

GOBERNANZA REPRODUCTIVA EN LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL URUGUAY. UNA MIRADA EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

REPRODUCTIVE GOVERNANCE IN CHILDBIRTH ASSISTANCE IN URUGUAY. A
LOOK IN HISTORICAL PERSPECTIVE

GOVERNANÇA REPRODUTIVA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO URUGUAI. UM
OLHAR EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Natalia Magnone Alemán¹

Recibido: 17/03/2023 | Aceptado: 09/05/2023

1 Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. *natalia.magnone@cienciassociales.edu.uy*. ORCID: 0000-0002-8727-878X

Resumen

En el artículo se analizan los cambios institucionales, políticos, sanitarios y profesionales que fueron transformando el escenario de asistencia al parto en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX. Se centra en dos aspectos: la institucionalización del parto y el rol de la partería en el proceso. Para ello, se recurre al concepto de gobernanza reproductiva en tanto es útil para comprender las transformaciones en las racionalidades políticas en el campo de la reproducción.

En términos metodológicos se utilizan técnicas de análisis documental y de contenido para analizar la obra escrita de médicos referentes en el país, de publicaciones de la partería y de otros documentos institucionales de época.

El análisis de dicho proceso permite vislumbrar que parte de los cambios impulsados por la racionalidad médica no se sustentaron en fundamentos científicos sino en decisiones políticas y culturales que se nutrían, entre otros asuntos, de las ideas en torno a los deberes de la maternidad y a los roles esperados para las mujeres (las asistidas y las parteras) de aquel momento histórico.

Palabras clave: gobernanza reproductiva, institucionalización del parto, partería, maternidad.

Abstract

The article analyzes the institutional, political, health and professional changes that were transforming the delivery care scenario in Uruguay in the first half of the 20th century. It focuses on two aspects: the institutionalization of childbirth and the role of the midwife in the process. For this, the concept of reproductive governance is used as it is useful to understand the transformations in political rationalities in the field of reproduction.

In methodological terms, documentary and content analysis techniques are used to analyze the written work of leading doctors in the country, midwifery publications and other institutional documents of the time are used.

The analysis of this process allows us to glimpse that part of the changes promoted by medical rationality were not based on scientific foundations but on political and cultural decisions that were nourished, among other matters, by ideas about the duties of motherhood and the expected roles for women (assisted women and midwives) of that historical moment.

Keywords: reproductive governance, institutionalization of childbirth, midwifery, maternity.

Resumo

O artigo analisa as mudanças institucionais, políticas, sanitárias e profissionais que estavam transformando o cenário da assistência ao parto no Uruguai na primeira metade do século XX. Enfoca dois aspectos: a institucionalização do parto e o papel da parteira no processo. Para isso, utiliza-se o conceito de governança reprodutiva, útil para compreender as transformações nas racionalidades políticas no campo da reprodução. Em termos metodológicos, são utilizadas técnicas de análise documental e de conteúdo para analisar a obra escrita de médicos de destaque no país, publicações de obstetrícia e outros documentos institucionais da época. A análise desse processo permite vislumbrar que parte das mudanças promovidas pela racionalidade médica não se baseou em fundamentos científicos, mas sim em decisões políticas e culturais que se alimentaram, entre outras questões, de ideias sobre os deveres da maternidade e os papéis esperados para a mulher. mulheres (assistidas e parteiras) daquele momento histórico.

Palavras chave: governança reprodutiva, institucionalização do parto, obstetrícia, maternidade.

1. Introducción

Este artículo reflexiona sobre los cambios institucionales, políticos, sanitarios y profesionales que fueron transformando el escenario de asistencia al parto en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX². Nos centraremos en dos aspectos: la política de institucionalización del parto y el rol de la partería en el proceso. Para ello, se recurre al concepto de gobernanza reproductiva en tanto es útil para comprender las transformaciones en las racionalidades políticas en el campo de la reproducción (Morgan y Roberts, 2012). Y es que, en el ámbito de la asistencia al nacimiento, en las primeras décadas del siglo pasado, se registró un cambio drástico en términos de las legitimidades para regular y asistir tal acontecimiento.

Es desde la década de los setenta que comienzan a registrarse estudios, en América, Europa y Asia, que muestran las diferencias y singularidades de los procesos de institucionalización y medicalización del parto, lo cual nos advierte sobre la imposibilidad de realizar una lectura simple sobre esta historia (Barreto, 2008). Marcela Nari (2004) estudió la influencia del discurso de la ciencia médica y eugenésica para la creación del modelo de mujer vinculada a la reproducción en el Buenos Aires entre 1890 y 1940. Concluye que la *maternalización* fue parte de un conjunto de transformaciones económicas, sociales y políticas, que pretendían cambiar sus pautas poblacionales, colocando a la maternidad como el destino único para las mujeres (pp. 101 y 109). Por su parte Ianina Lois (2018) se concentró en las intervenciones hacia el embarazo, parto y puerperio también en Buenos Aires entre 1900 y 1920 registrando el proceso de construcción del control médico y masculino de la reproducción así como la exigencia y normalización del parto hospitalario. En Brasil existen varias investigaciones sobre el tema (Medeiros, 2013; Barreto, 2008), en particular resulta interesante el de Ana Vosne Martins que da cuenta que la especialización médica en el parto y el uso creciente de tecnologías en la asistencia hospitalaria contribuyó a la construcción de la pasividad femenina (Martins, 2004). Por su parte, Fabíola Rohden estudió algunos aspectos de la medicalización del embarazo y parto, abordando las estrategias de la ginecología en su entrada al mundo de la reproducción, específicamente indagó en la distinción utilizada por los médicos entre prácticas sexuales y eventos reproductivos, lo que les otorgó la legitimidad para tratar los cuerpos de las mujeres cuidando la moral sexual de la época (Rohden, 2001; 2006).

Similar a otros estudios regionales, analizo el cambio del quehacer profesional de la partería conforme avanzó la institucionalización del parto. Las investigaciones para la región (Carrillo, 1998; Tornquist y Lino, 2004; Mott, 2005; Díaz Robles y Oropeza Sandoval, 2007; Quiroz, 2012;

2 Para ello se retoma parte de mi tesis de doctorado en Ciencias Sociales titulada “Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres”. Con dirección de la doctora en antropología Susana Rostagnol.

Sánchez y Laako, 2018), vienen estudiando 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.

Para el análisis de la política de institucionalización del parto y el rol de la partería se utilizan técnicas de análisis documental y de contenido de la obra escrita de médicos referentes en el país, de publicaciones de la partería y de otros documentos institucionales de época. Al decir de Teresa Ortiz (2006), 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). Tales preguntas me condujeron a la obra prolifera del médico Augusto Turenne (1870-1948), quien fue referente en la institucionalización del parto en Uruguay (Sapriza, 2001). El *corpus* analizado se integra por doce textos de Turenne, de su prolifera obra seleccioné los que refieren a las políticas hacia el parto y las orientaciones u opiniones sobre la partería. Integro también algunos artículos de la Revista Oficial de la Asociación Obstétrica que entre 1941 y 1959 publicó 27 números. Según sus editoriales y cartas de presentación, agrupaban a la mayor parte de parteras del país. Escribieron mayoritariamente parteras, pero también médicos de referencia, material de escaso análisis hasta ahora.

2.1 La institucionalización del parto

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, todavía no existía la especialización en ginecología. Los niveles de mortalidad eran acordes a un contexto previo a la generalización del uso de los antibióticos, con aproximadamente 250 muertes de mujeres cada cien mil nacidos vivos y 93 muertes infantiles por mil (MSP, s. f.). A partir de la segunda década, y con la promulgación el 7 de noviembre de 1910 de la Ley Orgánica de la Asistencia Pública Nacional, todo comienza a cambiar. La Ley planteaba que "... todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado" (Asistencia Pública Nacional [APN], 1913, p. 7), lo que incluyó la asistencia y protección de embarazadas y parturientas pobres. 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.

El proceso de institucionalización del parto se asienta en un contexto más amplio de aumento de la intervención social de los Estados en la vida cotidiana de los sectores populares. Tal intervención se nutrió de la orientación de la medicina; 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, Palumbo y Sosa, 2012). En el contexto del primer batllismo, 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). Uruguay fue el primer país en América Latina en garantizar servicios de salud a las personas en situación de pobreza (Ehrick, 2009).

El análisis de la institucionalización del parto se enriquece al incluir el concepto de gobernanza reproductiva. Pues se trata de identificar los mecanismos por los cuales “... diferentes configuraciones históricas de actores, como instituciones financieras estatales, religiosas e internacionales, ONG y movimientos sociales, utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas para producir, monitorear y controlar comportamientos reproductivos y prácticas poblacionales.” (Morgan y Roberts, 2012, p. 241). En este caso, se puede observar como ciertas configuraciones de actores políticos y médicos —que impulsaron la reforma social, la medicalización de la sociedad, el higienismo, el eugenismo, la maternalización y la racionalización en general— utilizaron controles legislativos, incentivos económicos y coerción moral sobre las mujeres para controlar y producir un tipo de comportamiento maternal en el embarazo, el parto y el puerperio.

En concordancia con lo anterior, en la obra de Augusto 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. Una preocupación vinculada a su visión eugenista. 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.

Según 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)

Con sus afirmaciones fundamentaba la necesidad de políticas materno-infantiles capaces de orientar, asistir y controlar el comportamiento de las mujeres de clases empobrecidas, una guía que pretendía racionalizar la vida, la sexualidad y la reproducción. Donde las ideas de las *clases incultas* —que incluían el saber lego de las mujeres sobre la crianza y el conocimiento de las parteras y comadronas— fueron combatidas. Tal como podemos observar en la siguiente frase: “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 nueva gobernanza implicaba un cambio radical en la legitimidad para brindar consejos de cuidado. En la pugna por dominar el saber sobre obstetricia y crianza, el discurso de los especialistas apeló al lenguaje sobre naturaleza-cultura, oposición clásica del paradigma cognitivo de la modernidad (Quintero, 2005), donde 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*. Lo que implicaba que la moral materna se transformara. Para ser una *buen madre* había que incluir nuevos parámetros de crianza emanados por la medicina. De este modo, la gobernanza reproductiva expresa su dualidad productiva, a la vez que desarrolla elementos coercitivos como el combate al consejo de las *comadres*, produce nuevas posibilidades para las prácticas reproductivas y de crianza.

En lo que hace a la asistencia del parto, Augusto Turenne impulsó un cambio de modelo. En el siguiente párrafo, que forma parte de una conferencia dictada en el Congreso Médico de 1930, el médico fundamentaba la necesidad de instalar la orientación quirúrgica de la *obstetricia moderna*, y 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).

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. La gobernanza desplegada sobre esta dimensión de la vida social se vio fuertemente transformada por el influjo científico-médico. La ciencia obstétrica avanzaba en sus conocimientos y trataba de impactar en las formas de nacer y de criar. Lo que produjo a la vez, ampliación de los derechos de las mujeres (porque fueron accediendo a nuevas intervenciones como la transfusión sanguínea y la cesárea) así como también perpetuación de las relaciones patriarcales, a través de un fuerte adoctrinamiento médico que trasbasaba la clínica y pretendía moldear la moral maternal.

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.

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.

De este modo, 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 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 más sanos* y cuidar que las mujeres no vieran afectada su capacidad procreativa y de trabajo. 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 y con métodos de crianza guiados por expertos, que fueron exigiendo mucho más tiempo y energía de las mujeres (Lozano, 2001, p. 233). La *maternidad moderna* (Tarducci, 2013) y a la vez *maternidad intensiva* (Hays, 1998) implicaban tener menos hijos (en medio siglo la fecundidad descendió de 4,7 a 2,7 hijos por mujer) y cuidarlos mejor, bajo los preceptos de la puericultura y la maternología.

2.2 La hospitalización

En lo que hace al proceso de hospitalización del parto, el análisis de las fuentes permite sostener que las razones por las cuales el Estado fue promoviendo su hospitalización fueron más bien culturales y sociales. El comienzo de la internación y hospitalización de las mujeres más pobres se hizo siguiendo pautas eugenistas de prevención del abandono infantil y para enseñarles a ser madres capaces de criar mejores seres humanos.

Durante varias décadas, la Asistencia Pública Nacional había combinado 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 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).

En la cita anterior, se vislumbra que los decisores de política y médicos registraban que la maternidad no fluía del mismo modo en todas las mujeres. En algunos casos, había que generar acciones para lograr que no abandonaran a sus hijos/as; la maternidad no parecía ser un instinto natural (Barrán, 1993, p. 168). Augusto Turenne, cuando todavía nombraba

al aborto como criminal —luego dejó de hacerlo—, 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). Los médicos se daban cuenta que lo que llamaron *capacidad o sentimiento maternal* variaba según las épocas y los contextos. Aquí hay un punto muy interesante, porque pareciera coincidir con la postura feminista de la segunda ola en relación a cuestionar la existencia del *instinto maternal*. Elisabeth Badinter (1984) demostró que el *instinto materno*, lejos de ser algo biológico y universalmente extendido, es algo histórico y social, y que ha precisado de actualizaciones —emanadas de la política y de la medicina— para tratar de aparecer como *natural*. Justamente, en los discursos que estamos estudiando se registra tal actualización. La cultura médica, y no la naturaleza, aparece como la responsable de propiciar el *florecimiento del instinto maternal*, que *naturalmente* no estaba garantizado.

Otro ejemplo del esfuerzo médico en la construcción de un tipo de maternidad acorde a las necesidades políticas y sociales del momento refiere a la lactancia materna. En Uruguay, el fuerte descenso de la natalidad, la mortalidad infantil y la gran proporción de abortos registrados en las primeras décadas del siglo XX aumentaron la preocupación por *dignificar* la figura materna (Rodríguez y Sapriza, 1984, p. 10 y 114). Según Luis Morquío, 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, Pollero y Cabella, 2003). Tal como se ha documentado para el caso argentino (Nari, 2004, p. 123), 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. 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). Este adoctrinamiento configura una parte importante de la construcción de la *maternidad moderna*, sobre todo en el énfasis en que la progenitora era la *única*, la *mejor dotada* para alimentar a su bebé.

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 se hallaba 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, Nowinski, Turnes, Sánchez y Sierra, 2011, p. 60).

Un hito en la institucionalización del parto, también en la segunda década, fue la creación de la Casa de 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).

La cartilla con instrucciones de higiene da cuenta de la estrategia de medicalización que se estaba desarrollando, abarcaba varios temas: cáncer genital, control del embarazo, cuidados del recién nacido, prevención de fiebre puerperal y lucha contra el aborto. En todos ellos se observa la indicación hacia las mujeres de concurrir al médico. No se nombra ninguna otra profesión. Se registra un combate hacia 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 indican 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 eventualidad: “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.

A la vez que avanzaba el proceso de construcción de pabellones de Maternidad aparecían nuevas razones higiénicas, que desaconsejaron los partos en ciertos hogares. Augusto Turenne expresaba su gran desacuerdo con la atención del parto en domicilios muy pobres. Para él, atender el parto domiciliario requería comprobar previamente el estado de higiene de la casa de la parturienta (Turenne, 1933a, p. 4), de ello se encargaban a las visitadoras de la Casa de la Maternidad y a la Liga contra el Cáncer Genital. Visitadoras de higiene y sociales auxiliaban al médico para obtener un panorama sobre los hábitos y antecedentes de enfermos, comportamientos alimenticios, así como brindar nociones de puericultura y de higiene en general (Ortega, 2003).

La situación de parir por primera vez también comenzó a ser causa de hospitalización, “Hospitalización obligatoria de las primíparas, de las grávidas o puérperas 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.

Llama la atención que en los discursos analizados no se esgriman 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. Tal como venimos analizando, la gobernanza reproductiva producía un gran cambio en la asistencia del parto; a la vez que se trataba de instalar más seguridades obstétricas, se establecía una nueva situación riesgosa en mujeres sin patologías previas: parir por primera vez.

En el año 1934, tras la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Código del Niño la hospitalización da un paso más, se instaura la preferencia del parto hospitalario sobre el domiciliario para todos los casos. Esto representa otro hito en la construcción del modelo hospitalocéntrico. Otra vez, el cambio se produce sin apelar a razones de salud. La transformación da cuenta de una preferencia que emana del contexto social, cultural y político. Parir en los domicilios comienza a ser visto como algo de una época pre-moderna.

La construcción de 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. El discurso médico no parecía confiar suficientemente en la partería, como veremos más adelante, fue generando una sospecha sobre su práctica.

En la década de 1940 los nuevos seguros de maternidad ofrecieron el derecho a las mujeres trabajadoras de asistirse en hospitales. La Ley 10.449 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. 103125). Luego en la década de 1950 se masificó la asistencia hospitalaria. En una investigación realizada por la historiadora Graciela Sapriza (1996) se concluye que las parteras entrevistadas 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, amplió 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). A la vez que se extendían los derechos de las mujeres para hospitalizarse, la profesión de mujeres que había sido hegemónica en la atención del parto perdía su poder.

Un análisis de las publicaciones del Sindicato Médico del Uruguay (SMU, 1948, p. 3337; 1956, p. 5157; 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 proyectos se plantea que las mujeres no podían negarse a los exámenes médicos indicados, si así lo hicieran, dejarían de percibir las prestaciones (SMU, 1956, p. 5157), lo cual da cuenta de los aspectos coercitivos de la gobernanza reproductiva.

Si bien aparecen razones sanitarias para indicar la hospitalización del parto para algunos sectores poblacionales, no las hubo para la hospitalización generalizada. La institucionalización del parto —que es la toma de responsabilidad estatal de su asistencia— avanzaba, pero esto no necesariamente tenía porque implicar su hospitalización. Tal como sucede en otras regiones del mundo, en donde dentro de los sistemas de salud se ofrece la posibilidad del parto planificado en domicilio, asistido por la partería. Las razones para hospitalizar todos los partos 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.

La seguridad obstétrica igualada a la hospitalización del parto perdurará durante todo el siglo XX, consolidándose a comienzos de este siglo 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.

Coincidió con Marcela Nari (2004) en que no se trata de negar la validez de los aportes científicos y médicos, 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 resultados³. Por el contrario, muchos cambios en la gobernanza reproductiva, respondieron a intereses de la clase médica y a necesidades políticas del Estado. Es desde este ángulo que propongo analizar la transformación del rol de la partería durante la institucionalización y medicalización del parto.

3. La partería en el proceso

3.1 La formación de las parteras

Antes de que comenzara lo que llamo 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), las comadronas y parteras tenían autonomía y reconocimiento en la asistencia del parto. Al decir de Turenne, era el reinado de un “grupo de viejas parteras” (1939, p. 59). El médico partero todavía no era una figura común y las personas de todas las clases sociales se atendían con la comadrona o partera de la familia.

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. Tal como estudió Soledad Zárate 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

3 Marcela 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).

reconfiguración del saber de la partería en Uruguay combinó las dos estrategias mencionadas en los estudios para la región, la *degradación de los saberes empíricos*⁴ y la instrumentalización de *cursos de profesionalización* (Díaz Robles y Oropeza Sandoval, 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 matronas⁵ —asociadas con médicos—, en el último cuarto del siglo XIX (Ortiz, 1999), 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 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

4 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).

5 No obstante esto, no parece haber redundado en mayor autoridad y autonomía para las matronas españolas de esa época (Ortiz, 1999, p. 78).

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, Armand, Cerdeiras y Goldaracena, 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. (Turenne, 1909 en Pou Ferrari, 2005, p. 6770)

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).⁶

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

Según el nuevo reglamento, las aspirantes debían tener entre 18 y 35 años, el cambio de edad fue otra de las estrategias en la lucha contra las comadronas; 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 definía como una admisión severa, tenía el objetivo de ser un filtro científico y moral de ciertas mujeres.

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. 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).

Hay varias notas en la Revista Oficial 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. A su vez, 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 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).

Lo anterior da cuenta que 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. Recién en el año 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, 2017, p. 29).

3.2 Turenne y la formación en partería

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 Horenborg, cuyos libros demuestran cuán alto es el nivel que las separa de sus colegas. (Turenne, 1943, p. 255)

Durante su trayectoria como médico fue forjando una idea sobre cuáles mujeres podían estudiar para parteras y cuáles no. 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. Es posible 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 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” (1939, p. 59). La atención de las parteras aparecía como parte del mundo premoderno. Si bien hubo una cierta 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).

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.

3.3 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).

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 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).

El Reglamento de 1934

En 1934, año paradigmático para la hospitalización del parto, como vimos cuando se instaló 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.⁷ 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 llamasen 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 oxitócicos⁸ (algo común hasta ese momento). Por otra parte, es tal la preocupación por impedir que realizaran abortos que se establece

7 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).

8 Sustancias que favorecen el inicio y/o el aumento en la intensidad del trabajo de parto.

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. Un ejemplo de cómo utilizaron disposiciones legales para gobernar la reproducción. 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.

3.4 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, 1919). 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 las parteras no podían inmiscuirse en nada complicado porque

falta a las parteras la preparación cultural previa que explica la incomprensión 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, 1919, p. 750)

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 disociar 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. Este análisis 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).

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 (Turenne, 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. Afirma 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).

3.5 La resistencia

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

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 apodos 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).

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. 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.

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. Siguieron 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).

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, 1944, 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.

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).

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, 1943, 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 eludirlos.

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, 1941, 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, 1941, p. 9).

En la revista no aparece resistencia hacia 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.

En síntesis, es posible visualizar los distintos mecanismos utilizados por el poder médico para controlar el rol de la partería. Se requería un nuevo perfil de partera capaz de adaptarse a las necesidades de la hegemonía médica. Apelaron a controles normativos, mandatos morales y coerción sobre las parteras, en la construcción de la nueva gobernanza reproductiva.

4. Reflexiones finales

En el marco de la institucionalización y medicalización del parto las políticas públicas destinaron recursos para mejorar aspectos de la morbimortalidad y de la salud de las mujeres, niños y niñas, lo que implicó la ampliación de 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. Pero a la vez, el proceso significó la puesta en marcha de una gobernanza reproductiva que impuso mecanismos de coerción y control tanto para las mujeres asistidas como para las parteras.

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, la creciente hospitalización, que luego se convirtió en hospitalocentrismo, 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 la construcción de esta gobernanza reproductiva la relación de cuidado pasó a desarrollarse 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.

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*.

En síntesis, la institucionalización y medicalización del parto en Uruguay fue un proceso complejo que amplió parte de los derechos reproductivos de las mujeres, pero produjo nuevas subordinaciones de género. El análisis de dicho proceso permite vislumbrar que parte de los cambios impulsados por la racionalidad médica no se sustentaron en fundamentos científicos sino en decisiones políticas y culturales que se nutrían, entre otros asuntos, de las ideas en torno a los deberes de la maternidad y a los roles esperados para las mujeres (las asistidas y las parteras) de aquel momento histórico. Así como también de intereses profesionales que competían por la hegemonía y atención del campo reproductivo. Tener en cuenta estos aspectos nos impulsa a disputar ciertos presupuestos médico-institucionales sobre la asistencia

al nacimiento actuales que restringen la posibilidad de respetar los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes.

Referencias bibliográficas

- Araya, A. (2008). M. Soledad Zárate C, Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Santiago, 2007, 547 p. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*. Recuperado de <https://journals.openedition.org/nuevomundo/31623>
- Arcos, L., Armand, E., Cerdeiras, J. C., Goldaracena, C. (1930). *Compilación de leyes y decretos: 1825-1930*. Montevideo: Imprenta Nacional Colorada (Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina).
- Asistencia Pública Nacional. (1913). *La Asistencia Pública Nacional*. Publicación Oficial de la Dirección Nacional (Material de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de la República).
- Asistencia Pública Nacional. (1916). *Las nuevas construcciones de la asistencia pública*. La Casa de Maternidad del Hospital Pereira Rossell. *Boletín de la Asistencia Pública Nacional*, (41) (Material de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de la República).
- Badinter, E. (1984). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Paidós.
- Barrán, J. P. (1993). *La ortopedia de los pobres. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos* (tomo 2). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1999). *La invención del cuerpo. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. (tomo 3). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (2008). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barreto, M. R. (2008). Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(4), 901-925. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>
- 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). Recuperado de <https://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/929>
- Carrillo, A. M. (1998). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis*, (19), 167-190.
- Collazo, I., Palumbo L. y Sosa, A. (2012). *Hospital Pereira Rossell. Gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*. Montevideo: Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo.
- Consejo de Higiene Pública. (1888). *Memoria anual* (Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina).
- Díaz Robles, L., y 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. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114424>
- Dopaso, L. (1959). Aspiración de la Partera en su rol técnico y social. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, (27).
- 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). Anisacate: Alción Editora.
- Forno, E. (1941). Bello gesto. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, 1(1).
- 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*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Herrera, F. y Gorlero, R. (s.f.). *Historia de la Facultad de Medicina. Tomo III* (Foto sacada en Biblioteca de Historia de la Medicina).
- Larguía, I. y Dumoulin, J. (1976). *Hacia una ciencia de la liberación de la mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Lois, I. (2018). *Medicina y maternidad: parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del siglo XX*. San Martín: Universidad Nacional de San Martín.
- 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*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lutz, E. (2017). De las parteras. Síntesis histórica en el mundo y en la región. En *Provocaciones de una partera, pasado, presente y futuro. Parteras, parto y algo más* (pp. 21-32). Montevideo: Pimesol.
- Mariño, M. (1946). La Obstetricia en las zonas rurales de la república. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, 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).
- Martins, A. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Río de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <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
- Mederos, M. T. (1942). Aspiración cumplida. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, 1(2).
- Mederos, M. T. (1943). Los sanatorios obstétricos. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, 3(8).
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción Técnica y Cultural. *Revista Natura Medicatrix* (51).
- Ministerio de Salud Pública (1934). Reglamentación de la profesión partera. Recuperado del archivo personal de Elvira Lutz.
- Ministerio de Salud Pública (s. f.). Estadísticas Vitales. Recuperado de <https://uins.msp.gub.uy/>
- Montes, M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index de Enfermería*, 17(1).
- Morgan, L., y Roberts, E. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Revista Anthropology & Medicine*. 19, 241-254.
- Mott, M. L. (2005). Parteiras: o outro lado da profissao. *Noterói*, 6, 117140.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- Odello, N. (1944). Curanderismo: azote de nuestra campaña. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, III(9).
- 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. (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre partos en la España del siglo XIX. *Arenal*, 6(1). Recuperado de <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*. Oviedo: KRK Ediciones.
- Pneihoff, O. y Fernández, J. (1957). Asociación de estudiantes de Obstetricia. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*. X(26).

- 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).
- Pou Ferrari, R. (2005). Profesor Augusto Turenne. Fundador de la obstetricia social en el Uruguay. Sindicato Médico del Uruguay.
- Pou Ferrari, R. y Pons, J. (2012). Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 50(1).
- Quintero, P. (2005). Naturaleza, cultura y sociedad. Hacia una propuesta teórica sobre la noción de sociabilidad. *Gazeta de Antropología*, 21, artículo 21. Recuperado de https://www.ugr.es/~pwlac/G21_21Pablo_Quintero.html
- Quiroz, L. (2012). De la comadrona a la obstetrix. 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*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.
- Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay (1950). Noticia Grave. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, 7(20).
- Rezola, M. (1941). Gremialismo. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, I(1).
- Rezola, M. (1945). Nuestro Congreso y los problemas planteados. *Revista Oficial de la Asociación Obstétrica del Uruguay*, IV(12).
- Rodríguez, S. y Sapriza, G. (1984). *Mujer, estado y política en el Uruguay del siglo XX*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Río de Janeiro: Fricruz. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>
- Rohden, F. (2006). Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Revista Género*, 6(1). <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31017>
- 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).
- Sánchez, G., y Laako, H. (2018). Introducción. En G. Sánchez y H. Laako (Eds.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.
- 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 (Dir.), *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920. Tomo 2*. Montevideo: 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).
- Sindicato Médico del Uruguay. (1948). El proyectado seguro de maternidad. El sindicato ha encarado su estudio elevándolo a las cámaras. *Acción Sindical. Segunda Época*, XXVIII(57).
- Sindicato Médico del Uruguay. (1956). Dos nuevos proyectos sobre Seguro de Maternidad. *Acción Sindical. Segunda Época*, XXI(86).
- Sindicato Médico del Uruguay. (1958). Las asambleas del Sindicato Médico frente al proyecto de Seguro de Maternidad. *Boletín Gremial*, IV(18).
- Tarducci, M. (2013). Prólogo. En S. Darré, *Maternidad y tecnologías de género*. Silvana Katz Editores.

- Tornquist, C. y Lino, F. (2004). Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en Antropología*, 6, 211-217.
- Turenne, A. (1919). ¿Puede el médico, en caso de interrupción terapéutica del embarazo, confiar la operación a una partera? *Revista Médica del Uruguay*, XXII.
- 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*. (Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República).
- 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, Universidad de la República).
- Turenne, A. (1930). Orientación Quirúrgica de la Obstetricia Moderna. Congreso Médico del Centenario, Seccional de Ginecología, Montevideo (Material de la Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República).
- 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, Universidad de la República).
- 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, Universidad de la República).
- 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. XLV*(141).
- Turenne, A. (1939). El parto conducido y el problema de las discinesias uterinas parturientes por exceso. *Revista Anales de la Universidad*, XXV(1-2).
- Vásquez, M. (2011). *Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito*. (Tesis de maestría en Ciencias Sociales, Flacso, Ecuador).
- Wilson, E., Nowinski, A., Turnes, A., Sánchez, S. y Sierra, J. (2011). *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad 1887-1974*. Montevideo: Bioerix.
- 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*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.