
ESTUDIOS / STUDIES

ENTRE LA PERSECUCIÓN Y LA INSTRUCCIÓN: LAS COMADRONAS Y PARTERAS DIPLOMADAS PORTEÑAS DE INICIOS DEL SIGLO XX

Ianina Paula Lois

Facultad de Ciencias Sociales, UBA / Instituto de Ciencias de la Salud, UNAJ

Email: ianinaplois@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2235-1779>

Recibido: 7 agosto 2020; Aceptado: 20 marzo 2021

Cómo citar este artículo/Citation: Lois, Ianina Paula (2021) "Entre la persecución y la instrucción: las comadronas y parteras diplomadas porteñas de inicios del siglo XX", *Asclepio*, 73 (2): p568. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.26>

RESUMEN: El artículo se propone identificar, describir y analizar los discursos y regulaciones en torno a las tareas de las comadronas y parteras impulsados y desarrollados por parte de los médicos de la Ciudad de Buenos Aires de Argentina entre los años que van desde el inicio del siglo XX hasta la década del veinte. En el texto, se da cuenta del proceso de configuración del rol y la profesión de partera desde el punto de vista de los grupos médicos. Se describen las regulaciones y reglamentaciones, y también se hace referencia a los mecanismos de persecución y control de las parteras, en contrapunto con la institucionalización de esta función y su correlato en la creación de espacios de formación. A su vez se describe, desde el discurso médico, la forma en que son presentadas las pretendidas condiciones morales de las parteras de cara a su rol en la educación de las madres.

PALABRAS CLAVE: Comadronas; Parteras; Obstetricia; Obstetras; Parto; Buenos Aires; 1900 a 1930.

BETWEEN PERSECUTION AND INSTRUCTION: TRADITIONAL MIDWIVES AND BUENOS AIRES CAPITAL DIPLOMED MIDWIVES FROM THE EARLY TWENTIETH CENTURY

ABSTRACT: The article sets out to identify, describe and analyze the discourses and regulations around the tasks of midwives and parteras promoted and developed by the doctors of the City of Buenos Aires in Argentina between the years from the beginning of the 20th century until the twenties. In the text, the process of configuring the role and the profession of midwife from the point of view of the medical groups is reported. The regulations and regulations are described, and reference is also made to the mechanisms of persecution and control of midwives, in counterpoint to the institutionalization of this function and its correlate in the creation of training spaces. At the same time, it is described, from the medical discourse, the way in which the pretended moral conditions of the midwives are presented in view of their role in the education of mothers.

KEY WORDS: Midwives; Obstetrics; Obstetricians; Childbirth; Buenos Aires; 1900 to 1930

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, pueblos, sociedades y culturas han interpretado, regulado y dado sentido a los momentos del parto en tanto situación clave de la vida social. Estas regulaciones incluyen la institucionalización de las profesiones con potestad para intervenir en ese momento, como así también la reglamentación de los alcances y los requisitos de y para dicha intervención.

La institucionalización de la atención del parto, junto con las prácticas y los discursos a los que da lugar, se relaciona de manera estrecha con la estructura económica, política, social y cultural de cada época, principalmente, con los modelos de sociedad y sociabilidad que se tienen por deseables, los marcos de sentido vigentes sobre el cuerpo, la salud y su relación con el entorno, la posición social de las mujeres y la disponibilidad de conocimientos y medios para intervenir en la gestación y el nacimiento.

En sintonía con los cambios en los escenarios sociopolíticos nacionales y mundiales, en estos años se transforman los modelos sociodemográficos del país. En las ciudades más grandes -y sus puertos y fronteras- se crean centros de vacunación, dispensarios, farmacias, centros de higiene, junto con los hospitales generales y especializados. Buenos Aires es una ciudad que se urbaniza aceleradamente y que cuenta con un gran crecimiento poblacional. En este escenario, en el período que va desde los inicios del siglo XX hasta fines de la década del veinte, se conforman gran parte de las instituciones médicas argentinas (Agostoni, 2017). Puntualmente, la obstetricia adquiere entidad propia y comienza su especialización dentro de la medicina, campo donde se desarrolla un proceso de delimitación de las competencias entre los profesionales médicos.

Uno de estos cambios tiene que ver con la consolidación y formalización de las especialidades médicas y con aquellas profesiones que se configuran como sus auxiliares: médicos obstetras y parteras. En sintonía con los cambios sociopolíticos nacionales y los modelos sociodemográficos del país, en esas primeras décadas del siglo XX hasta fines de la década del veinte, se conforman gran parte de las instituciones médicas argentinas y se desarrolla un proceso de delimitación de las competencias entre los profesionales médicos donde la obstetricia adquiere entidad propia (Álvarez y Carbonetti, 2008; Belmartino, 2005; Biernat y Ramacciotti, 2013; Di Liscia, 2005; González Leandri, 1996).

Bajo el nombre de obstetricia, se formulan y reformulan un conjunto de saberes y prácticas preexistentes,

muchos de los cuales formaban parte del quehacer de las comadronas o parteras no diplomadas. En Buenos Aires, las vertiginosas transformaciones demográficas impulsadas por el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, de la mano de la urbanización y la inmigración masiva, junto con los cambios en el mercado de trabajo, las ideologías poblacionistas y la reciente organización del Estado con su potencial educativo y sanitario (Lobato, 2000; Suriano, 2000), conforman parte del contexto para entender este proceso.

En este marco, las características, disposiciones, actitudes e interpretaciones que se van a desplegar sobre el embarazo, el parto y el puerperio se configuran históricamente. Así, desde fines del siglo XIX, en Occidente, se aceleran y acoplan una serie de procesos que van a transformar en poco más de dos décadas la forma en que se va a parir y nacer en la ciudad de Buenos Aires. En simultáneo, aparecen en la agenda pública las discusiones sobre la necesidad de implementar políticas sociales dirigidas a las madres y los niños (Nari, 2004); es una agenda política básicamente reformista que busca el reordenamiento social, la mejora de las condiciones de vida de los sectores populares y la vigilancia y moralización de la población. Como señala la historiografía feminista, en estos años se intensifica el proceso de *maternalización* de las mujeres (Barrancos, 1999, 2002 y 2008; Guy, 1994; Nari, 2004; Pita, 2008), cuyo fin es ajustar las *supuestas* funciones naturales con ciertos imperativos sociales. Se termina de configurar un modelo social saludable de género: padre proveedor y madre paridora y cuidadora de la reserva potencial de la especie.

El cambio en la forma de concebir a la maternidad coincide cronológicamente con los esfuerzos por medicalizar la reproducción biológica. Progresivamente se configura la identificación de la subjetividad femenina con la condición materna, la importancia social de la función materna justifica los esfuerzos por medicalizar el embarazo y el parto. La *maternalización* de las mujeres, su progresiva confusión entre mujer y madre, entre femineidad y maternidad, se construye y extiende gradualmente en diferentes ámbitos y planos de la vida social, de las ideas y prácticas científicas y políticas (Feletti, 2011; Nari, 2004). Así, y dado que se justifica en la naturaleza, tiene pretensiones universales y abarca a todas las mujeres sin distinción.

La legitimación y justificación pretendidamente irrefutable de la *maternalización* de las mujeres por parte de la ciencia médica no es un fenómeno local. Por el contrario, se trata de un proceso que abarca al mundo occidental entre fines del siglo XVIII y princi-

pios del XX (Nari, 2004). Forma parte de un conjunto de transformaciones sociales, económicas y políticas clave que tienen lugar en las sociedades capitalistas y se vinculan a los cambios poblacionales, al valor otorgado a la población y al lugar dado a la familia en la conformación de la sociedad y la política. En este escenario, el objetivo de este artículo es identificar, describir y analizar los discursos y regulaciones acerca de las comadronas y parteras desarrollados por los médicos, que también fueron legisladores y funcionarios de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 1900 a 1920.

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

En este marco, se dirá que las posiciones individuales de los médicos de la época -lo que dicen, lo que escriben y el lugar desde donde lo hacen- sólo podrán ser aprehendidas en su relación con las configuraciones sociales entendidas como un entramado peculiar atravesado por relaciones de poder cambiantes. Los rasgos de un grupo social que conforma una posición específica o peculiar sólo pueden comprenderse a partir del tejido de imbricaciones sociales en el cual están insertos.

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

Para la identificación y caracterización del proceso de organización e institucionalización de la atención del parto y de la formación de quienes cuentan con la legitimidad para ocuparse de ello, se toman los aportes de aquellos/as autores/as que trabajaron sobre la consolidación del campo de la salud en relación en un contexto marcado por la expansión del capitalismo y la emergencia de las instituciones del Estado moderno. En este sentido se recuperan los trabajos de Graciela Biagini (1992 y 1996), Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (2008, 2010, 2014 y 2016), Susana Novik (1992), María Silvia Di Liscia (2004 y 2005) y Susana Belmartino (1995 y 2005), entre otros. Al mismo tiempo, se toma en consideración la caracterización que realiza Diego Armus (2001, 2007 y 2010) sobre los diferentes enfoques para narrar la salud y la enfermedad en el pasado¹. También el artículo se apoya en algunos de los aportes de la sociología de las profesiones (González Leandri, 1999, 2000 y 2006) y en una serie de estudios que comprenden que en toda narración que tiene por objeto la referencia al pasado de la ciencia y la medicina subyace implícita o explícita una concepción de la actividad científica y otra de la historia, junto con las propias nociones de objetividad y verdad, las cuales ejercen determinaciones mutuas (Hurtado, 2003).

Respecto de la mirada sobre el pasado, en la historiografía contemporánea, particularmente la de América latina y la Argentina, se observa una producción historiográfica heterogénea con gran variedad de enfoques y temas que da cuenta de lo dinámico del campo. A partir de lecturas como las de Quijano (2000), Segato (2011) y Bidaseca (2010) se buscó tomar distancia de las perspectivas binaristas que recorren parte de los estudios históricos de la región, presentando una historia donde la racionalidad, el positivismo y el cientificismo organizan los argumentos sobre las formas en que la población transita la relación entre las enfermedades, la medicina y su propia corporalidad. Esto permitió observar críticamente tanto la pretensión de *objetividad* y *universalidad* de las formas de conocimiento institucionalizadas en América Latina (Lander, 2000; Quijano, 2000; Segato, 2013), como la exigencia de homogeneizar las formas básicas de existencia social de las poblaciones entre las que se encuentran las prácticas en torno al nacer y parir. Esta posición implica adherir a una narrativa de la historia que se separe de las visiones lineales teleológicas y evolucionistas del tiempo histórico ya desacreditadas por pensadores como Walter Benjamin. Es decir, comprender el tiempo histórico a partir de temporalidades superpuestas y en conflicto, en el marco de un espacio geográfico y una cultura material (Didi-Huberman, 2009).

Respecto a las cuestiones metodológicas, se desarrolló una estrategia cualitativa, con enfoque historiográfico. Los hallazgos que se mencionan en este artículo son parte de una investigación mayor que se realizó en el marco de la elaboración de mi tesis de doctorado². Para ello, se realizó la búsqueda y selección de las fuentes en la hemeroteca de la Biblioteca Nacional y a la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, ambas ubicadas en la ciudad de Buenos Aires. En estos dos lugares se obtuvo la mayor parte de los documentos -publicaciones científicas periódicas, tesis de medicina, memorias de encuentros de las sociedades científicas, proyectos de normativas y resoluciones institucionales, programas y textos para la formación de médicos y parteras, entre otros- incluidos como fuentes. También se concurrió al Museo Histórico que funcionaba en el Hospital Rivadavia, llamado originalmente Hospital de Mujeres, donde fue posible obtener algunas otras fuentes inéditas.

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

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

Conformado el corpus, a partir de las técnicas de análisis documental y bibliográfico (Valles, 1993) se llevó adelante la sistematización y clasificación de las fuentes. Se desarrolló una matriz específica para su volcado que permitiera dimensionar los alcances y la densidad del corpus. Luego se desplegó el proceso de análisis de los documentos seleccionados en función de los objetivos formulados. La interpretación de estos documentos se acompañó de una reconstrucción del contexto social, cultural y político en que los mismos han sido producidos. En líneas generales, no se buscó un uso extensivo ni panorámico de las fuentes, sino desarrollar una investigación intensiva en términos de Elías (1969). Es decir, comprender lo que para estos mismos referentes médicos tenía sentido o buscaba tenerlo. Siguiendo con Elías diremos que el nexo de la maternidad con la medicina fue considerado como no comprobado, ni obvio, ni natural, ni simplemente dado.

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

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

“cursos sociales”, tampoco es aquello que se dice en varios lugares a la vez, ni lo que resulta de la dominancia cuantitativa, sino que es un conjunto de mecanismos que regulan la aceptabilidad sobre lo que se dice y escribe, y estratifican grados y formas de legitimidad.

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

El artículo da cuenta del proceso de configuración del rol y la profesión de partera desde el punto de vista de los médicos de la ciudad de Buenos Aires. Como se ha señalado el enfoque se basa en el análisis del discurso. En las páginas siguientes se va a hacer referencia a los mecanismos de persecución y control de las parteras, en contrapunto con la institucionalización de esta función y su correlato en la creación de espacios de formación. A su vez se describen las pretendidas condiciones morales de las parteras de cara a su rol en la educación de las madres. Por último, se incorpora un breve análisis del papel de la Asociación Obstétrica Nacional en el marco del surgimiento y las discusiones en torno al feminismo local de esos años.

LÍMITES Y POTESTADES EN LA ATENCIÓN DE LOS PARTOS

Hacia inicios del siglo XX, los partos eran asistidos por mujeres que contaban con conocimientos y prácticas diversas y superpuestas que respondían a trayectorias educativas y laborales diferentes. Estas mujeres conocidas que contaban con saberes medicinales populares -a quienes se llamó comadronas porque solían convertirse en las madrinan de los bebés que ayudaban a nacer- son quienes acompañan a las madres durante los nacimientos. A inicios del siglo XX, con el impulso de las especializaciones, los grupos médicos acentúan su interés y preocupación por los alcances

del trabajo de estas mujeres. Bajo el argumento de una mayor protección de la madre y el niño por nacer formulan una serie de regulaciones de su actividad, entre las cuales sobresale la exigencia, como requisito inexcusable para el ejercicio del legítimo derecho de acompañar los partos, de pasar por las instancias de formación que ellos mismos dirigen. Su interés en el oficio de partear ejercido está íntimamente vinculado a las intenciones de asegurar que las parteras no fueran las únicas que atendieran los nacimientos, y sobre todo que no tendieran a invadir el terreno que los médicos obstetras habían delimitado como propio.

Ya en 1877 se había sancionado la *Ley del Ejercicio de la Medicina y sus ramas auxiliares* que define la jerarquía y potestad entre los diferentes oficios vinculados al arte de curar. La ley precisa los límites y las condiciones para el ingreso a los oficios contemplados como parte de la medicina y sus tareas afines. Según la norma, *partear* se considera una rama menor dentro de la medicina, y por lo tanto sus intervenciones quedan bajo la subordinación de otros saberes, en particular de los médicos. El control legal de los partos queda a cargo de los médicos y las parteras sólo podrán actuar en los casos de partos definidos como *normales*. Frente a los partos *laboriosos o distócicos* van a tener la obligación de dar parte a un médico. Además, la ley señala que la violación de estas normas es un delito de carácter criminal e impone multas a quien ejerza cualquier rama de la medicina de manera irregular³.

Más allá de los argumentos desplegados por funcionarios y médicos porteños, la confrontación al momento de aplicar la ley se da en términos laborales y de acceso a los recursos económicos. Diplomadas o no, la mayoría de las parteras prefieren atender los partos domiciliarios (llamados *partos públicos*) que son más frecuentes y seguros que los hospitalarios y donde pueden obtener mayores ingresos. Si bien, con la ley conservan la posibilidad de atender los llamados partos normales o fisiológicos, ahora tienen una competencia que limita sus posibilidades y achica sus posibilidades laborales.

Uno de los temas de mayor polémica gira alrededor del uso de antisépticos. La obstetricia plantea que el parto normal y manejado por parteras debe ser simplemente aséptico, es decir, en un entorno higiénico, pero sin la intervención de sustancias especiales que requieren las irrigaciones o lavajes internos. Las parteras se oponen a esta decisión y afirman que la antisepsia tiene que ser mucho más generalizada de lo que los médicos proponen. Sostienen que lo único seguro, sobre todo entre las mujeres más pobres, es el uso de

lo que se menciona como *preparados especiales*. A la vez, sugieren que los obstetras no conocen lo suficiente ese tipo de situaciones, ya que están habituados a *escenarios controlados*, como los hospitales o las casas de familias distinguidas, donde las condiciones son muy diferentes de las que ellas usualmente se encuentran. Mientras éstos se ocupan de atender casos especiales, que salen de lo regular como pueden ser las distocias que se dan en los partos lentos o laboriosos, ellas atiendan el gran y variado universo de los partos normales con todos sus matices (Martín, 2018). En definitiva, lo que argumentan es que sus conocimientos y experiencia son suficientes para competir con sus colegas varones que cuentan con escasos conocimientos prácticos sobre las condiciones habituales de parto y que están sumamente calificadas para el uso de una serie de fármacos.

Desde la obstetricia, referentes destacados e influyentes del momento como los doctores Josué A. Beruti⁴ y Domingo Iraeta⁵, insisten en resaltar que “las parteras no tienen el derecho ni la autorización de emplear ni recetar medicamentos”, esto incluye la prohibición de utilizar cualquier tipo de analgésico, ya que según afirman “la partera jamás, y bajo ningún precepto, puede practicar sola una anestesia, aunque se trate del cloroformo a la reina para aliviar los dolores de la mujer que libra”. Solamente, incluyen una salvedad que son los casos de urgencia, cuando el médico debe operar y “no hay otro facultativo, la partera, sin tener el derecho de dar un cloroformo, tiene, no obstante, la obligación de ayudar al médico” (Beruti e Iraeta, 1915, p.15).

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

Sin embargo, en el proceso de medicalización de la concepción, la gestación y el nacimiento, la resistencia de las mujeres a acercarse a consultorios, hospitales y demás instituciones es muy fuerte. La intervención de los especialistas varones sobre los cuerpos femeninos

no resulta una cuestión simple que se acepta fácilmente. Las voces más reconocidas de la medicina porteña alegan que se debe a *la ignorancia de las mujeres*, a su poca disposición *a escuchar consejos* y a su carácter prejuicioso en relación con los médicos (Áraoz Alfaro, 1916).

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

Desde el estado, se acompaña esta estrategia. Al mismo tiempo que se autoriza la práctica de la profesión, se solicita que las parteras reporten a la Asistencia Pública todos los casos que tratan: nacimientos, abortos, condición y destino de los recién nacidos (Penna y Madero, 1910). Esta reglamentación, basada en los imperativos del discurso médico, ambiciona la profesionalización de las parteras al asegurarse su respeto de las leyes contra los llamados crímenes maternos como el aborto y el infanticidio.

En otros términos, no se trata de un proceso donde se incorporan nuevos saberes, o más bien saberes producidos de una forma diferente a la del pasado, sino de una toma progresiva del lugar legitimado para ese rol. Más que el desplazamiento de los conocimientos y prácticas de las antiguas comadronas lo que se despliega es el corrimiento de la posición de estas mujeres frente a los obstetras (Martín, 2014). La normalización y el reconocimiento de las parteras por parte de las ciencias médicas significaron para ellas la inclusión en el campo médico, pero en condiciones de subalternidad.

Es posible sostener también que las tensiones dan cuenta de una serie de representaciones sociales y médicas divergentes en torno a las formas de nacer; que, desde el marco de la historia social de la medicina, se consideran como parte de las controversias que rodearon la cuestión del embarazo, el parto y el puerperio

a inicios del siglo XX. En la disputa entre comadronas y parteras obstétricas diplomadas, y entre éstas y los médicos obstetras es posible vislumbrar cosmovisiones médicas en pugna y su correlación con las relaciones sociales, clasistas y genéricas al interior de las prácticas hospitalarias.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN DE PARTERAS

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

Entre las medidas iniciales, es posible señalar la creación, en 1822, de la Escuela de Parteras a cargo del médico de la policía el doctor Durand en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires. En estos primeros momentos, las mujeres siguen el mismo curso de partos que los estudiantes de medicina y realizan sus prácticas también en el Hospital de Mujeres dependiente de la Sociedad de Beneficencia (Billorou, 2005). A partir de 1852, se impone que las parteras extranjeras presenten al Tribunal de Medicina sus títulos a fin de integrar la nómina de personas autorizadas en el *arte de partear*. Este atributo pertenece al Consejo de Higiene Pública, que a través de la Facultad de Medicina se ocupa de revalidar los títulos emitidos en el exterior mediante un examen teórico-práctico (Coni, 1918). Unos años más tarde, la facultad renueva sus reglamentos y crea un curso para parteras de dos años de duración con un examen final. Poco después se incorpora el sistema de exámenes libres para quienes no pudieran tomar las clases de manera presencial. Esta práctica se extiende durante varias décadas y en adelante cualquiera que quisiera ejercer el arte de partear debía cumplir los cursos y tenía la obligación de matricularse cada año (Martin, 2014). Las nóminas oficiales de parteras recibidas, matriculadas y rematriculadas en la Facultad de Medicina y reconocidas por las autoridades nacionales y municipales dan cuenta del interés de estas mujeres por legitimar la tarea y ejercerla dentro de los marcos legales.

Ya en el cambio de siglo se ponen en marcha medidas más concretas que desembocan en la refundación de la Escuela para Parteras con su propia maternidad dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, como única institución de la ciudad de Buenos Aires encargada de formar parteras.

LA ESCUELA DE PARTERAS

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

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

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

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

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

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

La enseñanza de las parteras tituladas se organiza sobre la base de la clínica y la formación práctica (Gisbert, 1921). En la maternidad, durante los dos años que dura el curso, las estudiantes deben concurrir a clases mientras realizan sus tareas de cuidado y acompañamiento (Llames Massini, 1915). Durante el primer año se enseña el proceso del parto, identificando cada uno de los momentos del trabajo de parto (dilatación, período expulsivo y alumbramiento). También se incluyen nociones sobre el cuidado durante el embarazo y el posparto, y elementos básicos de atención al recién nacido. El segundo año de estudio se dedica a las patologías obstétricas que la partera tiene que saber reconocer y, en lo posible, anticipar. Esta parte del programa recorre una variedad de complicaciones que van desde las distocias más frecuentes, como las presentaciones viciosas y las enfermedades comunes durante el último período del embarazo. La formación no sólo describe las enfermedades de riesgo, sino que también enuncia las maniobras obstétricas más comunes frente a las dificultades, como la atención en general de distocias mediante operaciones obstétricas simples o complejas, las versiones internas y externas y operaciones para producir un parto artificial, el uso de fórceps y las indicaciones de embriotomía. Si bien estos son casos donde las parteras deben abstenerse de intervenir, se considera que deben estar preparadas para colaborar con el médico de forma eficiente (Llames Massini, 1915). Durante el proceso de formación, además de concurrir a clases, deben realizar guardias donde tienen contacto constante con las parturientas y pasan muchas más horas en el hospital que los estudiantes de medicina y los propios médicos (Gisbert, 1921).

Asimismo, durante ese proceso se explicitan los alcances del trabajo de la partera. Se explica que el momento en el que les corresponde actuar es durante el trabajo de parto ya que en momento expulsivo su rol es mantener una conducta expectante de asistencia con el médico. Durante los años que dura el curso, se conjugan la adquisición de conocimientos y habilidades obstétricas, con indicaciones muy precisas sobre los alcances y límites del trabajo de las parteras, que a veces toman la forma de amenaza respecto de las sanciones que recibirá si excede lo previsto para su rol al irrumpir en lo estrictamente reservado para los médicos.

En el proceso de aprendizaje, las aspirantes a parteras van a acceder a “preceptos y recursos sencillos que la ciencia pone en sus manos para prevenir enfermedades y accidentes, y aliviar y salvar más de una vida en peligro, sin que esto signifique invadir el campo de la medicina” (Beruti e Iraeta, 2015, p. 14). Al recibir los conocimientos médicos, se certifica que la tarea “de combatir y curar las enfermedades y accidentes es una atribución que corresponde exclusivamente al médico general o al especialista” dado que consideran “que para ello se imponen conocimientos mucho más profundos que los que posee la partera, la cual no puede ni debe responsabilizarse de cosas que no le incumben” (Beruti e Iraeta, 1915, p. 15).

En líneas generales, a pesar de sostener su disputa contra aquellas que no se han formado institucionalmente, el curso de parteras pone de manifiesto su finalidad central de asegurar la delimitación de las tareas. La partera debe dominar el diagnóstico obstétrico, pero está impedida de actuar; se espera que adopte una actitud de vigilante, es decir conocer los signos de alarma para llamar al médico y ser su asistente. Luego de su formación y, a pesar de alcanzar el grado de diplomada, la partera “nunca pretenderá encargarse de una asistencia que, por la naturaleza de su oficio, no le corresponde” (Beruti e Iraeta, 1915, p. 15).

Las escuelas de partería, así como las reglamentaciones del ejercicio profesional, tienen por finalidad controlar el ejercicio de la actividad y prohibir que las nuevas parteras invadan el campo médico al atender partos complicados u otro tipo de afecciones y fundamentalmente los abortos. La letra de las regulaciones otorga a las parteras una mayor intervención social en el terreno preventivo y profiláctico de las enfermedades y una menor actuación obstétrica reduciendo al mínimo posible sus atribuciones terapéuticas.

En este sentido, la educación superior forma parte de las instituciones que llevan adelante la tarea de

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

LAS CONDICIONES MORALES DE LAS PARTERAS

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

El nuevo perfil de partera es delimitado por parámetros bien precisos: se requiere de personas disciplinadas, obedientes y dispuestas a seguir los mandatos de los médicos; se considera fundamental que estuvieran formadas en los valores y preceptos de la cultura científica; que sean cultas y con una serie de valores morales entre los que destaca la abnegación, el recato, la docilidad y el honor entendido en términos de pasividad sexual.

En este sentido, la formación de las parteras no se circunscribe al acceso al conocimiento y a la práctica de la obstetricia científica, sino que avanza firmemente hacia cuestiones morales de fuerte impronta genérico-elitista. La separación entre el adentro y afuera de la profesión en base a una serie de parámetros definidos en términos científicos que surge de la letra de ley, se traslada a una serie de códigos de conducta, no explícitos jurídicamente, pero sí fervientemente expresados en los textos médicos. Allí se definen los atributos personales de la partera *ideal*, en detrimento de aquellos relacionados con el *curanderismo obstétrico*. Quienes portan estos últimos atributos suelen aparecer nombradas en términos de mujeres “ignorantes, advenedizas o interesadas sólo en procurarse un sustento económico”, y se las suele vincular con “prácticas amorales, como el infanticidio o el aborto” (Aráoz Alfaro, 1919, p. 11).

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

La partera debe poseer cualidades físicas y condiciones morales e intelectuales (...) Entendimiento claro y despierto, espíritu de observación, amor a la verdad y al

estudio, memoria fiel, voluntad firme y paciencia inagotable; todas estas son cualidades sin las cuales la partera caerá fatalmente en el fracaso de su carrera. Claro está, que estas virtudes del carácter no deben interpretarse mal; muchas de ellas si se exageran pueden hasta degenerar en efectos deplorables.

La partera debe ser instruida, pero no pedante; paciente pero no indolente y sin iniciativa; resuelta, pero no imprudente; seria y severa en sus prescripciones, pero no grosera; enérgica, pero no voluntariosa; compasiva, pero no impresionable y temerosa; tolerante con sus compañeras; pero no encubridora de proceder incorrectos; reservada y discreta ante las intimidaciones de la cliente, pero no cómplice de actos delictuosos; respetuosa con el médico, pero no falta de dignidad; laboriosa y activa, pero sin que el deseo del lucro prime sobre sus sentimientos humanitarios ante la desgracia y el infortunio de los otros.

(...) desde ya, que la mujer sin moralidad no es digna de la noble profesión; la base de su suerte reposa ante todo en la decencia de sus hábitos y en el decoro de su oficio, sobre todo entre nosotros, donde el gremio de parteras no es debidamente apreciado y respetado, razón de más por la que cada alumna salida de las aulas tienda en lo posible a su mejoramiento elevándolo al nivel social que le corresponde (Beruti e Iraeta, 1915, p. 13-15).

En los informes sobre el Curso de Preparación de Parteras desarrollados durante los ciclos lectivos 1902 y 1903 en la Facultad de Medicina de Buenos Aires se describe cómo las aspirantes a parteras son evaluadas de acuerdo con su capacidad de obediencia y disciplina, y en función de su recato y aceptación de las normas institucionales. El profesor a cargo sostiene que “el orden y el respeto mutuo, la severa disciplina en la conducta, que son condiciones tan esenciales en la vida de un Centro de Enseñanza, han sido ejemplares” (Llames Massini, 1915, p. 401).

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

Para ser admitidas en la inscripción a la matrícula de Parteras es necesario acreditar sus condiciones morales y buenas costumbres por manifestación hecha por escrito por dos vecinos conocidos con el V°. B°. del Juez de Paz de la sección respectiva (Molla Catalán, 1904, p. 139).

A lo que se suma como requisito la exigencia de presentar el permiso o autorización de los padres o del

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

EL ROL DE LAS PARTERAS EN LA (CON)FORMACIÓN DE LAS MADRES

En este escenario, además de las tareas de asistencia de “aconsejar, vigilar y atender a la mujer embarazada, a la que está dando a luz, a la que ha librado y a la criatura” (Beruti e Iraeta, 1915, p. 12), les asignan a las parteras una serie de tareas educativas. En palabras de los médicos referentes de la época en la ciudad de Buenos Aires -como los doctores Alberto Peralta Ramos⁶, Juan Carlos Llamas Massini⁷ y Eliseo Cantón⁸- ya no se trataba del paso de una generación a otra de los conocimientos sobre el parto y el puerperio, sino que los grupos médicos ven en las parteras la posibilidad de que actuaran como agentes de transmisión de conocimientos, prácticas y valores definidos por ellos. Así lo expresan:

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

Reconocen que las parteras cuentan con mayores posibilidades de comunicarse con otras mujeres, por ello, en su formación incluyen indicaciones sobre cómo llevar adelante las charlas, señalando que -en la mayoría de los casos- debe utilizarse la persuasión y el miedo para convencer a las mujeres de seguir sus indicaciones (Di Liscia, 2005). La tarea asignada para las parteras es la de inculcarles a “esas pobres las consecuencias a que están expuestas ellas y sus hijos” (Mazzini, 1916, p. 34) sino cumplen con sus prescripciones. Aparte de su función propiamente dicha, los médicos consideran que su tarea:

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

De esta forma desde la medicina se busca obtener un perfil de partera capaz de:

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

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

En esta línea, se sucede la creación de instituciones que exceden las cuestiones médicas y el cuidado de la salud. En 1902, la doctora Cecilia Grierson⁹ funda la Escuela Técnica del Hogar, en el marco del Hospital Rivadavia¹⁰ que depende de la Sociedad de Beneficencia, entre cuyos objetivos está la difusión de cuestiones vinculadas a la crianza y cuidado de los/as hijos/as. Otras organizaciones benéficas, como las Damas de la Caridad fundan el Club de Madres con fines similares. En ambos espacios las parteras, dirigidas por un médico especialista de perfil higienista, realizan tareas de visita y atención de las mujeres en sus casas (Grierson, 1903). Su función es acercar a las mujeres recomendaciones y preceptos vinculados a la internalización de ciertas prácticas, ideas y sentimientos en torno a la maternidad.

OBSTETRICIA MAYOR Y OBSTETRICIA MENOR

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

Así lo explican el doctor Beruti, jefe de clínica de la maternidad de la Escuela de Obstetricia, y el doctor Domingo Iraeta, médico de la Maternidad de la Escuela de Obstetricia en el Manual de Obstetricia elaborado específicamente para la institución:

Son notorias las serias dificultades con que las parteras de nuestro país han tropezado hasta ahora en la

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

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

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

Conformar una obstetricia para parteras es ardua tarea pedagógica y mucho más dificultosa que para médicos y estudiantes. En ninguna especialidad la didáctica suele utilizarse tanto como en una obstetricia menor. La obra debe ser clara, ordenada, sencilla, ni muy larga ni muy corta, y sometida a la más estricta disciplina; su lenguaje debe ser natural y hasta burdo a veces. Pero nada más difícil que encarar cuestiones de alto interés obstétrico con espíritu científico y lenguaje simple y popular al mismo tiempo (Beruti e Iraeta, 1915, p. 8).

Desde la institución, piensan a estas jóvenes como seres incompletos, un tanto irresponsables en su inocencia y que no terminan de comprender las cuestiones de la vida adulta, dado que “su inclinación o vocación no puede todavía estar bien marcada o decidida, ni despierto acaso el sentimiento de la dignidad y del decoro profesionales para poder confiarlas un secreto que conviene que permanezca oculto y que podrían di-

vulgarlo inconscientemente” (Llames Massini, 1915, p. 25). Predomina una mirada paternalista que infantiliza a las estudiantes de partería, reafirmando la necesidad de tutela y control:

Si se considera que estas alumnas aún conservan su candor y el sello de la pura inocencia (...) Y si a todo esto agregamos el cuidado y delicadeza que debe guardar el Profesor en la exposición de algunas conferencias, a fin de no avivar ni despertar tempranamente instintos dormidos aún, ni rozar el pudor, ni tocar la modestia ruborosa de aquellas niñas ejemplarmente educadas, no es difícil comprender cuanta importancia encierra y debe darse a este punto que vengo tratando (Llames Massini, 1915, p. 28).

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

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

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

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

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

REFLEXIONES FINALES

En Buenos Aires, el proceso de especialización que diferencia a los médicos obstetras de los médicos clínicos y/o generalistas se traslada a la partería cuyo ámbito de acción autónomo se circunscribe al parto sin complicaciones. El rol de las parteras se va a definir como un trabajo manual de acompañamiento y contención basado en la experiencia empírica. La división de la obstetricia entre médicos y parteras segmenta el parto y la tarea pasa a ser compartida, pero en condiciones desiguales.

Las parteras que logran acceder a la institución educativa van a ser incorporadas a las instituciones de salud en un lugar más definido y claro, pero el obtener un rol más específico y reconocido en el ámbito de la medicina va a tener como contracara que su tarea se ve acotada a un lugar secundario y asistencial.

Asimismo, como parte de este proceso, la distinción entre médicos obstetras y parteras se traslada al interior de estas últimas delimitando a su vez los límites de quienes están habilitadas y legitimadas para asistir los partos y aquellas que deben ser excluidas y perseguidas bajo el rótulo de ejercer el curanderismo obstétrico. El marco jurídico y simbólico construido durante la conformación de la obstetricia pasa así a organizar también el campo de las parteras, impulsando

un proceso de exclusión y expulsión de aquellas que no logran -por diferentes circunstancias- obtener las certificaciones institucionales exigidas.

Por último, las regulaciones, reglamentaciones, como así también la institucionalización de la formación de las parteras va a modificar -por no decir restringir y coartar- un conjunto redes y vínculos entre las mujeres que excedían el nacimiento de un bebé. El desplazamiento de la comadrona no solamente implica la incorporación de estos nuevos actores bajo el argumento de la rigurosidad científica y en función de la posesión o no de conocimientos y certificados médicos, sino que modifica un conjunto de prácticas cotidianas de apoyo mutuo y transmisión de saberes entre las mujeres que no son posibles de explicar con las categorías del lenguaje científico.

La comadrona es una figura que se reconoce como parte de la vida cotidiana de los sectores populares. Con anterioridad a la formalización de estas prácticas, en muchas ocasiones durante el momento del parto el vínculo de confianza entre la comadrona y la pariturienta se reforzaba, consecuencia de ellos es que las madres recientes les dan sus nombres a sus hijos y ellas toman el rol de comadres.

También estas transformaciones van a poner a fin a unas formas de transmisión de saberes y experiencias en torno al acompañamiento de los partos, que, si bien eran heterogéneas y difusas, se apoyaban en los vínculos interpersonales y comunitarios entre las mujeres. Durante largos años, las matronas y comadronas se formaron en la práctica del oficio. Con la institucionalización de la medicina y la obstetricia en particular, esa forma de transmisión del conocimiento que se daba entre mujeres queda obturada, deslegitimada, y hasta criminalizada.

NOTAS

1 Diego Armus (2010) reconoce tres estilos diferentes para abordar la historia de la salud y la enfermedad, que despliegan énfasis diversos. La *nueva historia de la medicina* tiene como fin renovar la tradicional narrativa desarrollada por los médicos que dan cuenta sobre todo de la historia de cambios en los tratamientos o de las biografías de médicos famosos. Esta perspectiva tiende a destacar los fortuitos desarrollos del conocimiento médico, tensionando la historia natural de las patologías y los inciertos desarrollos del conocimiento biomédico. Aportan una mirada crítica al contexto científico, social, cultural y político en el cual algunos médicos, investigadores, instituciones y tratamientos alcanzaron la legitimidad, mientras otros no lograron generalizar sus propuestas. La *historia sociocultural de la enfermedad* aborda estas cuestiones desde diferentes disciplinas, no sólo como problema sino también como analizador o re-

curso para discutir otros tópicos. Este modo de escribir la historia de las enfermedades asume que una dolencia, mal o patología existe luego de que se ha llegado a un acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas. El último de los enfoques descritos por Armus es el de la *historia de la salud pública*. En este caso el foco está puesto en el poder, la política, el Estado, las instituciones y la profesión médica. Es una historia que se pretende útil e instrumental.

2 La tesis para acceder al título de Doctora en Sociología por el Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (IDAES/UNSAM) llevó como título "Medicina y maternidad: parir y nacer en la Buenos Aires de inicios de siglo XX" y fue defendida a fines de 2018, obteniendo la más alta calificación. La directora fue la Dr. Karina Bidaseca y la co-directora la Dra. Ana María Vara. El jurado estuvo integrado por las doctoras Karina Ramacciotti, Pau-

- la Aguilar y Mónica Gogna. Se puede acceder al texto de la tesis a través del siguiente enlace: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/770>
- 3 Argentina, Ley de Reglamento del Ejercicio de la Medicina, Farmacia y Demás Ramos del Arte de Curar. Capítulo IV, 1877.
 - 4 Josué A. Beruti, médico porteño, se recibió en 1907, en Alemania y se especializó en Obstetricia y Ginecología, revalidando su título en Argentina en 1909. En 1931 fue nombrado Profesor titular de Clínica Obstétrica y se mantuvo en el cargo hasta 1957 (previamente se desempeñó como suplente desde 1917 hasta 1931). Ocupó la Dirección de la Clínica obstétrica y ginecológica Eliseo Cantón, creando la Escuela de Madres de puertas abiertas, con una concurrencia diaria de 70 mujeres recibiendo clases de Asistencia Social, Economía Doméstica, Puericultura, Eugenesia y Profilaxis e Higiene del Embarazo, entre otras (Ledezma Prieto, 2015). Asimismo, participó de diversas instituciones influyentes en la formación de opinión general como la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (AABEMS). Durante su trayectoria profesional, se esforzó en consolidar el paradigma de la dicotomía sexual. Específicamente, se abocó a definir y legitimar las construcciones culturales en cuanto a los atributos de la femineidad y por ende, la masculinidad, desde su campo profesional. Para ello, desde todos sus espacios de acción, en relación con las mujeres, procuró hacer de la maternidad la característica fundamental y excluyente. La educación femenina fue la principal preocupación del profesional. La misma estaba estructurada en principios eugénicos de tinte coercitivo explícito (Miranda, 2009).
 - 5 Domingo Iraeta fue un médico obstetra graduado por la Universidad de Buenos Aires. Fue director del del Hospital Penna a partir de 1930. Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) en 1937.
 - 6 Alberto Peralta Ramos, es un médico porteño que se graduó en 1903 en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Perteneciente a una familia tradicional porteña, trabajó en numerosos hospitales de la ciudad. La Sociedad de Beneficencia lo nombró jefe de la Maternidad del Hospital Rivadavia, lugar desde donde impulsó lo que llamó la asistencia médico-social de la madre y del hijo. Ocupó profusos cargos docentes, académicos y políticos, entre ellos: profesor titular en la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Universidad de Buenos Aires; Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, miembro y presidente de la Academia Nacional de Medicina (Lois, 2018).
 - 7 Juan Carlos Llamas Massini fue un médico porteño dedicado a la obstetricia. Ocupó el cargo de Jefe de la Maternidad del Hospital Fernández y fue profesor de Primer Año de Obstetricia en la Escuela desde sus comienzos. Escribió un texto muy utilizados para la enseñanza de la obstetricia por esos años que se tituló "La partera en Buenos Aires y la Escuela de Parteras", publicado en la revista La Semana Médica en el año 1932. Otros escritos que publicó: "Maternidad del Hospital Fernández. Estadísticas correspondientes a los años 1914-15" (1916), "Protección maternal a la mujer obrera" (1920) e "Introducción al estudio de la obstetricia" (1924). Además, fue presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires en 2 oportunidades (Billorou, 2005; Lois, 2018).
 - 8 Eliseo Cantón fue un médico porteño, dedicado a la obstetricia. Inició sus estudios en la Facultad de Medicina de Córdoba y los finalizó en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA en 1886. Ocupó distintos cargos docentes universitarios. En términos políticos, desde fines de la década de 1880, se vinculó al roquismo y ocupó distintos puestos legislativos en representación del Partido Autonomista Nacional, también conocido como «partido conservador». Autor de una gran cantidad de libros, artículos y observaciones clínicas, entre ellos su Historia de la Medicina en el Río de la Plata y La historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1917 escribió el Atlas de Anatomía y Clínica Obstétrica, reconocido libro de esos años. Algunos autores como Souza y Hurtado (2008) señalan que, en ambas obras, compuestas de varios volúmenes, se propone historiar el desarrollo de la medicina desde la llegada de los españoles hasta su presente, describiendo los años en que la escuela médica de Buenos Aires estuvo bajo su conducción como los de mayor esplendor. Entre los cargos que ocupó, es posible mencionar: Director de la Maternidad del Hospital San Roque; decano de la Facultad de Ciencias Médicas durante dos períodos; profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas; Director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica que lleva su nombre; miembro de la Academia de Medicina; Senador Nacional por la provincia de Tucumán en tres períodos consecutivos y Diputado por la Capital Federal en dos períodos (Lois, 2018).
 - 9 Cecilia Grierson fue la primera médica argentina. Graduada en 1889 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Su tesis de graduación se tituló Histero-ovariotomías ejecutadas en el Hospital de Mujeres, desde 1883 a 1889. Fue ayudante del Laboratorio de Histología, al tiempo que realizaba la práctica hospitalaria en la Asistencia Pública. Apenas se recibió se incorporó al Hospital San Roque donde se dedicó a ser ginecóloga y obstetra. La especialidad de cirujana le fue negada por su condición de mujer, a pesar de tener el título habilitante para ejercerla. En 1894, se presentó en el concurso para cubrir el cargo de profesor sustituto de la Cátedra de Obstetricia para Parteras pero el concurso fue declarado desierto. El jurado consideró que una mujer no podía aspirar a la docencia universitaria. A pesar de ello, en 1897 publicó "Masaje Práctico", un libro precursor de la técnica kinesiológica y dictó cursos sobre "Gimnasia Médica y Kinesioterapia" en la Facultad de Medicina entre 1904 y 1905. Formó parte del Partido Socialista. Trabajó junto a José María Ramos Mejía y Juan B. Justo en la creación del Círculo Médico en donde funcionó una escuela práctica de medicina con consultorios de varias especialidades y un centro dedicado a la difusión y a la investigación. Promovió el estudio de la puericultura y fue pionera en la enseñanza de personas ciegas, sordomudas y con discapacidades. Impulsó la creación de consultorios-escuela para tratar a niños con problemas de comportamiento, dificultades en el habla y en el aprendizaje. Además, fue directora de la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico Argentino; cofundadora de la Asociación Médica Argentina; fundadora de la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios; Vicepresidencia del Congreso Internacional de Mujeres; fundadora del Consejo Nacional de Mujeres; fundadora y miembro honorario de la Asociación Obstétrica Nacional; y presidente del Congreso Argentino

de Mujeres Universitarias y del Primer Congreso Feminista Internacional de Argentina. Es autora de numerosos textos académicos y para la formación profesional (Lois, 2018).

- 10 El Hospital Rivadavia se encuentra ubicado en la zona norte de la Ciudad de Buenos Aires, en Argentina. Su origen va de la mano de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Se inaugura en 1887 y durante los primeros años se desarrollan allí sucesivas ampliaciones como nuevas salas de maternidad, la incorporación de un servicio de cirugía ginecológica -con su sala de cirugía dotada de los instrumentos técnicos

más avanzados de la época- y la expansión de los consultorios externos, entre otras obras. Su maternidad es la primera en la ciudad y durante años la más prestigiosa (Billorou, 2005; Lois, 2018). Como referencia del alcance de la atención del Hospital de Mujeres, en 1910 cuenta con 24 salas de enfermas para las diversas patologías y dolencias con 900 camas; 4 salas de operaciones. En 1910 realiza 2375 operaciones con una mortalidad que no llega al 3%. Ese año los consultorios externos atienden a 17.176 enfermas. Para ampliar véase: MILICH, Juan (1911).

FUENTES

Publicaciones periódicas consultadas para el período estudiado

Anales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires y Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología (SOGIBA)

La Semana Médica

Publicaciones oficiales, leyes y normativas

Anales de la Asistencia Pública y Anales del Departamento Nacional de Higiene. Reglamentos, resoluciones, apercibimientos y multas aplicadas.

Código Penal de la República Argentina, 1887.

Código Penal, 1921.

Digesto de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1888-1921).

Ley del ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares, capítulo "De las parteras, dentistas y flebotomos" (1877).

Ley de Trabajo Femenino e Infantil 5.291 (1907).

Ordenanzas Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.

Libros, ensayos, tesis y otros documentos (conferencias, discursos, artículos de divulgación científica y materiales de formación médica)

Aráoz Alfaro, Gregorio (1916), "Sobre la organización de la protección y asistencia de la infancia", Primer Congreso Americano del Niño, Buenos Aires.

_____ (1919), Discursos pronunciados en la sesión inaugural y en la recepción de la universidad, informe sobre la profilaxis del abandono del niño, Buenos Aires.

Beruti, Josué A. y Iraeta, Domingo (1915). Manual de Obstetricia. Buenos Aires: Editorial Las Ciencias.

Cantón, Eliseo (1913). "Protección de la madre y el hijo. Puericultura intra y extra uterina. Profilaxis del aborto. Parto prematuro, abandono e infanticidio. Maternidad refugio". La Semana Médica. Buenos Aires.

Coni, Emilio (1918), Memorias de un médico higienista: contribución a la historia de la higiene pública y social, Buenos Aires, Asociación Médica Argentina.

Gisbert, Adolfo (1920), Libro memoria de la Escuela de Parteras, Escuela de Parteras y Clínica Obstétrica y Ginecológica (director: Adolfo Gibert), Buenos Aires, Dirección General de Higiene.

Grierson, Cecilia (1903), Historia de la obstetricia, Revista de Obstetricia, año I, núm. 1.

Llames Massini, Juan Carlos (1915), La partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras, Buenos Aires, Imp. Flaiban y Camilloni.

Mazzini, Esteban (1916). "Profilaxis de la sífilis en las maternidades de la República". La Semana Médica, año XXIII, N°33. Buenos Aires.

Milich, Juan (1911), Medicina argentina: ligera historia y evolución de la higiene en la República Argentina, 1606-1910 (tesis presentada para optar por el título de doctor en Medicina, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, UBA), Buenos Aires, La Ciencia Médica.

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

Penna, José y Horacio Madero (1910), La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Kraft.

Peralta Ramos, Alberto (1920), "Progresos de la obstetricia conservadora", Revista de Obstetricia y Ginecología, año IV, núm. 5.

BIBLIOGRAFÍA

Agostoni, Claudia (2017), *Médicos, campañas y vacunas. La viuela y la cultura de su prevención en México, 1870- 1952*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/ Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora.

Álvarez, Adriana y Carbonetti, Adrián (2008), *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Estudios Digital, 182-185. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Angenot, Marc (2010), *El discurso social. Los límites de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Barrancos, Dora (1999), "Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el período de entreguerras". En: Devoto, Fernando; Madero, Marta (eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina*, Buenos Aires, Taurus.

Barrancos, Dora (2002), "Inclusión/exclusión: historia con mujeres", Buenos Aires, FCE.

Barrancos, Dora (2008), "Mujeres, entre la casa y la plaza", Buenos Aires, Sudamericana.

- Belmartino, Susana (1995), "Los servicios de atención médica: un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad". En: Torrado, Susana (ed.), "Población y bienestar en la Argentina del primer al segundo centenario", Buenos Aires, Edhasa.
- Belmartino, Susana (2005), *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Biagini, Graciela (1992), *La significación social de la enfermedad*. Buenos Aires: Cátedra Sociología de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Biagini, Graciela (1996): *Políticas sanitarias y sistema de salud*. Buenos Aires: Cátedra Sociología de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Bidaseca, Karina (2010), *Perturbando el texto colonial: los estudios (pos)coloniales en América Latina*, Buenos Aires, SB.
- Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina (2013), *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina (2008), "La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnico, 1936-1955", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 15, núm. 2.
- Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina (2010), "El proyecto político médico en el Departamento Nacional de Higiene durante las entreguerras" en Sabina Frederic, Osvaldo Graciano y Germán Soprano (coords.) *El estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas; Rosario; Prohistoria. La salud de las trabajadoras en Argentina entre el Centenario y el peronismo: mujer, trabajo, familia, maternidad y sexo a través de la mirada de los médicos argentinos, 1870-2010*".
- Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina (2014), "Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil", *Argentina 1900-1960*, Buenos Aires, Biblos.
- Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina (2016), "Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945)". Dossier: Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955; *Revista Trabajos y Comunicaciones*, (44): e021. Universidad Nacional de La Plata.
- Billorou, María José (2005), "La creación de la Sociedad de Puericultura en Buenos Aires". En: Álvarez, Adriana; Molinari, Irene; Reynoso, Daniel (eds.), *Historia de enfermedades, salud y medicina en Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: UNMDP.
- Di Liscia, María Silvia (2004), "Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas, 1880-1940", Buenos Aires, Edulpam.
- Di Liscia, María Silvia (2005), "Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización. Argentina, 1870-1940", *Signos Históricos N° 13*. México: UAM.
- Elías, Norbert (1993), *La sociedad cortesana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Feletti, Karina (2011), *Madre no hay una sola: experiencias de maternidad en la Argentina*, Buenos Aires, Ciccus.
- González Leandri, Ricardo (1996), "La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870". En: Lobato, Mirta Zaida (ed.), *Política, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Biblos.
- González Leandri, Ricardo (1999), "Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires", 1852-1886, Madrid, CSIC.
- González Leandri, Ricardo (2000), "Médicos, damas y funcionarios. acuerdos y tensiones en la creación de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires", en José Luis Peset (coord.), *Ciencia, vida y espacio en Iberoamérica*, vol. 1, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- González Leandri, Ricardo (2006), "La consolidación de una inteligencia médico-profesional en Argentina: 1880-1900", *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, vol. 7, núm. 1.
- Guy, Donna (1994), "Niños abandonados en Buenos Aires (1880-1914) y el desarrollo del concepto de madre", *Lea Fletcher, Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*, Buenos Aires, Feminaria.
- Hurtado, Diego (2003), "De la Historia del Progreso a la 'Microhistoria' Constructivista". En: Hurtado, Diego; Drewes, Alejandro (eds.), *Tradiciones y Rupturas: la Historia de la Ciencia en la Enseñanza*, Buenos Aires: UNSAM—Baudino Ediciones.
- Lander, Edgardo (2000), "La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales". *Perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, Clacso.
- Lobato, Mirta Zaida (2000), "Entre la protección y la exclusión: discurso maternal y protección de la mujer obrera en Argentina, 1890-1934". En: Suriano, Juan (ed.), *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*, Buenos Aires, La Colmena.
- Lois, Ianina (2018), "Medicina y maternidad: parir y nacer en la Buenos Aires de inicios de siglo XX". Tesis de Doctorado. IDAES/UNSAM.
- Martin, Ana Laura (2014), *Parir, cuidar y asistir: El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Nari, Marcela (2004), *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Novik, Susana (1992), *Política y población: Argentina 1870-1989*, Buenos Aires, CEAL.
- Pita, Valeria (2008), *De las certezas científicas a la negociación en la clínica. Encuentros y desencuentros entre médicos y mujeres trabajadoras (1880-1900)*. Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba- Centro de Estudios Avanzados.
- Quijano, Aníbal (2000), "Colonialidad del poder, etnocentrismo y América Latina". En: Lander, Edgardo (ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, Clacso.
- Ruggiero, Kristin (1992), "Honor, maternidad y disciplinamiento de las mujeres: infanticidio en el Buenos Aires de finales del

- XIX". En: Fletcher, Lea (ed.), *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires: Feminaria.
- Segato, Rita (2011), "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y un vocabulario estratégico decolonial". En: Bidasca, Karina; Vázquez Laba, Vanesa (eds.), *Feminismo y colonialidad*, Buenos Aires, Godot.
- Segato, Rita (2013), "La crítica de la colonialidad en ocho ensayos, y una antropología por demanda", Buenos Aires, Prometeo.
- Suriano, Juan (2000), *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*, Buenos Aires, La Colmena.
- Valles, Miguel (1993), *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid, Síntesis.