lugar de las mujeres en la medicina, a distintos derechos de las mujeres, incluso intercambiaron sobre feminismos. La correspondencia da cuenta de que Augusto Turenne tenía interés en la opinión de Paulina Luisi sobre los temas que él abordaba. Tampoco encontré referencias al modo de asistencia al parto. Las cartas no tocan el tema, el intercambio ronda sobre temas feministas.

Este breve panorama que abarca los temas del Primer Congreso Femenino y la correspondencia de Paulina Luisi con Petrona Eyle y Augusto Turenne no permiten vislumbrar grandes diferencias de discurso entre médicas feministas y médicos varones con respecto a la asistencia del parto. Es plausible suponer que el discurso medicalizador que indicaba la creciente hospitalización y la atención médica del parto fuera compartida por las feministas de la época.

Las legislaciones y políticas de protección social desarrolladas para mejorar la situación de las mujeres madres, sobre todo de las trabajadoras, deben haber sido tomadas con beneplácito por las feministas; en ese sentido el discurso médico ofició de aliado para algunas batallas o medias conquistas. Pero como ya ha advertido Nancy Fraser (1991), según los discursos que logren definir los términos de un cierto problema se diseñarán las soluciones para satisfacer las necesidades de las personas que experimenten ese problema. Como seguiremos problematizando en los siguientes capítulos, el discurso medicalizador definió el problema de la morbilidad en el parto centrando su atención en mejorar las condiciones para que los bebés nacieran mejor y, de ese modo, mejorar la especie. No es que la salud de las mujeres dejara de importar, pero su valor se asentó en tanto madres, en tanto capacidad de reproducir y cuidar al bebé. Como ya han estudiado para otros países, cuando los Estados toman a la maternidad como asunto público lo hacen construyendo el «binomio madre-hijo» (Aguilar,

⁵⁵ Ubicadas en el Archivo Literario. Colección Paulina Luisi.

2014, p. 95), que en Argentina (Nari, 2004), como en Uruguay, tomará en su centro la lactancia materna como derecho del recién nacido.

4.6. Eugenismo, contralor de la concepción y aborto

La eugenesia (*eu* ‘bien’ y *genesis* ‘nacer’), en conjunto con el higienismo, orientó las políticas diseñadas para dar respuestas a los problemas de salud y poblacionales esbozados antes. Científicos, feministas y políticos de un amplio espectro ideológico se comprometieron con la idea de mejorar la especie (Sapriza, 2001).

Como decía antes, según los historiadores citados, la eugenesia en América Latina, a diferencia de países europeos, fue menos radical y no aplicó las medidas más extremas, como la esterilización obligatoria de personas consideradas no aptas para reproducirse (Vásquez, 2011, p. 27); tampoco se desarrollaron los rasgos más «groseramente racistas, aunque compartieron las mismas fuentes doctrinarias» (Sapriza, 2001, p. 76). En concordancia con esto, los eugenistas uruguayos se orientaron más hacia el progresismo que hacia posturas de derecha; muestra de ello fue que en general prefirieron el término de especie que el de raza (Barrán, 1999).

4.6.1. El eugenismo de Augusto Turenne

El análisis documental de la obra de Turenne nos permite acordar con la mirada de los historiadores e historiadoras. Un poco antes de la segunda guerra mundial el médico advertía sobre los riesgos de la corriente fascista de la eugenesia.

El peligro está —y la Alemania actual nos lo demuestra— en saber en qué consiste el índice de superioridad. (...) La nefasta y estúpida teoría de las «razas puras», insostenible étnica, antropológica e históricamente, puede ser un pendón de enganche, pero nunca una verdad científica y a esta es que tendremos que ceñir nuestros programas de eugenesia. (Turenne, 1938b, p. 193)

La construcción de los términos de superioridad y de inferioridad en la obra del médico aparece más bien referida a las enfermedades y a la pobreza. Sin embargo, en algunos pasajes de sus conferencias planteó que el país se distinguía de otros de la región pues ellos «tienen el problema del indio, el problema del negro (...) —distinto al Uruguay que es— indemne a tales infelicidades» (Turenne, 1938b, p. 193).

Su orientación de la eugenesia, eugenesia batllista según Graciela Sapriza (2001, p. 130) apuntaba a lograr «generaciones felices, no por el número sino por la calidad» (Turenne, 1929, p. 27), distinto al pronatalismo italiano y español que apostaron a la capacidad reproductora de las mujeres para frenar la degeneración nacional, donde la mejor Patria era la más poblada (Saraceno, 1991; Nash, 1991).

¿Qué llevó a Turenne a preferir la calidad y no la cantidad poblacional? Entre otros asuntos, en sus escritos se soslaya que esta apuesta prevendría una revolución social, tal como plantea en uno de sus primeros escritos: «Temamos a la plebe pálida y raquítica, no al pueblo vigoroso que con brazo robusto sabrá defender las generosas ideas y cuya mente tan sana como su cuerpo podrá adaptarse a las luminosas concepciones de la moderna sociología» (Turenne, 1909, p. 71).

Dicho lo anterior, tampoco creo que su convicción eugenésica se centrara en prevenir la revolución. Parecía convencido de las bondades de la biotipología y la medicina social, siempre y cuando se fuera cauto en las aplicaciones, pues era consciente de la existencia de lagunas de conocimiento en el tema (Sapriza, 2001, p. 32).

4.6.2. Control de la concepción y certificado prenupcial

Tal como se puede profundizar en el texto de Linda Gordon,⁵⁶ la idea de controlar la concepción varía según el contexto histórico y geográfico. Desde el siglo XIX los neomalthusianos plantearon la necesidad de contar con técnicas para controlar el crecimiento de la población, pero solo de forma ocasional y auxiliar relacionaron dicha necesidad con el derecho a que las mujeres pudiesen tener control sobre su propia vida (Gordon, 1984, p. 201). Por otra parte, será

⁵⁶ La autora plantea que con ciertas diferencias, los que en el siglo XIX en Estados Unidos defendían el Amor Libre y los derechos de la mujer —incluidas las feministas— se oponían a los métodos anticonceptivos y al aborto, pero aceptaban la maternidad voluntaria (pues entendían que las mujeres debían tener el derecho a decidir cuándo traer un hijo al mundo) a través de la abstinencia periódica (Gordon, 1984, p. 218). Cuestión que nos parece muy rara desde la actualidad. A pesar de que las feministas del siglo XIX lucharon por la maternidad voluntaria no superaron su adversión a la contracepción artificial. La idea de que la consecuencia de aplicar métodos anticonceptivos artificiales fuera separar la sexualidad de la reproducción representaba un ataque a la concepción de familia y moral (Gordon, 1984, p. 219).

recién al inicio del siglo XX que se comienzan a aceptar los medios anticonceptivos no naturales⁵⁷ (los naturales eran abstinencia, ciclos hormonales y el *coitus interruptus*).

La investigación de Teresa Ortiz para Europa, y en especial para España, muestra que hasta la primera mitad del siglo XX el movimiento por la anticoncepción fue en su mayoría femenino y de inspiración feminista, con alianzas con reformadores sociales, políticos y algunos médicos.⁵⁸

En el Uruguay, en el debate sobre el control de la concepción irrumpieron de forma medular el discurso médico y el discurso feminista. Paulina Luisi en 1919 planteaba que la mujer debía adquirir completa emancipación sexual a la vez que debía construirse un solo criterio legislativo y social sobre la base de una sola moral sexual para hombres y para mujeres (Sapriza, 2001, pp. 60 y 83).

Por su parte, Turenne instaba a enfrentar la anticoncepción —ahora sí con métodos no naturales— sin prejuicios y con el objetivo, como vimos, de orientar las políticas para la mejora de la especie. Según su opinión, sin el contralor de la procreación continuaría el alto porcentaje de abortos, así como la sobrerreproducción de los pobres. Sin llegar a «la huelga de vientres a que se hace referencia en esos folletos que reparten los comunistas» (Turenne, 1924, p. 26), quiso convencer a políticos, filántropos y médicos de que muchas veces la mejor forma de defender al niño era limitando su acceso a la vida (Turenne, 1938c, p. 167).

Cuestionó a los que negaban el conocimiento sobre cómo evitar la concepción a la gente pobre. En 1930 hizo una encuesta a cien mujeres que fueron a su servicio clínico de la Casa de Maternidad por aborto voluntario con complicaciones. Encontró que el 82 % de las mujeres no conocía la existencia de mecanismos para controlar la concepción. El 18 % restante, casi todas menores de 30 años, conocían el condón, pero sus maridos se negaban a utilizarlo (Turenne, 1942).

El contralor de la concepción implicaría la educación sexual para jóvenes, la difusión de métodos anticonceptivos, la limitación o prohibición de la reproducción de los «ineptos» para

⁵⁷ Además de los métodos «naturales», existían el condón, pomadas antiespermáticas, esterilización temporaria (que implicaba una intervención quirúrgica), y se ensayaba con irradiación (Sapriza, 2001, p. 59).

⁵⁸ Según Ortiz (2010), la mayoría de los médicos se negaban a incorporar la anticoncepción a su práctica médica.

la procreación, y tendría como una de sus consecuencias la mejora de la condición social, civil y política de las mujeres (Turenne, 1934, p. 64).

El médico fue crítico con el Código del Niño aprobado en 1934, pues, según su criterio, en los artículos referidos a la protección prenatal no se abordó el tema del control de la concepción. Según su punto de vista debía haberse avanzado más en eugenesia y haberse planteado que la protección prenatal no podía comenzar con el embarazo. Para él, las personas debían adquirir nociones de educación sexual desde la adolescencia, de ese modo se prevendría

el aterrador espectáculo de tantos millones de desocupados hambrientos, que pudieron no haber nacido, que no debieron haber nacido, es un estigma marcado a fuego en los lomos de una sociedad que desde un alto pináculo de mentiras consagradas impulsa a la procreación insensata y luego lagrimea hipócritamente cuando ve a un excedente de seres humanos deambular por el mundo en busca de trabajo para poder comer. (Turenne, 1934, p. 82)

En varios de sus escritos plantea que la profilaxis social prenatal tenía que incluir medidas legislativas de orden social que mejoraran el problema de la escasez y la miseria. Es allí donde entiende que debía aumentarse la potestad materna, mejorar la investigación de paternidad, garantizarse el reposo antes y después del parto, que las mujeres accedieran a salarios mínimos y a «socorros de maternidad» (Turenne, 1934, p. 46).

Según el médico, si las mujeres trabajadoras no reposaban las últimas semanas antes del parto, no lograrían llegar a término. Y eso se traduciría en recién nacidos con bajo peso y altas chances de morir antes del año. Si el Estado comenzaba a gastar dinero en la reproducción de los pobres, ¿de qué servía si muchos de los recién nacidos no llegaban a desarrollarse o lo hacían de formas defectuosas? Tal como planteaba Donzelot (1979), puede leerse una preocupación económica por la reducción de los costos de reproducción de la pobreza.

El tema de la potestad materna fue central en el rol que le cabía a la mujer en la familia. Pero para el médico, la nueva madre no podía ser la madre de la multinatalidad, la que tenía que aceptar los hijos e hijas que el destino le mandara. En el año 1929 postuló la idea de «maternidad consciente» y la relacionó con el derecho de las mujeres de procrear voluntariamente. En el centro del concepto estaba la eugenesia, pues si bien la humanidad se había reproducido «sin preocuparse del valor que podría tener el producto» (Turenne, 1929, p. 8) era momento de intervenir racionalmente en el devenir de la especie. Más cuando los hijos

corrían el riesgo de «nacer tarados, de vivir en condiciones higiénicas, culturales y económicas deficientes» (Turenne, 1929, p. 14).

En su discurso, logra conciliar el derecho a la anticoncepción sin retractarse de su oposición al aborto: «Una nueva orientación ha surgido, a mi juicio salvadora porque concilia el justo derecho de la maternidad voluntaria con el respeto a normas esenciales de Ética» (Turenne, 1929, p. 19). La solución provenía de la aplicación de la esterilización temporaria de las mujeres, cuestión a la que dedicó parte de su investigación obstétrica.

En síntesis, tal como concluyó Gordon (1984) para otras regiones, en Uruguay algunos médicos, y en especial Augusto Turenne, abogaron por la anticoncepción. En el discurso del médico aparece la necesidad de que las mujeres pudieran decidir sobre la cantidad de hijos e hijas, pero el énfasis no estaba en sus derechos *per se*, su fundamentación traía la necesidad de que las mujeres pobres pudieran controlar la cantidad de hijos e hijas y de esa forma mejorar la especie.

4.6.3. El certificado prenupcial

En 1935 la eugenesia ya estaba institucionalizada en el país, existían consultorios prenupciales y comisiones de eugenesia en varios organismos (Sapriza, 2001, p. 132). Una de las medidas implementadas en el marco del proyecto eugenista uruguayo fue el certificado prenupcial. En varios consultorios de eugenesia ubicados en distintas partes del país se recibía a las personas que querían casarse y se les hacía una investigación física, mental y moral para definir si merecían o no el certificado prenupcial.

Nunca se logró ni la obligatoriedad del certificado ni que su denegación prohibiera el matrimonio. De hecho fue poco utilizado, desde el 11 de julio de 1938 al 31 de diciembre de 1941 se habían examinado a 200 hombres y a 32 mujeres. De esos 232 habían sido denegados el 8,41 % siendo las causales la sífilis y la gonococia (Roig, 1942, p. 273).

Turenne fue un entusiasta de los certificados prenupciales, pero a la vez entendía que no existían las condiciones para obligar a las personas a realizárselo. Fue precavido sobre la función de la legislación para el cambio de las mentalidades; si bien la consideraba importante para marcar el rumbo, tampoco creía posible que la sociedad se pudiera moldear a golpe de leyes (Turenne, 1933b, p. 39).

En lo que sigue nos detendremos sobre cómo aparece el aborto en la obra de Turenne en tanto analizador de las relaciones de género de la época.

4.6.4. Aborto en la obra de Turenne

Un análisis de los sentidos atribuidos al aborto en la obra del médico permite observar un cambio de postura y de nominación conforme avanza el tiempo. Si bien nunca se pronunció a su favor (Sapriza, 1996, p. 137), es posible observar cómo a partir del contacto con las mujeres más pobres —y su postura eugenista— fue matizando su opinión sobre los abortos causados por falta de medios económicos. Pasó de llamarlo «aborto criminal» en sus primeros escritos, a descriminalizarlo a mediados de su trayectoria.

Hasta la década del treinta, consideraba que el uso reiterado del aborto tenía como consecuencia la «disminución y luego desaparición progresiva de toda sensación voluptuosa, en proporciones que pueden llegar al 60 % de las mujeres» (Turenne, 1929, p. 17). Sumado al decrecimiento del deseo sexual, afirmaba que se podía afectar la capacidad concepcional por las alteraciones orgánicas resultado del aborto. Por estas razones, para el médico el aborto constituía un menoscabo a la «capacidad maternal».

En la década del treinta —coincidente con la despenalización del aborto—⁵⁹ pasó a nombrarlo como «aborto provocado o voluntario». Siguió condenando los abortos que no referían a causas médicas, a causas eugénicas o a causas sociales, por ejemplo, cuando «el rico hace abortar a su mujer simplemente porque no quiere tener más hijos, la mujer que no quiere tenerlos porque perturban su vida social» (Turenne, 1938d, p. 92).

Como veremos en un ejemplo, su eugenismo no le permitía estar a favor del derecho a no ser madre de una mujer de un sector social no pobre.

Desde su experiencia, la gran masa de mujeres que abortaban lo hacían por la miseria en que vivían y por no tener medios para practicar la anticoncepción. En dicha década los métodos anticonceptivos todavía estaban en proceso de desarrollo.

⁵⁹ El aborto se despenalizó desde 1934 a 1938. El médico tuvo una voz influyente en el debate sobre la despenalización (Sapriza, 1996, p. 137).

Augusto Turenne clasificaba a los métodos anticonceptivos en tres grupos: de radiación, biológicos y quirúrgicos. Pero ninguno había logrado cumplir lo que para el médico era necesario: ser «inofensivos para los futuros productos de la concepción, de fácil aplicación, no provocar alteraciones anatómicas, de duración definida y permitir la reanudación de la concepción a voluntad» (Turenne, 1929, p. 27).

Desaconsejaba, por distintas razones, el uso de los más utilizados (*coitus interruptus*, condón y aborto), mientras ensayaba distintas formas de la esterilización temporaria para las mujeres; en la década del treinta se difundió el método Ogino-Knauss —basado en el descubrimiento de los ciclos hormonales de la mujer—, que recomendaba la abstención de las relaciones sexuales en el período fértil (Sapriza, 2001, p. 59).

En las conferencias e informes, Augusto Turenne solía traer textuales palabras de mujeres para dar cuenta de las razones que las llevaron a abortar; por ejemplo, la voz de una mujer moribunda por una infección luego de un aborto: «Si hubiera sabido cómo no tener hijos, ¿cree usted, doctor, que hubiera arriesgado mi vida haciéndome abortar, con el montón de hijos que tanto me necesitan?» (Turenne, 1942, p. 22).

Llegada la década de los cuarenta, esta mujer no había tenido contacto con la información sobre métodos anticonceptivos, y lo único a lo que podía recurrir era al aborto inseguro. En un contexto de mortalidad materna ubicada, hasta 1945, entre 200 y 310 muertes de mujeres cada cien mil nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública [MSP], s.f.).

Colocar este tipo de testimonios en publicaciones oficiales que pretendían orientar la política pública da cuenta de que dirigió sus esfuerzos a trabajar sobre las causas que llevaban al aborto más que a juzgarlo moral y penalmente. En tal sentido, fue un defensor de que las mujeres pudieran controlar la concepción. Cuestión que lo acercó a la postura de la feminista Paulina Luisi. En la correspondencia entre ellos⁶⁰ se observa que intercambiaron opiniones e información sobre los derechos femeninos, feminismo y el lugar de las mujeres en la medicina. Incluso llegó a afirmar: «Nadie dudará de mi sincero y ferviente feminismo» (Turenne, 1934, p. 18).

⁶⁰ En la Biblioteca Nacional existen trece cartas de Augusto Turenne hacia Paulina Luisi fechadas entre 1927 y 1944. Archivo Literario. Colección Paulina Luisi.

Tal feminismo respondía a ese momento histórico, por tanto estaba atravesado por su convicción eugénica de que eran las clases medias y altas las que debían reproducirse más que las clases populares. La apelación al feminismo de médicos en la segunda y tercera década del siglo XX no es un hecho singular del Uruguay. En España, en dicho período, los médicos fraternizaron con un feminismo compatible con las ideas que dominaban a las ciencias médicas,⁶¹ un feminismo que «respetaba la diferencia sexual y la misión maternal de las mujeres» (Castejón, 2013, p. 7).

Turenne condenó a las mujeres de clases acomodadas que quisieran hacerse un aborto, como se puede observar en el siguiente relato:

Anda por Montevideo una dama de cuya cordial antipatía disfruto hace muchos años porque cierta vez, con la complicidad de su marido, simulé interrumpirle un embarazo que a juicio de la interesada era intolerable por las molestias que le causaba. En verdad lo intolerable era la perspectiva de verse privada de concurrir a las manifestaciones invernales de nuestra vida social, en aquella época mucho más frecuentes y brillantes que hoy. (Turenne, 1938c, p. 134)

La situación relatada oficia de analizador de las relaciones de género de ese momento. Decía Scott que para comprender el lugar de las mujeres en la vida social es necesario entender el significado que adquieren sus actividades en una acción social concreta (Scott, 1996, p. 287). En esta situación aparece una mujer con voluntad de controlar su vida reproductiva y una reacción violenta de parte de su marido y su médico. Pareciera que el derecho al cuerpo y el deseo de decidir el número de hijos por parte de las mujeres inquietó más que la lucha por los derechos civiles y políticos (Sapriza, 1996, p. 116). Tal inquietud se objetivó en la alianza entre el marido y el médico —muestra de la «cofradía masculina» (Segato, 2004)—, quienes la obligan a ser madre.

Hay un doble ejercicio de poder masculino sobre esa mujer. Por una parte, el marido ejerce toda su hegemonía para restaurar la dominación en la pareja, precisando de otro varón —por lo que sospechamos la dificultad de ejercer lisa y llanamente su poder—. Por otra parte, está el

⁶¹ Para profundizar, ver Teresa Ortiz (1994).

poder del médico que no duda en faltar a la verdad a su paciente para restaurar una relación de pareja y un «instinto maternal» que se resquebrajaba.

Turenne en este acto no respondió a su paciente, la mujer no le significó un sujeto moral (Rostagnol y Viera, 2006), respondió al marido y respondió a la Patria, desde su convencimiento eugénico de que eran las mujeres de clases acomodadas las que debían parir todo lo que pudieran.

Síntesis del capítulo

En este capítulo trabajé el contexto de ideas y preocupaciones que acompañaron las transformaciones de la asistencia del parto a principios del siglo XX. Como vimos, a la vez que el parto pasó de concebirse como un asunto del mundo de lo privado a un tema de responsabilidad de la medicina y del Estado, las preocupaciones centrales giraron en torno a la disminución de la mortalidad infantil, a la prevención del abandono de la infancia, a la mejora de la especie, al logro de una vida con mayor calidad e higiene, cuestiones que impactaron en el modelo de maternidad imperante. La asistencia del parto pasaba de las manos de las parteras y comadronas al control médico masculino. Los «desastres obstétricos» que mermaban la capacidad reproductiva y productiva de las mujeres fueron puestos en cuestión.

Las mujeres madres de sectores empobrecidos comenzaron a ser tenidas en cuenta por el Estado, se generaron políticas de asistencia clínica, legal y social para mejorar sus capacidades de lograr individuos más sanos. Médicos, políticos, incluso feministas coincidieron que la función esencial de las mujeres era la maternidad. Los matices de las feministas se referían a la invisibilidad para el Estado del trabajo que requería para las mujeres ser «una buena madre».

La «maternidad moderna» implicó fuertes cambios de crianza, la lactancia se establecía como derecho de la infancia y los consejos médicos —erigiéndose como los idóneos— combatieron los consejos del mundo femenino.

Augusto Turenne, figura central en el proceso de institucionalización del parto, mostró un particular interés en la situación de las mujeres más pobres. Recomendó para ellas la «maternidad consciente», que incluía ser capaces de limitar la procreación y no llegar a la multinatalidad, tan nefasta para los objetivos eugénicos.

A su vez condenó la falta de «instinto materno» que mostraban las mujeres de clases medias y altas. En concordancia con su época, su concepción, según él feminista, no abarcaba el derecho de todas las mujeres para decidir cuántos hijos e hijas tener.

Turenne apeló a la dicotomía naturaleza-cultura combinado con el lenguaje de la racionalidad y el progreso aportado por la medicina moderna. Asoció costumbres y consejos de las comadronas al mundo de lo animal e irracional. La cultura venía a aportar racionalidad a un proceso de reproducción y crianza que había estado en el orden de lo «natural» y femenino.

Las ideas fuerza del médico implicaban la educación sexual, el contralor y racionalización de la procreación, la conciencia eugénica, la conducta higiénica, la «maternidad consciente». Este conjunto de orientaciones para dar forma a las políticas de población materializa uno de los énfasis ideológicos de la modernidad, la idea de sujeto consciente capaz de autocontrolarse y de construir racionalmente el futuro (Eisenstadt, 2007, pp. 260-261).

Si las cosas ya no devenían *per se*, había que comenzar a pensarlas, diseñarlas y lograr un nuevo orden de obediencia humana que respondiera a las instituciones de este nuevo proceso. El orden racional fundado en la modernidad necesitó desde la legalidad racional (el derecho moderno), la verdad racional (ciencia positiva), herramientas de control y gestión de la población (con moralización y normalización de las familias), así como de «la formación racional moral de la conducta, de la mente, de la voluntad y del espíritu, de la que resultó el hombre culturizado» (Grassi, 2004, p. 25).

La racionalización de la vida, implicó la racionalización del sexo y de la reproducción. Ya no cabía la idea de las «clases incultas» —con la cual abrimos este capítulo— de que el parto no merecía atención estatal. Tampoco era admisible, al decir de Turenne, el poder que tenían «las viejas parteras» en 1896 cuando el médico inició su labor. Como veremos, el empuje racionalizador abarcó la asistencia del parto, volviéndolo cada vez más institucionalizado, científico y medicalizado.

La capacidad procreacional de las mujeres formaba parte de la reforma social (Sapriza, 2001, p. 3), las políticas atinentes al contralor de la concepción, al aborto y al parto se sopesaron en función de mejorar la calidad de la especie, lo que nos recuerda la naturaleza política de la reproducción (Tabet, 2018).

Capítulo 5

El parto como objeto de política pública

En este capítulo se analiza el cambio de modelo de asistencia del parto que procesó la sociedad uruguaya durante el principio y décadas centrales del siglo XX, en particular en los aspectos de su institucionalización y hospitalización. Me interesa profundizar en los fundamentos médicos que fueron indicando la hospitalización.

Veremos que la institucionalización y hospitalización del parto, conceptos con uso casi idéntico en la actualidad, respondieron a situaciones distintas en el correr del siglo pasado. Por una parte, desde antes de que el Estado asumiera responsabilidad en la asistencia había atención hospitalaria (en el Hospital de Caridad), y, por otra, durante décadas hubo asistencia institucionalizada sin implicar la hospitalización.

A su vez, la institucionalización se dio en paralelo a la medicalización del parto, procesos ubicados en un contexto más amplio de medicalización de los hospitales, un cambio que se inició en el mundo en los siglos XVIII y XIX y llevó a que los médicos definieran los espacios hospitalarios como instrumentos fundamentales en las políticas de salud (Barceló y Montes, 2016, p. 6). En Uruguay, la medicalización de los hospitales corrió en paralelo con el cambio de concepción en torno al cuidado de la salud. Entre el último tercio del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, los conceptos de caridad privada y beneficencia pública se fueron sustituyendo por el de asistencia, lo que daba cuenta de la ruta secularizadora y de la centralización estatal de los servicios de salud (Collazo et al., 2012, p. 21).

Este cambio de concepción en torno a la asistencia en salud tuvo impacto en la asistencia obstétrica. De a poco, el hospital se fue constituyendo en el lugar en donde los médicos sintieron que podían dar las mayores garantías a parturientas y recién nacidos (Pou Ferrari, 2005, p. 114).

5.1. Institucionalización y hospitalización del parto

Antes de que el Estado se comprometiera con la atención del parto —a partir de la Ley de Asistencia Pública— el escenario de su asistencia era heterogéneo y respondía a la clase social. Por lo general, las mujeres de sectores empobrecidos llamaban a parteras o comadronas para ser atendidas en su domicilio. A veces recurrían a los consultorios de asistencia de las parteras. En Montevideo, si no contaban con dinero para pagar los honorarios o no tenían lugar donde

vivir, acudían al Hospital de Caridad. Allí las condiciones de asistencia eran malas, muchas mujeres se contagiaban de infecciones puerperales en su estancia hospitalaria (Turenne, 1909, p. 70). Por su parte, las mujeres pobres del sector rural también llamaban a parteras y comadronas o parían sin asistencia, ayudadas por su familia.

En los sectores medios y altos los nacimientos se producían en los domicilios con médicos o parteras o en los consultorios de los profesionales. Fue el sector que más tardó en hospitalizar el parto.

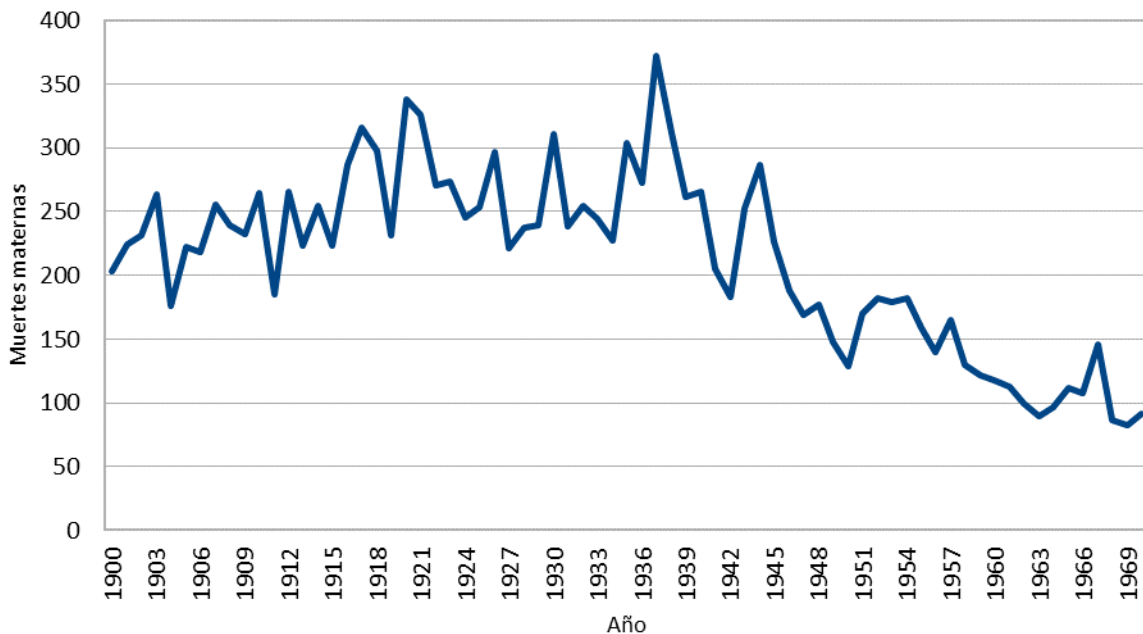
En el año 1909, en el documento ya citado sobre «Asistencia Obstétrica Colectiva», Turenne planteaba varios aspectos a mejorar de la asistencia hacia las mujeres pobres. Una de ellas refería al alojamiento que se daba en el Departamento de Mujeres del Hospital de Caridad:

Es en ese local antihigiénico e inhumano que cuatrocientas mujeres van a parir al amparo de la caridad y beneficencia pública; ¿qué hay de extraño que de cuando en cuando una infeliz que entra sana y permanece allí algunas semanas por un parto normal, vaya a engrosar el martirologio de la puerperalidad? (Turenne, 1909, p. 70)

Con el «martirologio de la puerperalidad» hacía referencia al proceso por el cual mujeres sanas morían o enfermaban gravemente al ser infectadas con bacterias por el personal que asistía el parto. La «fiebre puerperal» fue una enfermedad epidémica en Europa en los siglos XVIII y XIX causada por el proceso de urbanización que trajo la revolución industrial —que hacinaba a masas de trabajadores pobres que dependían de los hospitales— y por la asistencia hospitalaria del parto. En los hospitales de Europa hacia 1850 la mortalidad materna todavía se mantenía elevada, siendo el factor principal la fiebre puerperal que transmitía el obstetra mismo y sus estudiantes (Knibiehler, 1993, p. 348). En el Hospital General de Viena, el Dr. Semmelweiss observó que la tasa de mortalidad de mujeres atendidas por matronas era cinco o seis veces menor que las atendidas por estudiantes de medicina que hacían su práctica simultánea en anatomía. Por eso se dio cuenta de que eran las manos de los médicos quienes transferían la enfermedad desde los cuerpos recientemente disectados hacia las mujeres parturientas. Propuso el uso de guardapolvos y el lavado de manos con una solución de cloruro de cal, y la mortalidad bajó considerablemente (Sadler, 2003; Salaverry, 2013).

En Uruguay, en las primeras décadas del siglo XX las muertes maternas se debían primero a infecciones⁶² (causantes de hasta el 70 % de las muertes) y luego a hemorragias y toxemias (Morel, 1989). La gráfica siguiente muestra el comportamiento de la mortalidad materna desde principios de siglo XX. Se observa su descenso a partir del año 1945 que se explica por el uso extendido de los antibióticos (Morel, 1989).

Figura 2. Mortalidad Materna (1900-1970)



Fuente: Estadísticas MSP

Para que el discurso médico recomendara la hospitalización del parto, los hospitales tenían que ir mejorando su capacidad de prevenir las muertes maternas. La orientación higienista imperante pretendió mejorar esas condiciones, sobre todo con motivo de disminuir la mortalidad. En 1910 morían 264 mujeres cada 100 000 nacidos vivos.

Aun así, tal como se ha relevado para distintas regiones, la indicación de hospitalización fue creciendo sin contar con suficientes condiciones de asepsia hospitalaria; al inicio de la

⁶² Existieron distintas teorías antes de comprobar que lo que aumentaba la infección no se relacionaba con la condición de las mujeres atendidas, sino con los que asistían el parto, que las infectaban por no lavarse las manos. Randi Hutter Epstein (2010) profundiza en esta historia.

hospitalización, en Estados Unidos morían más mujeres en el hospital atendidas por médicos que en los domicilios atendidas por parteras (Hutter Epstein, 2010, p. 74).

Como se ha relevado para otros países de América Latina (Nari, 2004; Vásquez, 2011), en Uruguay la institucionalización del parto se desarrolló a partir de estrategias diferenciadas según la clase social. La institucionalización y la hospitalización del parto fueron inicialmente indicadas para las mujeres más pobres. Como analizaré en los siguientes apartados, las primeras causas de hospitalización del parto en Uruguay combinaron objetivos de moralización hacia las mujeres pobres con mecanismos de asistencia para la mejora de la morbimortalidad.

5.1.1. Primeras causas de la hospitalización del parto

Hasta la primera década del siglo XX Turenne no recomendaba el parto hospitalario como criterio general. Lo indicaba para las mujeres con patologías y para las «desamparadas». Todavía el hospital era concebido como un lugar para pobres más que un lugar de cuidado de la salud.

Como dijimos, la institucionalización del parto no fue sinónimo de hospitalización. Durante varias décadas, la Asistencia Pública Nacional combinó la asistencia en domicilio con la hospitalaria. La asistencia hospitalaria se realizaba en el Hospital Maciel (el nuevo nombre del Hospital de Caridad) y la asistencia en el hogar la realizaban médicos y parteras de la Asistencia Domiciliaria y del Servicio Médico Permanente. Además funcionaba un refugio para mujeres embarazadas «solteras o desamparadas», cuando se acercaba la época del parto eran trasladadas al Hospital Maciel y volvían con su hijo o hija al refugio después del alumbramiento (APN, 1913).

La protección se presta así a la madre y al hijo, que de otra manera sería fatalmente abandonado. Durante su permanencia en el Refugio, ocupada en los quehaceres domésticos compatibles con su estado, trabajando en preparar el modesto ajuar de su hijo, en un ambiente moral y tranquilo, se educa y prepara para sus funciones de madre, aprende después a criar y amamantar a su hijo y ya no es fácil que se separe de él. (APN, 1913, p. 53).

Como se puede observar en el fragmento, la hospitalización del parto y los refugios para embarazadas comenzaron a visualizarse como una oportunidad de prevenir el abandono de recién nacidos. Los médicos observaban que la maternidad no era un «instinto natural» (Barrán,

1993, p. 168), había que aprender a ser madre, incluso inculcar el deseo materno en donde no parecía existir.

Es interesante la percepción de los médicos sobre la capacidad o no de las mujeres de cuidar a sus hijos e hijas. Parecen tratarla como algo latente, a veces presente y a veces menguada por las circunstancias. Augusto Turenne, cuando todavía nombraba al aborto como criminal, planteaba que el médico en su función moralizadora y preventiva del «delito», debía hacer un llamado «a los tiernos sentimientos que obnubilados pero no anulados, existen aún en nuestras compatriotas» (Turenne, 1926, p. 30). Ya decía Elizabeth Badinter (1984) que el instinto materno era una invención, en tal invención trabajaron los médicos uruguayos a principios del siglo pasado.

Con respecto a la Asistencia Pública en campaña, según Turenne seguía siendo «deficiente y limitada». Una de las razones era la resistencia de las mujeres y de sus maridos a que personas del sexo opuesto les vieran sus genitales, resistencia que para el médico hacía que las parteras sobrevivieran en la sociedad (Turenne, 1927). A su vez, planteaba que la vida al aire libre producía embarazos y partos menos patológicos que en las ciudades, lo que hacía suponer a las mujeres que no era necesario la asistencia profesional. Entendía que los médicos de campaña no tenían suficiente formación en obstetricia y poco podían hacer cuando eran llamados tardíamente. Finalmente planteaba el problema económico, una buena asistencia obstétrica era muy cara para el «paisano común».

Dentro de las acciones ante tal panorama ubicaba la elevación de la cultura de la gente de campaña, el perfeccionamiento en obstetricia de los médicos y la mejora de las condiciones laborales de las parteras, para lo que recomendaba instalar locales de la Asistencia Pública Nacional en donde pudiera funcionar una escuela para poder «dar a las alumnas de obstetricia una enseñanza orientada en el sentido de constituir las en activas y útiles colaboradoras de los médicos» (Turenne, 1927, p. 8). Para los casos en que la vivienda fuera muy pobre el médico recomendaba la instalación de Servicios Obstétricos o pequeñas salas en donde pudiera trasladarse a la mujer para parir (Turenne, 1927, p. 9).

El compromiso del Estado de prestar asistencia obstétrica a las mujeres pobres planteó un problema de infraestructura. En la prensa aparecía la preocupación de políticos, médicos y académicos ante la aglomeración en las salas del Hospital Maciel: con casi la misma cantidad de camas que en 1891 había atendido 151 partos, atendió 400 en 1909 y 805 en 1914 (Collazo,

et al., 2012, p. 246). El higienismo de la época cuestionó fuertemente la falta de espacio para separar a las mujeres con enfermedades contagiosas de las sanas.

La situación de apiñamiento en Montevideo se hacía extensiva al resto del país (Collazo, et al., 2012, p. 253). Se tornó necesario construir maternidades que estuvieran acordes con la visión de la protección materno infantil que se estaba construyendo. En este marco se fundó la Casa de Maternidad, la cual además de responder al problema de la aglomeración respondía a la prevención del abandono de los recién nacidos. Como vimos antes, la hospitalización del parto se consideró una estrategia para lograr que las mujeres se apegaran a sus hijos e hijas y aprendieran a criarlos bajo los consejos de la puericultura.

A su vez, en la segunda década del siglo XX se construyeron nuevos hospitales y sanatorios. Las sociedades de socorros mutuos (que comenzaron a fundarse a partir de la mitad del siglo XVIII) profundizaron la atención en salud. La atención sanitaria seguía compartimentada de acuerdo al sector económico; las personas más pobres, el 85 % del total, acudían a la Asistencia Pública. Las mutualistas asistían a sectores de trabajadores alcanzando al 5 % de la población, mientras el 10 % restante, los sectores más ricos, seguían con asistencia particular (Wilson, et al., 2011, p. 60).

En el siguiente apartado se describe la primera política hacia la asistencia del parto de trascendencia nacional: la fundación de un hospital dedicado al nacimiento y el despliegue de políticas sociales para apoyar y enseñar a las mujeres madres pobres sobre crianza infantil.

5.2. La Casa de Maternidad

En 1915 se fundó la Casa de Maternidad, en el mismo predio en que se había fundado el Hospital de Niños Pereira Rossell en el año 1908. Turenne dirigió el proyecto, previamente lo habían enviado a Francia con la tarea de estudiar la organización obstétrica pública de ese país. Cuando volvió redactó los proyectos de reglamentación, las cartillas a entregar a las mujeres y todos los detalles de los servicios de la nueva casa (Turnes, 2014, p. 468).

Coincidente con la concepción de Turenne sobre la medicina social, la maternidad no se circunscribió a la asistencia técnica del embarazo y parto. Fue concebida como una organización para proteger de forma moral, social y legal a las mujeres embarazadas más pobres. (Turnes, 2014, p. 469; Collazo, et al., 2012, p. 368). De allí que, además de la atención en ginecología y obstetricia, se organizaran una serie de servicios: Cantinas Maternales,

refugios de madres, consultorios Gota de Leche, consultorios jurídicos, entre otros. Se apostó por la defensa jurídica de las mujeres madres, por lo que se estimuló el registro de nacimientos y matrimonios en el mismo hospital (Turnes, 2014, p. 469).

Como vimos, al instaurar la protección moral, social y legal en las políticas hacia las mujeres embarazadas más pobres se buscaba prevenir la degeneración de la especie. En el discurso de inauguración, Turenne señaló el deber de la política pública de prevenir los males que podía causar una «madre desvalida a su futuro hijo por el vicio del alcohol, la prostitución y la miseria, engendrando a un ser degenerado» (Collazo, et al., 2012, p. 269).

En el diseño de las protecciones materno-infantiles, Turenne valoró el trabajo de organizaciones civiles como Pro Matre y Bonne Garde (organización semiprivada que alojaba jóvenes embarazadas bajo la protección del Estado). Similares procesos se dieron en la región. En Argentina los médicos fueron penetrando en las distintas instituciones de asistencia y beneficencia, con mayor o menor conflicto, sobre todo por diferencias entre las lógicas de la caridad y las de la ciencia y porque las damas de elite no siempre abonaban al modelo médico de maternidad (Nari, 2004, pp. 125-127). Según Ehrick, en Uruguay la apelación a este tipo de asociaciones respondía a la brecha entre lo que aspiraban los reformadores y lo que era posible de realizar dada la situación político-económica. Durante los primeros años del siglo XX la asistencia estatal continuó dependiendo de asociaciones privadas y religiosas⁶³ (Ehrick, 2009, p. 139).

En concreto, las asociaciones acogían a las jóvenes menores de edad embarazadas o con hijos o hijas, con pocos o ningún año de escolarización y que por lo general trabajaban de «sirvientas».⁶⁴ Según el médico, las asociaciones lograban prevenir el abandono infantil, concretar uniones legítimas, gestionar legitimaciones de niños, reconciliar a las jóvenes con sus familias, así como proporcionar «honesto y remunerador trabajo (...) encarrilándolas en las vías de la vida honesta y regeneradora». (Turenne, 1919a, p. 476). Desde el discurso del médico no aparecen conflictos con este tipo de asociaciones, como sí se dieron en Buenos Aires (Nari, 2004, p. 125).

⁶³ La formación de un grupo profesionalizado de mujeres de clase media con preparación en salud y asistencia social que reemplazaría a las mujeres de la elite todavía no estaba preparado (Ehrick, 2009, p. 140).

⁶⁴ En los documentos se nombra de este modo a las jóvenes y mujeres que trabajaban realizando las tareas domésticas para una familia, que por lo general las empleaba con cama.

En aquel momento era común que una familia acomodada criara a una niña de una familia pobre; si bien en algunos casos se ocuparon de educarlas, la gran mayoría les dio el lugar de servir a la familia. Si las jóvenes se embarazaban —siendo a veces responsables los hombres de la familia— eran entregadas a los refugios. Según la investigación de Ehrick, la «protección» de dichas organizaciones no mejoraba la situación de las jóvenes, más bien la empeoraba. La Bonne Garde, luego del parto, les proveía un trabajo para servir en una familia que se comprometía a cuidar su «moralidad». Si bien la familia podía devolver a la joven en cualquier momento, si era la trabajadora colocada involuntariamente la que abandonaba ese hogar, podía ser detenida y hasta encarcelada (Ehrick, 2009, p. 144).

En términos de servicios técnicos, la Maternidad contaba con cuatro policlínicas obstétricas, dos en la propia Casa, una en el Cerro y otra en el Hospital Pasteur. A partir de la atención en dichas policlínicas se organizaba la asistencia a los partos. Según el Boletín de la Asistencia Pública Nacional, la asistencia se realizaba en domicilio, siempre y cuando las condiciones del alojamiento de las mujeres tuvieran un mínimo de higiene, y en menor cantidad en la Casa de Maternidad. Para acceder al servicio se debía justificar la falta de recursos, inscribirse en el registro de asistencia domiciliaria y comprometerse a controlar el embarazo en la policlínica; allí:

reciben toda clase de indicaciones higiénicas sobre su estado, se practican análisis de sangre (...) y en caso de falta de medios para seguir su régimen apropiado, se les entrega una tarjeta para la Cantina Maternal en donde se les da la alimentación conveniente. Al mismo tiempo se les entrega una tarjeta en la que consta el nombre de la partera a quien deberán llamar en el momento del parto y una cartilla con preceptos e instrucciones de higiene femenina. (APN, 1916, p. 12)

Dicha cartilla es un ejemplo de la estrategia de medicalización que se estaba llevando adelante. La cartilla abarcaba distintos temas: cáncer genital, control del embarazo, cuidados del recién nacido, prevención de fiebre puerperal y lucha contra el aborto. En todos los temas se observa la indicación hacia las mujeres de concurrir al médico. No aparece nombrada ninguna otra profesión. En todos los asuntos tratados se combate la práctica de acudir a comadronas y se insiste en que es el médico el único que puede prevenir los males. Parte del proceso de profesionalización de la medicina, que supuso delimitar el campo sobre el cual ejercería un dominio hegemónico (Menéndez, 1998).

Se introduce la idea del control médico del embarazo y se proponen dos controles, uno en los primeros seis meses y otro en el último trimestre, así como también la necesidad de recurrir al médico ante cualquier molestia: «Una embarazada sana no debe sentir molestias de ninguna clase. Vale más consultar diez veces inútilmente que no darles importancia a síntomas que solo el médico puede decidir si son graves o no» (APN, 1916, p. 18).

La expresión muestra la construcción de la hegemonía de la medicina. Solo el médico podría definir si una situación se apartaba de lo normal. Hegemonía que, como veremos, irá transformando en subalternas o erradicando otras profesiones u ocupaciones dedicadas al cuidado humano.

En términos del cuidado del recién nacido se plantea que «Nunca se debe cambiar la alimentación del niño sin consultar al médico» y que «*el niño tiene derecho a la leche de la madre*» (APN, 1916, p. 18) [cursivas de la cartilla]. En el tono directo y grave utilizado hay una apelación a la responsabilidad en tanto «madre» de seguir el consejo médico instalando un nuevo derecho infantil: el derecho a lactar. Se transforma una posibilidad biológica asociada a la reproducción (la lactancia) en un deber de las mujeres madres. Aquellas que no pudieran amamantar por los motivos que fueran, aquellas que les doliera, aquellas que no quisieran se transformaban en negadoras de un derecho de su hijo o hija, en deudoras de la maternidad.

5.3. Crecen las indicaciones de hospitalización del parto y el derecho a parir en un hospital

Conforme fue avanzando el siglo xx la asistencia del parto se fue hospitalizando cada vez más. Sin embargo, el interés por la hospitalización no se vio reflejado en la sistematización y relevamiento de dicha información. Se hicieron varias consultas al Ministerio de Salud Pública, al Instituto Nacional de Estadística, al Hospital Pereira Rossell y varias otras instancias, pero la respuesta es que carecen de datos. Esta situación no permite secuenciar las distintas fases de la hospitalización. Para arribar a una aproximación de la cronología de la hospitalización, se han combinado distintas fuentes (legislativas, históricas, estadísticas, documentos médicos y orales).

5.3.1. Primer y segunda década del siglo xx

El número de mujeres asistidas por la Casa de Maternidad fue aumentando año a año. En 1917 asistió el 12,9 % de los nacimientos de Montevideo, mientras que el porcentaje subió al 34,2 %

en 1929, cifras que dan cuenta del aumento de la asistencia institucional al parto por parte de las mujeres más pobres de Montevideo.

Si bien la mayoría no eran partos hospitalizados, contaban con asistencia profesional de parteras a domicilio y derecho a hospitalizarse si el caso lo requería. Por su parte, los hospitales departamentales también registraron un aumento en la asistencia del parto institucional, conforme avanzaba el siglo fueron instalando salas y pabellones de maternidad (Collazo et al., 2012, pp. 351-359).

Desde finales de la década del veinte, Turenne venía manifestando su desacuerdo con la atención del parto en domicilios muy pobres. En varios documentos expresa que desde 1915 a 1927 la Casa de Maternidad funcionó como un organismo sólido, ejemplo para América Latina. Según su opinión, luego de ese período el servicio se comenzó a desorganizar (Birn et al., 2003). Cuestionó especialmente la creación del Servicio de Asistencia Obstétrica Domiciliaria de Urgencia. Según su parecer, las autoridades cedieron a las quejas del público y dieron orden de asistir partos en cualquier domicilio, sin importar sus condiciones de higiene y pobreza. A la vez se instrumentó un incentivo económico a las parteras por parto asistido de urgencia. Para el médico, ambas medidas hicieron crecer la cantidad de casos asistidos en lugares insalubres.

Seguras las mujeres de que basta una telefoneada, cuando se inician los dolores y a veces a parto avanzado, para que concurra una partera (...) y sea asistida aunque su domicilio sea una pocilga, en la que el frío o el calor maltratan a la madre o al recién nacido, aunque no exista rudimentos de confort mínimo ni alimentos, ni médicos para proporcionárselos, ¿por qué han de ir a las policlínicas? (Turenne, 1933a, p. 3).

Para el médico, asistir el parto en domicilio requería previamente comprobar el estado de las habitaciones de la parturienta (Turenne, 1933a, p. 4), la inspección se encargaba a las visitadoras adscritas a la Casa de la Maternidad y a la Liga contra el Cáncer Genital. Visitadoras sociales y visitadoras de higiene tendrían la función de ser auxiliares del médico para obtener datos de los hábitos y antecedentes de enfermos, comportamientos alimenticios, brindar nociones de puericultura y de higiene en general (Ortega, 2003). Las visitadoras obstétricas se ocupaban de que las mujeres embarazadas se controlaran en las policlínicas obstétricas, identificaban si las condiciones de la vivienda permitían el parto en domicilio y las vinculaban luego del parto a los consultorios de Gota de Leche. A su vez brindaban nociones de

puericultura e identificaban los casos de mujeres en que pudiendo pagar servicios médicos realizaban «incalificables abusos» de la Asistencia Pública (Turenne, 1933b, p. 38).

Este tipo de acceso a las viviendas populares fue una de las formas que adquirió el control social y la intervención del Estado sobre la vida de las clases más desfavorecidas (Acosta, 2000). Los salubristas de la época construyeron la legitimidad para hacerlo a partir del fundamento de ayudar a las mujeres madres a que sus hijos e hijas crecieran con mayor salud. Pero no controlarían del mismo modo a todas las mujeres. La familia de los sectores populares se vio transgredida en su privacidad, fue vigilada y controlada en el nombre de la salud (Leopold, 2002, p. 43). Con esto no estoy afirmando que en los sectores medios y altos no hubiera presiones y exigencias hacia las mujeres madres, sino que fueron distintas, y apelaron más a la «colaboración».

A finales de la década del veinte, se puede leer una preocupación de los médicos en torno a la necesidad de que la población entendiera la importancia de la asistencia profesional en el embarazo y parto, lo que da cuenta de que aún no era una práctica tan común (Collazo et al., 2012, p. 370). Quizás el anhelado control del embarazo y la moralización maternal realizada en las distintas instancias de asistencia no fue tan bien recibido por las mujeres. La Casa de Maternidad en tanto institución de control y disciplinamiento de las embarazadas pobres (Collazo et al., 2012, p. 255) exigía que las mujeres se comprometieran con el control del embarazo, la asistencia profesional del parto y el control del puerperio. Desde tal control se cuidaría no solo la salud física, sino se adoctrinaría a las mujeres en tanto madres reproductoras de normas higiénicas, cuidadoras de sus hijos e hijas y aliadas de los médicos.

El conjunto de políticas y acciones que se fueron diseñando en torno a la maternidad pueden considerarse, al decir de Silvana Darré, como pedagogías maternas que oficiaron como tecnologías de género mediante las que se fueron estableciendo nuevos límites entre lo apropiado y lo inapropiado para la maternidad (Darré, 2013, p. 13). Para ser madres apropiadas, las mujeres pobres debían conservar a sus hijos, controlarse el embarazo, parir en un hospital si su casa era precaria, dar de mamar y someterse a la vigilancia de las visitadoras.

5.3.2. La década de los treinta

En esta década Uruguay contaba con varios hospitales públicos en distintos departamentos del país (Wilson et al., 2011, p. 59), con dos sanatorios mutuales en Montevideo y con nuevas maternidades privadas: el Sanatorio Pacheco, el Hospital Canzani y la Clínica de Colistro

(Sapriza, 1996, p. 132). Esta infraestructura otorgaba mayores oportunidades para la hospitalización del nacimiento.

En el año 1933, el Consejo de Salud Pública le había pedido a Turenne un informe sobre los servicios obstétricos de Montevideo, con motivo de ajustar su funcionamiento. En ese informe el médico planteó dos nuevas causas de hospitalización del parto, una fue ser primeriza y la otra no contar con una vivienda con las condiciones necesarias: «Hospitalización obligatoria de las primíparas, de las grávidas o púerperas patológicas y de aquellas cuyas habitaciones no reúnan las condiciones mínimas de higiene» (Turenne, 1933b, p. 4).

A las tres causas de hospitalización anteriores (estar enferma, no tener un lugar para vivir y requerir un traslado por parto complicado) se sumaban dos que implicaron un aumento sustantivo de la hospitalización. No obstante, para el médico,

si a la mujer pobre se la pudiera asistir cumplidamente en su domicilio el problema no se plantearía. Nada mejor que el nacimiento del niño se realice en el ambiente familiar y sea —como lo es en las clases pudientes— la ocasión de celebrarlo con alegría y satisfacción. Pero para las mujeres que nos interesan, la situación es muy distinta. (Turenne, 1934, p. 23)

Esta cita remarca que la hospitalización del parto en Uruguay, en sus inicios, fue recomendada para las mujeres más pobres.

La indicación médica para las clases con mayores recursos económicos seguía siendo el parto en domicilio con asistencia profesional, no obstante, desde la década anterior, las mujeres de clases acomodadas habían comenzado a preferir los sanatorios privados de obstetras reconocidos, en Montevideo había crecido la oferta de dichos centros (Pou Ferrari, 2005, p. 83). El cambio de concepto sobre lo que era un hospital —de lugar para pobres a instancia de cuidado médico— fue posibilitando que las mujeres de capas medias se animaran a recurrir allí para parir. Paralelamente, se comenzó a visualizar al parto en domicilio como algo pre-moderno. Tal como plantea Hutter Epstein (2010) para Estados Unidos, el hospital, que había sido el lugar de último recurso, se fue transformando en la maternidad más exclusiva «en la que se ofrecía a las pacientes lo último en cuidados médicos e higiene» (p. 81).

En el año 1934 se crearon dos instancias con gran implicancia en la hospitalización del parto. Una fue el Ministerio de Salud Pública, con la potestad de regular todo el sistema, establecer

las políticas de salud y asistir al indigente mediante servicios de salud públicos (Ortega, 2003, p. 63). Este ascenso a ministerio puede leerse como indicador de la importancia que la clase dirigente le fue otorgando a la salud colectiva (Mieres, 1997).

La otra instancia fue el Código del Niño, que creó el Consejo del Niño como la entidad que regía todo lo referente al bienestar de los menores desde su gestación hasta la mayoría de edad; «bienestar» que tuvo como claves ideológicas el abandono moral y material, construyendo una propuesta moralizadora y sancionadora de la infancia pobre (Leopold, 2002, p. 83).

En el artículo 29 del Código del Niño se planteó que la asistencia del parto se efectuaría en los servicios del Ministerio de Salud Pública, prefiriéndose en primera instancia la asistencia en las maternidades y en segundo lugar en el domicilio. Por primera vez en la historia del Uruguay se invirtió la preferencia por el parto en domicilio y pasó a preferirse el parto en hospital. En principio solo para las mujeres que se atendían en las instancias públicas.

A mitad de la década del treinta, el porcentaje de partos institucionalizados seguía creciendo, pero dentro de ellos los asistidos en hospital todavía eran menos que los asistidos en domicilio.

En 1934 se produjeron 12 865 partos en Montevideo (INE, 1937, p. 6). Ese año, en los principales hospitales de Montevideo —Maciel, Pasteur y Casa de Maternidad— se atendieron 3561 partos (Turenne, 1938b). En ese momento también había mutualistas que asistían nacimientos; si bien no existen datos sobre cuántos afiliados tenían, se estima que no más del 10 % de la población era socia del mutualismo (Mieres, 1997). Las fuentes consultadas permiten afirmar que, para ese momento, algunas mutualistas no asistían los partos de sus socias. Turenne denunciaba el abuso de personas que no siendo pobres se asistían en instancias públicas. Plantea que existía un drenaje hacia la asistencia pública de mujeres que pertenecían a mutualistas con sanatorios, pero que no eran asistidas en casos de parto o aborto (Turenne, 1933b, p. 12).

Si recordamos que en ese momento los médicos recomendaban el parto en domicilio para las clases con recursos económicos, podemos estimar que los partos hospitalarios en Montevideo todavía no alcanzaban al 50 % del total. A diferencia de lo que ocurría en Buenos Aires en la misma década, allí la primera maternidad pública había comenzado a funcionar a fines del siglo XIX, en 1930 había crecido especialmente el parto asistido en hospitales, llegando a casi el 60 % de los nacimientos de la capital en 1940 (Nari, 2004, p. 179).

5.3.3. La década de los cuarenta

En el correr de la década de los cuarenta el parto continuó el proceso de hospitalización. En ese momento Uruguay pasaba por una situación económica muy favorable, con un crecimiento de la industria y aumento del salario real. Entre 1940 y 1946 se produjo un impulso de legislación laboral y social tales como la extensión al funcionariado público del régimen de jubilaciones, reparaciones por accidentes de trabajo, Asignaciones Familiares para algunas actividades y el derecho a la licencia maternal, entre otras (Ortega, 2003, p. 77).

La Ley 10449 de 1943 que creó los Consejos de Salarios, dio lugar a las Cajas de Compensaciones por Asignaciones Familiares (un sistema previsional paraestatal para los trabajadores y trabajadoras de la actividad privada, que atendía el riesgo del aumento de la carga económica de la familia). En este marco, algunas Cajas en Montevideo y algunas en otros departamentos comenzaron a extender su acción social; entre los nuevos servicios se plantearon la protección materno-infantil, con la instalación de nuevos centros para maternidad y recién nacidos (Santos, 2006, p. 103-125).

En 1943, el Parlamento le pidió consejo a Turenne sobre el proyecto de ley de Seguro de Maternidad. En el documento elaborado por el médico se plantea que, para que la mujer sea beneficiaria del seguro, debía declarar precozmente el embarazo, controlarse profilácticamente el estado grávido puerperal y asistirse el parto en los establecimientos o en otros organismos adecuados de salud pública (Turenne, 1943, p. 210). Deja en claro que tenían que ser las Cajas las que pagaran los gastos del control del embarazo, de la asistencia del parto y del control del puerperio.

5.3.4. La década de los cincuenta

Según las fuentes, fue en esta década cuando se procesó la masificación de la asistencia hospitalaria del parto, con diferencias según Montevideo e interior. Si bien todavía persistía la asistencia domiciliaria y la asistencia en consultorios privados, la tendencia creciente era el parto asistido en el hospital por partera diplomada o ginecotocólogo.⁶⁵

⁶⁵ Entrevista a Mañé Garzón realizada el 22 de octubre del año 2015.

En la capital, en el año 1952 ya actuaba el sistema de atención materno-infantil a través de cinco centros de atención, sistema que se extenderá al interior del país unos años más tarde (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 117).

Las parteras entrevistadas por Graciela Sapriza (1996) coincidieron en que «el principio del fin de su reino fue la aplicación de la Ley de Asignaciones Familiares de 1952» (p. 144), ley con consecuencias contradictorias desde el punto de vista de las relaciones de género. Por un lado, la ley aumentó el derecho de las mujeres a parir en el hospital. Por otro, la hospitalización implicó que disminuyeran los partos en domicilio reasignando a las parteras a la labor hospitalaria, en un papel subordinado a los médicos (Sapriza, 1996, p. 132). Por una parte, crecían los derechos de las mujeres y, por otra, la profesión de mujeres que había sido hegemónica en la atención del parto perdía su poder.

La expansión de la cobertura asistencial del embarazo, parto y puerperio para trabajadoras y esposas de trabajadores aumentó considerablemente la institucionalización del nacimiento. La Ley 11618 de Compensación y Asignaciones Familiares mejoró la protección social iniciada por la Ley 10499. A fines de 1953 se ratificó por Ley 12030 el convenio n.º 103 de la Organización Internacional del Trabajo, el cual, entre otros derechos, establecía que las mujeres empleadas en empresas industriales, en trabajos no industriales y agrícolas y las asalariadas que trabajaran en sus domicilios tendrían derecho a las prestaciones médicas durante el embarazo, parto y puerperio. En esta década, el Consejo de Asignaciones Familiares brindaba servicios asistenciales materno-infantiles, incluso creó una maternidad para tales fines (Banco de Previsión Social [BPS], 2011).

Un análisis de las publicaciones del Sindicato Médico del Uruguay (SMU, 1948, pp. 33-37; SMU, 1956, pp. 51-57; SMU, 1958, s.d.) muestra que el Seguro de Maternidad fue discutido durante años y ameritó varios proyectos de ley. En el año 1956, el SMU fue convocado a emitir opinión sobre dos proyectos de ley sobre el Seguro de Maternidad, uno propuesto por el Ministerio de Industrias y Trabajo y otro por la Caja de Asignaciones Familiares. En ambos se garantizaba el reposo antes y después del parto, de las trabajadoras con salario pago y el derecho a la asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, entre otros asuntos. En los dos proyectos se plantea que si las mujeres se negaban a someterse a los exámenes médicos impuestos por la Caja dejarían de percibir las prestaciones (SMU, 1956, p. 51-57), lo cual reitera aspectos coercitivos de la medicalización de la reproducción en el país.

Síntesis del capítulo

La institucionalización de la asistencia al embarazo, parto y puerperio comenzó en el marco de un conjunto de medidas higienistas y eugenistas orientadas a mejorar los nacimientos y así mejorar la calidad de la nación. Tal como fue analizado para Argentina, el esfuerzo estatal por institucionalizar la reproducción colocó al cuerpo femenino como locus de interés médico en tanto punto de partida de la degeneración de la especie (Nari, 2004, pp. 108-111). En Uruguay, en el inicio del proceso, el cuerpo femenino de interés fue el de las mujeres más pobres.

La institucionalización de la asistencia se implementó con estrategias diferenciadas según las clases sociales, las primeras instituidas fueron las más pobres en instancias estatales, seguidas por las trabajadoras y esposas de trabajadores en sociedades de apoyo mutuo, mientras las de clases altas combinaron el parto en domicilio con la asistencia en sanatorios privados de médicos de renombre.

En términos de las políticas de institucionalización se destaca la fundación de la Casa de Maternidad, que en combinación con organizaciones de beneficencia gestionaron servicios de asistencia obstétrica, pero también social y legal. Una institucionalidad de control y disciplinamiento hacia las mujeres de sectores empobrecidos, tanto en términos de moralizar la maternidad como en términos de profundización de la medicalización (la cartilla que se entregaba a las mujeres embarazadas las mandataba a concurrir al médico ante distintas situaciones de salud, sin nombrar a ninguna otra profesión).

Por otra parte, la institucionalización del parto no tenía por qué haber implicado su hospitalización, pero, como hemos venido señalando, las causas para asistirlo en el hospital fueron creciendo en el correr de las primeras tres décadas del siglo XX.

A principios de siglo, solo se recomendaba la hospitalización de las ‘desamparadas’ y las mujeres pobres con patologías. Como vimos, la hospitalización se utilizó como estrategia para convocar a las mujeres a no abandonar a sus hijos o hijas y para enseñarles a ejercer la «maternidad moderna», al decir de Mónica Tarducci.

Conforme fue avanzando el tiempo, los médicos especialistas engrosaron la lista de causas de hospitalización, siendo un eslabón importante la hospitalización de las primerizas. Parir por primera vez pasó a ser motivo de riesgo para la asistencia en domicilio.

En 1934, el Código del Niño extendió la preferencia del parto en el hospital sobre el domicilio a todas las mujeres asistidas por instancias públicas. Pero a pesar de la creación de nuevas maternidades todavía no había suficiente espacio para transformar la norma en práctica. Fue recién con la cobertura de las Asignaciones Familiares que se pudo brindar la asistencia hospitalaria a las trabajadoras y esposas de trabajadores.

Por último, en el correr de las décadas de los cuarenta y los cincuenta, tras la aprobación de leyes que aumentaban los derechos de los y las trabajadoras, se extendió la protección materno-infantil instalando el derecho al parto hospitalario para la clase trabajadora. En el análisis de las discusiones médicas en torno al Seguro de Maternidad se reitera la coerción medicalizadora, las mujeres tendrían ciertos derechos siempre y cuando se sometieran a las nuevas pautas de control del embarazo y parto.

En términos del análisis de los fundamentos médicos para la hospitalización, en las fuentes aparece claramente la que refiere a la prevención del abandono infantil y a la erradicación del parto en domicilios precarios. Sin embargo, no encontré referencias sobre por qué las primíperas debían atenderse en hospitales y tampoco sobre la preferencia médica de la asistencia hospitalaria sobre la asistencia domiciliar para todos los casos. Una vez saldadas las principales causas de mortalidad quizás no había razón clínica para preferir el parto hospitalario; las razones fueron políticas y culturales y respondieron, por una parte, al proceso de racionalización moderna que implicaba científizar la asistencia del parto y, por otra, a la hegemonía que la medicina fue construyendo en tanto profesión con autoridad en la asistencia del parto.

En el capítulo siguiente se analiza otro de los procesos sociohistóricos que configuraron a la institucionalización y medicalización del parto: las transformaciones de la labor de la partería conforme fue avanzando el siglo XX. El proceso de hospitalización tuvo fuertes implicancias en su trabajo, cambiaba el lugar del parto y también su lugar social como referentes históricos en el nacimiento.

Capítulo 6

La partería en la transformación de la asistencia del parto

En los apartados siguientes me centro en la trayectoria de la partería en Uruguay hasta la primera mitad del siglo XX, colocando en el centro las relaciones de poder entre la medicina y la partería.

El capítulo se estructura en dos partes: el proceso de formación de la partería y el control y supervisión de su práctica por parte de la medicina. Esta forma de exposición, temática y no cronológica, implica un esfuerzo de ir y venir en los tiempos históricos.

6.1. La partería como profesión

La definición de qué es una profesión es un asunto en debate (Freidson, 2001, p. 30), en la sociología de las profesiones hay cierto consenso de que refiere a un grupo profesional con una pericia especial, que requiere un aprendizaje extenso y un conocimiento abstracto (Rodríguez y Guillén, 1992). La profesionalización implicaría el proceso a través del cual «un oficio adquiere las características con las que se identifica socialmente una profesión: autonomía, reconocimiento, monopolio y poder» (Blázquez, 2016, p. 445). A su vez, Collins agrega que solo consiguen profesionalizarse aquellos trabajadores que logran obtener el control de su propia formación (Collins, citado en Sánchez y Sáez, 2009, p. 108).

En el caso de la partería profesional uruguaya, el control tardío de su formación, las condiciones de subalternidad técnica en la que nace y la disminución de la asistencia del parto conforme avanza el siglo XX tensionan la propia noción de la partería como profesión. Y es que, para entender el proceso de la partería, debemos tener en cuenta los procesos de poder y corporativismo que enmarcan y condicionan las trayectorias de ocupaciones que han disputado el mismo campo. Queda como desafío a futuro profundizar en un análisis de las profesiones que examine los lugares que la medicina y la partería han transitado en la división sociotécnica del trabajo, teniendo en cuenta las distintas demandas sociohistóricas a cada una. Este tipo de análisis permitirá trascender una interpretación errada de la partería como una profesión que, «autosuperándose», podría haber seguido el camino de la medicina. Como veremos, la medicina en su camino hacia la hegemonía del cuidado de la reproducción se sirvió y subalternizó a la partería.

No es casual que varias de las profesiones subalternizadas estén feminizadas. Las prácticas profesionales están generizadas (Lorente, 2014). Belén Lorente, quien analiza este tipo de profesiones, propone un análisis desde los mecanismos que limitan la capacidad de su crecimiento, pero a su vez con perspectivas que les otorguen poder institucional, académico y laboral (2004, p. 44).

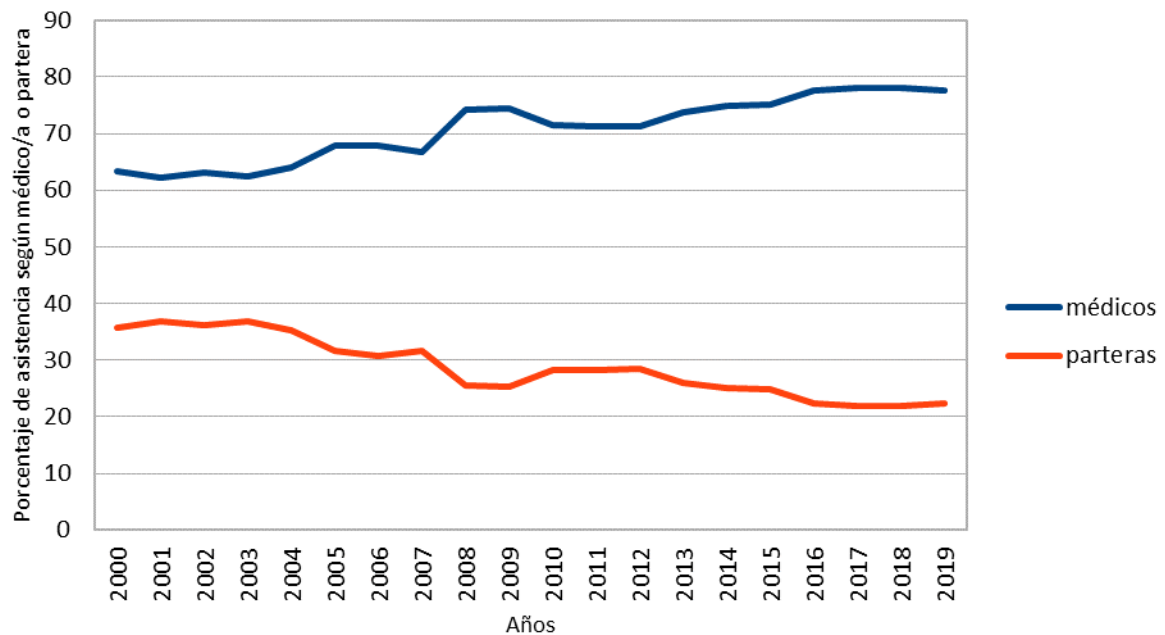
Tomaremos su propuesta para analizar el lugar de la partería en el contexto de las transformaciones a la asistencia del parto. En esta tesis sostengo que el mecanismo que limitó su capacidad de crecimiento fue la medicalización de la partería, que implicó el control de su formación y la limitación y supervisión de su práctica por parte de la medicina, proceso que formó parte, a su vez, de la construcción de la hegemonía médica en la asistencia del parto.

Si a principios del siglo pasado eran las que realizaban casi todos los abortos y partos (Turenne, 1939), un siglo después nos encontramos que casi no intervienen en los procesos de interrupción voluntaria del embarazo⁶⁶ y atienden uno de cada cinco nacimientos.⁶⁷ El primer dato oficial lo tenemos para el año 1977, la asistencia de parteras era superior a la de los ginecólogos, en ese año asistieron el 57 % de los partos en el país, mientras los médicos alcanzaron el 39 % (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2002, p. 4). En la siguiente gráfica se puede observar la evolución de la asistencia del parto según la profesión que asiste, comienza en el año 2000 pues es desde cuando se releva sistemáticamente el dato. En el año 2020, las parteras asistieron el 22,6 % de los partos, mientras los médicos, el 77,4 %, con un porcentaje de cesáreas de 45,7 % (MSP, 2021).

⁶⁶ En Uruguay, en el año 2012, se promulgó la Ley 18987 sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto, que habilita a interrumpir el embarazo hasta la semana 12 de gestación. Intervienen las profesiones de ginecología, psicología y trabajo social. En la ley no se nombra a la partería, si bien de hecho a veces acompañan en la primer consulta, el proceso está definido como acto médico.

⁶⁷ Un asunto que no se trata en la tesis, porque está fuera del período de tiempo analizado, es el pago extra que reciben los médicos y médicas por realizar un parto o una cesárea. En 1992, la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas y las Cámaras Mutuales de Montevideo firmaron un convenio que estableció un plus económico para los médicos involucrados en cirugías (originalmente cirujanos y anestesistas). Luego, el resto de los médicos que hacen cirugías pidieron ser tenidos en cuenta. Los y las ginecólogos lograron así que se les pagara por cesárea realizada. A posteriori, el Ministerio de Salud Pública, para disminuir el aumento de cesárea por causas económicas, incluyó también un pago extra por parto realizado, de este modo la cesárea y el parto son actos médicos. En las prestadoras de la Administración de los Servicios de Salud del Estado los médicos no lo cobran. En las mutualistas y servicios privados sí.

Figura 3. Variación de la atención por médico o partera en Siglo XXI



Fuente: Estadísticas Vitales. MSP

Claro que la asistencia del parto no es lo único para lo que se forman las parteras. Pueden intervenir en otras dimensiones de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Pero es significativo que en el transcurso de un siglo hayan disminuido drásticamente la atención del evento que les dio nombre a su profesión.

6.2. Control médico de la formación en partería: la reconfiguración del saber

Antes de que comenzara la medicalización de la partería, las comadronas y parteras tenían autonomía y reconocimiento en la asistencia del parto; al decir de Turenne (1939), era el reinado de un «grupo de viejas parteras» (p. 59). El médico partero todavía no era una figura común, y las personas de todas las clases sociales tendían a atenderse con la comadrona o partera de la familia.

A partir de la declaración de la independencia del país (1825) y hasta la creación de la carrera de partera en la Facultad de Medicina (1875) las parteras que querían titularse debían demostrar su idoneidad a través de un examen ante las instancias de Higiene Pública, pero no se

instrumentaban cursos previos de forma sistematizada.⁶⁸ Si lo salvaban, pasaban a conformar la lista de parteras tituladas. Además de las tituladas, las comadronas actuaban en todo el territorio y eran casi las únicas en el interior del país (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 109). Aquellas parteras y comadronas se formaban a partir del conocimiento empírico.⁶⁹

A partir del comienzo de la formación en partería, en el marco de la inauguración de la Facultad de Medicina, el conocimiento empírico fue eliminado y reemplazado por un conocimiento basado en la ciencia médica y transmitido por médicos facultativos hacia estudiantes de partería.

Planteo la reconfiguración del saber porque, tal como estudió Soledad Zárte para Chile, el pasaje del oficio de partera empírica a titulada no puede considerarse como un proceso de profesionalización, fueron los médicos y no las parteras los que controlaron su formación (Araya, 2008).

La reconfiguración del saber de la partería en Uruguay combina las dos estrategias mencionadas en los estudios para la región, la *degradación de los saberes empíricos*⁷⁰ y la instrumentalización de *cursos de profesionalización* (Díaz Robles y Oropeza, 2007, p. 237).

A diferencia de escuelas de otros países en donde la instrucción de las escuelas de parteras estuvo a cargo de parteras, como en Perú (Quiroz, 2012, p. 437), o el caso español en donde hubo docencia de matronas⁷¹ —asociadas con médicos—, en el último cuarto del siglo XIX (Ortiz, 1998), en Uruguay los encargados fueron médicos.

En el primer reglamento de los cursos para partera de la Facultad de Medicina, aprobado en 1877, se determinó que las señoras que aspiraran a tal título debían tener más de 30 años y

⁶⁸ Se encontró una sola referencia a la formación de las parteras antes de la fundación de la Facultad de Medicina. El Protomedicato instrumentó una instrucción hacia parteras, instrucción dictada por un cirujano.

⁶⁹ La instrucción de la partería empírica en Europa es un tema casi desconocido para la historiografía específica, no se conocen ni las formas ni los contenidos de tal aprendizaje. Los escasos testimonios existentes hacen suponer que muchas veces las parteras empíricas aprendían con otras mujeres de su familia, de manera informal o con vínculos contractuales, y que el aprendizaje duraba entre varios años o varios partos en donde la aprendiz podía vivir con su maestra y acompañarla a la asistencia de partos (Ortiz, 1998).

⁷⁰ Desde una mirada decolonial, la degradación de los saberes empíricos comenzó en el proceso de conquista de América, donde la visión etnocéntrica de los conquistadores despreció el conocimiento indígena en general, y en particular también el que tenían en obstetricia (Sadler, 2003, p. 34).

⁷¹ No obstante esto, no parece haber redundado en mayor autoridad y autonomía para las matronas españolas de esa época (Ortiz, 1998, p. 78).

rendir dos exámenes, uno sobre los órganos reproductivos de las mujeres y el segundo sobre parto, pudiendo tomar cursos en la Facultad de Medicina, pero debiendo pasar por los exámenes de forma obligatoria (Herrera y Gorlero, s.f., p. 806). En 1881 egresó la primera partera, Adela Peretti.

Hasta ese momento quedaba en manos de las estudiantes las formas para adquirir el conocimiento, podían tomar algún curso en la Facultad de Medicina o estudiar por su cuenta. Esto se consideró una falencia y cambió diez años después, reglamentándose cuáles serían los cursos que debían tomar las estudiantes de forma obligatoria durante tres años.

En 1892, las autoridades universitarias tuvieron que flexibilizar lo que se pedía para ingresar a la carrera, pues las asignaturas preparatorias exigidas por el Reglamento General de Enseñanza Secundaria traían como consecuencia el alejamiento de las alumnas. Si esta situación no se solucionaba, se corría el riesgo de no poder

preparar para el ejercicio de la profesión a elementos de carácter nacional, que son a su vez reemplazados, o por extranjeros que solicitan revalidación de título (...), o lo que es aún más lamentable, por personas que carecen en absoluto de las condiciones más generales de idoneidad y suficiencia. (Herrera y Gorlero, s.f., p. 809)

Finalmente se definió que las candidatas a estudiantes de partera dieran un examen sobre lectura, escritura, elementos de gramática, elementos de geometría y aritmética (Herrera y Gorlero, s.f., p. 810).

Lo anterior muestra el interés de formar parteras nacionales sujetas a ciertos conocimientos. Un nivel exigente para la entrada a la Escuela ponía en riesgo la continuidad de la formación de parteras tituladas. Pero tampoco se definió eliminar el examen de ingreso. Para acceder a tal oportunidad era necesario demostrar no ser analfabeta, situación educativa de la mayoría de las comadronas. Similar al resto de los países de América Latina —donde fue excepcional que se promoviera la titulación de las parteras tradicionales (Quiroz, 2018, p. 76)—, en Uruguay no hubo ninguna política para formar a las comadronas. Más bien todo lo contrario, tal como sucedió en Ecuador y varios países de la región, las comadronas se identificaron como mujeres ignorantes con prácticas contradictorias con el ejercicio médico científico, con la higiene y con la eugenesia (Vásquez, 2011, p. 28).

El 25 de marzo de 1915 se aprobó un nuevo reglamento de la Escuela de Parteras formulado por cuatro médicos, entre ellos Augusto Turenne. El reglamento planteaba los requisitos para acceder a la carrera, el programa de cursos de los tres años, el régimen de evaluación, la vestimenta e instrumentos de las estudiantes, así como un sistema de premiación para las que salvaran los exámenes con mejores notas. Es de destacar que los profesores encargados de los cursos eran médicos; en la clínica obstétrica podían inscribirse «una partera interna y una o más monitoras, con el objeto de que colaboren en la enseñanza» (Arcos et al., 1930, p. 85).

A pesar de que las estudiantes de partería habían presentado en 1909 un pedido de anulación del examen de ingreso —por considerarlo discriminatorio—, el Reglamento de 1915 lo hizo más exigente. Como respuesta a aquel pedido Turenne manifestó:

del servicio doméstico al hospitalario, sin preparación alguna, con rudimentos de enseñanza primaria, muchas veces en edad respetable, que explica la dificultad de asimilar nuevas ideas, (...) ¿Es el examen actual de ingreso, una prueba que haga presumir una elevación en el nivel intelectual de las futuras alumnas? Hasta cierto punto. No cabe duda que actualmente se requieren conocimientos para dicho examen que aseguran una preparación suficiente para que las primeras lecciones recibidas en la Facultad no parezcan a las alumnas sánscrito o hebreo. (Pou Ferrari, 2005, pp. 67-70).

Tal como ha sido estudiado para el proceso chileno, la campaña de desacreditación de las parteras por parte de la medicina (apoyada en las desigualdades de género existentes y en la supremacía del conocimiento científico sobre el popular) operó, a la vez, como un mecanismo que reprodujo y afianzó la desigualdad de género. Al mismo tiempo que se proponía a la medicina para la asistencia del parto se cuestionaba a las mujeres como partícipes de un evento científico (Araya, 2008, p. 3).⁷²

Según el nuevo reglamento, las aspirantes debían tener entre 18 y 35 años y presentar un certificado de «vida y costumbres honestas» (Arcos et al., p. 82). El cambio de edad fue otra de las estrategias en la lucha contra las «viejas» (Donzelot); años después, Turenne comprobó la aceptación de ‘las nuevas parteras’ de las reglas de la asepsia (Turenne, 1939, p. 59). El convencimiento de Turenne de mantener el examen de ingreso a la formación, o lo que él

⁷² Se cita una reseña que realizó Claudia Araya (2008) sobre la tesis doctoral de María Soledad Zárate titulada *Dar a Luz en Chile, siglo XIX. De la «ciencia de la hembra» a la «ciencia obstétrica»*.

definía como una admisión severa, tenía el objetivo de ser un filtro científico y moral de ciertas mujeres que luego podrían constituirse como ‘aborteras’.

En 1941, se estableció un nuevo plan de estudios de la Escuela de Parteras, para ingresar a la formación era necesario aprobar cuatro años liceales, lo cual fue celebrado por la Asociación Obstétrica del Uruguay.⁷³ Para las parteras agremiadas, esta disposición recogía una antigua aspiración que favorecería la superación cultural de la partería y les permitiría jerarquizar la profesión en términos científicos. Sobre todo, poder hacer oír su voz profesional, ya que si bien había parteras con formación y experiencia para desarrollar temas científicos, «es evidente que esas invalorable voces de experiencia se pierden por modestia y, muchas veces, porque el desconcertante e injusto preconceito con que se las juzga cohibe su acción e impide la libre exposición de sus ideas» (Mederos, 1942, p. 5).

En 1946, en el marco de la reforma de la Escuela de Parteras, la Facultad de Medicina conformó una comisión de médicos para evaluar la formación de las parteras. Si bien todavía no eran convocadas con voz y voto en las instancias que hacían a la definición de la formación de su profesión, pudieron ser oídas en algunas de sus opiniones. En ese año y durante la década de los cincuenta, plantearon la necesidad de que hubiera docentes parteras. La Asociación Obstétrica presentó una propuesta para reorganizar la Escuela en donde propuso una dirección formada por siete miembros, de los cuales tres deberían ser parteras y una médica (elegidas por ellas). Planteaban también la obligatoriedad de que hubiera una partera en cada concurso docente de la Escuela (Toscano, 1955, p. 23). Dicha propuesta muestra que tuvieron capacidad de lucha por la apropiación de su formación.

Hay varias notas en la Revista de la Asociación Obstétrica a propósito de iniciativas de cerrar la formación de partería, así como de eliminar la profesión de partera. En julio de 1950, bajo el título de ‘Noticia Grave’, el gremio denunció una propuesta presentada ante la Sociedad Ginecológica de «limitar, suprimir o hacer morir la profesión de Partera» (Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, 1950, p. 3), con vistas a cerrar la Escuela de Parteras.

En 1956, la Asociación de Estudiantes de Obstetricia (estudiantes de partería) presentó una carta al decano de la Facultad de Medicina, expresando un conjunto de dificultades en los

⁷³ En el siguiente apartado se describe la revista.

cursos y la gestión de la Escuela de Parteras. Manifestaron su preocupación por lo que entendían que era una tendencia a la eliminación gradual de la formación (Pneihoff y Fernández, 1957, p. 7).

La estabilidad de la Escuela de Parteras estuvo bajo tensión, en varias oportunidades se manejó la posibilidad de cerrarla. Los gremios de egresadas y estudiantes respondieron a tales embates.

Pese a toda su lucha, hasta que la Escuela de Parteras fue trasladada al Hospital Pereira Rossell, estuvo dirigida por médicos. En 1971, el Consejo de Facultad de Medicina resolvió que la partera Teresa González dirigiera la Escuela (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 113). Este proceso fue fruto de reiterados planteos y lucha de estudiantes, docentes y egresadas (Lutz, 2007, p. 29).

6.2.1. Turenne y la formación de las parteras

A lo largo de la obra de Turenne hay permanentes referencias a las parteras; si bien distingue a algunas que trabajan bien, la gran mayoría de las veces las adjetiva de forma negativa:

Si bien en su inmensa mayoría son de una supina ignorancia, de cuando en cuando surge una de ellas, de clara inteligencia y experiencia grande, tales como: Justina Siegemundin, Luisa Bourgeois o Ana Elisabeth Horenburg, cuyos libros demuestran cuán alto es el nivel que las separa de sus colegas. (Turenne, 1943c, p. 255)

Durante su trayectoria como médico fue forjando una idea sobre cuáles mujeres podían estudiar para parteras y cuáles no. La historiografía sobre partos nos muestra que los médicos expresaron, en múltiples ocasiones, cuáles deberían ser las cualidades de las parteras, así como cuáles deberían evitarse. Permitámonos una cita al médico Damián Carbón a fines de la Edad Media:

La primera de las cuales ha de ser que la comadre sea muy esperta en su arte. La segunda que sea ingeniosa. La tercera que sea moderada, es assaber, que tenga buenas costumbres (...) que tenga buena cara y sea bien formada (...). No sea fantástica, no sea riñosa, sea alegre (...). Sea honrada, sea casta para dar buenos consejos y exemplos (...). Tenga las manos delgadas y mire las carnes que tiene a tratar (...). Tenga temor de Dios (...). Dexe cosas de sortilegios ni supersticiones y agujeros ni cosas semejantes porque lo aborresce la Yglesia santa. (Carbón [1541], citado en García Herrero, 2005, p. 28).

Algo de los consejos medievales se puede leer en los consejos de Turenne. quien no se centró tanto en las cualidades, sino en los atributos no deseados. Además de las de edad avanzada, desaconsejaba la profesión para mujeres muy jóvenes, las ‘atolondradas’, las muy ‘gordas’, las ‘débiles’, las ‘enfermas’, las de ‘mente pesada y obtusa’, las que no temieran a Dios (Turenne, 1934, p. 191). Siendo que él no fue creyente, recomendó la fe religiosa para la partería. Supongo que su idea de que fueran creyentes tenía que ver con el problema de conciencia que podría acarrear a la hora de practicar un aborto.

Para Turenne (1939) había dificultades importantes para que las comadronas y parteras asumieran y practicaran el conocimiento científico sobre el parto, quienes «tenían una opinión algo desdeñosa de la asepsia y practicaban maniobras no recomendadas» (p. 59). Lo que nos recuerda los aspectos ya trabajados de la transformación cultural hacia el orden racional moderno; la atención de las parteras aparecía como parte del mundo premoderno. En el nuevo mundo, el conocimiento de las mujeres sobre la salud fue desdeñado. Si bien hubo una apuesta a las parteras en la asistencia del parto, pues la partería profesional no se eliminó, el nuevo perfil tenía que adaptarse al rol que los médicos construían para una profesión subsidiaria a la medicina.

Para el médico Ricardo Pou Ferrari (2005), quien escribió el libro sobre la vida y obra de Augusto Turenne, llama la atención de que, a pesar de que el médico se formó en Francia (país en donde las parteras tuvieron gran relevancia) y teniendo una pésima opinión de la formación de las parteras, no contribuyera suficientemente a mejorar su formación (p. 113). Quizás tenga que ver con la idea de Turenne, que aparece en algunos pasajes de su obra —los cito más adelante—, de la prescindencia de la partería una vez superados los prejuicios sexuales de la cultura premoderna.

6.3. Control y supervisión médica de la práctica de las parteras

Durante la Edad Media, médicos y cirujanos intervinieron poco en asuntos que tuvieran que ver con los órganos reproductivos femeninos; ese mundo, aunque criticado, pertenecía a las parteras, comadronas y matronas.⁷⁴ Pero a partir del siglo XVIII los médicos comenzaron a

⁷⁴ Investigaciones sobre la caza de brujas en la Edad Media plantean que la Inquisición fue una primera acción organizada de instituciones masculinas para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina (Ehrenreich y English, 1981). Recordemos que el *Malleus Maleficarum* era el tratado que consideraba que las brujas más peligrosas eran las que ayudaban a parir.

reivindicar, para ellos, el ejercicio de la obstetricia. En las obras médicas publicadas en Europa sobre la mortalidad en los partos reiteran juicios de «impericia, ignorancia y vanidad de las parteras» (García Herrero, 2005, p. 24).

En el Río de la Plata también se documentan cuestionamientos a la práctica de las parteras desde el siglo XVIII. En 1783, el Protomedicato instauró una academia para que los titulados se actualizaran; entre otras acciones, se destinó que un cirujano instruyera a las parteras

por medio de un tratado fácil y claro (...) y de este modo sujetarlas a examen. Esta deliberación es indispensable, pues (...) se evitarán los infanticidios que cometen, abortos que causan y parturientas infelices a quienes dolorosamente quitan la vida. (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 106)

La cita anterior, que se centra en la capacidad de matar de las parteras, me recuerda a un pasaje del *Malleus Maleficarum* (1484), el manuscrito que orientó la caza de brujas en la Edad Media:

Las brujas que son comadronas matan de distintas maneras a los niños concebidos en el útero, y procuran un aborto; o si no hacen eso, ofrecen a los demonios los niños recién nacidos... nadie hace más daño a la fe católica que las comadronas. (Kramer y Sprenger, 1484, p. 68--69).

Pareciera que el recurso de diabolizar a las parteras volvía a utilizarse como modo de combatir una práctica que, quizás, se resistía a menguar.

En el correr del siglo XIX, el discurso médico uruguayo prosiguió poniendo en tela de juicio la práctica de las parteras y comadronas (Barrán, 1992). En una tesis para optar al título de doctor en medicina, presentada por Adolfo J. Vallvé en el año 1892, se planteaba que la causa de la existencia de la inversión uterina en Montevideo radicaba en la «libertad sin límites» que gozaban las que se dedicaban a la partería. Si bien reconoce que existían parteras que hacían «honor a su profesión», la tesis denuncia que había muchas otras que asistían sin siquiera desinfectarse las manos (Vallvé, 1892, p. 18). La imagen de la partera como una mujer ignorante y de dudosa calidad moral colaboraba en la construcción de la jerarquía de la medicina masculina como el saber especializado.

Las parteras no fueron las únicas perseguidas en la lucha de la clase médica por el monopolio de curar. También fueron perseguidos los curanderos y menospreciado, en general, el saber

popular (Barrán, 1992), aspectos del proceso de racionalización de la cultura y el Estado, mencionado anteriormente.

En el correr de los siglos XIX y XX, el control médico sobre la práctica de la partería se fue plasmando en las sucesivas reglamentaciones y decretos. El análisis documental muestra la paulatina circunscripción de la partería a lo que llamaron el parto normal. Como veremos en los próximos apartados, además se fueron restringiendo ciertas prácticas obstétricas e indicaciones medicamentosas. Se les prohibió la realización de abortos mientras se perseguía y penalizaba el ejercicio de la partería empírica.

6.3.1. Las principales disposiciones de control sobre el campo profesional de la partería

Desde la primera vez que apareció claramente identificada la actividad obstétrica en el país — en 1830 y por motivo de una Comisión que estudió los títulos que exhibían las distintas profesiones que actuaban en Montevideo— la profesión partera aparece como habilitada para casos de partos normales (Herrera y Gorlero, s.f., p. 804).⁷⁵

En diciembre de 1864, el Consejo de Higiene Pública determinó que las parteras solo podían ejercer en el caso de parto natural, estándoles prohibido todo parto artificial por maniobra o instrumento. Tampoco podían administrar ninguna especie de sustancia «ni aún en el caso de complicación posible del mismo parto natural, por razón de no tener sus prescripciones valor médico legal» (Herrera y Gorlero, s.f., p. 805).

En enero de 1888, el mismo Consejo prohibió a las parteras, bajo pena pecuniaria o prisión, prestar todo tipo de «asistencia en los casos de enfermedades uterinas o de cualquier otra especie» (Consejo de Higiene Pública, 1888, p. 595), lo cual implicaba la prohibición de realizar abortos.

El 31 de julio de 1915 se aprobó la primera reglamentación del ejercicio libre de la profesión partera (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 112). En 1919, ante las sospechas de que las parteras diplomadas realizaban abortos, el Consejo Nacional de Higiene reglamentó la instalación y funcionamiento de las casas para parturientas o maternidades particulares, las cuales eran

⁷⁵ Virginia Victoria Beisier es la única partera titulada que aparece en la lista (Herrera y Gorlero, s.f., p. 804).

dirigidas por parteras. Se les prohibió recibir a embarazadas antes del sexto mes del embarazo, de forma de prevenir el aborto (Barrán, 1993, p. 185).

En 1924, el Consejo Nacional de Higiene dictó una ordenanza sobre la profesión de partera, restringiendo su actividad a la asistencia e higiene del embarazo normal, al cuidado de la madre pre y postparto normales y al cuidado del recién nacido hasta la caída del cordón umbilical. La ordenanza prohibía recetar ciertos medicamentos, como morfina y ergotina, a la vez que obligaba a la partera a llamar a un médico en todos los casos en que sobreviniera alguna complicación y obedecer todas las indicaciones higiénicas de la ordenanza. Si incurrían en alguna infracción, se consideraba ejercicio ilegal de la medicina (Barrán, 1993, p. 185).

6.3.2. El Reglamento de 1934

En 1934, año paradigmático para la hospitalización del parto (se fundó el Ministerio de Salud Pública y el Consejo del Niño, organismos que instituyeron la preferencia del parto hospitalario por sobre el parto en domicilio), y en contexto de la dictadura de Gabriel Terra, se decretó una nueva reglamentación de la profesión con 38 artículos.

Para poder ejercer, además de poseer el título correspondiente, era necesario que las parteras expidieran un Certificado de Vida y Costumbres Honestas firmado por dos personas de responsabilidad a juicio del Ministerio de Salud Pública, algo común en profesiones feminizadas.⁷⁶ A su vez se reafirmaba que el título de partera habilitaba exclusivamente la vigilancia y asistencia del embarazo, parto y puerperios normales, así como la difusión de preceptos de higiene obstétrica y puericultura. Se especifica qué es lo normal y qué es lo anormal, así como se aclara que incurrirán en sanciones penales las parteras que en presencia de anomalías no llamaran de inmediato a un médico.

El reglamento avanza en las prohibiciones de prácticas y de usos de sustancias, les impiden administrar irrigaciones vaginales, purgantes y oxitócicos (algo común hasta ese momento). Si bien se plantea que la partera no era una subordinada directa del médico, debía reconocer la superioridad técnica de este. Por otra parte, es tal la preocupación por impedir que realizaran

⁷⁶ Similar a las asistentes sociales, en la primera reglamentación de la Escuela de Servicio Social fundada en 1954 se pedía para el ingreso de las estudiantes «antecedentes personales fidedignos de moralidad acreditados por certificado de tres personas responsables» (Ortega, 2003, p. 138).

abortos que se establece lo que debía decir el cartel a colocar en el frente de sus domicilios. No debía hacer ninguna referencia a tratamientos «que puedan sugerir dudas sobre la corrección del ejercicio profesional» (Ministerio de Salud Pública, 1934).

En lo que se refiere a las comadronas, el reglamento establecía que las parteras denunciaran ante el Ministerio de Salud Pública los casos de ejercicio ilegal. Tal como se documenta en la región y en Europa, el antagonismo entre las tituladas y las tradicionales fue abonado por los médicos (Quiroz, 2018, p. 76). La medicina pretendió que la partería profesional adquiriera un doble carácter: de actividad necesaria y subordinada a la medicina y de práctica represora de las parteras tradicionales (Carrillo, 1998, p. 170).

También en el año 1934, entró en vigencia un nuevo Código Penal que despenalizó el aborto. Cinco meses después, el presidente y el ministro de Salud Pública firmaron un decreto en donde, entre otros asuntos, se prohibía su realización a las parteras (Barrán, 1999, p. 111). En el corto período que duró la despenalización solo los médicos pudieron realizar legalmente tal intervención, reafirmando la medicalización de la reproducción, asunto que perdura hasta la actualidad.

A través del ordenamiento jurídico y normativo se fue dando forma a la relación entre las profesiones de partería y medicina. La lucha de la medicina por su hegemonía resultó en varias reglamentaciones de la partería y normativas sobre el campo de la reproducción. Esto fue posible, dado que el Estado se sirvió de estas profesiones para regular aspectos estratégicos de la producción y reproducción de la vida social.

6.3.3. Turenne y la práctica de las parteras

Como planteábamos, Turenne fue muy crítico con la práctica de las parteras. En 1919 presentó una comunicación a la Reunión Gineco-Tocológica de la Casa de la Maternidades con el título de ¿Puede el médico, en caso de interrupción terapéutica del embarazo, confiar la operación a una partera? (Turenne, 1919b). Su respuesta fue negativa por razones legales y técnicas. En ese momento, el artículo 344 del Código Penal eximía de pena a médicos y cirujanos que practicaran un aborto con el propósito de salvar la vida de una mujer, no así a las parteras. Las razones técnicas referían a que las parteras utilizaban procedimientos deficientes en vez de utilizar los manuales operatorios vigentes en la época, lo que podía provocar la muerte de la mujer o dejar afectada su capacidad procreacional o de trabajo. Otra vez aparece la razón eugenista de cuidar «el valor social de la mujer».

Para Turenne las parteras no podían inmiscuirse en nada complicado porque

falta a las parteras la preparación cultural previa que explica la incompreensión de nociones que para el médico son sencillas y elementales. No se debe, pues, ampliar su esfera de acción, so pena de verlas invadir un campo vedado con toda razón y justicia. (Turenne, 1919b, p. 750)

Elementos que se corresponden con las múltiples restricciones a su ejercicio profesional descrito antes.

Para el médico, las mujeres preferían a las parteras y comadronas en vez de a los médicos por pudor sexual, avivado por la «resistencia del macho a que su hembra exhiba sus órganos a una persona de distinto sexo» (Turenne, 1927, p. 4). Los análisis de Fabíola Rohden (2006) para Brasil, plantean que los médicos en el correr del siglo XIX trataron de dissociar los temas considerados «sagrados» de la maternidad de los considerados «inmorales» de la sexualidad, para legitimar así su intervención sobre el cuerpo de las mujeres gestantes. Mi marco no incluye el siglo XIX, en los discursos médicos analizados en el siglo XX ya se supone la legitimidad de los médicos para tocar el cuerpo desnudo femenino. Los obstáculos devenidos del pudor sexual fueron atribuidos a la mentalidad «premoderna» de las mujeres, maridos y parteras.

Turenne reconocía, además, que las comadronas generaban un vínculo de confianza con las mujeres que asistían, que resultaba imposible de construir para el médico o la partera diplomada, tal vínculo lo comparaba con «los procedimientos de todo curandero (...) un trabajo de coacción moral a base de sugestión» (Turenne, 1927, p. 5). Quizás esta observación lo llevó a proponer algo similar para el nuevo perfil ginecológico en construcción, lo que trabajaremos en el capítulo siguiente.

En 1926 publicó *El aborto criminal. Grave problema social*, allí hace un alegato contra «la artera comadrona», personaje a quien coloca como la hacedora de abortos criminales. Se centra en que, si bien el aborto estaba penado las parteras, lo hacían sin sufrir consecuencias, a tal punto que publicaban avisos en los diarios ofreciendo sus servicios. Según el médico, cuando había denuncias ante la Corte de Justicia, se le tendía a creer a la partera en desmedro de las confesiones de las mujeres y de las pruebas de los médicos. «Las denuncias se han hecho y se hacen, pero la mayor parte de las veces la profesional continúa su provechosa carrera, como si dicha denuncia hubiera agregado más colores brillantes a su afiche para hacerlo más visible» (Turenne, 1926, p. 15).

No obstante las acusa, comprende por qué persistían en la práctica de hacer abortos. Según su punto de vista, lo hacían porque su profesión estaba mal retribuida, los partos asistidos a las mujeres muy pobres eran apenas pagos o incluso no se pagaban, en cambio los abortos eran hasta diez veces mejor pagos que los partos. El médico recomendaba la mejora del salario de «las modestas colaboradoras de los médicos» (Turenne, 1926, p. 18).

En 1933 fue encargado de elaborar un informe sobre los servicios obstétricos del organismo de salud pública. Allí expresa su disconformidad con varias actuaciones de las parteras. Por ejemplo, señala que no es raro que una mujer expulse sola a su feto, pues las parteras solían ausentarse de las salas de maternidad, por tanto ordena la obligatoriedad para las parteras de permanecer en las Salas de Trabajo de Parto. Otra de las críticas refiere a la actuación de las parteras del Servicio de Asistencia Obstétrica Domiciliaria y Urgencia creado en 1927, como vimos anteriormente, Turenne entendió que empeoró la calidad de la asistencia. Según su opinión, mientras las parteras de radio pasaban días sin llamados, las parteras de urgencia trataban de acaparar los partos para cobrar más (1933b, p. 7).

Otro de los factores en donde hallaba problemática la acción de las parteras era en la detección oportuna de patologías y posterior derivación a los médicos. Tanto en la asistencia del parto como en otras afecciones ginecológicas, según el médico, las parteras no pedían ayuda en el momento oportuno (Turenne, 1937, p. 219). En su obra, las razones por limitar cada vez más el ejercicio profesional de la partería se sustentaron en su pésima opinión de las capacidades técnicas de las parteras, tanto en la atención como para derivar a un médico un proceso patológico.

Por otra parte, pedía a los médicos de los departamentos del interior facilitar el establecimiento de ciertas parteras en sus radios de acción. Aquí es clara la estrategia médica de promover a la partería diplomada en detrimento de otras parteras con mayor poder comunitario, que no parecían doblegarse tan fácilmente al mandato médico. Afirmo que

numerosos son los casos que conozco de excelentes parteras que han sido «corridas» en pocos meses de hospitales departamentales por las comadronas del lugar generalmente chinas o negras, ignorantes y sucias, pero que contaban con el apoyo de las familias y la tolerancia de los médicos. (Turenne, 1926, p. 28)

La cita anterior muestra la persistencia de comadronas en la tercera década del siglo XX y el poder social con que todavía contaban en algunas localidades del interior del país, así como también, el racismo del médico.

Recomendaba «una lucha tenaz y constante contra el ejercicio ilegal de la obstetricia en forma que las parteras se sepan respaldadas por la Asistencia Pública Nacional en su lucha contra las aficionadas» (Turenne, 1927, p. 11). Tal como en otros países de la región, la formación de parteras profesionales pretendía reemplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas instruidas por médicos, las que permitirían el acceso de estos a embarazadas y parturientas (Carrillo, 1998; Quiroz, 2018).

Otra de las medidas que propuso Turenne fue la creación de un sindicato de parteras. La pretensión del médico sobre los cometidos del sindicato abona el control de la partería. Supone que tal asociación permitiría sancionar de forma más eficaz a las infractoras de la ética profesional, así como generar un núcleo que se defendiera frente a la práctica ilegal de la obstetricia (comadronas).

6.3.4. La resistencia

¿Hubo resistencia de las parteras ante el proceso de control y restricción de sus prácticas?

Sin la posibilidad que tuvo Alemany (2016) de entrevistar en su país a las parteras que ejercieron durante las décadas en que se procesó el cambio de asistencia de la casa al hospital, me enfoqué en dos fuentes documentales: la investigación de Graciela Sapriza sobre la despenalización del aborto en la década del treinta —en donde entrevistó a parteras— y la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica.

Cuenta la historiadora Graciela Sapriza que el ingreso a la universidad fue vivido por las parteras como un rito de iniciación; escuchaban las clases con mucho respeto, compartían cursos y guardias en los hospitales con los estudiantes de medicina, predominantemente varones y pertenecientes a sectores más acomodados. Recuerdan el trato desigual en forma de bromas y apodosos referidos a la vestimenta o la manera de expresarse; esos compañeros serían más tarde sus superiores jerárquicos en la práctica hospitalaria. Cuando obtenían el título instalaban un consultorio en su barrio. La medicalización del parto —y su hospitalización— terminó por desplazarlas y reasignarlas a un papel subordinado; perdieron, además, el punto de referencia, que era el barrio. Las parteras que entrevistó Sapriza vivieron la experiencia como

un «despojo» (Sapriza, 1996, p. 126). En el tema del aborto, la investigadora percibió una distancia entre la norma y la práctica. Advirtió una actitud de desobediencia al mandato de no hacer abortos, «un contradiscurso opuesto a la norma y una actitud de resistencia que alcanzó el nivel de ‘desobediencia civil’» (Sapriza, 1996, p. 125). De allí se comprende mejor la insistencia de las normativas en penalizar a las parteras que lo realizaban.

Más allá de ciertas desobediencias, podemos suponer que las parteras se fueron adaptando a las nuevas condiciones de su ejercicio profesional. Tal como documenta Alemany (2016), lograr un puesto en las maternidades públicas y privadas significó estar más sometidas a la vigilancia médica, pero a la vez contar con salarios fijos y derechos laborales, además de que la responsabilidad ante malos resultados obstétricos ya no recaería sobre ellas.

Similar al estudio de Alemany, los artículos de la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay permiten observar que existió adaptación y también resistencia a algunos de los mandatos médicos.

Entre 1941 y 1959 el gremio de parteras publicó 27 números de la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay. Según sus editoriales y cartas de presentación, agrupaban a la mayor parte de parteras del país. Escribieron mayoritariamente parteras, pero también médicos de referencia.

El contenido de la revista refleja los estereotipos de género de época, en tanto combina temas como reclamos sindicales, defensa de la partería, contestación a ataques médicos, derechos civiles de las mujeres, asuntos científicos de la asistencia del parto con notas sobre moda femenina, sobre modelos de maternidad y femineidad, recetas de cocina, endiosamiento de la madre abnegada, así como una fundamentación esencialista sobre la idoneidad de las parteras para comprender a las mujeres en trance de parto.

Mantuvo la siguiente tapa durante todas sus ediciones.

Figura 4. Tapa de la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay



Una de las principales temáticas de la revista fue la defensa de las condiciones laborales de las parteras en los distintos ámbitos en donde se desarrollaban; hay constantes noticias sobre las acciones tendientes a mejorar los honorarios de las profesionales, así como el derecho jubilatorio. Siguió de forma cercana todo lo referente a las reformas del Plan de Estudio de la Escuela de Parteras, emitiendo opinión y tratando de posicionarse como interlocutoras válidas ante la Facultad de Medicina.

Es de destacar la preocupación por las condiciones de trabajo de las parteras que ejercían en el medio rural. Hay varias notas que dan cuenta de las distintas dificultades con que tenían que convivir las parteras rurales, desde las inclemencias del tiempo, la falta de locomoción, la lejanía de médicos y servicios especializados, la práctica de las 'entendidas'; dificultades que abonaban al «tormento moral que deriva de la enorme responsabilidad que pesa sobre la profesional» (Mariño, 1946, p. 6).

Además de la plataforma de acción sindical, la revista se propuso ser un canal de difusión de noticias científicas sobre el parto. Parteras y médicos publicaron artículos sobre nuevos descubrimientos obstétricos y casos difíciles.

Otra dimensión de interés fue la cultural; hay artículos sobre teatro, poesía y temas afines, así como notas sobre historia universal de la obstetricia. De forma transversal en los distintos

números, aparece la intención de mejorar el nivel cultural de las parteras, asunto que coincidía con una de las preocupaciones de Augusto Turenne sobre el perfil de las parteras.

Así como defendían los derechos laborales cuidaron de la ética de la profesión —tan cuestionada por los médicos—. Se publicaron varios artículos en donde se denunció la práctica ilegal del parto. Por ejemplo, en 1944, la partera Nerina Odello escribió *Curanderismo: azote de nuestra campaña*. Allí da cuenta de que las que llama curanderas asistían partos y trataban afecciones genitales de las mujeres en campaña. En su artículo llama a luchar contra el curanderismo, a utilizar los medios de publicidad para denunciar y mantener la unión profesional de las parteras (Odello, 1944, p. 18). En otras notas plantean que, si bien no aprueban el ejercicio de las no diplomadas, tampoco «las desprecian» (Mederos, 1944a, p. 7). Pero más allá de la presencia esporádica de este tipo de artículos, no parece ser una temática central de la revista, como sí lo fue mejorar las condiciones laborales y difundir información científica sobre prácticas obstétricas.

La Asociación Obstétrica distinguía los casos en que la partera debía oficiar de ayudante del médico (cuando el embarazo y parto se volvía patológico) y en qué casos debía actuar sin intermediación médica. Ellas reclamaban para sí la atención del parto normal. Trataron de defender su autonomía profesional basándose en las normas que las habilitaban a la atención no patológica. Sin embargo, como veremos en el próximo capítulo, la ginecotología comenzó a candidatearse como la mejor profesión para asistir, también, el parto normal.

Un ejemplo que muestra su capacidad de resistencia a la hegemonía médica es el primer artículo del primer número de la revista titulado «Gremialismo». La nota es una denuncia contra la actitud de algunos médicos que estaban desarrollando

una campaña brutal de desprestigio, ya desde sus tribunas en conferencias, o en el trato diario con sus enfermas, propendiendo a desplazar a las Parteras, o en el mejor de los casos relegarlas a un plano secundario o sustituyéndolas por simples enfermeras. (Rezola, 1941, p. 1)

Así inauguraron su Revista.

Como planteamos en el anterior capítulo, a partir de la década de 1940 comenzaron a fundarse sanatorios obstétricos a cargo de médicos especializados en obstetricia. Las parteras agremiadas llamaron la atención sobre la no contratación de parteras y reclamaron ser tenidas

en cuenta para los casos de partos normales. Esta disputa, mayormente montevideana, nos muestra la voluntad de la clase médica de apropiarse de la atención del parto normal, así como la capacidad de las parteras de argumentar por qué era necesario que se las contratara. A partir de las notas a este propósito, se puede ver que los médicos fundamentaban la no contratación en la insuficiente competencia técnica de las parteras. Preferían contratar a enfermeras y a nurses para la auscultación de latidos fetales y la vigilancia del trabajo de parto, lo cual fue denunciado en la Revista Obstétrica (Mederos, 1943b, p. 3; 1944, p. 3). El conflicto latente, y que los médicos trataron de evitar, era que las parteras no se supeditaban al mandato médico en la atención del parto normal, como si lo hacían las enfermeras. Al ser más difíciles de subalternizar, optaron por eludirlas.

La voz de las agremiadas da cuenta de que no todas aceptaban el lugar de subalternidad que algunos médicos pretendían. Digo algunos, porque en el mismo número publicaron una nota a partir de la conferencia del médico José Infantozzi, titulada *La misión de la Partera en la actualidad*, en donde recomienda algunas acciones para lograr «una unión entre parteras y médicos» (Forno, 1941a, p. 9). La dirección de la revista afirma que dicho médico era el primero en dar un paso de acercamiento desde los médicos hacia las parteras, invitándolas a las III Jornadas Rioplatenses en Obstetricia y Ginecología; antes de esto «nunca, y hay que decirlo bien fuerte, nunca las parteras fueron consideradas como profesionales en Obstetricia y por lo tanto jamás se las vinculó aún en el carácter de oyentes a estas justas intelectuales» (Forno, 1941a, p. 9).

En la revista no aparece resistencia en relación con la creciente hospitalización del parto. De hecho, en varios artículos se plantea la necesidad de crear policlínicos obstétricos y salas de maternidad en todos los hospitales, bajo el supuesto de la contratación de parteras (Rezola, 1945, p. 21).

Sin embargo, el análisis de contenido del discurso de Augusto Turenne permite afirmar que hubo cierta resistencia de las parteras a la hospitalización. Quizás no fue explícito desde las agremiadas, pero sí desde la práctica cotidiana. El médico cuestionaba la alta frecuencia de partos de urgencia en domicilio en mujeres bajo la asistencia de la Casa de Maternidad (tres veces más que los planificados en domicilio). Para él, esto daba cuenta de «la hostilidad que muchas profesionales cultivan contra la asistencia hospitalaria» (Turenne, 1934, p. 27). Una estrategia contra la hospitalización del parto pudo haber sido optar por parto de urgencia, lo cual inhabilitaba el traslado al hospital.

Si es que dicha estrategia existió, tuvo que haber contado con la alianza de las mujeres. Según las parteras agremiadas, las mujeres que llamaban al Servicio de Urgencia eran las más pobres, casi siempre sin ningún control del embarazo, con varios hijos o hijas a cargo y sin otros u otras cuidadoras, lo que impedía el traslado al hospital. El parto debía asistirse en condiciones muy malas de higiene, muchas veces sin ropa de cama ni del bebé, sin agua potable, a la luz del candil y sin mesas y sillas para la mínima comodidad de la asistencia (Martínez y Rezola, 1950, p. 6).

En la década de los cincuenta hubo varias notas a propósito de la desocupación de las parteras. Según las agremiadas, las causas tenían que ver con la práctica de las que sin tener el título ejercían igual y por la apropiación de la asistencia del parto normal por parte de los médicos: «aspiramos a que termine la sustracción de nuestro trabajo, y se nos admita sin reticencia en todos los círculos donde deben ejercer las obstétricas» (Dopaso, 1959, p. 10).

En los últimos números de la revista aparece una actitud más fortalecida por parte del gremio, tratando de organizarse para resistir los embates de los que querían que las parteras desaparecieran, exigiendo tener representantes de la profesión en la dirección de la Escuela y en el equipo docente y defendiendo el carácter liberal de su profesión.

6.3.5. Un apunte sobre el Congreso de Parteras

En setiembre de 1945 se realizó el 1er Congreso de Parteras en Uruguay. Las actas del congreso colocaron en su tapa la siguiente ilustración:

Figura 5. Ilustración de la tapa de las Actas del Primer Congreso de Parteras.



Ubicada en la sala general de la Biblioteca Nacional

Las referencias a la industrialización, al campo y a la familia que retrata la ilustración reflejan en buena parte las discusiones del congreso, pues, si bien hubo espacios para intercambiar sobre aspectos técnicos de la asistencia del parto, se explayaron más en dar cuenta del compromiso de las parteras con la situación de las mujeres en términos políticos, económicos y culturales. En las actas caracterizan el modo de vida de la familia obrera, así como el de la familia rural y la situación de la infancia pobre. Denuncian la falta de compromiso del Estado para garantizar la calidad de vida de la población. Y denuncian varios aspectos de la desigualdad de género: la negación para las mujeres en ocupar puestos políticos y la brecha salarial de género (que según sus informes alcanzaba el 50 %).

La resolución que aprueba el congreso, lejos de ser un aporte técnico, es un compromiso social y político con las mujeres de sectores más empobrecidos. Y una propuesta política de cómo debería mejorar el país, que incluye la crítica a la explotación de los recursos naturales, la profundización de la industrialización, la instauración del impuesto a la renta y de la reforma agraria, así como la igualación de sueldos para hombres y mujeres y la equiparación de género de los derechos políticos, sociales y culturales.

Rechazaron toda inculpación a la mujer en el delito de aborto y reclamaron la licencia paga para las mujeres en situación de parto y la mejora del Servicio de Asistencia Obstétrica Domiciliaria.

Me sorprendí mucho al leer las actas del congreso. Me recordaron el lugar social y político de la partería en la Edad Media (Ehrenreich y English, 1981; Harris, 1998), las parteras no solo como referentes de la salud reproductiva, sino también comprometidas con la situación más general de la sociedad, con capacidad de análisis y de propuesta y con una agenda feminista, aún sin dar cuenta explícita de ello.

6.3.6. ¿Obstétricas o parteras?

Quiero cerrar este apartado trayendo una discusión sobre cómo debía llamarse a las tituladas en partería. Esta disputa, de la que tenemos el registro de una nota de Turenne titulada «¿Obstétricas o parteras?» (Turenne, 1944, p. 6) y la contestación de la Asociación Obstétrica del Uruguay «Contestamos» (Mederos, 1944a, p. 7) en un número de la revista del año 1944, da cuenta del nivel disciplinador del discurso de Turenne hacia las parteras, así como la capacidad de aquellas de fundamentar una respuesta que defendía sus puntos de vista. La nota del médico, dirigida a la Asociación Obstétrica del Uruguay, manifestaba su oposición a que las parteras se denominaran obstétricas u obstetrices; fundamenta su opinión en que en ‘los países civilizados’ como Inglaterra, Alemania y Francia, las parteras habían conservado su nominación original. Además, entiende que no pueden llamarse obstetrices porque el ejercicio de su profesión las limita a una parte de la obstetricia y las amenaza con que si insisten en llamarse obstétricas corren el riesgo de violar el artículo 167 del Código Penal por abogarse un título académico que no tenían. Termina la nota diciendo:

Déjense de niñerías y de neologismos sin objeto ni trascendencia. Síganse llamando parteras y ejerciendo su profesión con altura, con dignidad, con suficiencia y honestidad y no tendrán por qué cambiar de título para recuperar la jerarquía que merecen y desgraciadamente comprometen las profesionales que no se conducen con arreglo a

los mandatos de la deontología profesional. Ese es el consejo que les da su viejo maestro, a quien tan a menudo se le ha presentado como enemigo de las parteras, cuando solo lo ha sido de las MALAS PARTERAS.⁷⁷ (Turenne, 1944, p. 8)

La redactora responsable de la revista, María Teresa de Mederos, redacta una contestación que rebate uno a uno los fundamentos del médico. Entiende que proponiendo *obstetrix* u *obstétrica* se enriquece el idioma (cabe señalar que Turenne no objetó la invención uruguaya del término ginecotocólogo para la especialización en obstetricia y ginecología), respalda la nueva nominación en el entendido de que la formación en la Escuela de Parteras tiene como central a la obstetricia. En tono sarcástico termina su contestación agradeciendo «las palabras de aliento que después de la reprimenda, nos ha dado el maestro ilustre al que respetamos y queremos las buenas parteras» (Mederos, 1944b, p. 9).

Lo anterior muestra una dimensión de la disputa entre médicos y parteras por la atención de la reproducción, los médicos querían defender para sí la especialidad en obstetricia, aduciendo que eran los formados para actuar en todas las formas en que se presentara un embarazo, parto y puerperio. Si las parteras se definían como obstetrices, intersectaban tal dominio. Por su parte, las parteras parecen haber apostado a una jerarquización de su profesión, agregando términos que podían significar mayor nivel científico a su quehacer.

Síntesis del capítulo

En el correr del siglo XX, las parteras cambiaron drásticamente su ejercicio profesional, pasaron de realizar casi todos los partos y abortos a asistir algo más de un quinto de los nacimientos y ningún aborto, en una posición de subordinación a la medicina.

En Uruguay, tal como se ha estudiado para la región, la subordinación de la partería se asoció a ciertas estrategias de la clase médica: el desarrollo de discursos y prácticas de degradación de los saberes empíricos, la instrumentación de cursos de profesionalización con habilidades y conocimientos derivados de la ciencia médica (Díaz Robles y Oropeza, 2007, p. 237) y la elaboración de normas que fueron restringiendo el quehacer de la profesión, proceso que en esta tesis llamo medicalización de la partería.

⁷⁷ Mayúsculas en la nota.

La formación en partería fue una apuesta con luces y sombras. Si bien tuvo continuidad, hubo algunas acciones para eliminarla y problemas de financiamiento y gestión. Hasta 1971 la Escuela de Parteras fue dirigida por médicos que apostaron a un perfil distinto a la partera de inicio de siglo, prefirieron mujeres más jóvenes y adaptables a las reglas médicas. Evadieron a las comadronas, consideradas mujeres ignorantes y perjudiciales para la salud de las mujeres y de la infancia.

El discurso de Augusto Turenne (decano de la Facultad de Medicina y docente de la Escuela de Parteras), que utilizó como analizador del discurso hegemónico en las políticas para la atención del parto, muestra un constante cuestionamiento a la partería, en su formación y en su práctica. Incluso disputó el nombre de la profesión; no consideraba ético que las parteras se llamaran obstétricas u obstetras.⁷⁸ La medicina construía para sí la hegemonía sobre el saber y hacer en el embarazo y parto.

El discurso de Turenne muestra la disputa entre las parteras y médicos en la atención ginecológica y obstétrica. Desde su perspectiva médica, las parteras tenían deficiencias técnicas que llevaban a malas praxis y a derivaciones tardías. Es clara su voluntad de restringir su accionar, que se corresponde con las orientaciones de los reglamentos de profesión partera.

El análisis de las reglamentaciones muestra un énfasis en circunscribir el quehacer profesional de las parteras, en principio prohibiéndoles el aborto y restringiéndolas a lo que definieron como parto normal. El reglamento de 1934 avanzó aún más restringiendo hasta el uso de oxitócicos y purgantes. Quedaron con pocas herramientas para asistir el parto.

El año 1934 sintetiza varias de las tendencias que se profundizarán conforme avanzó el siglo. Se prefirió el parto hospitalario sobre el domiciliario, el aborto se legaliza como acto médico, se restringe el quehacer profesional de la partería y se combate a las comadronas, un dispositivo de control y subordinación reflejo de las relaciones de género de la época.

Hubo resistencia por parte de las parteras hacia algunos de los mandatos médicos. Las parteras sindicalizadas lucharon por su autonomía profesional, tratando de posicionarse como interlocutoras válidas ante la Facultad de Medicina para los procesos de formulación de planes de estudios. Así como también se organizaron para resistir algunas propuestas médicas de

⁷⁸ En la actualidad se denominan *obstetra-partera*.

suprimir la formación de partería. En términos generales, no se negaron a la creciente institucionalización y hospitalización del parto, más bien abogaron por el derecho de las mujeres a una asistencia obstétrica de calidad y por mejorar sus condiciones laborales.

Defendieron su lugar en la atención del parto normal, sosteniendo una posición distinta al discurso medicalizador que trataba de mostrarse como idóneo para la atención de todos los partos.

En el capítulo siguiente se abordan los fundamentos de las intervenciones obstétricas de la especialidad médica que se atribuyó la hegemonía del saber sobre el embarazo, parto y puerperio: la ginecotología.

Capítulo 7

Creación de la especialización médica en el parto: modelos de asistencia, intervencionismo obstétrico y relaciones médico-paciente

¿Quién de nosotros no recuerda haber entrado a una casa en la cual la primera frase que ha oído es la siguiente?: Doctor: sálveme usted a la madre, aunque se muera el niño. Y eso no puede ser así, eso es una impiedad. (...) lo que se debe pedir es que se salven las dos vidas y precisamente entre las ventajas que tiene la operación cesárea está el haber permitido que, con un riesgo relativamente pequeño para la madre, se salve un gran número de vidas de niños.

(Turenne, 1938a, p. 113)

En el análisis de los procesos sociohistóricos que fueron configurando el modelo de asistencia del parto y nacimiento en el correr del siglo pasado, la creación y consolidación de la especialización médica en obstetricia adquiere un lugar sustancial.

Según las fuentes analizadas, entre las décadas de los veinte y de los cuarenta se produjo un cambio de enfoque que postuló la unión de la ginecología con la obstetricia (hasta ese momento separadas), fundando la ginecotocología. En el presente capítulo se abordarán los discursos médicos en torno a los fundamentos de las nuevas intervenciones obstétricas propuestas por la nueva especialidad.

7.1. Hacia la unión de la ginecología y la obstetricia

Los primeros estudiantes de la Facultad de Medicina que hicieron sus prácticas en el Hospital de Caridad no tuvieron la oportunidad de formarse en salas de mujeres. La cátedra de Enfermedades de las Mujeres y los Niños, inaugurada en 1882 por Alejandro Fiol, fue solo teórica (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 111). Es recién en la última década del siglo XIX, cuando la creciente preocupación por la salud fue venciendo al pudor sexual y los médicos acrecentaron su relación con la ginecología y la obstetricia (Barrán, 2008, p. 324-325). A partir de 1887, el decano de la Facultad de Medicina obtuvo el permiso para que los alumnos entraran en la sala de partos. No obstante ello, persistieron dificultades. En 1893 se le prohibió la entrada al entonces interno Augusto Turenne (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 112).

En el año 1900 se fundó la Cátedra de Ginecología y Obstetricia, hasta 1913 la dictó Augusto Turenne, luego Juan Pou Orfila de 1913 a 1915, José Infantozzi de 1915 a 1927, Héctor García de San Martín de 1928 a 1932 y Manuel Rodríguez de 1938 a 1946 (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 115), médicos referentes en la historia de la medicina en Uruguay.

Tanto Augusto Turenne como Juan Pou Orfila escribieron artículos, libros y pronunciaron conferencias, orientando sobre las características y competencias de los médicos que se dedicarían a la nueva especialidad de ginecotología. La disciplina uniría a la ginecología —que trataba las enfermedades del aparato genital de las mujeres en todas sus etapas vitales— con la obstetricia o tología —que atendía el período de embarazo, parto y puerperio—. Dicho término fue inventado en Uruguay; en otros países suele utilizarse ginecobstetricia o ginecología y obstetricia (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 128).

Hasta principios del siglo XX ambas especialidades transcurrieron separadas. Si bien la primera unificación de cátedras universitarias se dio en 1946, desde décadas atrás se venía discutiendo la necesidad de enseñar desde la mirada univocista de la ginecotología. En 1926 ya se había fundado la Sociedad Ginecotológica, siendo Turenne uno de sus principales impulsores (Pou Ferrari y Pons, 2012, p. 164).

El univocismo implicaba que los aspectos ginecológicos y obstétricos se concibieran como inseparables. Para Pou Orfila (1933; 1944) era importante considerar las consecuencias obstétricas de un hecho ginecológico tanto como las consecuencias ginecológicas de un hecho obstétrico. De este modo se prevendrían prácticas que pusieran en riesgo la capacidad de procreación de las mujeres, que, como vimos, fue considerado un aspecto central para la mejora de la especie y la modernización de la sociedad.

Según Turenne, el ginecólogo-cirujano no tenía mentalidad obstétrica y por tanto realizaba operaciones peligrosas para el porvenir procreacional de la mujer.

Desde su nacimiento trae la mujer condicionado su destino biológico; a que este se cumpla total e integralmente en todas las etapas de su vida debe el ginecotólogo dedicar toda su Ciencia para que el ciclo natural de su existencia evolucione dentro de la mayor normalidad (Turenne, 1940a, p. 9).

En esta frase observamos las articulaciones entre la medicina y el género que planteábamos antes. Las ideas sobre sexo y cuerpo que emanaban del discurso médico condicionaron las

relaciones de género (Ortiz, 2006). La nueva especialidad cuidaría que las intervenciones ginecológicas no afectaran las funciones reproductivas, pero a su vez se pretendió que los obstetras adquirieran preparación quirúrgica y fisiopatológica, para prevenir ciertas prácticas tradicionales que comenzaban a ser consideradas peligrosas para la vida de las mujeres, y, sobre todo, para la «viabilidad fetal» (Turenne, 1940a, p. 9).

En el discurso médico de ese período se fortalecía la idea de que la asistencia al parto debía cuidar de mejor forma la integridad del feto. La ginecotocología nacía para especializar a las mujeres en la reproducción (Tabet, 2018) y para cuidar mejor de los hijos e hijas que engendraban.

7.2. Por el bien del niño

En la fundamentación de las técnicas a introducir en el modelo de asistencia al parto que comenzó a construir la ginecotocología aparece la capacidad de mejorar los resultados de la mortalidad materna, pero sobre todo de la infantil.

El interés por el niño que veíamos en capítulos anteriores tuvo fuertes incidencias en la prohibición de varias prácticas obstétricas. Desde el discurso médico analizado, se planteaba que los cirujanos y algunos médicos parteros no tenían en cuenta el cuidado de la vida del feto. Recordemos que la perspectiva eugenista fue un elemento central en la orientación de la medicina en las décadas en donde se afianzó la ginecotocología. En ese marco comienzan a aparecer en escena los derechos de embriones y fetos «robustecidos por el advenimiento de métodos y procedimientos terapéuticos» (Turenne, 1919b, p. 748).

La postura médica de salvar a la madre frente al feto, que orientó a la práctica médica decimonónica, comenzaba a resquebrajarse. Era posible tener en cuenta procedimientos que con cierto riesgo materno, viabilizaran la salud fetal.

No es nada más que un prejuicio, el de que la vida del niño vale menos que la de la madre. Valdrá menos socialmente, pero tiene un valor ético mayor que el valor social, y el médico no tiene jamás el derecho de hacerlo desaparecer, sin muy fundadas y poderosas razones antes de su vitabilidad. (Turenne, 1938a, p. 113-114)

La afirmación de Turenne reafirma la valía de las mujeres en tanto reproductoras biológicas y sociales, de allí que acepte que tenían mayor valor social que un recién nacido. Sin embargo,

su postura da muestra de algo nuevo: coloca el valor ético de la vida fetal. Incluso juzga como prejuicioso optar por la vida de la mujer. En la construcción de la racionalidad moderna ya no cabían las prácticas «bárbaras» como el infanticidio, el aborto y el abandono infantil. La asistencia del parto se transformaba también en la asistencia del nacimiento, se prohibían prácticas anteriores y se introducían nuevas, como la operación cesárea.

En las publicaciones de Turenne, el fundamento central de la introducción de las vías quirúrgicas en obstetricia fue «el respeto al feto». Entendía que el mecanismo para activar la ampliación del canal de parto exigía un esfuerzo importante del feto, donde

el sufrimiento y hasta la muerte del feto son la culminación de esta lucha en la que el médico contempla con orgullo un periné estéticamente intacto, aunque el feto nazca asfíctico o con lesiones del encéfalo que, si no le matan en la primer semana, dejan con frecuencia residuos que se van a traducir en inferioridades mentales o trastornos motores de proyecciones graves para su vida futura. (Turenne, 1930, p. 11)

No solo se cuestionaba la desvalorización de la vida del feto frente a la de la mujer, sino que se comenzaba a interpelar el énfasis en el cuidado del cuerpo gestante a «costa» de afectar la nueva vida. La representación científica del cuerpo de las mujeres se transformaba acorde a la producción de la «maternidad moderna». Se avanzaba en nuevos permisos para cortar a las mujeres y facilitar la expulsión fetal.

En el apartado siguiente se analizan los sentidos atribuidos por la medicina a lo que nombró como «intervencionismo» en obstetricia.

7.3. El intervencionismo obstétrico

El grado de la intervención médica en el parto ha sido un asunto muy discutido por la medicina. En el siglo XIX hubo diversidad de corrientes, desde la francesa —que promovía una visión intervencionista de todos los partos (con el doctor Baudelocque como jefe)— hasta la escuela de Viena, que proponía la observación paciente casi sin intervención (el referente fue el doctor Boer).

En el Río de la Plata, la intervención médica también formó parte de las preocupaciones de los referentes de la ginecotología naciente. Los gineco-obstetras Alberto Peralta y José Beruti

en Argentina, Augusto Turenne y Pou Orfila en Uruguay se declararon en contra del intervencionismo de los antiguos médicos parteros.

7.3.1. Obstetricia moderna vs. obstetricia clásica

Llamaron obstetricia clásica a aquella forma de asistencia que practicaba una intervención escalonada y vaginal utilizando maniobras como la embriotomía,⁷⁹ la versión,⁸⁰ el parto forzado y fórceps en versión cefalotripsia.⁸¹ Fueron críticos de la obstetricia clásica, entre otras cosas, porque entendían que se perdía tiempo antes de intervenir y, cuando se hacía, se aplicaban técnicas dañinas que podrían haberse sustituido con una operación quirúrgica a tiempo.

Turenne publicó varios artículos científicos en donde comparaba los resultados de la obstetricia clásica versus lo que llamó la obstetricia moderna. En los artículos enfatizaba los peligros para el feto de haber optado por la vía clásica.

Por su parte, el argentino Alberto Peralta, coincidiendo con Turenne en la preferencia de la obstetricia moderna, llamaba la atención a los médicos sobre su falta de autoridad para negarse a los pedidos de intervención de las «parturientes»,⁸² de sus familiares y de parteras (también planteaba el uso indiscriminado de intervenciones por conveniencia médica). Según su punto de vista, los médicos cedían ante los pedidos y realizaban intervenciones que no estaban fundamentadas por la situación clínica, el médico «falla en las exigencias más elementales del saber y poder» (Peralta, 1920, p. 589). Como planteaba Foucault, la medicalización implicaba para los médicos la necesidad de producir una cierta subjetividad a partir de la conducción, de la posibilidad de estructurar la acción de los demás (Carvalho et al., 2015). Si las familias pedían ciertas intervenciones para cuidar a las mujeres a costa de la salud fetal, los médicos debían apelar a la subjetividad maternal y lograr conducir la situación hacia soluciones distintas a las que llamaron «feticidas».

Conforme fueron afianzándose las nuevas técnicas de la obstetricia quirúrgica, los expertos generaron discursos para convencer a los médicos parteros y generales de que dejaran de

⁷⁹ Es una intervención sobre el feto muerto que consiste en seccionarlo o triturarlo para disminuir su volumen.

⁸⁰ Versión por maniobras internas es una intervención para acomodar la presentación fetal dentro del útero.

⁸¹ Esta práctica consiste en aplastar de forma mecánica la cabeza de un feto para extraerlo del útero.

⁸² En el discurso médico de esa época se nombraba *parturiente* a la mujer en proceso de parto.

utilizar prácticas que se consideraban obsoletas. Alberto Peralta en una conferencia ofrecida en 1920 en la casa de maternidad planteaba: «El médico general en su rol de partero es mucho más peligroso que las mismas parteras en razón de la precipitación con que a menudo recurre a la intervención operatoria» (Peralta, 1920, p. 585).

Se observa una apuesta por mostrar la idoneidad de la ginecología en la atención del parto. Los que venían construyéndose como los especialistas en su asistencia dejaron claro que tanto médicos generales como parteras podían ser perjudiciales para la integridad física de mujeres y, sobre todo, de bebés. También indicaron que las familias ‘debían’ cambiar sus costumbres y ‘no entorpecer’ el traslado de las mujeres de la casa al hospital cuando se vislumbraban problemas como distocias⁸³ o similares (Turenne e Iruleguy, 1932, p. 190).

7.3.2. Obstetricia Conservadora y época quirúrgica: la cesárea y la episiotomía en el centro de atención

Los médicos referentes de la obstetricia moderna recomendaron ejercer desde la noción de obstetricia conservadora o expectante (distinta a la obstetricia clásica identificada con las maniobras obsoletas recién descritas). La obstetricia conservadora implicaba que el profesional interviniera lo menos posible para «dejar obrar a la naturaleza en la mayoría de los casos, no perturbarla en general, ayudarla cuando es insuficiente, reemplazarla cuando es ineficaz» (Peralta, 1920, p. 582). Esta forma de asistir implicaba disponer de tiempo para acompañar los procesos fisiológicos. Pero... cultivar la actitud de espera fue un desafío a veces inalcanzable para la ginecología.

En los documentos y conferencias se observan discusiones sobre si era posible o no esperar el tiempo necesario para el desarrollo del parto; habiendo partidarios de sustituir la espera por la intervención. Turenne, quien pretendía desmitificar la idea de que la paciencia fuera la mayor virtud de los obstetras, proponía que el médico tuviera una práctica intermitente, dejando a la mujer en trabajo de parto al cuidado de una partera, que llamaría al médico en el momento expulsivo⁸⁴ (Turenne, 1930).

⁸³ La distocia fetal es un tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto.

⁸⁴ Modelo de atención que logró imponerse.

Lo planteado sobre el tiempo nos da elementos para observar las tensiones de la ginecología para sostener lo que postulaba como modelo a seguir. En momentos de su fundación, apuesta teóricamente por un modelo lo menos intervencionista posible, pero a la vez es consciente de las dificultades para llevarlo a la práctica.

Si bien Turenne (1930) recomendaba la obstetricia conservadora, tampoco compartía lo que llamaba «el dogma del parto por vías naturales» y se defendía de la acusación de intervencionista aduciendo que, cuanto más conocimiento se tuviera sobre la fisiología del parto, menos se utilizarían intervenciones prematuras y excesivas (p. 3).

La propuesta de la obstetricia conservadora implicaba el uso de técnicas operatorias modernas cuando el trabajo de parto se desviaba de lo que se consideraba normal. Peralta (1920) y Turenne (1924) fueron entusiastas de lo que llamaron «la época quirúrgica de la obstetricia», en vez de utilizar fórceps para realizar un «parto forzado», entendían que se conseguían mejores resultados con una episiotomía⁸⁵ o una cesárea segmentaria⁸⁶ con estricto cumplimiento de la asepsia y la antisepsia.

A similares conclusiones arribó Pou Orfila tras discutir las distintas intervenciones obstétricas. Según su punto de vista, lo mejor para un nacimiento era culminar con parto natural o con cesárea, y no con un «parto forzado». Se mostró partidario de la simplificación y contrario a toda maniobra artificial y complicada que «compitiera con la naturaleza» (Pou Orfila, 1944, p. 139). En su libro *Síntesis Obstétrica*, opone el parto que no necesita intervención, caracterizado como «natural», al parto con intervención médica, caracterizado como «arte».

El par naturaleza-cultura, oposición impuesta en el paradigma cognitivo de la modernidad, (Quintero, 2005) se expresa en la ginecología como la posibilidad médica de dominar la naturaleza de la reproducción. Como planteaba Viera (2018), la reproducción humana aparece vinculada culturalmente a la naturaleza, mientras la naturaleza se ha representado como

⁸⁵ Es una incisión quirúrgica de la vagina y el periné para ampliar el canal del parto.

⁸⁶ La cesárea es una intervención médica que extrae al feto mediante una intervención quirúrgica a través de la pared abdominal y uterina. Que sea segmentaria indica que se realiza en el segmento inferior del abdomen, encima del borde de la vejiga. En el correr del siglo XX se fueron abandonando otras formas de cesárea (longitudinal), optando por la segmentaria por considerarla menos peligrosa.

inferior, asociaciones con implicancias genéricas (Ortner, 2006) que reforzaban la superioridad de la medicina masculina frente al conocimiento femenino premoderno.

Dos de las intervenciones propuestas por la obstetricia moderna, y que se han practicado de forma generalizada hasta la actualidad, fueron la episiotomía y la cesárea.

Augusto Turenne (1930) fue un precursor de la episiotomía en todos los partos. Entendía que tal incisión facilitaba la salida del feto pues «no existe un solo periné que resista a los embates del primer feto que traspasa la vulva» (p. 7). El argumento —discutido por otras bibliotecas de la propia medicina— se sostenía en la conveniencia de suturar una incisión artificial, descrita como «limpia y exacta», frente a coser la aleatoriedad de los desgarros «naturales». El modelo, teóricamente no intervencionista, de la obstetricia moderna nació en Uruguay con la recomendación de practicar la episiotomía de forma irrestricta.

La cesárea fue la intervención estrella. Hasta la década del veinte fue temida por la poca sobrevivencia de las mujeres. Conforme se aplicaron la asepsia y antisepsia, se mejoraron las transfusiones sanguíneas y se generalizó el uso de antibióticos y de anestésicos se fue percibiendo como más segura. Para Turenne (1937), la cesárea a la vez que disminuía la mortalidad materna hacía recobrar al feto «su valor desdeñado» (p. 94).

En la década de los cuarenta se produjo lo que se llamó la «liberalización de la cesárea», que pasó de utilizarse de un 2 % a un 4 % a nivel mundial. A partir de 1960 se ampliaron sus indicaciones, aumentándose su frecuencia con distinta intensidad según los países (Belitzky, 1986, p. 5). Los datos para Uruguay concuerdan con la experiencia internacional.

En la estadística del Hospital Maciel, entre 1929 y 1930 se practicaron 6 cesáreas en 315 partos, el 1,9 % sobre el total de nacimientos (Colistro, 1930, p. 17). A mediados de la década del cuarenta, era considerada en el país una moderna operación para salvar las dificultades de los partos difíciles; en ese momento las principales causas de cesárea eran la pelvis estrecha, fetos gigantes, eclampsia, placenta previa, distocias por presentaciones irregulares, cáncer de cuello uterino, edema o hematoma vulvar y parto con infección incipiente (Pou Orfila, 1944, p. 9).

Según el discurso de Turenne, la aceptación por parte de las mujeres de las nuevas prácticas obstétricas fue contundente. Las mujeres aceptaban la cesárea. En un solo pasaje de toda su obra aparece la resistencia de una mujer.

Una sola vez tropecé con una madre que de primeras me dijo que no estaba dispuesta a comprometer su vida por la de su hijo. Pocos días después cedió a mis razonamientos y aceptó la intervención, que afortunadamente no tuve que practicar porque la prueba del parto fue favorable. (Turenne, 1937, p. 168)

La negación de esta mujer de someterse a una práctica que ponía en riesgo su vida para salvar a un feto fue cuestionada por la medicina. Y utilizada en conferencias como caso raro. La autonomía reproductiva de las mujeres, expandida en tanto fueron accediendo a prácticas más seguras, se tensionaba por el mandato maternalista y eugenista de someterse al parecer médico para hacer lo máximo en el cuidado de la salud fetal.

7.4. La polisemia del parto y sus correlativos modelos de asistencia médica

«Parto normal», «parto natural», «parto fisiológico», «parto médico», «parto vigilado», «parto vaginal», «parto conducido», «parto intervenido», «parto dirigido», «parto artificial», «parto desviado», «parto quirúrgico».

Las distintas formas de adjetivar al parto que utilizó el discurso médico dan cuenta del momento fermental en términos de experimentación clínica y científica. Se discutía en qué tipos de partos tenía sentido aplicar o no tal o cual terapéutica.

No obstante los distintos modos de nombrar al parto, el discurso médico apeló al lenguaje mecanicista que señalaba Emily Martin (2006); se concebía al útero como el motor que podía llevar al «objeto» hacia adelante, donde la «buena pelvis» aparece comparada con un riel, «el parto es una complejidad mecánica: hay desplazamiento y progresión. Hay, pues, un objeto pasajero, una distancia transitiva y una fuerza impulsora» (Orfila, 1944, p. 29 y p. 40).

La mirada mecanicista del cuerpo reproductivo ha tenido consecuencias sobre la relación médico-paciente en la asistencia del parto. Una es la producción de situaciones en donde las mujeres no son tratadas como personas, sino como «objetos» a ser manipulados. Si la paciente es un objeto, no se tendrán en cuenta su opinión y sentimientos, la posibilidad de contar con ella intelectualmente es desechada (Davis-Floyd y St. John, 2004).

Quizás las mujeres atendidas por los médicos en las décadas que estamos analizando apreciaran más la posibilidad de ser salvadas de morir en el parto que las formas en que fueron tratadas. Tal como plantea la historiadora Karina Felitti para Argentina, a medida que la medicina

obstétrica fue salvando los peligros de salud más graves, las posibilidades de replantear las condiciones de la asistencia al parto fueron mayores. Su investigación afirma que, a la vez que las relaciones de género fueron cambiando, el progreso de la obstetricia hizo posible considerar que las mujeres tenían algunos derechos a la hora de ser asistidas (Felitti, 2011, p. 116).

7.4.1. El parto normal

En los artículos, libros y conferencias analizados las patologías gineco-obstétricas son trabajadas de forma central; pero también es posible observar el interés y el tratamiento de lo que llamaron «parto normal».

¿Qué significados adquirió este discutido concepto? En principio aparece como un parto que se hacía «por las vías naturales» (Turenne y Iruleguy, 1932, p. 13), en ocasiones se utilizaba como sinónimo de «parto fisiológico». Debía tener una evolución fisiológica y espontánea con la expulsión de un feto vivo y a término. Para varios médicos, tal tipo de parto no ameritaría ninguna intervención, solo la vigilancia, asunto por el cual Turenne nombró «parto vigilado» a la forma como la medicina debía tratarlo (Turenne, 1939, p. 8). Pero a la vez dejaron en claro que todo parto aparentemente normal podía transformarse en patológico. De allí la dificultad de una definición que implicaba cierta retrospectiva, nunca se sabía cómo podía terminar un nacimiento.

Turenne advirtió sobre esto; opinaba que, si bien la definición del parto normal era fácil, no lo era su aplicación, en sus palabras,

no es cosa sencilla establecer con exactitud en qué consiste el «parto normal». Prueba de ello son los innumerables ejemplos de partos calificados de tales y que han desembocado en las más terribles distocias, o bien infundadamente han sido objeto de las más absurdas intervenciones. (Turenne, 1939, p. 68)

La dificultad de establecer qué era un parto normal y qué era un parto patológico fue parte de los fundamentos del crecimiento de la asistencia médica de todos los partos, lo que es parte del proceso, documentado por los estudios de la medicalización de las mujeres, de la patologización del cuerpo femenino. Meloni (2015) argumentaba «la potestad de la medicina de transformar eventos fisiológicos tales como la menstruación o el embarazo y parto en enfermedades» (p. 24).

El historiador José Pedro Barrán en sus investigaciones sobre la medicalización de la sociedad —que en su mayoría refieren a décadas anteriores a las que nos enfocamos en este apartado— cita a varios médicos que afirmaban que el embarazo era una enfermedad (Barrán, 1999, p. 89).

En los discursos que estoy analizando, sobre todo en los artículos que discuten casos clínicos, no es mayoritaria la idea de enfermedad para definir al embarazo y parto. Más bien lo contrario, como vimos, se inclinaban por una asistencia expectante que confiara en que la gran mayoría de los partos no necesitaba más que vigilancia. No obstante esto, en esos mismos artículos tienden a referirse a las mujeres embarazadas o en proceso de parto con la palabra «enferma», sin diferenciar necesariamente si había o no patología.

Cabe suponer una distancia entre el discurso de los catedráticos, que teóricamente se distanciaban del parto como enfermedad, con lo que sucedía en la práctica médica común. Si bien parece fácil la definición teórica de que en un parto no patológico lo único que cabía era la vigilancia, mucho más difícil fue establecer en la clínica los límites de lo «normal». De allí que en 1941, en el primer número de la Revista Oficial de Obstetricia se publicara un artículo «La embarazada no es una enferma» (Forno, 1941b, p. 6).

Lo que sí es posible concluir es que, desde la creación de la especialidad en ginecología, los médicos no se circunscribieron solo a la asistencia del parto patológico. En el *corpus* aparecen recomendaciones de Turenne hacia los médicos jóvenes sobre las ventajas de dedicarse a la asistencia de los partos normales; lo encontraba ventajoso para las mujeres y provechoso económicamente para ellos (Turenne, 1938a, p. 114).

Tal como vimos en el capítulo anterior, si bien las parteras agremiadas denunciaron lo que consideraron el arrebato de la asistencia del «parto normal», desde el discurso médico no se percibieron conflictos en torno a la asistencia médica de todos los partos. Lejos de ello, se autoproclamaron como la profesión especializada de su asistencia, sin distinción de tipo de parto.

7.4.2. Partos anormales

Para las situaciones en que había elementos patológicos desde el embarazo y en los llamados partos «desviados» (que sin aparente patología mostraban una dinámica que se apartaba de lo esperado) se recomendó la intervención de la ginecología.

El elemento central de las discusiones fue el tiempo. ¿En cuánto tiempo debía progresar un parto «normal»? ¿En qué momento y bajo qué circunstancias era necesario dejar de vigilar e introducir algunas maniobras o intervenciones médicas para hacerlo más dinámico?

En esta discusión aparecía el concepto de «parto médico». El referente de este tipo de parto fue el Dr. Kreis de la escuela de Estrasburgo, quien afirmaba que la mayoría de las mujeres transitaban su parto de forma anormal y por tanto casi todos los partos debían ser intervenidos por la medicina. Con la intención de anticiparse a las complicaciones, desarrollaba una terapéutica que creaba la necesidad de la intervención médica.

Para el médico Alberto Peralta, en los casos de «parto prolongado» el «parto médico» era la mejor terapéutica. Planteaba que todo parto exigía vigilancia permanente del útero y tratamiento apropiado y oportuno de sus anomalías. El médico argentino dio indicaciones de cómo realizar la rotura artificial y precoz de la bolsa en casos de dinámicas de parto no ajustadas a lo que consideraban normal. Según su casuística, la rotura de bolsa mejoraba la calidad de las contracciones y acortaba la duración del parto (Peralta, 1933, p. 74).

También hubo partidarios del parto «a la Kreis» o «parto médico» en la terapéutica del «parto normal». En este modelo se utilizaban oxitócicos para acelerar las contracciones uterinas apenas las mujeres comenzaban con las contracciones. Practicaban la rotura de la bolsa amniótica de forma irrestricta, administraban antiespasmódicos y practicaban la episiotomía en todos los partos.

En los congresos y conferencias, los médicos comparaban estadísticas de la duración del «parto normal» atendido con las terapéuticas del «parto médico» y del «parto vigilado», habiendo partidarios de ambas formas.

Un elemento interesante para nuestro análisis es que hubo consenso en que un «parto médico» no podía «abandonarse a una partera» (Turenne, 1939, p. 53). En las fuentes se relatan casos en que partos normales que fueron asistidos rompiendo membranas, con oxitócicos y demás, concluían con malos resultados cuando los médicos se habían retirado y dejado a parteras en su lugar. Los partidarios del «parto médico» para todos los partos consideraban que las parteras no tenían lugar, lo que abonaba a la exclusión de la partería como profesión idónea en la asistencia al parto.

Turenne cuestionó la generalización del «parto médico», tampoco compartía tal denominación. Prefería la noción de «parto conducido» para aquellos casos en que se requería la intervención médica. Según su punto de vista, los defensores del «parto médico» se equivocaban sobre la supuesta excepcionalidad del «parto normal». Contrastaba con sus estadísticas en donde los casos de trastornos de la dinámica uterina eran mínimos.

Según el médico, los defensores del «parto médico» arribaban a tales conclusiones por los efectos de los múltiples exámenes que les hacían a las mujeres, desembocando en agentes de excitación anormal. Llamaba la atención también sobre la infección puerperal que podría acarrear romper bolsas amnióticas y hacer muchos tactos. Según su punto de vista, en las repetidas exploraciones vaginales en busca de patologías estaba justamente la causa oculta de esa misma patología (Turenne, 1939, p. 61).

Si bien el «parto médico» como terapéutica para todos los partos fue cuestionado por los referentes de la ginecología uruguaya, estuvo presente en las discusiones y práctica obstétrica entre las décadas de los veinte y de los cuarenta.

La ginecología rechazó las prácticas intervencionistas de la obstetricia clásica —que ponían en riesgo al feto—, pero se enfrentaba a nuevas versiones del intervencionismo moderno. La nueva versión intervencionista no acarrea malos resultados obstétricos, siempre y cuando fuera asistido por un médico. Las consecuencias, que no revestían carácter mortal, recaerían sobre los cuerpos gestantes (cortados, acelerados en las contracciones) y sobre la paulatina exclusión de la partería.

7.5. Cuerpo, psiquis y maternalización

La especialidad de ginecología se fundó en torno a algunas consideraciones sobre la influencia del aparato genital en la psiquis femenina. La psiquis y los comportamientos sociales de las mujeres se interpretaban a partir de sus ciclos sexuales y reproductivos.

El médico, Pou Orfila, citando a Liepmann, traía la Ley del Triple fundamento VAP (vulnerabilidad, afectabilidad, pansexualismo) para referirse a la mentalidad de las mujeres.

La psiquis femenina se caracteriza por la influencia que en ella ejercen las lesiones que acompañan a las funciones sexuales (menstruación, gestación, parturición, lactancia), por la mayor sensibilidad y ternura de su mentalidad, y por el hecho de encontrarse

constantemente impregnada del factor sexual, que en el hombre constituye más bien un episodio accidental que un estado permanente. (Pou Orfila, 1933, p. 421)

Nótese que utiliza el término lesión para caracterizar procesos fisiológicos de los cuerpos gestantes, lesiones que enternecerían al cerebro femenino. Y que concibe a las mujeres inundadas por el factor sexual y no así a los hombres. Tal como ha sido planteado por varias autoras (Rohden, 2001; Nari, 2004), desde finales del siglo XIX la ginecología puede leerse como una ciencia de la femineidad y la diferencia sexual. Se partía del supuesto de que el útero hacía de la mujer un «ser especial».

Turenne también sostuvo que el aparato sexual influía en la vida moral y física de las mujeres; tal era el convencimiento que en los artículos de época se discutía lo que se llamó «shock obstétrico», era un shock provocado por la extrema sensibilidad nerviosa de la zona genital; cualquier estímulo sensorial (por ejemplo, un tacto vaginal) podía llevar a una descompensación generalizada de las mujeres (Turenne, 1922, p. 409).

La teoría social del cuerpo propone tomar el cuerpo como objeto de estudio para acceder al análisis de las relaciones entre sujeto, cuerpo y sociedad, así como entre naturaleza y cultura (Esteban, 2004). Si tomamos las nociones de cuerpo femenino implicadas en los discursos analizados, vemos como la creencia médica del reinado del cuerpo en la psiquis femenina fundamentó su ‘debilidad’ física y mental, que a su vez justificó otras supuestas fragilidades sociales, económicas y políticas.

Al decir de Nari (2004), «la vida social de las mujeres se leyó a partir de su cuerpo» (p. 109), fragilidades que tenían diferencias según la clase social y la pertenencia étnico racial. La mujer débil y dominada halló su expresión más radical en las clases medias (Barrán, 2008, p. 339), siendo común el reposo en el embarazo, mientras las mujeres trabajadoras tardaron años en lograr el Seguro de Maternidad, que les garantizara poder parar de trabajar unos días antes del parto. Recordemos también que las primeras pruebas para curar la fistula posparto⁸⁷ se realizaron en Estados Unidos con mujeres esclavas afrodescendientes recién paridas, eran consideradas mujeres más fuertes que podían resistir la experimentación médica (Hutter Epstein, 2010, p. 47).

⁸⁷ Una consecuencia de los desgarros vaginales tras el alumbramiento.

Por su parte, los hombres, desligados de las tiranías de las hormonas sexuales y sin que su cuerpo fuera un obstáculo para la «racionalidad», eran construidos como los seres indicados para la vida pública. Otra vez se observa la influencia de la dicotomía jerarquizante de naturaleza-cultura orientando la organización social de los géneros. Si el «varón racional» se dedicaba a conducir el destino de las sociedades y a estudiar las leyes naturales, la «mujer corporal» se encargaría de la creación de los hijos, transformando la potencia de gestar femenina en un atributo emocional y moral de la familia (Martins, 2004, p. 264).

7.5.1. Relación médico-paciente

En los discursos analizados aparece la preocupación de los médicos sobre el tipo de relación médico-paciente a construir. Se percibe una insistencia en que los ginecotocólogos lograran entender la personalidad de las pacientes y actuar en consecuencia. Este nuevo interés se relacionó con la necesidad de crear mejores condiciones para la extensión de la medicalización de los cuerpos femeninos.

Si las mujeres no confiaban en los médicos —como sí lo habían hecho históricamente con otras mujeres, comadronas y sanadoras—, no seguirían los preceptos higiénicos, eugénicos y de práctica de la puericultura. La medicina social necesitaba un compromiso fuerte de las pacientes. Los médicos tenían que construir una confianza devenida de la ciencia, una ciencia consciente (en ese momento) de su incapacidad técnica para lidiar con muchas de las afecciones que pretendía tratar. De allí la recomendación de Pou Orfila (1933) de tratamientos que abarcaran la totalidad de la persona, ‘física y moral’: «Al aplicar muchos de estos tratamientos habrá que colocarse más bien en un terreno práctico y empírico, renunciando, en cierto modo, al concepto determinista o causal, científicamente riguroso, que el estado actual de nuestros conocimientos no permite todavía aplicar» (p. 422).

Para Turenne, la autoridad del médico no derivaba solo de su capacidad técnica, sino más bien de su cultura. Por cultura se estaba refiriendo a una educación vasta que le permitiera amoldarse a cada situación y ambiente de modo de poder colocarse en el mejor nivel para comunicarse con cada paciente, escoger los argumentos según la situación de modo de que quedara clara su autoridad moral (Turenne, 1938a, p. 108).

7.5.2. Apoderarse de la psiquis de la «grávida»

Las recomendaciones de Augusto Turenne para el caso del parto sin dolor nos brindan una oportunidad de adentrarnos en las concepciones de la medicina sobre la relación médico-paciente en situaciones obstétricas.

Al médico le preocupaba cómo crear una relación con las pacientes que garantizara la máxima aceptación de los consejos médicos. Partía de la base de que la ‘grávida’ era ‘siempre una inestable emocional’ y muchas veces frágil biológicamente. Ante esto, los médicos debían aprovechar los nueve meses de embarazo para «apoderarse de la psiquis de la grávida», de modo de realizar «una constante acción de sugestión» para infundirles optimismo frente al parto (Turenne, 1940b, p. 13).

Si la mujer exigía un parto con anestesia y el médico entendía que no era lo mejor, se tendría que recurrir a tal sugestión. Si esto no alcanzaba, había que apelar al «espíritu de maternidad», si es que esa mujer daba muestras de tenerlo. En esos casos se la debía persuadir con el riesgo para la vida de su hijo al aplicar una analgesia.

El problema serio se presentaba cuando los médicos entendían que las mujeres tenían «amenguado el sentimiento maternal», en esas situaciones era muy difícil convencerlas de un parto sin anestesia. En tales casos el médico debía «utilizar toda su autoridad moral para no transformarse en juguete de mujeres de mentalidad desviada o pervertida» (Turenne, 1940b, p. 14). Llama la atención que, si bien el médico describió las distintas formas para manipular⁸⁸ a las mujeres, entiende que son los médicos los que pueden ser objetos de manipulación por las «pervertidas».

Se desplegaba así una categorización de las mujeres en función de su «capacidad maternal» y su correlato en el tratamiento médico. El mito social de mujer = madre con un «instinto materno» que la haría velar por sus hijos e hijas (Fernández, 1994, p. 169) no parecía ser algo dado. La medicina tenía que sopesar que las mujeres con mayor «espíritu maternal» podrían

⁸⁸ Por manipulación se entiende cuando un individuo o grupo ejerce una toma de control de una o varias personas utilizando la persuasión o sugestión, tratando de eliminar las capacidades críticas del otro u otra (Wikipedia).

acatar el consejo médico, pero también había representantes de lo que Darré (2013) llamó ‘maternidades inapropiadas’ (p. 12), inmunes a la sugestión médica.

Me parece interesante traer algunos cuestionamientos actuales en torno a los contenidos morales de la práctica médica.

Uno de los desafíos para mejorar la calidad de la asistencia en salud tendría que ver con visualizar los contenidos morales que existen tras una atención aparentemente técnica. Schraiber (2010) parte de la idea de que la práctica médica en asuntos reproductivos despliega una doble acción, técnica y moral, y las discute en términos de sopesar las oportunidades de respetar los derechos reproductivos de las mujeres.

La seguridad discursiva que ha caracterizado al poder médico en la sociedad confiere autoridad técnico-científica a apreciaciones de orden ideológico, político, religioso, económico y social. De allí que las valoraciones médicas funcionan en calidad de juicio moral que se mezcla con el juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales (Schraiber, 2010, p. 18). Esto que hoy se pretende desanudar fue un mandato para los médicos de hace un siglo.

La discusión no es sencilla, tampoco se pretende un profesional despojado de capacidad de orientar en asuntos extratécnics. La resistencia de los profesionales a tratar algunos asuntos que surgen en la clínica, como embarazo no deseado, aborto o violencia de género, es cuestionada, lo que Shraiber llama ‘excusa tecnológica’, pues la razón del rechazo estaría en la incompetencia técnica para tratar demandas y necesidades de las mujeres (Shraiber, 2010, p. 13). Algunos médicos plantean que no están formados para tratar estos temas y por tanto no los atienden cuando son planteados por las mujeres. De este modo se pierden oportunidades, tal vez únicas, para orientar, informar y asesorar en derechos reproductivos y derechos humanos.

La excusa tecnológica se conecta con una de las preocupaciones de Augusto Turenne, la de tratar de no crear especialistas ‘encasillados’ en los aspectos técnicos de la profesión. El médico entendía que el ginecotocólogo ejercía toda su acción «en ese ser destinado a la perpetuación de la Especie y en el que cualquier desviación funcional (...) trasciende mucho más allá de la esfera individual» (Turenne, 1943a, p. 4).

7.6. El Parto sin dolor

El afianzamiento de la ginecología trajo una promesa liberadora: el parto sin dolor.

Tal como en el resto del mundo, la discusión en torno a los pro y los contra de disminuir los dolores del parto se hizo presente en la práctica médica uruguaya. Hasta la década de los cuarenta, las discusiones giraron en torno al uso de distintas drogas, la disminución del dolor se concebía solo desde lo medicamentoso.⁸⁹

En 1938, en la lección inaugural para la toma de posesión de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, el Dr. Manuel Rodríguez afirmaba: «El parto sin dolor empieza a ser una de las más bellas conquistas con que la obstetricia premia a las mujeres que sienten en el alma el sublime anhelo de ser madre» (Rodríguez, 1938, p. 5).

En esta frase hay una apuesta doble: al proceso de maternalización a través de una recompensa para las mujeres sublimes —las «madres»— y a la victoria de la cultura médica sobre la «naturaleza» al poder mitigar la sensación que ha definido históricamente al parto en sociedades cristianas: el dolor.

En 1939, Turenne dictó una conferencia dedicada al dolor en el parto y las terapéuticas para disminuirlo (Turenne, 1940b). En el discurso relató una situación que presencié en París: el suicidio de una mujer por no poder soportar los dolores de un parto «de caderas». Con esta experiencia planteaba la necesidad de que la medicina se comprometiera con el alivio del sufrimiento materno. En la conferencia dio cuenta de su experiencia con varias sustancias analgésicas y cuestionó el uso de algunas porque acarreaban consecuencias negativas para el feto y la mujer. Concluye expresando que en ese momento no existía parto sin dolor y sin peligro, todas las analgesias tenían posibilidades de causar daño.

Mitigar el dolor o no resultaba una decisión compleja para la medicina que, como vimos, incluía valorar el tipo de relación médico-paciente logrado en el correr de la atención del embarazo.

⁸⁹ Existieron y existen otras formas de disminuir el dolor del trabajo de parto que no son a partir de drogas. Por ejemplo, movimientos y posturas corporales, masajes, relajación, baños o inmersión en agua.

Paralelo a la solución medicamentosa, surgían nuevas formas para mitigar el dolor. El origen de este tipo de métodos se remonta a la Rusia de 1890 con el método de analgesia hipnótica sugestiva. A partir del fracaso de la hipnosis surgió el método de psicoprofilaxis obstétrica que propuso que las mujeres embarazadas tenían que prepararse psicológicamente para enfrentar un parto.

En la década del treinta, el médico inglés Dick Read publicó *Natural Childbirth*, planteando que lo que originaba el dolor era el temor al parto, de allí la denominación de su método como parto sin temor. En 1956 se difundió el método de Lamaze surgido en Francia, el cual preparaba a las mujeres con técnicas de respiración y relajación de modo que pudieran transitar el parto con mayor confianza y menor temor (Videla de Vignau, 1971, p. 90). En Uruguay también hubo representantes de estas corrientes, en particular, el Dr. Hugo Sacchi publicó un libro en 1961 que explicaba la forma de parir «sin dolor».

Si bien estos métodos tendían a colocar a las mujeres en un lugar de mayor protagonismo, varias académicas feministas⁹⁰ han planteado el lugar de control desde el cual los médicos seguían ejerciendo poder masculino. La psicóloga argentina Eva Giberti cuestionó la idea central de la corriente en tanto imponía nuevos requisitos para el ejercicio de la maternidad. Se suponía que a través de la información sobre el parto los médicos lograrían que las mujeres anularan el temor, y al no haber temor, tampoco habría dolor. La información era otorgada por médicos hombres que lograrían transformar la vivencia de las mujeres. Para Giberti, en vez de tratar de quitar el temor de las mujeres al parto más valdría reconocerlo en tanto temores compartidos por el género femenino, para que «ellas pudieran manejarlos en lugar de quedar descalificadas por sentirlos» (Giberti, 1992, p. 293). En su análisis advierte sobre la coincidencia temporal del auge del parto sin temor con el movimiento de liberación femenina.

Al mismo tiempo que las mujeres abogaban por el derecho a no ser madres el discurso médico inventaba nuevas formas de glorificar la maternidad a través del parto.

Síntesis del capítulo

⁹⁰ Hutter Epstein plantea que Grantly Dick Read, el líder del parto sin temor en Estados Unidos, era extremadamente machista, consideraba que las mujeres encontraban la verdadera felicidad en su casa (Hutter Epstein, 2010, p. 117).

La ginecotología nace cuestionando la desvalorización de la vida del feto frente a la de la mujer, que realizaban los antiguos parteros y médicos generales. Si en cada momento histórico se pueden leer las relaciones de género en la construcción del cuerpo reproductivo; aquel cuerpo reproductivo se comienza a simbolizar como material para ser cortado — con el cuidado de las nuevas técnicas quirúrgicas— para mejorar la salud fetal, lo que supuso una entrega de las mujeres a las decisiones médicas.

La noción de intervencionismo obstétrico —definido como la realización de prácticas que no están fundamentadas en la situación clínica— estuvo presente en las discusiones médicas analizadas. Los referentes de la ginecotología se querían diferenciar de las prácticas de los médicos parteros anteriores —las consideraban dañinas para la viabilidad biológica del feto—.

Pero la obstetricia moderna tuvo problemas para aplicar el modelo expectante, un modelo teórico lo menos intervencionista posible. Los especialistas fueron conscientes de que el intervencionismo no fue mitigado por la sofisticación de las nuevas técnicas operatorias. Las intervenciones fueron cambiando, las prácticas consideradas peligrosas para el feto tendieron a bajar, pero se daban cuenta de que aumentaban otras. Según ellos, la explicación se hallaba en que todavía no existía la suficiente formación en ginecotología para aplicar la terapéutica obstétrica de forma adecuada.

En las conceptualizaciones sobre qué era un parto aparece la progresiva apropiación de la medicina para asistir todos los nacimientos. Los médicos utilizaron la complejidad de definir qué era un parto normal y qué era un parto patológico, como un argumento para la asistencia médica de todos los partos. Aplicar el «parto médico» abonaba a la exclusión de la partería como profesión idónea en la asistencia al parto.

Por otra parte, pudimos observar que en las directrices emanadas de los especialistas que dieron forma a la ginecotología del novecientos, la idea de moral estaba intrínsecamente unida a la práctica clínica. De forma explícita, Augusto Turenne enunció la importancia de la medicina social y de la intencionalidad moral de la práctica ginecotológica para con las mujeres. Su obra estuvo atravesada por la promoción de un nuevo tipo de médico, capaz de «sensibilizarse» con las circunstancias de las mujeres y poder orientarlas moralmente en higiene y educación sexual, cuidados en el embarazo y parto, así como en crianza infantil.

A su vez, la medicina abocada al estudio del nacimiento entendió que tratar los asuntos sexuales y reproductivos de las mujeres implicaba tomar contacto con su psiquis.

En las manos de los médicos estaba un ser muy «sensible» en trance de gravidez, de allí el requerimiento de contar a la vez con preparación técnica, psicológica y moral. Como vimos, la forma de integrar otras consideraciones a la dimensión técnica estuvo marcada por la maternalización de las mujeres y por un accionar manipulador sobre la base de controlar la información en torno a los daños fetales y las intervenciones propuestas.

Capítulo 8

Ciencia obstétrica e intervenciones sobre el cuerpo femenino a mediados del siglo XX⁹¹

Entre finales de los años cincuenta y principios de los sesenta del siglo XX, la ciencia obstétrica produjo un conjunto de conocimientos e instrumentos que cambiaron la forma de asistir el parto. Se descubrió la función de la hormona oxitocina en el comienzo del trabajo de parto, se comprobó que la actividad uterina estaba asociada al grado de oxigenación del feto y se inventó el monitor electrónico fetal. La literatura especializada reconoció al Dr. Roberto Caldeyro Barcia, director del Servicio de Fisiología Obstétrica (SFO) de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, junto al Dr. Edward H. Hon de la Universidad de Yale, como los pioneros e inventores del monitor electrónico fetal (Ayres, 2018; Sedano et al., 2014; Dueñas y Díaz, 2011; Nozar, 2008).

Caldeyro Barcia, en sus cuatro décadas de trabajo científico, recibió más de trescientos premios, tres nominaciones al Premio Nobel en Medicina y títulos de doctor *honoris causa* de varias universidades de América Latina y Europa (Centro Latinoamericano de Perinatología [CLAP], 2015). Es considerado uno de los pioneros de la perinatología (Zárate et al., 2017). Su trayectoria de investigación se puede dividir en tres etapas: la primera comienza a fines de la década de los cuarenta, dedicada a la fisiología del parto; la segunda inicia en la década de los cincuenta y se concentra en la salud fetal; y la tercera, en los setenta, se enfoca en el parto humanizado (OPS-PAHO TV, 2021). Dada la delimitación temporal de la tesis, me centro en la primera y segunda etapa, y hacia el final recojo algunas reflexiones sobre la tercera etapa.

En el apartado siguiente se presenta brevemente la situación de las mujeres en las décadas centrales del siglo XX. Esto es necesario en la medida en que los textos que se están analizando se produjeron en un cierto contexto de relaciones de género y de representaciones sobre la maternidad. Tenerlas en cuenta nos previene de una crítica de género anacrónica, pues permite situar los mensajes simbólicos de género en un cierto contexto histórico.

8.1. Breve aproximación a la situación de las mujeres a mediados del siglo XX en Uruguay

En la década de los cuarenta se instrumentaron un conjunto de políticas sociales que terminaron de dar forma al estado de bienestar uruguayo, con intervención en la economía, regulación de

⁹¹ Una versión más corta de este capítulo se encuentra Natalia Magnone, 2020.

las relaciones laborales, impulso a la educación pública e instauración de un modelo universal de salud pública (Ortega, 2003).

Dentro de las transformaciones sociales, políticas y culturales que llevaron a Uruguay a ser considerado el primer estado de bienestar de América Latina se encontraba la equiparación de los derechos entre hombres y mujeres (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 8). En 1913 se sancionó el divorcio por la sola voluntad de la mujer; en 1932, el sufragio femenino y en 1946, la igualdad de derechos civiles entre el hombre y la mujer.

Como describimos en el capítulo 5, entre los años de 1940 y 1960, coincidiendo con una mayor prosperidad económica, el Estado extendió los beneficios sociales hacia la mujer y el núcleo familiar. Las políticas públicas se centraron en la atención de la salud de las mujeres madres, la infancia y la situación de las mujeres trabajadoras (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 115). En ese marco se acentuó el modelo de familia nuclear, manteniendo a la maternidad como actividad central de las mujeres. Entre otras acciones, el Estado reformó la licencia por maternidad, aumentándola a doce semanas, y creó el salario de maternidad a cargo del Sistema de Asignaciones Familiares. Las mujeres de las clases trabajadoras accedieron al derecho de hospitalización del parto a partir de su trabajo o el de sus esposos.

Con relación al trabajo femenino, en el Montevideo de 1956 el 46 % de las mujeres se dedicaban al trabajo doméstico (no remunerado), el 23 % a tareas remuneradas, el 14 % eran estudiantes y el 17 % inactivas (Lovesio y Viscardi, 2003). Para ese mismo, año un estudio realizado sobre la familia muestra que el trabajo femenino era percibido con cierto peligro para la integración de la familia típica (Paredes, 2003, p. 113). Los salarios de las mujeres eran notoriamente más bajos que los de los hombres, cuestión que correspondía al carácter compensatorio con que se entendía el trabajo femenino. Una mirada a las carreras universitarias en la década de los sesenta muestra que las mujeres se concentraban más en escuelas (enfermería, partería, servicio social) que en facultades, orientándose hacia carreras de menor prestigio social (Lovesio y Viscardi, 2003, pp. 87-94). La aparente igualdad legal no se correspondía con igualdad sustantiva, asunto que trasciende a la situación de las mujeres y se corresponde con características del capitalismo. Ya planteaba Castel (1997) que en las épocas de la primera industrialización se constataba un divorcio entre el orden jurídico fundado en el reconocimiento de derechos y el orden económico que presumía miseria masiva (p. 20). Si bien la igualdad sustantiva no se agota en la economía, es un factor que la constituye.

En términos de política de salud, Elizabeth Ortega (2003) plantea que se pasó de un modelo que privilegiaba el medio externo como fuente de enfermedad hacia un modelo preventivista caracterizado por la endogenización de los riesgos sanitarios. La lógica del preventivismo médico, asociado a la internacionalización de los procesos institucionales en salud, planteaba la posibilidad de que las personas controlaran la enfermedad a partir de cumplir ciertas pautas en su forma de vida. Esto tuvo fuertes implicancias en la individualización y familiarización de los riesgos sanitarios (pp. 23 y 77). El preventivismo mantenía la influencia del poder médico y avanzaba en la medicalización de más áreas de la vida social (Ortega, 2003, p. 87).

En lo que sigue, me centro en la producción científica del SFO para discutir los fundamentos esgrimidos en torno a la intervención médico-tecnológica del cuerpo femenino en el parto. Para tal fin se analizan distintos documentos: informes inéditos de las actividades del SFO, conferencias, noticias de prensa y artículos científicos. Se realiza también un análisis del discurso de los artículos de prensa en el período en que la ciencia obstétrica internacional creó la inducción por oxitocina sintética y el monitor electrónico fetal.

8.2 El Servicio de Fisiología Obstétrica

En 1947, el Dr. Hermógenes Álvarez⁹² tomó como ayudante al médico recién recibido Roberto Caldeyro Barcia para trabajar en la medición de la contractibilidad del útero en mujeres embarazadas. El método que inventaron, original en el mundo, les permitió contradecir varios supuestos de la fisiología obstétrica internacional de la época, por ejemplo, la idea equivocada de que el útero estaba en reposo durante el embarazo (*Revista Sardá*, 1997; Beretta, 2006, p. 50).

El fragmento que sigue da cuenta del primer descubrimiento del equipo:

Todo comenzó en 1947, cuando tratando de conocer un poco más la fisiología del útero decidieron comenzar por estudiar la presión del líquido amniótico, encontrándose con la sorpresa de que esta era muy variable, lo que indiscutiblemente demostraba que el útero poseía una capacidad contráctil constante, de ahí decidieron estudiar

⁹² Hermógenes Álvarez (1905-1984) fue un prestigioso médico ginecólogo uruguayo. Director de la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina y decano de esa misma facultad, hizo grandes contribuciones a la ginecotocología en temas como contracciones uterinas, placenta y diagnóstico de cáncer de útero.

lo que hasta entonces había de fisiología uterina, encontrando que en realidad no había nada al respecto o estaba muy mal tratado en los libros de obstetricia, lo que les dio la clave para iniciar una serie de estudios que con el tiempo vendrían a constituir el despertar científico en la gineco-obstetricia mundial. (*Revista Semana Médica de México*, 1958, p. 285)

Dos años después del comienzo del trabajo conjunto fundaron la Sección de Fisiología Obstétrica en el Hospital Pereira Rossell. Las primeras publicaciones de Caldeyro Barcia y Hermógenes Álvarez provocaron controversias y críticas de parte de algunas personas que gozaban de reputación en el tema. Fue vital el apoyo recibido por el argentino Bernardo Houssay (Premio Nobel en 1947), quien enterado de los hallazgos visitó el laboratorio de los científicos y se convenció de la exactitud de sus métodos (Beretta, 2006, p. 87). En ese momento Houssay tenía en prensa la segunda edición del Tratado de Fisiología Humana, lo retiró y volvió a reescribir el capítulo correspondiente a las funciones del útero, integrando los resultados de los investigadores uruguayos. En 1959 la Facultad de Medicina transformó la Sección en el Servicio de Fisiología Obstétrica, con Caldeyro Barcia en su dirección.

Los inicios del SFO se dieron en un Uruguay con cierta bonanza económica. Sin embargo, eso no se tradujo en los recursos económicos asignados al desarrollo científico. Caldeyro Barcia trabajó intensamente en la generación de recursos externos a la Universidad para lograr la infraestructura necesaria para la investigación (Beretta, 2006, pp. 145 y -151).

El desarrollo del SFO coincidió con la conformación de una infraestructura propia de investigación latinoamericana creada fundamentalmente en el ámbito universitario. En las décadas de los cincuenta y los sesenta, las universidades públicas —movimiento de la reforma universitaria mediante— adquirieron un fuerte papel democratizador en la sociedad (Beretta, 2006, p. 77). Este espíritu de época es visible en las notas de prensa por motivo de las actividades del SFO, pues aparecían expresiones muy optimistas relacionadas con la importancia de la ciencia en el devenir de la humanidad. En particular se observaba la confianza en América Latina para emanciparse de Estados Unidos y Europa, al menos en términos científicos. En varias noticias se resaltaba la capacidad, la voluntad y la inteligencia de una generación de científicos que apostaban al humanismo.

En el siguiente fragmento de una nota de prensa se puede observar este «espíritu de época». La nota es de Caldeyro Barcia refiriéndose al investigador en fisiología Bernardo Houssay.

A principios del siglo XX, en un subcontinente que en lo económico, tecnológico y cultural era dependiente de Europa y Angloamérica, se produce un fenómeno poco común: surge un científico investigador que se desarrolla sólidamente, a pesar de que el ambiente no es aparentemente propicio para ello. (...) Houssay y su escuela tienen, pues, un origen y desarrollo argentino que se proyectó sobre Latinoamérica y luego sobre otros continentes (...) dando el ejemplo de un desarrollo autóctono, al haber creado una Escuela Fisiológica de raíces propias en un país latinoamericano. (...) Houssay, además de presentar los resultados de las investigaciones originales de su Escuela, enseña con fervor y entusiasmo su credo científico y humanista. (Caldeyro Barcia, 29 jul 1973)

Caldeyro Barcia fue parte de ese espíritu. En la búsqueda de vincular a los centros de investigación en reproducción de América Latina, propuso la conformación de la Asociación Latinoamericana de Investigación en Reproducción Humana. El SFO se vinculó con distintos organismos internacionales para alojar becarios; a partir de 1950 comenzaron a realizar pasantías médicos de distintas partes del mundo. Los becarios pasaban aproximadamente un año en Montevideo aprendiendo los nuevos conocimientos y métodos (Beretta, 2006, pp. 81 y 188).

La investigación del SFO se sustentó en un equipo relativamente estable involucrando diversas disciplinas y especialidades; había ginecólogos, fisiólogos, parteras, químicos, pediatras, bioestadísticos, neurólogos, ingenieros y técnicos, entre otros (Beretta, 2006, p.90). Correspondiendo con la segregación horizontal de género del mundo laboral de mediados del siglo pasado, las únicas mujeres del equipo se desempeñaban como secretarías o parteras.

El SFO mantuvo varias líneas de investigación sobre reproducción humana. En particular, participó del proceso internacional de invención y validación de dos técnicas obstétricas que han dado forma al modelo médico de asistencia al parto: el monitor electrónico fetal y la inducción por oxitocina sintética.

En 1958, en el III Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Caldeyro Barcia presentó un trabajo titulado «Estudio de la hipoxia fetal mediante el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal». A partir de esa fecha, utilizaron el registro de la frecuencia cardíaca y de la presión uterina para documentar el efecto de cada contracción sobre el feto. Comprobaron que la actividad del útero estaba directamente asociada a la frecuencia cardíaca

fetal y por lo tanto daba cuenta de su oxigenación. Este método fue de gran utilidad para detectar el sufrimiento fetal. Los resultados fueron confirmados por el Dr. Edward H. Hon, quien estaba realizando estudios similares en Estados Unidos. Este descubrimiento fue la base de la tecnología que permitió la construcción del monitor electrónico fetal (Zárate et al., 2017; *Revista Sardá*, 1997).

Por otra parte, fue recién a finales de la década de 1950 que la ciencia obstétrica pudo entender el mecanismo biológico que inicia el trabajo de parto. A lo largo de la historia y las distintas culturas, tanto comadronas, como parteras, médicos, sanadoras y sanadores utilizaron distintos tipos de medicamentos, hierbas y maniobras para inducir los partos. En el marco de la medicina moderna, la investigación de Judith Walzer (1986) da cuenta de que en hospitales de Estados Unidos, en la década del treinta, ya se inducían partos con pituitrina.⁹³

La hormona oxitocina fue descubierta por el fisiólogo británico Sir Hery Halet Dale en 1906, quien además comprobó que afectaba al útero provocando contracciones. El científico acuñó el nombre de oxitocina, proveniente del griego que significa «nacimiento rápido» (Viero et al., 2010, p. 138). Casi cincuenta años después, Vincent Du Vigneaud la sintetizó por primera vez, lo que lo llevó a recibir el Premio Nobel de Química en 1955 (Magon y Kalra, 2001, p. 157).

Una vez que los centros de investigación tuvieron acceso a la oxitocina sintética, se incrementó la experimentación sobre su función en el parto humano. Según Caldeyro Barcia,

Hemos llegado a registrar y medir exactamente el trabajo del útero en el parto. (...) Du Vigneaud nos remitió una muestra para que tratáramos de medir su acción sobre el útero. Parece ser la hormona que causa directamente el trabajo de parto, aunque eso es lo que tratamos de determinar exactamente en estos momentos. (*La Mañana*, 1957).

En año 1959, el SFO organizó en Montevideo el Simposio sobre Oxitocina con la participación de investigadores de diversas partes del mundo. En palabras de Caldeyro Barcia,

Algunos de los profundos misterios que rodean el acto tan simple y trascendente al mismo tiempo del nacimiento humano pueden ser rescatados total o parcialmente de

⁹³ Existen referencias sobre la aplicación nasal de pituitrina en casos obstétricos desde la década del veinte (Colmeiro, 1946, p. 278).

la oscuridad, en el simposio sobre ocitocina⁹⁴ a realizarse en el próximo mes de agosto en nuestra capital en el SFO. Investigadores de todo el mundo, dedicados a poner en claro el papel muy importante por lo que se sabe de la hormona ocitocina en la producción del parto en la especie humana presentarán sus trabajos, cotejarán resultados, discutirán y llegarán seguramente a conclusiones de singular trascendencia. (*El Bien Público*, 1959)

En el simposio, los representantes de los centros de investigación lograron coincidir en algunos resultados y recomendaciones. Por ejemplo, firmaron una declaración conjunta en donde recomendaron que cuando se empleara la oxitocina no se sobrepasara de 5 miliunidades por minuto. Los científicos advertían lo perjudicial de pasar de la dosis, ya que generaba una frecuencia e intensidad de las contracciones que dificultaban la oxigenación fetal (Nota de prensa, (s/d), julio de 1959). Un año más tarde ya se dictaban cursos sobre la técnica de inducción con oxitocina sintética (*El Día*, setiembre de 1963). Un elemento que da cuenta de la proyección internacional de la investigación del SFO es que la actividad uterina se expresa en Unidades Montevideo.

La inducción formó parte de un conjunto más amplio de técnicas e instrumentos que permitió a la medicina comenzar y manipular el ritmo del trabajo de parto. Esto ha significado un gran cambio para la humanidad. Una de las causas de morbilidad podía resolverse con la aplicación de oxitocina sintética. La ciencia daba un paso en el control de la «naturaleza».

La dicotomía naturaleza-cultura volvía a expresarse con las jerarquías de género mencionadas anteriormente (Amorós, 1991; Ortner, 1979). Mariana Viera, en su análisis del artículo de Ortner (1979), plantea que lo central no está en el fenómeno fisiológico, sino que

es desde la cultura, entendida como ideología, que los fenómenos fisiológicos que acompañan el proceso de gestación y parto son vinculados culturalmente a la naturaleza, y la naturaleza en todas las sociedades tiene un estatus inferior en relación a la cultura. (Viera, 2018, p. 98).

⁹⁴ En los documentos del SFO y de la prensa que se están analizando se la nombraba como ocitocina. No obstante, la nombro oxitocina pues es la forma que adquirió años después.

Es decir, no hay una relación directa entre que las mujeres sean las que se embarazan con la identificación de ellas con la naturaleza, sino más bien, como sugiere Celia Amorós, la asociación responde a la marginación y opresión en que se encuentran las mujeres, «opresión desde la que se la define como aquello que requiere ser controlado, mediado, domesticado o superado según los casos» (Amorós, 1991, p. 34).

Los siguientes fragmentos del discurso de los científicos del SFO se pueden leer en clave de esta discusión: «se habrán desentrañado muchos misterios relativos a la fisiología del útero durante el embarazo, parto y postparto (...) ayudar a descubrir algunos de los arcanos que aún rodean el hecho fisiológico de dar a luz» (Elizalde Mac-Clure, 1960). «Aquí en el Departamento de Fisiología Obstétrica, hemos visto uno de los mayores milagros de la naturaleza: una mujer dando a luz y un equipo de 16 hombres de ciencia que brindan el conocimiento de distintas disciplinas para protegerla» (Dr. Frank Fremont-Smith, citado en Beretta, 2006).

Esta imagen sugiere un avance en el control político masculino sobre la reproducción. Se plantea a una mujer en un lugar pasivo de «dar a luz». Algo le sucede en su cuerpo biológico mientras muchos varones científicos, desde un lugar activo y de conocimiento, la protegen. Como planteaba Rostagnol (2011), en el proceso de la medicalización del cuerpo de las mujeres, el cuerpo reproductivo se colocó en el espacio político (p. 305). Un cuerpo reproductivo femenino que necesita de la protección externa y constante de los hombres científicos. En esta imagen ella no parece tener ningún control sobre el proceso, la ciencia superaba al mecanismo «natural» «arcano», misterioso y hasta ese momento oculto de iniciar y controlar el trabajo de parto. Asunto que se inscribe en un proceso moderno más amplio que incluyó la constitución de sistemas expertos para la organización de la vida social, con permanentes innovaciones tecnológicas que fueron introduciendo la idea del riesgo y de la responsabilidad humana en su gestión (Giddens, citado en Rosales, 2006).

8.3. Cuerpo, género y ciencia obstétrica: un análisis de discurso de las noticias de prensa a partir de las actividades del SFO

En los apartados siguientes se presenta un análisis de las noticias de prensa sobre las actividades del SFO entre los años 1957 y 1964, período en donde se inventa la inducción por oxitocina sintética y el monitor electrónico fetal. Si bien los avances científicos parciales para la realización de estas tecnologías obstétricas comenzaron mucho antes, en los años delimitados

—a partir del trabajo de varios centros de investigación del mundo— se logró la producción y comercialización de las dos técnicas de control del trabajo de parto.

A partir del año 1957, Caldeyro Barcia comenzó a dar a conocer el trabajo científico a la prensa. En la primera nota dio cuenta del cambio de política con relación a la difusión de resultados:

Todos hemos pensado que la responsabilidad del trabajo que estamos llevando a cabo debe trascender ahora, aunque anteriormente habíamos decidido que esto no se realizara, por entender que muchas veces, las malas interpretaciones periodísticas entorpecen este tipo de trabajos. (...) Esta apasionante labor científica, que comenzó a realizarse por el solo espíritu vocacional de los investigadores, cumplió su primera etapa, como lo señaláramos anteriormente, sin que trascendiera su exacto valor. (*La Mañana*, 1957)

Según Alcides Beretta, Caldeyro Barcia percibió la importancia de que las actividades del SFO resonaran en la sociedad; a mayor difusión cabían más posibilidades de lograr los recursos económicos para la investigación (Beretta, 2006, pp. 149 y 234). La prensa local fue difusora y amplificadora de los reconocimientos del SFO.

Tal como se explicitó en la metodología, el análisis de las noticias de prensa se realiza siguiendo algunas pautas del análisis crítico del discurso. Para comenzar se presenta un análisis de titulares.

8.3.1. Los titulares y fotos de las noticias

Para Pardo (2013), analizar el titular con sus constituyentes (antetítulo, título y subtítulo) es relevante por su valor semántico y pragmático. En el titular se sintetiza los acontecimientos que la noticia se propone representar,

y, por lo tanto, porta los temas centrales propios de un hecho social. Funcionalmente, esta categoría jerarquiza el discurso, esto es, pone de relieve el asunto discursivo, recupera conceptualmente núcleos de significación con clara función nemotécnica, y orienta las maneras de acceder a los acontecimientos representados. (Van Dijk, citado en Pardo, 2013, p. 99)

Los titulares de las noticias jerarquizaron mostrar a la ciencia obstétrica en un lugar de importancia para la sociedad. En veintidós de los veintiséis titulares se hace referencia al

impacto internacional de la labor del SFO. Titulares como «Montevideo. Centro de investigación patológica. Investigadores uruguayos crean técnica de repercusión mundial» (*La Mañana*, 1957) o «Fisiología Obstétrica. Investigación original de trascendencia hemisférica» (*El Día*, setiembre de 1963) dan cuenta de la relevancia internacional de lo que se estaba investigando en Montevideo. Neyla Pardo (2013) plantea que en la noticia escrita existen ciertos significados que otorgan los recursos cognoscitivos para que la realidad sea representada y valorada. Colocar en los titulares la repercusión internacional del quehacer científico del SFO fue un recurso utilizado que asignó valor a lo que luego se desarrolla en el cuerpo de la noticia.

En catorce titulares se explicitó que la ciencia se estaba abocando a la investigación del funcionamiento de la reproducción, mientras en siete se dio cuenta de la creación de tecnología para la atención del parto, a veces nombrando directamente la técnica o el aparato en cuestión. En cinco titulares se plantea la idea de que el parto es generador de daño fetal y en dos, la ciencia obstétrica aparece en el lugar de reparadora de los peligros del parto sobre la nueva vida.

La mitad de las noticias están acompañadas de fotos en donde se muestran a los varones científicos en contacto directo con las máquinas que traducirían los datos biofísicos del parto. No aparecen mujeres en trabajo de parto (lo que cambiará años después cuando Caldeyro Barcia comienza a investigar sobre parto humanizado, allí la imagen de las mujeres adquiere mayor relevancia).

En ocho fotografías aparecen los aparatos del laboratorio en un lugar central. Como se puede observar en la siguiente fotografía.

Figura 6. Revista Comentario, setiembre de 1963. año IX número 88



En las sociedades occidentalizadas lo que logra erigirse como mensaje de la ciencia adquiere el valor de verdad. La ciencia y la tecnología médica, responsables de grandes avances para el bienestar humano, no actúan en un vacío social. Su quehacer está inmerso en las relaciones sociales, donde su capacidad de solucionar problemas corre en paralelo a su papel de conservadoras de dicho entramado social (Juan y Rodríguez, 1994). Según Sara Fajula, a partir de los textos de la ciencia es posible poner de manifiesto los significados sociales de sus enunciados, enunciados más o menos ocultos y considerados como neutros. En los titulares y fotos de las noticias que estamos analizando podemos observar los intereses específicos del «hombre de ciencia» (Fajula, 2013, p. 142) exponiendo su visión sobre la importancia de la ciencia como reveladora de los misterios del parto y reparadora de los daños que el cuerpo gestante pudiera realizar.

En el siguiente apartado se analizan las representaciones de género que aparecieron en las noticias de prensa para caracterizar las concepciones sobre lo femenino, lo masculino y la maternidad, que subyacían en el momento en que comienzan a utilizarse dos técnicas obstétricas que dieron forma al modelo médico de asistencia.

8.3.2. Las entrañas de la madre expectante: representación de género en las noticias de prensa

En las noticias de prensa, la forma más frecuente de nombrar a las mujeres fue «madre». Pero más que referencias a la sujeta gestante, las noticias se referían al «útero materno» en tanto «motor del parto», retomando el enfoque mecanicista visto anteriormente. Colocar este tipo de expresiones en la prensa da cuenta de la reducción de la persona al órgano, en particular la

reducción de las mujeres a su aparato reproductivo, la metonimia del útero que planteaba Susana Rostagnol (2011, p. 304). Aparecen, además, siete formas de referirse a lo femenino: «mujer embarazada», «mujer grávida», «mujer durante la gravidez y el parto», «entrañas de la madre expectante», «mujer parturienta» y, en menor medida, aparece «paciente» y «organismo».

Cuando se nombraba a la «mujer» —menos frecuente que *madre*— se la adjetivaba en relación con la función de reproducción. Claro, se estaba dando a conocer un tema que justamente se centraba en la capacidad de procrear. Pero en la forma como la ciencia obstétrica se refirió a esas mujeres se destacó la relación social maternal, no había lugar para pensarlas en tanto sujetas atravesando un proceso biológico. Las representaciones en la prensa correspondían a lo socialmente aceptado y respondían a las necesidades del contexto político y social, en estricta relación con el sistema de relaciones de género que las subyacía (Nash, 2000). Como se planteó antes, entre 1940 y 1960 todavía se seguía proponiendo como rol fundamental para las mujeres el maternal. Según Rodríguez y Sapriza (1984), una madre no tan prolífica, pues las mentalidades de esa época reflejaban las consecuencias demográficas de aquel modelo social y económico donde aparecía como «poco factible un gran aumento de población de no mediar profundos cambios estructurales» (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 114).

Valorar más la calidad que la cantidad de la progenie (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 115) incluía mejorar los resultados en el parto. Como veremos más adelante, en el discurso de los científicos del SFO aparecía la idea de que los nuevos servicios de obstetricia, equipados con la última tecnología obstétrica, podrían lograr que nacieran «hijos sanos y capaces y no enfermos o débiles mentales que sean una carga para la sociedad» (Invento Uruguayo: Un aparato electrónico que contribuye a que el niño nazca sano y capaz, en *El Día*, 11 de mayo de 1961).

La mejora en los resultados obstétricos fue implicando la permeabilidad por parte de las mujeres a las nuevas tecnologías obstétricas. Esto se dio en un marco de medicalización mayor que implicaba cambios en los cuidados en el transcurso del embarazo. María Freire et al. (2018) quien estudia cómo aparece la medicalización del embarazo y parto en la revista brasilera *Claudia*, a partir de la década de los sesenta plantea que

Sob a égide da supremacia da racionalidade científica e da política de risco, gestação e parto foram ressignificados e incorporados aos novos regimes médicos e tecnológicos, que incluíam a necessidade de internalização, por parte das mulheres, do desejo

e obrigação de ser saudável durante a gravidez e gerar filhos saudáveis. (Freire et al., 2018, p. 959)

Un tema interesante para profundizar es la relación entre el modelo preventivista en salud, las nuevas pautas de calidad de vida que fueron promoviendo y la medicalización del embarazo y parto. Si bien no tomo este aspecto como objeto de estudio, es un asunto que colaboró con lo que podríamos llamar el nuevo imaginario social de la «embarazada sana y cuidadosa».

Resulta significativo analizar cómo aparecen nombrados los científicos y la figura masculina en general. Encontramos diecisiete formas distintas. Lo más frecuente fue «profesor», siguiéndole «médico» con varias adjetivaciones (jóvenes médicos, médicos extranjeros, médicos del continente, médicos uruguayos, médicos especializados). Luego le siguen, ordenadas por frecuencia de aparición, «doctor», «investigador», «científico», «becario», «ingeniero», «especialista», «hombre de ciencia», «grandes maestros», «autoridad mundial», «eminencia médica», «docentes», «el mejor del mundo», «técnico», «egresados», «estudiosos europeos».

Mientras, lo femenino se nombraba a partir de siete categorías, siendo preponderantes útero materno, madre y mujer adjetivada en tanto cuerpo gestante; lo masculino se nombró de muchas más formas, con predominancia de médico, profesor y doctor. La variedad de nominaciones masculinas refiere a la ciencia, al estudio, al saber, a la jerarquía del conocimiento, a la cultura científica. Reflejan a hombres de ciencia estudiando el fenómeno de la reproducción. Mientras lo femenino es nombrado de forma más acotada y asociado a la función biológica «natural» de embarazarse y parir, siendo incluso nombrado como «organismo».

Obviamente la forma de nombrar está asociada a que eran hombres médicos y de ciencias fisiológicas los que en esa época lideraban estos estudios y que las estudiadas eran mujeres que parían. Pero no deja de ser interesante relevar la dicotomía de la representación de género que aparece en las noticias a partir de las actividades del SFO. La representación de lo femenino no hizo referencias hacia las mujeres en tanto sujetas con necesidades o intereses propios. El centro estaba en el feto y las mujeres se representaron como sus entornos biológico-maternos.

8.3.3. *Las mujeres como no madres*

Otro aspecto a tener en cuenta es que a partir de la década de los sesenta, dado el comienzo de los programas de planificación familiar, los médicos tuvieron que comenzar a concebir a las mujeres no solo en tanto madres, sino también en su negación del papel procreador (Meloni, 2015, p. 16). En varias entrevistas a los referentes del SFO, aparecían preguntas sobre el aborto y la planificación familiar. En el fragmento que sigue, Caldeyro Barcia opina sobre estos temas en una entrevista realizada por el diario *Listín* de la República Dominicana:

El doctor Caldeyro Barcia se mostró de acuerdo con los programas de planificación familiar, pero los limitó hacia aquellos países donde la situación general así lo exigía (...). Puso como ejemplo a su propio país, Uruguay, donde según él, la población es muy reducida. — En mi país sería impropio llevar a cabo un control de natalidad en cuanto a su reducción (...). Se mostró de acuerdo en que se empleen píldoras anti-conceptivas solo en aquellos pueblos donde las condiciones económicas, morales y políticas son precarias. Consideró que el control de la natalidad sirve para disminuir el elevado número de abortos, hecho que calificó de «criminal y vergonzoso».⁹⁵ (*Listín Diario*, 1968)

El tema de la planificación familiar fue muy debatido desde el final de la segunda guerra mundial. En Uruguay —como en Brasil (Pedro, 2007), en Chile (Castañeada y Salamé, 2015) y Argentina Felitti (2012)— se procesaron variadas discusiones en torno a su llegada. La planificación familiar implicaba la posibilidad de la anticoncepción femenina, pero nacía semantizado a partir de la «familia». La posibilidad para las mujeres de tomar anticonceptivos se sopesaba en función de las responsabilidades familiares, no como sujetas con derechos sobre su cuerpo, sino como «madres» que podían reducir la prole para cuidarla mejor.

A su vez, el debate se procesaba en el marco de la guerra fría. Organismos internacionales, grupos académicos y líderes de la política discutían los posibles efectos negativos del aumento de la población mundial, sobre todo les preocupaba las consecuencias en el llamado Tercer Mundo en contexto de Guerra Fría, descolonización y vigencia de proyectos revolucionarios.

⁹⁵ Hacia el final de su vida, Caldeyro Barcia dio cuenta de una actitud de duda con relación a la legalización del aborto. En varias entrevistas plantea que estaba analizando los pro y los contra, a su vez se mostraba enfático en que el Uruguay debía enfrentar el problema del aborto ilegal (*El diario*, 1994).

La planificación familiar comenzó a ser visualizada como la estrategia más eficaz para reducir el crecimiento demográfico (Felliti, 2012, p. 154).

En respuesta, organizaciones de izquierda se resistieron a la planificación familiar pues la consideraron un embate imperialista de Estados Unidos⁹⁶ para reducir las posibilidades de una revolución social y de cortar las dependencias con países centrales.

En nuestro país, una parte de los científicos y médicos se negaron a aceptar que las mujeres tuvieran control sobre su fecundidad. En 1969, la Agrupación de Estudiantes de Medicina rechazó la planificación familiar. Se declaró contraria

al cumplimiento de las voluntades individuales en el sentido del control del número de hijos, salvo en casos excepcionales que deberán ser analizados a la luz de las consideraciones anteriores, y debidamente justificados (...) [la planificación familiar era concebida como] uno de los instrumentos principales para el mantenimiento de la situación, en un mismo nivel que la represión, la penetración cultural y el dominio de la economía a través de los organismos financieros internacionales. (Acta del Consejo de la Facultad de Medicina, 1969)

Lo que subyacía era que al limitar el desarrollo de la natalidad se limitaba la fuerza productiva y por tanto se inhibían las contradicciones entre las estructuras y las fuerzas productivas; y esto obstaculizaría la revolución.

Joana Pedro (2003) plantea similares cuestiones para Brasil, señala que, con la revolución cubana en 1959, Estados Unidos comenzó a percibir el peligro de que Brasil se tornara comunista (dada la enorme pobreza y desigualdad). A fines de los cincuenta e inicio de los sesenta, hubo una alerta mundial por el peligro de una explosión demográfica en ese país. Para la izquierda brasileña, los métodos anticonceptivos también eran sinónimos del imperialismo de Estados Unidos. Algunos periódicos publicaban artículos que sostenían que la píldora anticonceptiva iba a hacer que las niñas nacieran masculinizadas. Finalmente, la política de control de natalidad entró en 1964, en contexto de dictadura militar, a partir de la ayuda que

⁹⁶ Desde 1952 existía IPPF (International Planned Parenthood Federation) con sede en Estados Unidos, que había actuado en India, China y África, tratando de apaciguar una supuesta explosión demográfica (Pedro, 2003).

Estados Unidos daba a Brasil de la mano de la Alianza para el Progreso (Pedro, 2003, pp. 21-22).

Por su parte, en Argentina, mientras la explosión demográfica era considerada un peligro para el orden capitalista en contexto de Guerra Fría, la caída de la tasa de natalidad junto a la extensión de las prácticas anticonceptivas y del aborto fue considerada una amenaza para la soberanía del país y para su definición como nación católica (Felitti, 2012, p. 144).

Esta breve discusión, que merece una investigación en sí misma, muestra que la reproducción humana no se concebía en relación con las voluntades de las mujeres. Los argumentos en tensión referían a intereses demográficos, políticos y morales; otra vez, la capacidad de reproducción femenina se constituía en locus de dominación masculina (Tabet, 2018).

8.3.4. Argumentos en torno a la intervención obstétrica del parto: el cuerpo gestante vs. el feto

El parto nos parecía algo enteramente mecánico que solo la cirugía podría solucionar si se complicaba. Por encima de todo subyacía la idea de que el parto era algo peligrosísimo que los médicos debíamos vigilar muy atentamente, prestos a rescatar a bebés y madres de las imprevisibles catástrofes naturales que en cualquier momento podían acontecer. Los cuerpos de las madres se percibían como algo bastante imperfecto y el canal del parto, como un peligroso lugar donde era fácil morir asfixiado.

(Olza, 2017, p. 19)

Cuando los científicos del SFO dieron a conocer, a través de la prensa, los métodos de control del parto que estaban creando, ofrecieron una imagen del cuerpo femenino como potencialmente dañina para el feto. En diez noticias se hizo explícito que el trabajo de parto y el parto constituían momentos de peligro para el feto. Habían comenzado a poder medir la oxigenación del feto en las contracciones uterinas (a través del monitor electrónico) y a partir de allí el posible sufrimiento fetal.

Hay muchas cosas que se ignoran: muchos niños se mueren en el momento de nacer o antes; o que nacen con problemas. Las estadísticas dicen que uno de cada cien niños

nace con un problema cerebral. Nosotros queremos descubrir las causas de esas lesiones cerebrales. (*El Día*, 21 de octubre de 1963)

En la mayoría de las noticias se explicitaba que se producía daño fetal cuando se daban determinadas situaciones consideradas anormales. Pero también hubo noticias donde el cuerpo femenino en situación de parto se mostraba, por definición, como agresivo hacia el feto.

Todo parto representa una agresión física contra el feto. Las contracciones del útero lo privan momentáneamente de oxígeno (...). En los nacimientos normales, las reservas del niño son suficientes para soportar la agresión. Si dichas contracciones se prolongan más de lo debido, (...) y no hay tiempo para que el feto pueda ser abastecido de oxígeno, este puede morir, como hemos dicho, por anoxia, o pueden causársele lesiones cerebrales o neurológicas que se manifestarán más adelante. (Hidalgo, 1964)

Un primer elemento que surge del fragmento citado, es la idea de antagonismo entre el feto y el cuerpo gestante. Para profundizar en este aspecto, abordaremos algunos elementos históricos del estudio de la salud fetal.

Si bien desde principios del siglo XIX la medicina se había interesado en auscultar la frecuencia cardíaca fetal (Adolphe Pinard desarrolló en 1885 el estetoscopio utilizado hasta hoy), hasta los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial había centrado su atención en la mujer embarazada. A partir de la década de los sesenta, la ciencia fue incrementando el interés en el estudio del feto vivo, sobre todo a partir de las distintas técnicas del diagnóstico prenatal (Löwy, 2017, p. 2).

La historia sobre las tecnologías fetales ha dado cuenta de que la posibilidad de estudiar el feto vivo dentro del útero permitió la autonomía creciente del embrión con respecto al cuerpo gestante (Duden, 1996; Casper y Morgan, 2004; Santesmases, 2017). Imágenes del «feto público» comenzaron a circular a mediados de la década de los sesenta (se considera pionero al ensayo fotográfico de Lennart Nilson «Drama de la vida antes del nacimiento»), sobre todo a partir de los discursos contrarios al aborto. Mónica Casper y Lynn Morgan (2004), en el estudio sobre la creación de «ciudadanos fetales» en Estados Unidos, y Bárbara Duden (1993), en su trabajo sobre la historia de la ecografía obstétrica, dieron cuenta de la relación entre la valoración de la vida del feto y las políticas antiaborto. El análisis de género de ese proceso muestra que en muchos casos la consideración del feto como un individuo con derechos llevó

a la reducción de la autonomía reproductiva de las mujeres gestantes (Casper y Morgan, 2004, p. 18; Blázquez, 2005, p. 10).

En el tema del parto, la posibilidad de medir la frecuencia cardíaca del feto a través del monitor electrónico fetal también incrementó la antagonía entre las mujeres y los fetos. Valorar cada vez más al feto, en el marco de una idea amenazante del cuerpo gestante, fue llevando a la patologización del cuerpo femenino en la asistencia del nacimiento. La revisión de etnografías realizada por María Blázquez (2005, p. 10) da cuenta de que la conceptualización del embarazo y del parto como enfermedad se inicia justamente con la posibilidad de medir y controlar el embarazo por medios técnicos. Mientras la mujer embarazada se convertía en el entorno del feto, el médico ya no precisaba preguntarle casi nada, la información se la proporcionaba directamente el feto (Hernández y Echevarría, 2014). El proceso de anulación de las mujeres como fuentes de información de los procesos reproductivos se había iniciado décadas antes. Por ejemplo, los avances de la medicina decimonónica produjeron cambios en la forma como se diagnosticaba el embarazo. Como plantea Susana Rostagnol, se pasó de un modelo que diagnosticaba basándose en información proporcionada por las mujeres a un método codificado para hacer tactos vaginales y para aplicar el espéculo: «La paciente dejó de ser una persona para pasar a ser un objeto sobre el que recae la práctica médica» (Rostagnol, 2011, p. 305).

En el siguiente fragmento se hace énfasis en las consecuencias del parto sobre la salud futura del individuo.

Estas circunstancias anormales, partos que comienzan antes o después, provocan el sufrimiento del niño radicando la mayor influencia de sus efectos en el cerebro y provocando, así, enfermedades neurológicas y mentales que pueden advertirse mucho tiempo más tarde. (*La Mañana*, 1957)

Tal como aparece en la cita anterior, la lesión cerebral es el daño fetal más nombrado en el *corpus* de noticias. La investigación de Ilana Löwy muestra que a partir de la década de los treinta la medicina comenzó a identificar al parto como una de las causas de los defectos mentales en los niños. En un estudio sobre patologías fetales publicado en Estados Unidos en 1952, basado en la experiencia de 18 años de Edith Potter en el Chicago Lying Hospital, la anoxia (falta de oxígeno) en el parto y el trauma de nacimiento aparecen como causas centrales de muerte y morbilidad infantil (Löwy, 2017, p. 98).

En el discurso de los científicos del SFO se hace referencia a este tipo de estudios a la vez que se difunden sus propias investigaciones para relevar los efectos de la anoxia fetal. En 1958 publicaron un artículo que planteaba que la anoxia significaba mucho más que la ausencia de oxígeno, pues implicaba una reducción del intercambio de sustancias entre el feto y la mujer. Y por eso la profilaxis de la anoxia fetal debía ser uno de los objetivos centrales de la obstetricia contemporánea (Beretta, 2006, p. 111).

Hay ocho noticias fechadas a partir de 1961 que se centraron en dar a conocer el nuevo aparato que permitía hacer un seguimiento continuo de la frecuencia cardíaca fetal. Uno de los titulares lo expresa de esta forma: «Invento Uruguayo: Un aparato electrónico que contribuye a que el niño nazca sano y capaz» (*El Día*, 1961).

En la nota se enfatiza que el aparato servía para saber cuándo el feto estaba sufriendo, de forma de poder extraerlo del útero. Cada vez que se explicaba sobre el invento de este aparato se explicitaba que su objetivo era evitar que se le hiciera daño al feto, dando cuenta de una gama importante de afecciones, como se puede ver en el siguiente fragmento.

El poder grabar en forma continuada durante el trabajo de parto esta frecuencia cardíaca nos permite conocer la repercusión perjudicial que pudieran tener las alteraciones de la contracción uterina y otros factores, sobre la vida del feto [...]. En esta forma podemos diagnosticar precozmente el sufrimiento del feto y, al extraerlo en el momento oportuno, evitar las graves consecuencias que sobre él podría producir el parto anormal. Como por ejemplo la muerte del feto dentro del organismo, el nacimiento del feto vivo con taras que podrían ser parálisis en formas variadas, epilepsias, disminución del coeficiente intelectual, idiotez, etcétera. (*El Día*, 1961)

En once noticias la ciencia y la tecnología aparecen en el lugar de poder diagnosticar y reparar el daño hacia el feto, como se puede observar en los siguientes fragmentos.

Los métodos permiten diagnosticar en forma precoz el sufrimiento fetal intrauterino y aplicar el tratamiento adecuado antes de que el feto sufra un daño permanente. Con esto se pueden evitar lesiones cerebrales del tipo de las que dejan como consecuencia ceguera, parálisis, epilepsia, retraso mental, u otras formas de enfermedades neurológicas. (*El Día*, 1961)

Si se tiene en cuenta la importancia que para la futura vida del individuo tiene el normal desarrollo del embarazo y el parto, es fácil deducir que las investigaciones que,

pacientemente y en forma casi desconocida para el público, llevan a cabo los hombres de ciencia tienen un interés que rebasa el ámbito de los laboratorios para proyectarse en todas las esferas. (*El Día*, 21 de octubre de 1963)

Lo que están estudiando ahora es la forma de evitar que durante el parto se le pudiera hacer daño al niño. Con este objeto empléanse métodos electrónicos para el registro continuo de la frecuencia de los latidos del corazón del feto, y eso ha permitido analizar en forma matemática este síntoma y reconocer ciertas variaciones del mismo que son el indicador más precoz que se conoce del sufrimiento intrauterino. (...) Al mismo tiempo se probaban los diversos procedimientos terapéuticos para corregir dicho sufrimiento. (*El Día*, setiembre de 1963)

En las citas anteriores aparece la medicina técnico-científica en un lugar de mucho poder, porque se plantea como la que puede diagnosticar el sufrimiento y extraer al feto de forma de evitar graves consecuencias. Si bien hacía siglos que los médicos practicaban distintas intervenciones con instrumentos y fármacos en la asistencia del parto —en Estados Unidos en la primera mitad del siglo XIX utilizaban la sangría, las drogas derivadas del opio y el fórceps (Walzer, 1986, p. 43)—, la introducción de máquinas capaces de traducir en datos biofísicos el estado del feto y de la mujer es un proceso que comienza a partir de la década de los sesenta. Ilana Löwy, en su investigación sobre la historia del diagnóstico prenatal, plantea que entre las décadas de los sesenta y los setenta el ultrasonido obstétrico (ecografía) se utilizaba solo en el control del embarazo en mujeres de alto riesgo. Sin embargo, a fines del siglo XX ya era parte de la rutina de control de la mayoría de las mujeres embarazadas (Löwy, 2017, p. 1).

Así como la ecografía, un conjunto de tecnologías para el estudio del feto en el cuerpo gestante evidenciaron un proceso de utilización creciente. Según el discurso de los científicos, el aumento de las intervenciones sobre los cuerpos era tomado de forma positiva por las mujeres: «Nuestras intervenciones (...) no solo han sido ampliamente aceptadas por nuestras pacientes, sino que en repetidas ocasiones son solicitadas por ellas, lo que puede dar una idea de la práctica de las mismas» (*Revista Semana Médica de México*, 1958).

En 1961, un grupo de expertos mundiales recomendó el uso rutinario de las nuevas tecnologías de medición de la oxigenación del feto (Zárate, 2017, p. 40). A partir de ese momento comenzó una escalada de intervención tecnológica en la atención del parto. Tanto así que se ha planteado que la «cultura del nacimiento» (Hernández y Echevarría, 2014, p. 332) tiene como una de sus bases la significación del parto desde la perspectiva tecnológica. Los monitores fetales, las

ecografías y demás bioinstrumentos han tomado la mayor relevancia en el manejo de los partos de la mano del enfoque del riesgo.⁹⁷ Si bien la palabra riesgo o el concepto embarazo de riesgo aparecen en los discursos estudiados, la instalación del enfoque de riesgos para la atención del parto se dará algunos años después. No obstante, ya se podía comenzar a observar lo que planteaba Castel en su estudio sobre la introducción de la noción de riesgo en la psiquiatría clásica.

Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido este como irrupción de lo imprevisto. En nombre del mito de la erradicación total del riesgo, tales ideologías construyen en su propio provecho un enjambre de nuevos riesgos que, a su vez, se convierten en blancos de intervenciones preventivas. (Castel, 1986, p. 232)

La idea moderna de poder anticipar un evento no deseado e intervenir para evitarlo ha permeado distintas áreas de la vida. En nombre de la gestión de los riesgos se han multiplicado las intervenciones y ampliado los espacios medicalizables. Entre ellos, la asistencia del parto.

Un estudio significativo sobre la introducción de la tecnología obstétrica en el marco del enfoque de riesgos fue el realizado por Robbie Davis-Floyd y Gloria St. John en Estados Unidos a finales del siglo XX. Ellas identificaron tres rituales en la asistencia del parto que transferían los valores de la sociedad tecnocrática: el monitor electrónico fetal, la oxitocina y la episiotomía. Según las autoras, «la rápida aceptación y difusión de la nueva tecnología con frecuencia tiene más que ver con su valor simbólico que con su real eficacia» (Davis-Floyd y St. John, 2004, p. 47). A similares conclusiones llegaron José Hernández y Paloma Echevarría. Para ellos, pese a que la evidencia científica muestra la iatrogenia de la cascada de

⁹⁷ El enfoque de riesgo obstétrico implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que puedan ser anormales en el proceso de gestación. «Es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto» (Jiménez et al., 2005). Para tales fines se diseña un sistema de clasificación que permite distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan morbimortalidad materna o fetal. Según los discursos estudiados la instalación del enfoque de riesgo perinatal se da entre fines de la década de los setenta y principios de los ochenta. No obstante, la inquietud médica por distinguir aquellas patologías que producían mayor nivel de morbimortalidad materna y perinatal se evidencia mucho tiempo antes.

intervenciones,⁹⁸ la tecnociencia no ha reconocido que los rituales obstétricos hallan sus razones en el orden de lo cultural más que en lo clínico (Hernández y Echevarría, 2014, p. 344).

Efectivamente, la ciencia obstétrica consiguió mejorar notablemente la morbimortalidad materna y la infantil en el parto y esto constituyó buena parte de la autonomía de género para las mujeres. Conforme se comenzó a asistir desde este enfoque y con estas técnicas, aparecieron estadísticas que resaltaban la mejora en salud perinatal.⁹⁹

En 1976, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia planteaba que

el manejo activo del parto a través de partogramas y monitoreo fetal constante durante el trabajo de parto, ha conducido a evitar que este proceso se prolongue excesivamente, dañando el feto: consecuentemente, se ha disminuido el peligro para la vida fetal. (*Diario Nacional de México*, 1976)

Enfrentar un parto con las garantías ofrecidas por la nueva tecnología obstétrica ha cambiado la percepción sobre el fenómeno. Ha permitido a las mujeres liberarse del miedo a morir en el parto con el que tuvieron que lidiar a lo largo de la historia (Walzer, 1986, p. 27). La aceptación de parte de las mujeres del intervencionismo se dio bajo la pretendida supresión de los riesgos obstétricos, a pesar de que esto supuso pérdida de control de su propio proceso de parto. Porque los modelos intervencionistas incrementaron la dependencia de las mujeres hacia los expertos y la tecnología, así como generaron discursos de miedo e inseguridad sobre los cuerpos, lo cual obstaculizó el poner en juego sus recursos y saberes (Hernández y Echevarría, 2016, pp. 7-10).

La rutinización del uso de tecnologías y farmacéuticas en la gestión hospitalaria tornó a las mujeres más pasivas (Martins, 2004, p. 100) y proclives a ser objeto de violencia obstétrica. Dicha aceptación no fue homogénea. La investigación de Emily Martin (2006) en Baltimore dio cuenta de las resistencias de las mujeres de distintas pertenencias étnico-raciales ante lo que consideraron como imposición médica de la atención del parto. Por otra parte, el trabajo de Wendy Kline (2019) ofrece una historia sobre el resurgimiento del parto asistido en

⁹⁸ Se llama cascada de intervenciones al proceso por el cual una intervención obstétrica va llevando a la necesidad de otra y esta última a otra, hasta llegar, a veces, a cesáreas innecesarias.

⁹⁹ En 1976, la prensa difundió: «Técnicas uruguayas disminuyen un 50 % la mortalidad neonatal» (*Diario Información*, 1976).

domicilio en Estados Unidos, originado por mujeres que buscaron escapar al intervencionismo médico injustificado.

No todos los cuerpos gestantes se sometieron sin cuestionar a los nuevos mandatos intervencionistas. Pero la idea difundida por los científicos de que el trabajo de parto era dañino para el feto, en el marco de las maternidades modernas, ofició de fundamento para la introducción y aceptación de intervenciones obstétricas de forma rutinaria y generalizada en la asistencia del parto.

8.4. Un epílogo necesario: el nuevo enfoque de asistencia al parto de Caldeyro Barcia

Por el período delimitado en la tesis, me centré en las dos primeras etapas de investigación de Caldeyro Barcia, aquellas que involucraron su trabajo en el SFO. Con esto me pierdo de analizar su contribución, otra vez novedosa, a lo que llamó el modelo de «parto humanizado».

No obstante, quiero dejar planteadas algunas de sus ideas, trayendo fragmentos de entrevistas en los años setenta y ochenta sobre los cambios que la medicina debía implementar para seguir mejorando la asistencia del parto.

Si bien fue reconocido mundialmente por el enfoque humanizado, el modelo que se siguió consolidando hacia fines del siglo pasado y primeras décadas del XXI no integró a cabalidad las bases del cambio. Las mujeres siguieron pariendo de forma horizontal, con restricciones de movilidad en el trabajo de parto y con abuso de intervenciones obstétricas (Magnone, 2011). Algunas de las mejoras fueron el derecho al acompañamiento y la reducción del tiempo de separación entre la mujer y el bebé luego del parto.

Hacia mediados de la década de 1970, Caldeyro Barcia dio a conocer el nuevo enfoque fundado en la necesidad de abolir la iatrogenia en el manejo del trabajo de parto, en la importancia del acompañamiento de las mujeres y en las virtudes de practicar la libertad de movimientos. Su trabajo científico lo llevó a confirmar que los bebés nacían mejor cuando se paría en posición vertical y a recomendar el acompañamiento familiar, sobre todo del padre del bebé. Según su punto de vista, el recién nacido se beneficiaba del contacto inmediato con su madre, recomendando la lactancia antes de los cinco minutos de nacido (*Patria*, 1981).

El enfoque desarrollado constituyó un nuevo impulso para la investigación de Caldeyro Barcia, incluso diseñó un modelo de silla que permitía parir verticalmente (Beretta, 2006, pp. 113-118), silla que no se incorporó a la asistencia en Uruguay.

En una entrevista realizada en 1979, además de manifestarse en contra de la episiotomía de rutina planteaba

La sofisticada tecnología médica —que en Montevideo hemos contribuido a crear— está para los casos en que el parto se complica (un 22 % de los casos aproximadamente), pero no debe utilizarse en situaciones normales. (...) Más del 70 % de los partos son perfectamente naturales y el médico solo tiene que vigilar; para que todo vaya bien hay que dejar en libertad a la madre para que escoja la posición que más le guste. (Nota de prensa (s/d), 18 de abril de 1979)

Lo novedoso de su enfoque permitió tener en cuenta aspectos sociales y psicológicos, no solo biomédicos, donde se volvía central el respeto a la persona que paría y fomentar el vínculo temprano entre el recién nacido o nacida y la mujer; veamos algunas de sus afirmaciones:

Un día nos pusimos a revisar las estadísticas de los recién nacidos por partos artificiales y las comparamos con los pocos nacidos por partos naturales. Y ahí descubrimos algo realmente sorprendente: los bebés que llegaban al mundo por esta última técnica nacían más fácilmente y los partos, por lo general, eran mucho mejores. Le aclaro que hasta ese momento yo era un encarnizado defensor del parto horizontal (en camilla) y de ciertas técnicas medicamentosas como la administración de la ocitocina (goteo) para acelerar el trabajo de parto. Pero las evidencias me hicieron reflexionar y apuntar mis investigaciones hacia la mejor manera de traer bebés al mundo. (*Revista Para Ti*, 1981)

En todas estas investigaciones siempre acompañé a las madres y a sus esposos durante el período prenatal, y desde el comienzo del trabajo del parto, durante el nacimiento y hasta que el niño estaba succionando el pezón materno. Esta interacción amistosa con las madres fue despertando en mí cada vez más atención hacia las necesidades de apoyo psicológico, emocional y afectivo que siente la madre en esta etapa tan importante de su vida. Esto me impulsó al enfoque hacia la denominada «atención humanizada del parto», en la cual uno de los objetivos principales es que la madre tenga una

vivencia completa y feliz de la hermosa experiencia que es traer un hijo al mundo.
(Caldeyro Barcia, 1985)

Desde su punto de vista el, enfoque médico «que emplea tecnologías perinatales nuevas, muchas veces invasivas, para fines de diagnóstico y tratamiento sobre todo del embrión y del feto» y el enfoque social que «prioriza el bienestar psicológico, emotivo y social de la madre (e indirectamente del feto)» eran complementarios (Caldeyro Barcia, 1985). Esta idea de combinar enfoques, donde se realiza la menor intervención en la mayoría de los procesos y se utiliza la tecnología y manejo activo en embarazos y trabajos de parto que se complican, es lo que la OMS ha venido recomendando desde hace décadas (OMS, 1996; 2015).

Según Alcides Beretta (2006), la recepción en la prensa de las investigaciones sobre el enfoque humanizado del parto fue muy importante, en 1979 se publicaron tres notas consecutivas en el diario *La Mañana* y varias en medios internacionales (p. 15). A finales de esa década, Caldeyro Barcia fue invitado a dictar conferencias sobre parto humanizado en diversas universidades y centros de atención del mundo.

De todos modos, aunque esta tercera etapa de investigación comprobaba la iatrogenia que produce el uso desmedido de intervenciones obstétricas, el modelo que se siguió consolidando se centró en la intervención y la tecnología como dispositivos rutinarios para manejar el proceso de parto.

Dejo planteada la pregunta de por qué las sociedades asumieron de forma selectiva los conocimientos científicos. Se integró la batería de intervenciones de forma generalizada y no así, el concepto que recomienda la menor intervención y la mayor libertad posible.

Cuánto de esto se relaciona con que la mayor intervención se asocia al cuidado del feto mientras que la menor intervención redundaría en mejores vivencias para las mujeres.

Síntesis del capítulo

En este capítulo se analizaron las ideas de los científicos aparecidas en la prensa sobre la relación entre el cuerpo gestante y el feto y el lugar que le cabía a la ciencia obstétrica en la prevención del daño fetal. En particular me detuve en los argumentos científicos para la introducción de tecnología e intervenciones en el parto.

Los documentos y noticias de prensa analizados mostraron un discurso claramente benefactor de la tecnología aplicada al parto, aunque desde el comienzo de la investigación del SFO ya se advertía de lo perjudicial del uso abusivo de oxitócicos y otras intervenciones.

A partir de 1960, en el momento en que se estaba descubriendo el método de inducción por oxitocina y diseñando el monitor electrónico fetal, el SFO ofreció una imagen del cuerpo femenino en tanto peligroso para el feto, capaz de producir daño cerebral en el transcurso del trabajo de parto y el parto. En esta oportunidad no se resalta la debilidad y la fragilidad de la caracterización médica del cuerpo femenino. Aparece más bien un cuerpo que no controla la posibilidad de dañar al feto, relacionándose más a las cualidades de inestabilidad e imprevisibilidad.

En consonancia con los resultados de las investigaciones sobre tecnologías fetales, las notas de prensa comenzaron a mostrar una relación antitética entre el cuerpo gestante y el feto. La nueva necesidad de controlar el abastecimiento de oxígeno hacia el feto aparecía en un lugar central, dado que en cualquier parto podrían esconderse consecuencias futuras que afectarían la capacidad intelectual del individuo. La ciencia obstétrica se mostraba a sí misma como la que podía detectar la falta de oxígeno que resultara patológica y extraer al feto del útero.

Como afirmaba Rostagnol (2011), en el transcurso de las ideas científicas sobre el cuerpo sexuado —y reproductivo— es posible rastrear la noción de género imperante en la sociedad (p. 50). Concebir el cuerpo femenino como amenazante para el feto presupone la idea de que la fisiología femenina falla en la reproducción biológica. Falla, que los hombres de ciencia se encomendaron resolver.

En el momento histórico en donde el rol central para las mujeres era el materno, un nuevo papel social se erigía para las buenas madres: confiar y entregar su cuerpo al instrumental biométrico para prevenir el riesgo de que las contracciones uterinas ocasionaran daño cerebral al feto.

El énfasis puesto en la prevención del daño fetal y la introducción sistemática del nuevo instrumental en todos los partos contribuyó a la generación de un modo de asistencia con centro en la tecnología. Una tecnología aparentemente inmunizadora de riesgos y neutra en consecuencias iatrogénicas. Intervenciones mayormente aceptadas, dada la confianza de las mujeres en los sistemas expertos (Giddens, 1994), que las dejó cada vez más pasivas y proclives a recibir intervencionismo médico injustificado.

En un doble movimiento, el cuerpo femenino fue concebido en tanto capaz de producir daño al feto y la ciencia obstétrica la entidad legitimada para prevenirlo.

Conclusiones

De la asistencia del parto a la asistencia del nacimiento. Claroscuros en el proceso de autonomía reproductiva de las mujeres.

En esta tesis afirmo que la institucionalización y medicalización del parto significaron una mejora para la vida reproductiva de las mujeres, porque por primera vez las políticas públicas destinaron recursos para mejorar aspectos de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, niños y niñas; a su vez, aumentaron algunos derechos reproductivos, por ejemplo, poder elegir parir en un hospital, o, pasado algún tiempo, contar con una cesárea de elección cuando la persona gestante considera que eso es lo mejor. Al mismo tiempo, por la forma en que se desarrolló el proceso —privilegiando una concepción patológica—, se fueron imponiendo mecanismos de control y de intervención sobre los cuerpos, que obstaculizaron la posibilidad de que las mujeres ejercieran otros aspectos de la autonomía reproductiva.

A comienzos del siglo xx, el Estado no tenía mayor intervención en el proceso del parto. El fenómeno se concebía como un asunto de lo privado, las mujeres lo transitaban como podían. Según la clase social, apelaban al Hospital de Caridad o a la asistencia domiciliaria de parteras, comadronas o médicos. Los niveles de mortalidad eran acordes a un contexto previo a la generalización del uso de los antibióticos, con dos muertes de mujeres cada mil nacidos vivos. Ante la disyuntiva de salvar una de las dos vidas se salvaba la de la mujer, las prácticas feticidas en el parto formaban parte del quehacer de aquella obstetricia.

A partir de la segunda década, comienzan a diseñarse políticas públicas para la atención del embarazo y el parto, asentadas en un proceso de mayor intervención social de los Estados en la vida cotidiana de los sectores populares. Ante la necesidad de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo en la fase del capitalismo monopolista, se acentuó el interés tanto por cuidar el rendimiento social y reproductivo de las mujeres como por lograr una descendencia de *mejor calidad*.

De este modo, la institucionalización del parto se enmarca en un contexto más amplio de reforma social, de medicalización y racionalización de la vida, en donde las ideas higienistas y eugenistas desarrollaron un papel central. Se racionalizaba la vida y así también el sexo y la reproducción; las ideas de las *clases incultas* —que incluían el saber lego de las mujeres sobre la crianza y el conocimiento «animalesco e irracional» de las parteras y comadronas— fueron

combatidas por el saber médico. En la pugna por dominar el saber sobre obstetricia y crianza, el discurso de los especialistas apeló al lenguaje sobre naturaleza-cultura, la cultura venía a aportar racionalidad moderna a un proceso de reproducción y crianza que había estado en el orden de lo «natural y femenino».

Las primeras políticas diseñadas reflejaban las relaciones de género del período; la valía de las mujeres se medía por su capacidad reproductiva y su rol maternal.

El Estado comenzó a otorgar derechos de asistencia en salud a las mujeres más pobres, pero desde una concepción que las ubicaba como las responsables de la mejora o degeneración de la especie. De a poco comenzaba a aparecer la idea del binomio madre-hijo, sobre la base del nuevo valor de la infancia y de un cuidado hacia las mujeres centrado en su capacidad reproductiva. En paralelo, se afectaba también los mandatos en torno a los deberes maternales, la «maternidad moderna» implicaba tener menos hijos (en medio siglo la fecundidad descendió de 4,7 a 2,7 hijos por mujer) y cuidarlos más, bajo los preceptos de la puericultura y la maternología.

Hacia mediados de siglo, habiendo disminuido en un 80 % la mortalidad infantil y en un 55 % la materna, ya no tenía sentido la pregunta sobre qué vida salvar. Se trataban de salvar las dos, bajo la nueva orientación quirúrgica de la ginecología, que fue incrementando las intervenciones sobre los cuerpos femeninos y eliminando las prácticas feticidas. En el transcurso de la mitad del siglo pasado el modelo pasó de concentrarse en el cuidado de la mujer y su parto a un modelo que, si bien protegía las dos vidas, velaba por el cuidado de la salud fetal, de allí que se fue transformando, también, en la asistencia al nacimiento. El saber experto pasaba a considerar al binomio madre-hijo.

Hospitalización del parto y nacimiento y construcción de la hegemonía médica en su atención

Las razones por las cuales el Estado fue promoviendo la hospitalización del parto fueron culturales y sociales. Comenzaron a internar y hospitalizar a las mujeres más pobres siguiendo pautas eugenistas de prevención del abandono infantil y para enseñarles a ser madres capaces de criar mejores seres humanos. Luego avanzaron las razones sociales e higiénicas que desaconsejaron los partos en hogares muy pobres. A la vez, se fue instalando una nueva causa de parto hospitalario: la de ser primípara. Llama la atención la falta de argumentos para tal

recomendación. Si una mujer ya había parido de forma adecuada podía seguir haciéndolo en su hogar, pero, si no, era mejor que lo hiciera bajo el control médico hospitalario; crecía la sospecha de la capacidad del cuerpo femenino para dañar al feto.

En el año 1934 la hospitalización da un paso más, se instaura la preferencia del parto hospitalario sobre el domiciliario para todos los casos (tampoco se difunden las razones de tal preferencia), a la vez que el aborto se legaliza como acto médico. Avanzaba la hegemonía médica en la atención de la reproducción.

La preferencia por el parto hospitalario fue trascendental para el modelo en construcción. En vez de partir del supuesto de que la gran mayoría de partos no precisaban casi intervención médica y que podían seguir asistiéndose por parteras entrenadas para derivar si aparecía algo fuera de lo considerado normal, se instaló la sospecha de lo patológico para todos los casos. Claro que el discurso médico no parecía confiar suficientemente en la partería, más bien generó una sospecha también sobre su práctica.

Si es que hubo razones clínicas para preferir el parto hospitalario no se enunciaron. Las razones fueron políticas, sociales y culturales, y respondieron, por una parte, al proceso de racionalización moderna que implicaba científizar la asistencia del parto y, por otra, a la hegemonía que la medicina fue erigiendo en tanto profesión con autoridad en la asistencia del parto. Se iba construyendo una idea de seguridad obstétrica que implicaba la asistencia hospitalaria, en donde el control médico sobre las mujeres y las parteras podía ejercerse en su máximo nivel. Basándose en la dificultad de definir cuándo un parto era normal o patológico, fueron ampliando su intervención en todo tipo de partos.

La seguridad obstétrica igualada a la hospitalización del parto perdurará durante todo el siglo xx, consolidándose a comienzos del siglo xxi cuando se prohíbe la atención del parto en el primer nivel de atención. En la actualidad, los partos y cesáreas se asisten en el segundo y tercer nivel. El modelo se volvió hospitalocéntrico y negador de otras formas menos medicalizadas de asistencia, como las casas de parto y el parto domiciliario.

Coincido con Marcela Nari (2004) en que no se trata de negar la validez de los aportes científicos y médicos,¹⁰⁰ y tampoco negar la mejora de la asistencia para aquellas mujeres que vivían en condiciones muy precarias; sino subrayar que para instalar una práctica obstétrica no siempre existió antes la comprobación de buenos resultados¹⁰¹. Por el contrario, muchos cambios respondieron a intereses de la clase médica y a necesidades políticas del Estado. Es desde este ángulo que debe leerse la transformación del rol de la partería durante la institucionalización y medicalización del parto. En el correr de las décadas analizadas, las parteras fueron subordinadas a la profesión médica, dejaron de asistir el parto domiciliario y perdieron el poder que tenían como referentes de la vida reproductiva de las mujeres. Similar a otros países (Zárate y González, 2018), en Uruguay no se ha reconocido suficientemente el papel que desempeñaron en la institucionalización del parto y en acercar a las mujeres a la atención médica. El discurso médico cuando se refería a ellas tendía a mostrar sus falencias morales, de formación y técnicas.

Las parteras se resistieron a algunos de los embates de la medicina. Si bien cabe señalar que las sindicalizadas pelearon por su autonomía profesional, por defender su formación —varias veces en jaque— y por sus derechos laborales, se observa que acompañaron el proceso de hospitalización del parto, aspirando a asistir los partos en los hospitales. No obstante, el poder médico no permitió que siguieran siendo la profesión idónea en la asistencia, las mandataron a una posición subalterna y les fueron expropiando la posibilidad de la atención del parto llamado *normal*.

Ginecotología e intervencionismo obstétrico

El proceso hacia la especialización de la ginecotología conllevó grandes cambios en las prácticas obstétricas. Desde los discursos analizados, las transformaciones se introdujeron con el fundamento de mejorar los resultados, en especial para cuidar al feto de daños producidos por el trabajo de parto y por las maniobras de la obstetricia clásica, que pasaron a evaluarse

¹⁰⁰ Aunque, como vimos, las propias condiciones de precariedad muchas veces las hacían preferir parir en sus domicilios porque no podían ausentarse del cuidado del resto de los hijos e hijas.

¹⁰¹ Nari pone varios ejemplos: en Europa comenzó la hospitalización de los partos previo a que los médicos aceptaran la asepsia, a sabiendas de que la mortalidad materna hospitalaria era superior a la asistida por parteras en domicilio. Luego, en la Argentina los médicos, sin poder indicar razones médicas para legitimar su intervención en los «partos normales», apelaron a la idea de maternidad para la 'raza' y 'nación', enfatizando que en su especialidad se ponían en juego dos vidas (Nari, 2004, p. 113).

como obsoletas y peligrosas. La ginecotocología nacía cuestionando la desvalorización de la vida del feto frente a la de la mujer, que practicaba la obstetricia clásica.

En su génesis se plantearon como modelo teórico asistir los partos desde la obstetricia conservadora, lo que exigía de tiempo, poder esperar lo que llamaban el proceso fisiológico. Pero, a la vez, se daban cuenta que en las condiciones que se instalaba la práctica médica había serias dificultades para esperar y para acompañar sin intervenir el trabajo de parto. Este es un aspecto central en este análisis: desde el comienzo la especialidad médica abocada al parto y al nacimiento fue consciente de sus dificultades para asistir de forma adecuada.

Augusto Turenne advirtió los efectos negativos de intervenciones médicas que no estaban fundadas en lo clínico, incluso avizó las consecuencias negativas que producía una forma de atención que radicalizara la prevención de la patología. Buscando evitar el riesgo de un daño, se llega a la paradoja de crear las condiciones para que efectivamente ocurran otros daños. En los discursos analizados todavía no aparece la noción de riesgo obstétrico, pero sí su sentido. Investigadores de la epidemiología del riesgo plantean que constituir al riesgo como una entidad con ‘existencia autónoma’ objetivable y supuestamente independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas puede llevar a acciones médicas equivocadas (Almeida et al., 2009, p. 332). Actualmente este problema se ha agudizado y en combinación con la medicina defensiva y la mercantilización de la salud representan barreras estructurales para la mejora del modelo de atención. La ginecotocología de la primera mitad del siglo pasado apeló a la volición de las mujeres de cuidar al feto para generar mejores condiciones para la aceptación del mandato médico. Según la ‘capacidad maternal’ las mujeres respondían más o menos a tal mandato. En todo caso, los catedráticos advirtieron de cuidarse de no ser manipulados por mujeres ‘pervertidas’ definidas como las que no querían pasar por los dolores del parto sin importar las consecuencias fetales. Para los médicos, la capacidad maternal, homologada al sacrificio por el hijo, era una dimensión muy influyente en la posibilidad de parir con dolor y no exigir anestésicos. De este modo es posible conectar la maternalización de las mujeres con las intervenciones obstétricas. Una mujer igualada a una madre se sometería a la intervención médica por no perjudicar a su bebé.

Resulta muy interesante el ahínco que mostraron por fundar una relación médico-paciente asentada en el conocimiento psicológico y cultural de las mujeres. Desde la crítica actual al tecnicismo instrumental de la asistencia al parto, se insta a una asistencia más humanista capaz

de tener en cuenta y respetar aspectos que trasciendan lo físico. Sin embargo, el interés de conocer los aspectos emocionales de las mujeres que parían en la tercera y cuarta década del siglo pasado fue manipuladora y de reafirmación de la maternalización de las mujeres.

Problematizar la práctica técnica y moral de la medicina nos enfrenta a la pregunta de cómo desarrollar actitudes médicas que puedan encarar aspectos no técnicos, pero que eso no se traduzca en nuevas moralizaciones y sometimientos de género. El espacio de la clínica será clave para orientar a las mujeres, lo que se puede hacer desde perspectivas conservadoras de los roles de género, así como desde perspectivas de autonomía y equidad (Erviti, 2010).

Por otra parte, el análisis de los discursos en prensa del SFO permitió esclarecer los fundamentos que la ciencia y la medicina utilizaron en la difusión de las nuevas técnicas del control del trabajo de parto. A mediados del siglo pasado, se profundizó el énfasis en el cuidado del feto, ya no se usará el término de eugenismo (abandonado luego de la Segunda Guerra Mundial por sus connotaciones racistas), pero se verifica una preocupación por las consecuencias que el trabajo de parto podría acarrear para una vida «sana y feliz».

El discurso científico en la prensa no hizo referencias hacia las mujeres en tanto sujetas con intereses propios y capacidad de interlocución. Lo central era el feto, y las mujeres se seguían concibiendo como sus entornos biológicos.

En resonancia con las conceptualizaciones de cuerpo y mujer que sostuvieron, la concepción de parto suponía la intervención constante para arribar a un buen resultado. La posibilidad médica de manejar activamente el parto, manipular su avance, controlar la presión uterina mientras se controlaba la frecuencia cardíaca del feto se erigió como el mejor modo de asistencia. Esto tuvo consecuencias sobre la autonomía reproductiva de las personas gestantes, pues el énfasis impuesto no valoró las consecuencias iatrogénicas de la sobreintervención y la hipermedicalización. El modelo que se iba desarrollando no reparó en las consecuencias de las episiotomías y cesáreas innecesarias sobre la vida de las mujeres, ni su padecimiento físico y psíquico al enfrentarse a un modelo que no las consideraba como sujetas y que las intervenía sin explicaciones ni pedidos de consentimiento. Pero negarse o cuestionar estas intervenciones era y es considerado digno de una mala madre, o de una maternidad inapropiada, en términos de Silvana Darré (2013), pues ¿qué tipo de madre se negaría a una asistencia que garantiza que su hijo o hija no nazca dañado por ella misma? Ya lo dijo Augusto Turenne, en toda su

trayectoria de médico una sola vez se encontró con una mujer que no estaba dispuesta a hacerse una cesárea y poner su vida en riesgo por la de su hijo.

En suma, el caso uruguayo comparte varias de las características de los procesos de institucionalización y medicalización del parto que se han reportado para otros países, tales como el contexto de maternalización en los cuales se desarrollaron, la subordinación de la partería a la medicina y el creciente intervencionismo sobre el cuerpo gestante en contextos hospitalarios. Observamos, en un caso particular, cuáles fueron las discusiones médicas sobre el intervencionismo obstétrico y los cambios acontecidos desde la obstetricia clásica (que recurría a prácticas feticidas) hasta la obstetricia quirúrgica que instaló nuevas intervenciones como la episiotomía y la cesárea. Se pudo constatar que los catedráticos se dieron cuenta que dadas las condiciones en las que se iba instalando la práctica médica no se podía aspirar a la obstetricia conservadora -que respetaba el tiempo fisiológico del trabajo de parto e intervenía sólo cuando fuera necesario-. Se desarrolló un modelo que intervenía más de lo que la experticia médica consideraba deseable.

El conjunto de procesos estudiados tiene relación directa con la posibilidad de respetar la autonomía reproductiva de las mujeres a la hora de pasar por el trabajo de parto, parto o cesárea. Por ejemplo, el hospitalocentrismo, a la vez que aumentó el derecho a la hospitalización, fue quitando opciones sobre dónde, cómo y con quién parir. Esto repercutió en la posibilidad anterior de tener una relación de conocimiento mutuo entre las mujeres con quienes las asistían. Antes de la institucionalización y medicalización, las parteras y comadronas en su inserción barrial eran referentes de crianza y salud reproductiva para la familia. En los procesos estudiados, la relación de cuidado reproductivo pasó a construirse a partir de la confianza en el saber científico-médico. Un saber experto que estaba enraizado con el poder político. Pudimos examinar, las particularidades del control médico sobre los comportamientos poblacionales, que expresaban el control estatal sobre la capacidad reproductiva de las mujeres y sobre sus conductas maternas.

Por otra parte, este estudio permitió observar la construcción de la relación de dependencia de las mujeres hacia el saber experto a partir de la difusión de una idea de cuerpo gestante patológico. La forma como se fueron introduciendo las nuevas prácticas obstétricas no necesitaron de la opinión de las mujeres, no se apostó a la construcción de un saber compartido. Se jerarquizó la opinión de la medicina a partir del dato biométrico, desde una concepción que tiene en cuenta sólo lo físico, la respuesta corporal. En detrimento de una noción de persona

integral que puede obstruir o facilitar el trabajo de parto según sus experiencias, sentires e intereses. No se tuvo en cuenta la comodidad de las mujeres; lo que primó fue el control del oxígeno fetal y mejorar las condiciones para poder salvar al feto en cualquier momento. Estos elementos obstaculizaron algunas dimensiones de la autonomía reproductiva de las mujeres, como ser parte de ese proceso desde un lugar de sujeta legitimada para valorar las opciones y tomar decisiones sobre las intervenciones en su cuerpo.

En síntesis, la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay fue un proceso complejo que mejoró parte de la autonomía reproductiva de las mujeres, pero produjo nuevas subordinaciones de género. En el momento histórico en donde el rol central para las mujeres seguía siendo el materno, un nuevo papel social se erigía para las buenas madres: confiar y entregar su cuerpo al instrumental biométrico para prevenir que las contracciones uterinas dañaran al feto. La asistencia moderna del parto y el nacimiento se construyó sobre un sujeto pasivo «paciente-madre» dispuesto a ser intervenido confiando en el saber experto. El proceso desarrollado en la conformación del modelo médico hegemónico, intervencionista y tecnocrático de asistencia al parto se apoyó y a la vez reprodujo la dominación de género en la sociedad.

Referencias bibliográficas

- Acosta, L. (2000). La mediación del «higienismo» en la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Publicado por la Escuela de Trabajo Social de Costa Rica.
<https://www.adasu.org/prod/1/486/Luis.Acosta..pdf>
- Aguilar, P. L. (2014). *El hogar como problema y como solución. Una mirada genealógica de la domesticidad a través de las políticas sociales: Argentina 1890-1940*. Centro Cultural de la Cooperación-Clacso.
- Alejo García, O. (1999). Reseña al libro *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, de Laqueur Thomas. *Signos Históricos*, 1(1), 221-224.
- Aleman, M. J. (2016). *De mujeres y partos. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX*. Universitat de Valencia.
- Almeida, N., Castiel, L. y Ayres, R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista de Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.
- Amaral, M. (2008). Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(4), 927--944.
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Amorós, C. (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Anthropos Editorial del hombre. Barcelona.
- Andréu, J. (2002). *Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Editorial Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Araya, A. (2008). Reseña del libro *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la «ciencia de hembra» a la ciencia obstétrica*, de María Soledad Zárate. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*.
<https://journals.openedition.org/nuevomundo/31623>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.). *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. EDUNLa.
- Ayres, D. (2018). Electronic fetal monitoring or cardiotocography, 50 years later: what's in a name? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30217-5/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30217-5/pdf)

- Badinter, E. (1984). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Paidós.
- Banco de Previsión Social [BPS]. (2011). Exposición de José Luis Díaz Roselló sobre el Sanatorio Canzani. Banco de Previsión Social.
<https://www.bps.gub.uy/bps/file/4992/1/exposicion-jose-luis-diaz-rosello.pdf>
- Barceló, J. y Montes Muñoz, M. J. (2016). Cómo nacían los tarraconenses. Evolución del modelo de asistencia al parto en la Cataluña franquista. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 1(2), 3-19.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Akal.
- Barrán, J. P. (1993). *La ortopedia de los pobres. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1999). *La invención del cuerpo. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (2008). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barreto, M. R. (2008). Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(4), 901-925. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Belitzky, R. (Coord.). (1986). El nacimiento por cesárea en instituciones Latinoamericanas. Publicación N° 1160, Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano [CLAP]-OMS. <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1160.pdf>
- Beretta, A. (2006). *Roberto Caldeyro Barcia: el mandato de una vocación*. Trilce.
- Bernabeu, J. (1999). Reseña del libro *Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the Modern Period*. *Dynamis, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 19, 505-542.
- Birn, A., Pollero, R. y Cabella, W. (2003). No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900--1940. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* 14(1).
<http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/929>.
- Blázquez, I. (2016). La identidad del practicante a través de la prensa profesional. Aragón, 1885-1936. *Revista Dynamis*, 36(2), 443-466.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362016000200009
- Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana. AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, (42).

https://www.researchgate.net/publication/26416310_Aproximacion_a_la_antropologia_de_la_reproduccion

- Bock, G. y Thane, P. (1996). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Cátedra-Universitat de Valencia.
- Bodelón, E. (1998). La igualdad y el movimiento de mujeres: propuestas y metodología para el estudio de género. Institut de Ciències Politiques i Socials, Universitat Autònoma de Barcelona. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/19841.pdf>
- Bucheli, M. y Cabella, W. (2006). *Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. Encuesta nacional de hogares ampliada 2006*. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Instituto Nacional de Estadística.
- Camacaro, M. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo.
- Carrillo, A. M. (1998). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis*, (19), 167-190.
- Carvalho, S., Rodrigues C., Da Costa, F. y Andrade, H. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 25(4), 1251-1269.
https://www.academia.edu/39210189/Medicaliza%C3%A7%C3%A3o_uma_cr%C3%ADtica_im_pertinente?auto=download
- Casper, M. y Morgan, L. (2004). Constructing Fetal Citizens. *Anthropology News*, 45(9), 17-18. <https://doi.org/10.1111/an.2004.45.9.17>
- Castañeda, P y Salamé, A, M. (2015). 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(3), 208-214.
- Castejón, R. (2013). Marañón y la identidad sexual: Biología, sexualidad y género en la España de la década de 1920. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 189(759).
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En J. Varela y F. Álvarez (Eds.). *Genealogía del poder. Materiales de sociología crítica*. Las Ediciones de La Piqueta.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Editorial Paidós.
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730781>
- Centro Latinoamericano de Perinatología [CLAP]. (2015). Nuestros 45 años de cooperación técnica con la Región de las Américas.

- http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_N81.pdf
- Citeli, M. T. (2002). O feminismo mudou a ciência? *Cadernos Pagu*, (17-18), 373-377.
<https://www.scielo.br/j/cpa/a/TzWPrq6xGpgQGjBB5Sm347d/?lang=pt>
- Collazo, I., Palumbo L. y Sosa, A. (2012). *Hospital Pereira Rossell. Gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*. Editorial Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.
- Colmeiro Laforet, C. (1946) La Pituitrina por vía nasal en el parto. En *Revista Clínica Española*. Elsevier.
- Colomar, M., Belizán, M., Cafferata, M. L., Labandera, A., Tomasso, G., Alhabe, F. y Belizán, J. M. (2004). Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay. *Ginecología y Obstetricia de México*, 72(9), 455-465.
- Consejo Nacional Consultivo [CNC]. (2019). Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Mides, Inmujeres.
https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=85e1bfd7-b3e5-4095-abf9-76be055fe3b5&groupId=10181
- Correa, S. (2003). Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. *Mujer y Salud en Uruguay*.
https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/557/AportesalDebate%2c2_Correa2004.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Cuadro, I. (2016). *Feminismos, culturas políticas e identidades de género en Uruguay (1906--1932)*. [Tesis de doctorado]. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Darré, S. (2013). *Maternidad y tecnologías de género*. Katz Editores.
- Davis-Floyd, R. (2001). Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 5-23.
- Davis-Floyd, R. y St. John, G. (2004). *Del médico al sanador*. Creavida.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. Ediciones Aguilar.
- Delgado, A., Távora, A. y Ortiz, T. (2003). Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*, 4(2), 589--611.
- Díaz Robles, L.; Oropeza Sandoval, L. (2007). Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 27, 237-61.
<https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114424>
- Diniz, C. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da*

- humanização da assistência ao parto*. [Tesis]. Universidad de San Pablo.
- Donzelot, J. (1979). *La Policía de las familias*. Pre-textos.
- Duden, B. (1993). *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Harvard, University Press.
- Duden, B. (1996). El concepto de vida: un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas. *Duoda Revista d'Estudis Feministes*, (11), 79-96.
- Dueñas, O. y Díaz, M. (2011). Controversias e historia del monitoreo cardíaco fetal. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 659--663.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*. Lasal, Edicions de les Dones.
- Ehrick, C. (2009). Madres juveniles, paternalismo, y formación del Estado en Uruguay, 1910--1930. En Y. Eraso (Ed.). *Mujeres y Asistencia Social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay* (pp. 131-166). Alción Editora.
- Eisenstadt, S. N. (2007). La dimensión civilizadora de la modernidad. La modernidad como una forma concreta de civilización. En J. Beriain y M. Aguiluz (Eds.). *Las contradicciones culturales de la modernidad* (pp. 260-286). Anthropos.
- Elizalde, A. (2020). *(Des)armando la cuestión social: herramientas feministas para pensar el Trabajo Social*. [Tesina de Trabajo Social]. Universidad Nacional de Rosario.
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médico-usuarias de servicios ginecológicos. En R. Castro Pérez y A. López Gómez (Eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República, Uruguay-Universidad Autónoma de México.
- Esteban, M. L., (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.
- Fajula, S. (2013). Las ilustraciones del cuerpo femenino en el Tratado de ginecología de Miguel A. Fargas Roca (1910). *Dynamis*, 33(1). 139--168.
- Falcón, L. (1982). *La reproducción humana. La razón feminista Tomo 2* (pp. 227--282). Fontanella.
- Falquet, J. (2018). Introducción. En P. Tabet. *Los dedos cortados*. Universidad Nacional de

Colombia.

- Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. [Tesis de maestría en Psicología Social]. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos Sexuados*. Melusina.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 113--129. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702011000500007&script=sci_abstract&tlng=es
- Felitti, K. (2012). Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970: ¿un caso original en América Latina? *Estudios Demográficos y Urbanos*, 27(1), 153--188.
- Femenías, M. L. (2000). *Sobre Sujeto y Género. Lecturas feministas desde Beauvoir a Butler*. Catálogos.
- Fernández, A. M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombre y mujeres*. Paidós.
- Fernández, A. M. (2006). *Poder y autonomía: violencias y discriminaciones de género*. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
- Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Kairós.
- Foucault, M. (1978). Historia de la medicalización. En *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault* (pp. 36-58). OPS-OMS.
- Foucault, M. (1982). El polvo y la nube. En *La imposible prisión: Debate con Michel Foucault* (pp. 37-54). Anagrama.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*. Siglo XXI.
- Fraser, N. y Lamas, M. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de cultura del capitalismo tardío. *Debate Feminista*, 3, 3-40.
- Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones. Estado del Arte. *Perfiles Educativos*, 23(93), 28-43.
- Freire, M., Bonan, C., Nakano, A. (2018). Medicalização da gestação e do parto nas páginas da revista Claudia, 1961--1990. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 959--977.
- García Galán, S. (2011). De las prácticas tradicionales a la supervisión médica en el ejercicio de la maternidad. Asturias 1900-1931. *Dynamis*, 31(1), 131--157.

- García Herrero, M. del C. (2005) Administrar del parto y recibir la criatura. Aportación al estudio de la obstetricia bajomedieval. En M. del C. García Herrero. *Del nacer y del vivir. Fragmentos para una historia de la vida de la Baja Edad Media* (pp. 21--46). Institución Fernando el Católico. CSIC.
- Germain, M. (2005). Medicalización e Institucionalización de los Derechos [documento inédito]. Ponencia presentada en el *Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los efectores públicos de salud*. Rosario, Argentina.
- Giberti, E. (1992). Parto sin temor: el poder que perdemos. En A. M. Fernández (Comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencia* (pp. 256-297). Paidós.
- González, J. (2017). *La autonomía reproductiva de las mujeres: los límites del derecho*. Trabe.
- Gordon, L. (1984). Maternidad voluntaria: inicio de las ideas feministas en torno al control de la natalidad en los Estados Unidos. En M. Nash (Ed.). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Ediciones del Serbal.
- Grassi, E. (2002). *Política y cultura en la sociedad neoliberal*. Espacio Editorial.
- Grassi, E. (2004). *Política y cultura en la sociedad neoliberal. La otra década infame. Vol. II*. Espacio Editorial.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Harris, M. (1998). *Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. Alianza.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós.
- Hermida, M. (2017). Contribuciones desde una epistemología plebeya al Trabajo Social frente a la restauración neoliberal. *RevIISE. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 9(9), 127-145.
<http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/132>
- Hernández, J. y Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Disparidades. Revista de Antropología*, 69(2), 327-348. <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/455>.
- Hernández, J. y Echevarría, P. (2015). El parto hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(3), 401-426.
https://www.researchgate.net/publication/288670780_El_parto_hospitalario_e_intervencionista_un_rito_de_paso_hacia_la_maternidad/link/5e8f94e74585150839ceabc1/download

- Hernández, J. y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático'. *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), 1-13.
- Hutter Epstein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Turner.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud y otros escritos*. Barral.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2002). Componentes del cambio poblacional. Instituto Nacional de Estadística, Uruguay.
<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/Variables+Estad%C3%ADsticas+Relevantes+Durante+el+Siglo+XX+-+2+Componentes+del+Cambio+Poblacional.pdf/726ebbdd-192e-4905-8b46-37a34a3e9c80>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (1937). Anuario Estadístico, 1937. INE.
- Jiménez y Mares. (2005). *Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica*. Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. En R. Davis-Floyd y C. Sargent (Eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (pp. 55-79). University of California Press-.
- Juan, M. y Rodríguez, J. (1994). El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas: Hacia una redefinición del nacimiento y la muerte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 173--196. www.jstor.org/stable/40183762
- Kline, W. (2019). *Coming home. How midwives changed birth*. Oxford University Press.
- Knibiehler, Y. (1993). Cuerpos y Corazones. En G. Duby y M. Perrot (Dir.). *Historia de las Mujeres en Occidente. Vol. 4. El siglo XIX*. Taurusminor.
- Knibiehler, Y. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Nueva Visión.
- Kramer, H. y Sprenger, J. (1484). *Malleus Maleficarum*. www.malleusmaleficarum.org
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Crítica.
- Larguía, I. y Dumoulin, J. (1976). *Hacia una ciencia de la liberación de la mujer*. Anagrama.
- Lasch, C. (1991). Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada? Paz e Terra.
- Leopold, S. (2002). *Tratos y destratos: Las políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934--1973)*. [Tesis de maestría]. Universidad Federal de Río de Janeiro- Universidad de la República, Uruguay. <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp->

content/uploads/2013/12/Tratados-y-Destratados.pdf

- López Pardina, T. (2000). La noción de sujeto en el humanismo existencialista. En C. Amorós (Ed.). *Feminismo y filosofía*. Síntesis.
- López, I. (2010). La metamorfosis de la sociología crítica, entrevista con Robert Castel. *Revista Minerva*, (14). Madrid.
<http://www.circulobellasartes.com/revistaminerva/articulo.php?id=410>
- Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, (26), 39--53.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=148/14802602>
- Lossio, J., Iguñiz-Romero, R. y Robledo, P. (2018). Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 943--957.
- Lovesio, B. y Viscardi, N. (2003). Los estudios de la mujer y de los jóvenes en la construcción del conocimiento sociológico uruguayo. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(21), 79-109. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/6774>
- Löwy, I. (2017). *Imperfect Pregnancies. A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis*. Johns Hopkins University Press.
- Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de reproducción*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lutz, E. (2017). De las parteras. Síntesis histórica en el mundo y en la región. En E. Lutz. *Provocaciones de una partera, pasado, presente y futuro. Parteras, parto y algo más*. Pimesol.
- Maffia, D. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 63-98.
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005
- Magnone, N. (2011). *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. [Tesis de maestría en Sociología]. Universidad de la República, Uruguay.
- Magnone, N. (2020). Cuerpos femeninos e intervenciones obstétricas. Discurso científico-médico en Uruguay a mediados del siglo XX. *Dynamis*, 40(2), 457-477.
<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/393218>
- Magnone, N. y Viera, M. (2015). Aportes desde una ética feminista para el abordaje social:

- reproducción y autonomía en foco. *Revista Fronteras*, (8). Departamento de Trabajo Social-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Magnone, N. y Grabino, V. (2018). De la reacción a la afirmación: hacia una epistemología feminista. En E. Calisto, V. Gómez Sónora, V. Grabino, N. Magnone, L. Recalde, S. Rostagnol y M. Viera. *Trashumancias. Búsquedas teóricas feministas sobre cuerpo y sexualidad* (pp. 15-38). CSIC-Universidad de la República, Uruguay.
- Magon, N., Kalra S. (2011). The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor. *Indian J Endocrinol Metab.*, 15(3), 156-161.
- Maier, E. (2008). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México. *Frontera Norte*, 20(40).
- Mañé Garzón, F. (1996). *Historia de la ciencia en el Uruguay*. Universidad de la República, Uruguay.
- Mañé Garzón, F. y Burgues Roca, S. (1996). *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX*. Universidad de la República, Facultad de Medicina.
- Marland, H. y Rafferty, A. M. (Eds.). (1997). *Midwives, society, and childbirth : debates and controversies in the modern period*. Routledge.
- Martin, E. (2006). *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Garamond.
- Martins, A. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Editora Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>
- Medeiros, A. da Silva. (2013). A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas século XX. *História, Ciências, Saúde*, (20), 963--981. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000300963&script=sci_abstract
- Meloni, E. (2015). *A Medicalização do Corpo Feminino*. Fiocruz.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451--464). Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.
- Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción Técnica y Cultural. *Revista Natura Medicatrix* (51).
- Mieres, G. (1997). *El sector salud, 75 años de un mismo diagnóstico*. Sindicato médico del Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (s.f.). Estadísticas vitales. Cuadros por causa, sexo y edad desde 1897. Ministerio de Salud Pública. <https://uins.msp.gub.uy/defunciones.html>

- Montes, M. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. [Tesis de doctorado en Antropología Social y Cultural]. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Montes, M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index de Enfermería*, 17(1).
- Morel, R. (1989). Mortalidad Materna en Uruguay (1895--1987). Trabajo presentado en *XXIII Congreso chileno de Obstetricia y Ginecología*, Chile.
- Morelli, M. (2014). *Género y Acoso Sexual en el ámbito laboral*. Mujer Ahora Inefop.
- Mott, M. L. (2005). Parteiras: o outro lado da profissao. *Noterói*, 6, 117--140.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Biblos.
- Nash, M. (1991). Pronatalismo y maternidad en la España franquista. En G. Bock y P. Thane (Coords.). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950* (pp. 279-350). Cátedra.
- Nash, M. (2000). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900--1939. En G. Duby y M. Perrot (Eds.). *Historia de las Mujeres en Occidente* (pp. 627-642). -Taurusminor.
- Nozar, M. F., Fiol, V., Martínez, A., Pons, J. E., Alonso Telechea, J. y Briozzo, L. (2008). Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. *Revista Médica del Uruguay*, 24(2), 94--101. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/24/2/2/es/>
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Sipan.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). Cuidados en el parto normal. Una guía práctica.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179906/9789243507361_spa.pdf;jsessionid=6C6C2CB64AC770E3BAA3F4BA4DC4250D?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud [PAHO TV]. (9 de setiembre de 2021). *Caldeyro Barcia 100 años*. [Archivo de video]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=MFdDeflFkG0>
- Ortega, E.(2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad*

- uruguaya en el período neobatllista*. [Tesis de maestría en Trabajo Social].
Universidad de la República, Uruguay.
- Ortiz, T. (1994). El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX. En M. T. López (Ed.^a). *Las mujeres de Andalucía: Actas del 2º Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía* (pp. 107-138). Diputación de Málaga.
- Ortiz, T. (1998). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre partos en la España del siglo XIX. *Arenal*, 6(1), p. 55--79.
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/15378/Matronas%20XIX%20Arenal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, T. (2006). *Medicina, Historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK Ediciones.
- Ortiz, T. (2010). Maternidad voluntaria: anticoncepción, ciencia y feminismo en el siglo XX. En G. Franco (Ed.^a). *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)* (pp. 85-104). Icaria.
- Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En O. Harris y K. Young (Eds.). *Antropología y feminismo* (pp. 109-131). Anagrama.
- Ortner, S. (2006). Entonces, ¿es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura? *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 12--21.
- Pardo, N. (2013). *Cómo hacer análisis crítico del discurso. Una perspectiva latinoamericana*. Universidad Nacional de Colombia.
- Paredes, M. (2003). *Trayectorias reproductivas, relaciones de género y dinámicas familiares en Uruguay*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pastorini, A. (1999). *La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad*. Temas de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República, Uruguay.
- Pedro, J. (2003). Cuestiones de Género en Brasil. En G. Sapriza (Cord.^a). *Los estudios de género en la Universidad de la República: Género y universidad – avances y desafíos*. Universidad de la República.
- Pedro, J. (2007). A píluila contracepcional no Brasil (1960-1980). En L. Abreu, P. Bourdelais, T. Ortiz-Gómez y G. Palacios (Eds.). *Dinámicas de Salud y Bienestar: textos y contextos* (pp. 150-152). Colibrí.
- Peruchena, L. (2010). *Buena madre, virtuosa ciudadana. Maternidad y rol político de las*

- mujeres de las élites (Uruguay, 1875-1905)*. Rebeca Linke Editoras.
- Peruchena, L. (2020). *La madre de nosotros. Maternidad, maternalismo y Estado en el Uruguay del Novecientos*. [Tesis de doctorado en Historia]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay.
- Pisani, A. (2020). Conceptualización teórica y procesos sociohistóricos. Algunas reflexiones en torno a su articulación en la construcción de conocimiento crítico. En P. Pozzi, M. Matrángelo, P. Vommaro, F. Nigra, D. Mazzei, A. Pisani, V. Carbone, M. Palmero, H. Aptheker, H. Zinn y R. Kelley. *Haciendo Historia. Herramientas para la investigación histórica* (pp. 105-124). Clacso.
- Pons, J. E. (2015). *Parirás con ayuda. Una historia de nacimientos, de parturientas y de quienes las asistieron*. Planeta.
- Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724--1930). *Revista Médica del Uruguay*, 11, 5-18.
- Pou Ferrari, R. (2005). *Profesor Augusto Turenne. Fundador de la obstetricia social en el Uruguay*. Sindicato Médico del Uruguay.
<https://bvs.smu.org.uy/local/pdf/TURENNELIBRO.pdf>
- Pou Ferrari, R. (2015). *Alfredo Navarro. Maestro de la Cirugía uruguaya*. Plus Ultra Ediciones.
- Pou Ferrari, R. (s/d). Historia de las cátedras de Ginecología y Obstetricia. *Sitio Médico*.
<http://sitiomedico.org/ginea/historia.htm>
- Pou Ferrari, R. y Pons, J. (2012). Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 50(1).
- Quattrocchi, P. (2018). Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Gênero e Direito*, 7(1), 20-44.
<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/38974>
- Quintero, P. (2005). Naturaleza, cultura y sociedad. Hacia una propuesta teórica sobre la noción de sociabilidad. *Gazeta de Antropología*, 21, artículo 21.
https://www.ugr.es/~pwlac/G21_21Pablo_Quintero.html
- Quiroz, L. (2012). De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. *Dynamis*, 32(2).
- Quiroz, L.(2018). Dar a luz en el Perú. La partería en la encrucijada de las biopolíticas de medicalización del parto, siglos XIX a XXI. En G. Sánchez y H. Laako (Eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 70--93). El Colegio de la Frontera Sur.

- Reyes, R. (2010). La construcción histórica del sujeto femenino y su autonomía: contribuciones para un análisis. *Santiago*, (21), p. 19.
<https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA308294254&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00489115&p=IFME&sw=w>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de Sueños.
- Rodrigáñez, C. (2007). *Pariremos con Placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Editorial Crimentales.
- Rodríguez, J. y Guillén, M. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. REIS. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (59), 9-18.
- Rodríguez, S. y Sapriza, G. (1984). *Mujer, estado y política en el Uruguay del siglo XX*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Friocruz.
- Rohden, F. (2006). Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Revista Género*, 6(1). <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31017>
- Rosales Ortega, M. (2006). Modernidad, naturaleza y riesgo. En P. Sotolongo y C. Delgado. *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo* (pp. 213-221). Clacso.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1510.dir/soto2.pdf>
- Rostagnol, S. (2011). *Aborto voluntario y relaciones de género. Políticas del cuerpo y de la reproducción*. [Tesis doctorado en Antropología Social]. Facultad de Filosofía, Universidad de Buenos Aires.
- Rostagnol, S. y Viera, M. (2006). Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. En S. Checa (Comp.). *Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós.
- Sacchi, H. (1986) [primera edición 1961]. *El parto sin dolor. Curso para madres*. Monte Sexto.
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. [Memoria para optar al título de Antropóloga Social]. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Salaverry, O. (2013). Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 512-517.

- Sánchez, G. y Laako, H. (2018). Introducción. En G. Sánchez y H. Laako (Eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.
- Sánchez, M. y Sáez, J. (2009). El estudio de las profesiones: la potencialidad del concepto de profesionalización. *Universitas tarraconensis: Revista de ciències de l'educació*, (1), 103-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3564133>
- Santesmases, M. J. (2017). Tecnorituales del embarazo: cuerpos de mujer en el origen de la genética médica. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 6, 55--66. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/299631>
- Santos, S. (2006). Evolución histórica del régimen de Asignaciones Familiares en el Uruguay (Período 1943--1980). *Comentarios de Seguridad Social* (12).
- Sapriza, G. (1996). Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del Novecientos. En J. P. Barrán, G. Caetano y T. Porzecanski (Dirs.). *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920. Tomo 2*. Ediciones Santillana.
- Sapriza, G. (2001). *La utopía eugenista. Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*. [Tesis de maestría en Ciencias Humanas]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay.
- Sapriza, G. (2002). Entre el deseo y la norma. La despenalización del aborto en Uruguay (1934-1938). En *Dossier: Aborto en Uruguay* (pp. 84-98). Mujer y Salud en Uruguay Comisión Nacional de Seguimiento.
- Saraceno, C. (1991). Una redefinición de la maternidad y la paternidad: género, pronatalismo y política social en la Italia fascista. En G Bock, Gisela y P. Thane (Coords.). *Maternidad y políticas de género* (pp. 339-366). Cátedra.
- Schiebinger, L. (2008). Mais mulheres na ciência: questões de conhecimento. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15, 269-281. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500015&lng=en&nrm=iso
- Schraiber, L. (2010). Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de salud. Apuntes para un debate. En R. Castro y A. López Gómez (Eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 11-26). Universidad de la República, Uruguay-Universidad Autónoma de México.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302).

PUEG.

- Scott, J. (2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *La manzana de la discordia*, 6(1), 95--101.
- Sedano, M., Sedano, C. y Sedano, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866--873. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>.
- Segato, R. (2004). Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez. Departamento de Antropología, Universidad de Brasilia. <http://dan.unb.br/images/doc/Serie362empdf.pdf>
- Sosa, A. (2019). La inducción analítica como método sociológico desde una perspectiva histórica. *Cinta de Moebio*.
https://www.researchgate.net/publication/332916295_La_induccion_analitica_como_metodo_sociologico_desde_una_perspectiva_historica
- Symington, A. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *AWID. Derechos de las mujeres y cambio económico*, 9, 1-8
- Tabet, P. (2018). *Los dedos cortados*. Universidad Nacional de Colombia.
- Tarducci, M. (2013). Prólogo. En S. Darré. *Maternidad y tecnologías de género*. Silvana Katz Editores.
- Todaro, Rosalba. (2004). Ampliar la mirada: trabajo y reproducción social. En R. Todaro y S. Yañez (Eds.). *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género* (pp. 15-32). Centro de Estudios de la Mujer.
- Tornquist, C. (2007). O Parto Humanizado e a REHUNA. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*. 25 al 27 de abril de 2007, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Tornquist, C. y Lino, F. (2004). Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en Antropología*, 6, 211-217.
- Turner, B. (1987). *Medical power and social knowledge*. Sage Publications.
- Turnes, A. (2014). *La sociedad uruguaya de pediatría en su centenario (1915-2015)*. Sociedad Uruguaya de Pediatría.
<https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sup100.pdf>
- Turnes, A. y Berro, G. (2012). *Roberto Berro (1886-1956). El gran reformador de la protección a la infancia*. Ediciones Granada.
- Urteaga, L. (1985--1986). Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica.

Dynamis, 5 y 6. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/issue/view/8639>

- Vásquez, M. (2011). *Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito*. [Tesis de maestría en Ciencias Sociales]. Flacso Sede Ecuador.
- Videla de Vignau, M. (1971). Esbozo de una técnica para psicólogos: La psicoprofilaxis obstétrica. Antecedentes históricos del método. *Revista Argentina de Psicología de la Asociación de Psicólogos*, Año 2(9).
- Viera, M. (2018). El lugar de la capacidad de gestar para la subordinación de la mujer. Argumentos feministas en diálogo. En E. Calisto, V. Gómez Sónora, V. Grabino, N. Magnone, L. Recalde, S. Rostagnol y M. Viera. *Trashumancias. Búsquedas teóricas feministas sobre cuerpo y sexualidad* (pp. 93--112). CSIC-Universidad de la República, Uruguay.
- Viera, M. (2019). *Género y biocapitalismo. Economía política de la donación de gametos en Uruguay*. [Tesis de doctorado en Antropología]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República, Uruguay.
- Viero, C., Shibuya, I., Kitamura, N., Verkhatsky, A., Fujihara, H., Katoh, A., Ueta, Y., Zingg, H., Chvatal, A., Sykova, E. y Dayanith, G. (2010). Review: Oxytocin: Crossing the Bridge between Basic Science and Pharmacotherapy. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(5), 138-156.
- Villalta, C., Gesteira, S. y Graziano, F. (2019). La construcción de significados sobre la maternidad en prisión. Mujeres presas en cárceles de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (61), 82--97.
- Vommer, P. (2020). Encuentros y desencuentros entre Historia y teoría en la investigación y la escritura de tesis. En P. Pozzi, M. Matrángelo, P. Vommaro, F. Nigra, D. Mazzei, A. Pisani, V. Carbone, M. Palmero, H. Aptheker, H. Zinn y R. Kelley. *Haciendo Historia. Herramientas para la investigación histórica* (pp. 93-104). Clacso.
- Walzer, J. (1986). *Brought to bed. Childbearing in America 1750 to 1950*. Oxford University Press.
- Wilson, E., Nowinski, A., Turnes, A., Sánchez, S. y Sierra, J. (2011). *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad 1887-1974*. Bioerix.
- Zárate, A., Manuel, L. y Hernández, M. (2017). Un tributo a Roberto Caldeyro Barcia, considerado el pionero de la Perinatología. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 31(1), 39-43.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533717300559>
- Zárate, M. S. y González, M. (2018). Matronas y la consolidación del parto hospitalario en

Chile, 1950-1970. En G. Sánchez y H. Laako (Eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.

Bibliografía

- Amorós, C. (2000). Presentación. En C. Amorós (Ed.). *Feminismo y filosofía*. Editorial Síntesis.
- Anderson, T. y Helm, D. (1982). El encuentro médico paciente: un proceso de negociación de la realidad. En E. G. Jaco. (Comp.). *Pacientes, médicos y enfermedades*. Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS].
- Barrancos, D. (2015). Dilemas éticos de la reproducción tecnomediada: una reflexión más allá de la cosmovisión religiosa. *Sociedad y Religión*, 25(44), 155-179.
- Bedoya, G. (2011). La prensa como objeto de investigación para un estudio histórico de la literatura colombiana. Balance historiográfico y establecimiento del corpus. *Estudios de literatura colombiana*, (28), 89-109.
- Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *The BMJ*.
<https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
- Blanco, A. (2008). *Historia de la partería en Uruguay*. [Monografía para acceder al título de partera].
- Cabella, W. (Coord.). (2012). *Análisis de situación en Población Uruguay*. Comisión Sectorial de Población. Trilce- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Uruguay.
- Castrillo, M. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual*, 24 al 25 de octubre de 2014, La Plata, Argentina.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf
- Castro, R. y Frías S. (2019). Maltrato durante la atención obstétrica. En R. Castro (Coord.). *Violencia obstétrica en México. Resultados de la ENDIREH 2016*. Universidad Autónoma de México.
- Felitti, K. (2007) Debates médicos y sociales sobre anticoncepción y aborto en Argentina (1960-1974). En L. Abreu, P. Bourdelais, T. Ortiz Gómez y G. Palacios (Eds.).

- Dinámicas de Salud y Bienestar: textos y contextos* (pp. 144-146). Ediciones Colibrí.
- Hotimsky, S. (2010). Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En R. Castro y A. López (Eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República-Universidad Autónoma de México.
- Lehner, M. P. (2012). Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización. En A. L. Kornblit, A. C. Camarotti y G. Wald (Comps.). *Salud Sociedad y Derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios* (cap. 11). Teseo.
- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12), 792.
- Muinel, L., Rossi, M. y Triunfo, P. (2004). *Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*. Universidad de la República, Uruguay.
- Osta, M. L. y Espiga, S. (2018). Maternidad, Medicina e higienismo en los manuales médicos de Montevideo de la segunda mitad del siglo XIX. *Revista de Historia Bilros*, 6(13), 102-119.
- Pellegrino, A., Cabella, W., Paredes, M., Pollero, R. y Varela C. (2007). De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX.
https://eva.interior.udelar.edu.uy/pluginfile.php/10731/mod_folder/content/0/2-%20Pellegrino%20et%20al.-%20De_una_transicion_a_otra.pdf?forcedownload=1
- Quattrocchi, P. (2014). Riesgo» y «seguridad» durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar. *Publicado en Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Universitat Rovira i Virgili.
https://www.academia.edu/8885345/Riesgo_y_seguridad_durante_el_parto_y_el_embarazo_Desde_la_visi%C3%B3n_biom%C3%A9dica_hacia_la_visi%C3%B3n_de_las_mujeres_que_optan_por_un_parto_domiciliar
- Van Dijk, T. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Anthropos.

Fuentes documentales

- Acta del Consejo de la Facultad de Medicina. (21 de octubre de 1969). [Material del archivo personal de Caldeyro Barcia, Archivo General de la Udelar].
- Actas del Congreso. (1911). Primer congreso femenino internacional de la república argentina. Mayo de 1919. Organizado por la Asociación «Universitarias argentinas». Historia, actas y trabajos.
http://www.psi.uba.ar/institucional/historia/genero/archivos/1_1900-1916/1_2.pdf
- Arcos, L., Armand, E., Cerdeiras, J. C., Goldaracena, C. (1930). Compilación de leyes y decretos: 1825-1930. Imprenta Nacional Colorada, Montevideo. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina].
- Asistencia Pública Nacional [APN]. (1913). La Asistencia Pública Nacional. Publicación Oficial de la Dirección Nacional. [Material de la Biblioteca de la Facultad de Medicina. Udelar].
- Asistencia Pública Nacional [APN]. (1916). Las nuevas construcciones de la asistencia pública. La Casa de Maternidad del Hospital Pereira Rossell. *Boletín de la Asistencia Pública Nacional*, (41). Marzo. [Material de la Biblioteca de la Facultad de Medicina. Udelar].
- Caldeyro Barcia, R. (1965). Informe de la labor desarrollada por Caldeyro Barcia entre 1950 y 1965. Montevideo, 1965. [Material del Archivo Personal de Caldeyro Barcia, Archivo General de la Udelar].
- Caldeyro Barcia, R. (1973). Homenaje a la memoria del profesor Dr. Bernardo A. Houssay. *XI congreso latinoamericano de Ciencias Fisiológicas*. Mendoza, Argentina, 29 de julio de 1973.
- Caldeyro Barcia, R. (1985). Reflexiones de un perinatólogo. [Material inédito]. *Conferencia Interregional sobre Tecnología Apropiaada en el Nacimiento*. 22 al 26 de abril de 1985.
- Caldeyro Barcia, R. (1992). Currículum Vitae a ser presentado para su nominación al Premio Nobel. Archivos Privados-Caldeyro Barcia, Caja 7 [Inédito].
- Colistro, C. (1930). La Maternidad del hospital Pasteur. Comentarios estadísticos y clínicos. Montevideo. Ubicado en la Hemeroteca de la Facultad de Medicina.
- Consejo de Higiene Pública. (1888). Memoria Anual. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina].
- Consejo Nacional de Higiene. (1927). La Higiene en el Uruguay. [Memorándum elevado por el Consejo Nacional de Higiene del Uruguay al Ministerio de Industria, relativo al estado sanitario del País y trabajos realizados en el Año 1927]. Oficina sanitaria

panamericana.

Diario de Barcelona. (2 de junio de 1966). Entrevista a Caldeyro Barcia a propósito del primer curso europeo sobre fisiopatología de la generación.

Diario Información. (17 de diciembre de 1976). Técnicas uruguayas disminuyen un 50 % mortalidad neonatal. *Diario Información*.

Diario Nacional de México. (18 de octubre de 1976). (s/d). *Diario Nacional de México*.

Dopaso, L. (1959). Aspiración de la Partera en su rol técnico y social. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, (27).

El Bien Público. (17 de Setiembre 1958). Alta distinción al Dr. Caldeyro Barcia. Montevideo. *El Bien Público*.

El Bien Público. (29 de Julio de 1959). Estudiarán la oxitocina en importante Simposio que se celebra en Montevideo. *El Bien Público*.

El Día. (1961). Repercusión en Suecia de un sistema científico uruguayo. Montevideo. *El Día*.

El Día. (11 de mayo de 1961). Invento Uruguayo: Un aparato electrónico que contribuye a que el niño nazca sano y capaz. Montevideo. *El Día*.

El Día. (21 de octubre de 1963). Equipo uruguayo descubrió métodos que evitarán riesgos en el parto. Montevideo. *El Día*.

El Día. (setiembre de 1963). Fisiología Obstétrica. Investigación original de trascendencia hemisférica. Montevideo. *El Día*.

El Día. (12 de diciembre de 1963). Un médico uruguayo participa en reunión de científicos de EE. UU. Montevideo. *El Día*.

El Diario. (16 de setiembre de 1958). Distinguen a un científico compatriota. Montevideo. *El Diario*.

El Diario. (18 de abril de 1994). Entrevista a Caldeyro Barcia. Montevideo. *El Diario*.

Elizalde Mac-Clure, R. (1960). El enigma del nacimiento. *Revista Zig Zag*. (Setiembre de 1960).

El País. (6 de noviembre de 1963). Servicio de Fisiología Obstétrica. Médicos extranjeros se entrenan en investigación en nuestro país. Montevideo. *El País*.

El Plata. (26 de octubre de 1963). Notable aporte científico uruguayo a la fisiología de la reproducción. México. *El Plata*.

El Plata. (octubre de 1964). Médico mundialmente famoso dictará un cursillo sobre ginecología y obstetricia. México. *El Plata*.

Forno, E. (1941a). Bello gesto. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*,

I(1).

Forno, E. (1941b). La embarazada no es una enferma. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, I(1).

Herrera, F. y Gorlero, R. (s.f.). *Historia de la Facultad de Medicina. Tomo III*. Foto sacada en Biblioteca de Historia de la Medicina, sin fecha pues era una fotocopia.

Hidalgos, G. (10 de octubre de 1964). Nuestro país, adelantado en Fisiología Obstétrica. Montevideo. *El País*.

La Mañana (16 de abril de 1957). Centro de investigación patológica. Investigadores uruguayos crean técnica de repercusión mundial. Montevideo. *La Mañana*.

La Mañana. (17 de setiembre 1958). Distinción a Caldeyro Barcia. Montevideo. *La Mañana*.

Listín Diario. (25 de mayo de 1968). (s/d). *Listín Diario* [diario de República Dominicana].

Luisi, P. (s.f.). Maternidad. [Documento del Archivo Literario de la Biblioteca Nacional, ubicado en la carpeta Derechos del niño. Liga de protección a la infancia].

Mariño, M. (1946). La Obstetricia en las zonas rurales de la república. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 5(13).

Martínez, B. y Rezola, M. (1950). Memorándum elevado por la Asociación Obstétrica del Uruguay. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 7(20).

Mederos M. T. (1944b). Los Sanatorios Obstétricos. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 3(8).

Mederos, M. T. (1942). Aspiración cumplida. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*.

Mederos, M. T. (1943a). Infracciones Profesionales. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*.

Mederos, M. T. (1943b). Los Sanatorios Obstétricos. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 3(7).

Mederos, M. T. (1944a). Contestamos. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 3(8).

Mederos, M. T. (1947). Reivindicaciones para las parteras funcionarias de Salud Pública. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, Año 5(15).

Ministerio de Salud Pública [MSP] (1934). Reglamentación de la profesión partera. [Documento del archivo personal de Elvira Lutz].

Nota de prensa (s/d). (18 de abril de 1979). La mejor incubadora son los brazos de la madre. [Periódico de Navarra].

Nota de prensa (s/d). (julio de 1959). Se estudió la función de la oxitocina en el parto.

- Odello, N. (1944). Curanderismo: azote de nuestra campaña. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay. Año III(9)*.
- Patria, (28 de marzo de 1981). (s/d). *Patria*. [Diario de Granada].
- Peralta, A. (1920). Progresos de la obstetricia conservadora. En *Anales Facultad de Medicina, Tomo v* (pp. 581-603). Facultad de medicina, Uruguay.
- Peralta, A. (1933). El parto médico. *Anales Facultad de Medicina. Tomo XVIII* (p. 69).
- Pneihoff, O. y Fernández. (1957). Asociación de estudiantes de Obstetricia. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay. Año X(26)*.
- Pou Orfila, J. (1933). Las tendencias modernas en Ginecología y Obstetricia. *Anales de la Facultad de Medicina. Tomo VIII(5, 6, 7 y 8)*.
- Pou Orfila, J. (1944). *Síntesis Obstétrica*. Aniceto López.
- Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay. (1950). Noticia Grave. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, Año 7(20)*.
- Revista Semana Médica de México (junio de 1958). (s/d). *Revista Semana Médica de México, 17(216)*.
- Revista Para Ti. (17 de agosto de 1981). Parto humanizado. Argentina. *Revista Para Ti, (3084)*.
- Revista Sardá. (1997). Profesor Dr. Roberto Caldeyro Barcia. In memoriam. *Revista Sardá, 16(1), 24*. <http://www.sarda.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/17-revista-sarda/numeros-anteriores/109-articulos-de-1997>
- Rezola, M. (1941). Gremialismo. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, Año I(1)*.
- Rezola, M. (1945). Nuestro Congreso y los problemas planteados. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, Año IV(12)*.
- Rezola, M. y Fernández, I. (1945). *1.º Congreso Nacional de Parteras*. [Material de la Biblioteca Nacional, Uruguay].
- Rodríguez, M. (1938). Conferencia Inaugural de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología. *Anales de la Facultad de Medicina. Tomo XXIII* (p. 1045). [Material de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina].
- Roig, A. (1942). Memoria del Ministerio de Salud Pública, junio de 1938 a noviembre de 1942.
- Semanario Marcha. (diciembre de 1963). Reconocimiento al Dr. Caldeyro Barcia. *Semanario Marcha, (30)*.
- Sindicato Médico del Uruguay [SMU]. (1948). El proyectado seguro de maternidad. El

- sindicato ha encarado su estudio elevándolo a las cámaras. *Acción Sindical. Segunda Época, Año XXVIII* (57).
- Sindicato Médico del Uruguay [SMU]. (1956). Dos nuevos proyectos sobre Seguro de Maternidad. *Acción Sindical. Segunda Época, Año XXI* (86).
- Sindicato Médico del Uruguay [SMU]. (Julio de 1958). Las asambleas del Sindicato Médico frente al proyecto de Seguro de Maternidad. *Boletín Gremial, Año IV*, (18).
- Toscano, E. (1955). Plan de Reorganización de la Escuela de Parteras. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay Año IX*(25).
- Turenne, A. (1909). Asistencia Obstétrica Colectiva. *Revista Médica del Uruguay. Año XII*, Tomo XII. [Material de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina. Udelar].
- Turenne, A. (1916). Responsabilidad profesional, moral y social en gineco-tología. *Suplemento de los Anales de la Facultad de Medicina*, 269290. Lección inaugural del curso de 1916.
- Turenne, A. (1919a). Profilaxis del abandono niño. *Revista Médica del Uruguay, Año XXII*, Tomo XXII.
- Turenne, A. (1919b). ¿Puede el médico, en caso de interrupción terapéutica del embarazo, confiar la operación a una partera? *Revista Médica del Uruguay*, Tomo XXII.
- Turenne, A. (1922). El Estado de Shock en ginecotología. *Anales de la Facultad de Medicina*, Tomo VII.
- Turenne, A. (1924). Ideas sobre ética médica. Publicación del Sindicato Médico del Uruguay. [Material de la Biblioteca Nacional].
- Turenne, A. (1926). El aborto criminal. Grave problema nacional. [Material de la Biblioteca Nacional].
- Turenne, A. (1927). Medios para mejorar la asistencia obstétrica en campaña. Informe al Primer Congreso Nacional de Asistencia Pública.
- Turenne, A. (1929). *La Maternidad consciente. Procreación voluntaria en la mujer. Un problema de obstetricia social*. Sindicato Médico del Uruguay. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1930). Orientación Quirúrgica de la Obstetricia Moderna. Congreso Médico del Centenario, Seccional de Ginecotología, Montevideo. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1933a). La asistencia prenatal en el Uruguay. Lo que es y lo que debería ser. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina].
- Turenne, A. (1933b). Los servicios obstétricos del organismo de salud pública de

- Montevideo. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1934). Concepto actual de la asistencia y la protección Pre Natales del niño. Conferencias del curso de obstetricia clínica y obstetricia social de 1934. Publicado por el Ministerio de Salud Pública. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1935). *Una gran época, un gran libro, un gran obstetra. Heinrich Van Deventer*. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1937). Conceptos personales sobre las cesáreas segmentarias en medio impuro. En obstetricia clínica y obstetricia social. *Revista Anales de la Universidad. Tomo I. Año XLV(141)*.
- Turenne, A. (1938a). Ética, técnica y asistencia social obstétricas. En obstetricia clínica y obstetricia social. *Revista Anales de la Universidad. Tomo II. Año XLVI(142)*.
- Turenne, A. (1938b). La lucha contra el aborto voluntario. En obstetricia clínica y obstetricia social. *Revista Anales de la Universidad. Tomo II. Año XLVI(142)*.
- Turenne, A. (1938c). Realidades médico sociales sobre el aborto voluntario. En obstetricia clínica y obstetricia social. *Revista Anales de la Universidad. Tomo II. Año XLVI(142)*.
- Turenne, A. (1938d). Interrupción del embarazo y esterilización definitiva por razones médico-sociales. En obstetricia clínica y obstetricia social. *Revista Anales de la Universidad. Tomo II. Año XLVI(142)*.
- Turenne, A. (1939). El parto conducido y el problema de las discinesias uterinas parturientes por exceso.
- Turenne, A. (1940a). Asistencia médico social ginecotológica. Informe al primer congreso brasileño de obstetricia y ginecología.
- Turenne, A. (1940b). Parto sin dolor. Conferencia del curso de ampliación de obstetricia clínica e obstetricia social. Realizada en 1939. Montevideo. *Revista de Ginecología e D'Obstetricia. Tomo I. Año XXXIV(5)*. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina].
- Turenne, A. (1942). El contralor de la concepción. Necesidad y urgencia de implantarlo en la República Oriental del Uruguay. Editado por el MSP. [Material de la Biblioteca Nacional, Sala Uruguay].
- Turenne, A. (1943a). Acción y Misión del ginecotocólogo.

- Turenne, A. (1943b). Algunas consideraciones sobre el Seguro de Maternidad. Apartado de Segunda Convención Médica Nacional. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar].
- Turenne, A. (1943c). Los inventores del Fórceps y los avatares del instrumento a través de la experiencia.
- Turenne, A. (1944) ¿Obstétricas o parteras? *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay, Año III(8)*.
- Turenne, A. e Iruleguy, J. (1932). Obstetricia clásica y heterodoxia obstétrica. *Revista Anales de la Facultad de Medicina, Tomo XII(3 y 4)*. [Material de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina, Udelar].
- Vallvé, A. (1892). *Inversión Uterina*. [Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía]. Facultad de Ciencias Médicas. [Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, de la Facultad de Medicina].

«Causes of prenatal damage to brain can be corrected».

«Confieren un título honorífico en EE. UU. a un médico compatriota». 1960.

«Device to record fetal heart beats evolved in Uruguay». 22 de mayo de 1961.

«Inventan en Uruguay un aparato electrónico para la obstetricia». 1961.

«Los Servicios De Fisiología Obstétrica uruguayos y su Prestigio Internacional». Julio 1960.

«Montevideo, Sede de un importante Simposio», 1959.

«Partió el Dr. Caldeyro Barcia hacia EE. UU. en una misión científica». 1960.

«University probes causes of death at birth». Canadá.

«Uruguay en Suecia». Montevideo, 1961.