

Parir, cuidar y asistir

El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)

Autor:

Martin, Ana Laura

Tutor:

Lobato, Mirta Zaida

2014

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Historia

Posgrado

7605 21-2-30

TESIS 21-2-30

FACULTAD de FILOSOFIA y LETRAS	
Nº	2048 P2 M 3A
19 DIC 2014	
Agr.	ENTRADAS

29048P2/2015

Parir, cuidar y asistir. El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

Ana Laura Martin
Dir. Mirta Zaida Lobato

Tesis de Doctorado
Faculta de Filosofia y Letras. Universidad de Buenos Aires

2014

Indice

1. Introducción	Pág.1
<i>¿Por qué mujeres?</i>	3
<i>Trabajo calificado, feminización y subordinación.</i>	6
<i>Parteras, enfermeras y políticas sanitarias.</i>	10
2. Estado de la cuestión.	11
<i>Enfermeras y parteras, Instituciones, formación y saberes</i>	12
<i>Mujeres que trabajan. Los estudios de género y el trabajo femenino</i>	24
<i>A extramuros de la historia. Mujeres, profesión y subordinación</i>	31
3. Sobre las fuentes y documentos	39
4. Leer esta tesis o “elige tu propia aventura”	43
Primera Parte. Cuidar, partear y asistir en Buenos Aires. Sincronías y asincronías en el cambio de siglo	50
Capítulo 1. Partear en Buenos Aires. 1877-1900	53
1. Partear, parir y nacer en Buenos Aires	54
<i>De parteras a “auxiliares de la medicina” obstétrica.</i>	62
<i>Prácticas “de mujeres” y ciencias médicas</i>	
<i>Prácticas mas allá de la Ley</i>	72
2. Miasmas, epidemias y los peligros del Hospital	82
Capítulo 2. Cuidar en Buenos Aires. 1886-1920	95
1. Cuidar en Buenos Aires a fines del siglo XIX	96
<i>La enfermería: una tarea de mujeres.</i>	98
2. De “cuidar enfermos” a la “enfermera de hospital”	105
3. La feminización definitiva de la enfermería	111
4. Del impulso normalizador a los problemas de administración.	117
Segunda parte. Parteras y enfermeras para Buenos Aires. Inclusión, exclusión y límites.	124
Capítulo 3. Inclusión/exclusión. De parteras a obstétricas en Buenos Aires. 1900-1920	127
1. Obstetricia para varones y obstetricia para mujeres.	129
2. Pero entonces, ¿Puede tener la ciencia hijos y entenados?	133
3. El asociativismo obstétrico, los médicos y la enseñanza discriminada. Tensiones y acuerdos.	138
<i>La AON y su estrategia de posicionamiento en las ciencias modernas</i>	141
<i>La AON entre médicos y comadronas</i>	145
<i>Las parteras diplomadas y el reconocimiento del Estado</i>	149
4. La AON y la Escuela para Parteras	153
5. La “partera moderna”	157
Capítulo 4. Enfermeras: políticas, crisis y redefiniciones. 1920-1942	163
1. ¿Enfermeras o mucamas? O los resultados del fracaso de la formación de enfermeras	163
2. La “crisis hospitalaria” y el personal de los hospitales de la	172

Ciudad	
3. Relecturas y redefiniciones del modelo Nightingale. El paradigma de la enfermera profesional	178
<i>Sistema de internado para una moral de la enfermera ideal</i>	186
4. Coordinación y unificación de las escuelas y cursos de enfermería	190
Tercera parte. Enfermeras y parteras. Nuevos escenarios y renovadas tensiones	202
Capítulo 5. ¿Hacen falta las parteras? El parto institucionalizado y las parteras hacia la década de 1940	205
1. Parteras, partos y hospitales	207
2. Atención del parto, parteras y tecnología médica	213
3. Partos, intervenciones obstétricas y cirugías	223
4. Las maternidades y la fabricación de madres	231
5. “Es necesario que el médico sea nuestro amigo...”	240
Capítulo 6. Enfermeras y la salud pública. 1945-1955	249
1. La Secretaria de Salud Pública y la enfermería.	250
<i>“La más eficaz colaboradora del médico.” El curso de Instructoras de Salud Pública y la Escuela Modelo de Enfermeras de la Secretaria de Salud Pública</i>	254
<i>Más vale una autorizada enfermera local que una graduada proveniente de un centro o de una ciudad</i>	261
2. La reflexión sobre la profesión. La revista Enfermería y la Asociación Argentina de Instructoras de Enfermería	265
3. La Fundación Eva Perón y las enfermeras de la Nueva Argentina	273
<i>La narrativa de la escuela de la FEP y las representaciones sobre las enfermeras.</i>	280
<i>Un ejército de mujeres.</i>	286
4. Rojo por el sacrificio, amarillo por la abnegación, blanco por la rectitud.	294
Reflexiones finales	304
Gráficos, tablas y cuadros	320
Glosario	340
Fuentes y bibliografía	345
Agradecimientos	369

1. Introducción

El trabajo de parteras y enfermeras¹ es el tema de esta tesis. Se trata de dos ocupaciones que han estado vinculadas casi exclusivamente a tareas “de mujeres”. La enfermería, porque se asoció a la extensión de los roles domésticos y de cuidado, propios del sexo femenino, y porque efectivamente durante varias décadas fue sólo ejercida por mujeres, y la partería porque se presumió en sus agentes una habilidad natural para asistir a otras congéneres, pues compartían una experiencia tan privativa de su sexo como parir. Estas nociones se afianzaron en Buenos Aires a fines del siglo XIX, cuando los cambios económicos, sociales, políticos y culturales se aceleraron y llegaron a alcanzar aspectos tan singulares de la vida de las personas como las relaciones entre varones y mujeres y los espacios posibles para unos y para otras. Las mujeres tuvieron como destino el hogar y la maternidad, en contraposición con el trabajo fuera de casa, más apropiado para los

¹ La forma de denominar a las mujeres dedicadas a asistir partos ha variado en el uso de la lengua castellana. Parteras, comadronas y obstétricas son las más usuales; sin embargo, no siempre significaron lo mismo: en general, en Buenos Aires, a partir de las primeras décadas del siglo XX, se utilizó *comadrona* para referirse a las parteras no diplomadas. La denominación viene del uso en España, donde comadrona, de co-madre, que comparte la maternidad, se utiliza en sentido contrario, para referirse a la mujer diplomada o calificada que atendía partos. El uso de la denominación *obstétrica* es posterior, aunque ya estaba disponible a principios del siglo XX para referirse a las graduadas universitarias dedicadas a los partos, pero no médicas. Es importante diferenciar entre *obstétrica* y *obstetra*, pues para el segundo caso la denominación implica el grado de médico.

Para referirse a la enfermería se utilizaron dos denominaciones: *enfermera* y *nurse*. El término *nurse* se utilizó como sinónimo de *enfermera* hasta avanzada la década del 40. En la década del 50, paulatinamente, se fue abandonando su uso. La palabra *nurse* es de origen inglés y proviene de *nursery*, que deriva del vocablo latino *nutrire*, “nutrir”. El término inglés *nurse* también tiene sus raíces en el latín *nutrix*, que significa “madre que cría”. A menudo hacía referencia a una mujer que amamantaba a un niño que no era hijo de ella, o sea una madre de leche o nodriza. Con el tiempo, el término *nutrix* se utilizó para identificar a una mujer que criaba, lo que suponía una definición más amplia, aunque todavía relacionada con la idea de engendrar. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa *nourrice* y de la española *nodriza*, que también se referían a la mujer que amamantaba a un niño, en especial al hijo de otra. Ver: Patricia Donahue (1985), *Historia de la enfermería*. EE. UU.: Doyma. Utilizaré el término *partera* u *obstétrica* y *enfermera* o *nurse* de manera indistinta, pero tendré en cuenta el uso que las fuentes primarias le han dado.

varones. Sin embargo, no todas pudieron ni desearon ajustar sus vidas a ese ideal moderno y se desarrollaron en diferentes trabajos y ocupaciones.

Enfermeras y parteras resultaron trabajadoras necesarias por la cualidad de sus tareas. Los mismos motivos que promovían alejar a las mujeres en general del trabajo extradoméstico fueron una razón suficiente para convocarlas a ámbitos laborales como los vinculados al cuidado y la asistencia de otros. A la vez, el parto y el cuidado dejaron de ser actos individuales o de interés exclusivo de quienes necesitaban asistencia para convertirse en preocupaciones de otro orden, vinculadas con la higiene de la ciudad, la salud de la población y, en definitiva, el destino de la raza y de la Nación. De este modo, cuidar y parrear en el periodo aquí analizado, desarrollaron sus definiciones primeras que las encuadraron entre oficios calificados; en su versión moderna, ambas labores requerían algún tipo de capacitación y suponían un saber específico que las diferenciaba de las versiones previas, de las antiguas comadronas y de los improvisados cuidados inexpertos que ponían en peligro la vida de los niños, de las madres y de la población en general. Finalmente, parrear y cuidar, a fines del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, significó actuar en un escenario particular, jerarquizado y masivamente masculino: el de las ciencias médicas y sus instituciones. En síntesis, la enfermería y la partería tienen en común haberse constituido en ocupaciones femeninas, o “de mujeres”, calificadas y subordinadas a la jerarquía de los saberes médicos, en general monopolizados por varones.

Sin embargo, el curso de cada uno de estos trabajos no fue idéntico y su historia no se resume en la subordinación funcional y conceptual de un tipo de tareas en razón del sexo de quienes las ejecutaron. La segregación ocupacional por género, en este caso la asociación entre género y subordinación, no es lineal, sino que tiene explicaciones distintas para cada oficio. Y sobre todo tiene temporalidades propias que hicieron posible que unas, las parteras, se insertaran rápido en el esquema sanitario y de atención de la ciudad de Buenos Aires y entre las preocupaciones de las ciencias médicas, mientras que el interés por la tarea de las enfermeras experimentó un camino más errático. La enfermería logró un primer momento de atención a fines del siglo XIX para luego quedar encerrada dentro de los problemas del hospital, pero aislada de las preocupaciones de las políticas sanitarias, que recién se ocuparon del asunto a partir de los años 40.

En esta investigación interesa comprender las múltiples dimensiones que constituyeron y mantuvieron en el largo plazo a la enfermería y la partería como

“trabajos de mujeres”. Interesan las prácticas y las políticas que señalaron los lugares posibles para enfermeras y parteras dentro del sistema sanitario; los discursos, los modelos y las representaciones que se generaron alrededor de estas tareas; los espacios de formación y educación como propaladores de unas formas de ejercer la enfermería y atender partos, y las estrategias individuales y como colectivo que enfermeras y parteras lograron desarrollar.

Parir, cuidar y asistir... trata sobre tareas que se han naturalizado como femeninas y que han formado parte de las ocupaciones calificadas y consideradas aptas para las mujeres pero que no siempre han resultado de interés para la narrativa histórica. Avanzar sobre las diferentes actividades que las mujeres han ejercido como las que aquí se analizan es también recorrer una parte de la formación profesional y de la asignación diferenciada de saberes entre varones y mujeres en la primera mitad del siglo XX; y de contribuir a conocer los modos específicos y distinguibles de segregación sexual del trabajo. Por otro lado, se trata de conocer *un poco más* acerca de las voces –muchas veces encontradas y en conflicto- y de los mecanismos que han participado en la construcción de las nociones que han definido los lugares deseables o posibles para las mujeres y para los varones. Pero también se trata comprender que ha sido fundamental la capacidad de los sujetos para convivir o resistir a esas definiciones.

¿Por qué mujeres?

Las tareas de partear, cuidar y asistir a otras personas se han mantenido asociadas a asuntos “de mujeres”, propios de su naturaleza y privativos de su género. El parto en particular fue una experiencia femenina habitualmente compartida con colaboradoras del entorno familiar o comunitario, con expertas y experimentadas o con idóneas y profesionales; cada una en su tiempo formó parte de una escena tan frecuente como extendida para el mundo femenino. En el último tercio del siglo XIX en Buenos Aires, esa imagen estaba vigente y asentada, y su continuidad se proyectaba hacia el siglo XX.

La vinculación entre enfermería –o el trabajo de cuidar- y mujeres tuvo un recorrido particular y diferente del que tuvieron las parteras. Fue más una construcción que el producto de una serie de experiencias y nociones sobre el cuidar como una cuestión femenina, y estuvo ligada a necesidades concretas de una ciudad como Buenos Aires, que crecía y se complejizaba, y con ello, las preocupaciones por las condiciones de su población.

En este punto, es necesaria una aclaración: hacia el inicio del período que abarca este trabajo, en el oficio de partear sólo se registraban mujeres; era así desde hacía algunas décadas y así se mantendría. Ese oficio se conservaría feminizado, y al menos hasta la década de 1960 no se registrarían parteros graduados de la Universidad de Buenos Aires en las mismas condiciones que las parteras.² No sucedió lo mismo entre las enfermeras, cuya tarea compartieron con varones hasta que el Estado porteño decidió que sólo mujeres pudieran ejercer la ocupación. El cuidado en los hospitales porteños no siempre estuvo a cargo de mujeres, como se ha demostrado; se trata de una ocupación que se feminizó tempranamente, hacia la década de 1910, y durante gran parte del siglo XX se mantuvo como una actividad exclusivamente femenina.³ En la actualidad, los varones han logrado reingresar a las filas de la enfermería, pero la presencia de mujeres es aún mayoritaria: alcanza el 65% del total de personas en ejercicio de esa tarea.

Es decir, la feminización fue el resultado de situaciones diferentes para parteras y enfermeras. En el primer caso, se trató de mantener una tarea entre sus tradicionales hacedoras, y en el segundo, fue una decisión del Estado municipal que se extendió durante casi todo el siglo XX. Sin embargo, para ambas ocupaciones las razones de la feminización fueron comunes, y tuvieron que ver con una serie de consideraciones que atravesaron tanto la naturalización del género femenino como constitutivamente dotado para esas tareas como las nociones del tipo de trabajos que las mujeres podían –incluso debían– realizar, las posibilidades de orden material que la ciudad dispuso para sus dispositivos de atención y, en definitiva, las consideraciones sobre los espacios que varones y mujeres debían ocupar en la sociedad porteña.

La naturaleza maternal con la cual se caracterizó a las mujeres hizo posible que la enfermería y la partería se consideraran ocupaciones aptas para ellas. Esto facilitó la aceptación, sin demasiado cuestionamiento, de la exclusión de los varones de la enfermería y promovió la presencia de mujeres en la obstetricia. En este sentido, las tensiones sociales alrededor de las mujeres trabajadoras atravesaron y sostuvieron el proceso de feminización de las ocupaciones que aquí interesan, que también estuvieron

² Centro de Estadísticas Universitarias, *Anuario Estadístico*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1972, p.147

³ Ver Catalina Wainerman y Georgina Binstock, *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*, Buenos Aires, Unicef-Cenep, 1992, y Catalina Wainerman y Georgina Binstock, "El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería de Buenos Aires", *Desarrollo Económico*, Julio-Septiembre de 1992, Vol. 32 (126).

sujetas a los avatares de la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, a las discusiones que esto generó y a las prevenciones sobre esta realidad inapelable. Pero la enfermería y la obstetricia parecen haber sido un atajo para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral.

Sin embargo, esas nociones gravitaron de modo diferente para parteras y enfermeras, y razones de orden específico tuvieron lugar en cada caso para que se sostuviera la feminización. Entre las parteras, una serie de condiciones y consensos promovieron que ellas continuaran al frente de los partos en la ciudad durante varias décadas. El dispositivo de atención porteño no tuvo otras posibilidades que manejar los partos a través de las parteras hasta la década de 1920. Mientras esto fue así, tanto el Estado como la universidad promovieron la capacitación de las mujeres que se desarrollaron en este oficio como una garantía para lograr nacimientos seguros, aunque condicionaron su participación a pautas elaboradas por médicos y autoridades sanitarias. La educación, o algún tipo de formación específica, fue un requisito exigido a las obstétricas muy temprano en Buenos Aires. Primero los cursos de parteras, y luego la posterior escuela de parteras de la Facultad de Medicina, que fue la primera carrera de carácter universitario completamente femenina. En este sentido, se puede afirmar que la partería no sufrió un proceso de feminización en términos estrictos, pues ya era un asunto de mujeres, pero en la primera parte del siglo XX se redefinió el sentido de la masiva presencia femenina en la profesión, y con esto se precisaron nuevos límites y posiciones.

En este asunto, no han sido marginales la promoción y el auspicio de las feministas universitarias, que consideraron que tareas como la obstetricia y la enfermería eran oportunidades “ideales” para las jóvenes porteñas. Entre el menú de opciones que el trabajo fuera del hogar ofrecía, sin duda aquellas tareas se encontraban entre las alentadas, pues tenían un doble beneficio, para quien las ejercía y para quien gozaba de sus servicios. Incluso en las versiones más encendidas sobre el necesario rol de las mujeres en la sociedad moderna la obstetricia era un punto de partida para una elevación mucho mayor del género femenino, la puerta de entrada a la formación universitaria en la misma condición que los varones.

La enfermería tuvo una diferencia sustancial con la partería: no se trató de una ocupación que había que modernizar y redefinir, sino que había que crearla. Era un oficio no definido hacia fines del XIX en Buenos Aires; el cuidado de los enfermos en los hospitales no era una tarea específica ni calificada, no estaba en manos de expertas,

dependía de la caridad católica y de la presencia de algunos varones laicos que cuidaban enfermos al mismo tiempo que realizaban otras tareas dentro de las instituciones. Pero sobre el filo del siglo XX, a tono con lo que sucedía en otras urbes, el cuidado experto adquirió relevancia dentro de las necesidades de los hospitales. En esa coyuntura, la creación de la enfermería fue asociada al exclusivo ejercicio de las mujeres. Esto inclinó el escenario para dar una especial gravitación a las nociones de género que la rodearon y por momentos le dieron fundamento. Mujeres y enfermería resultaron ligadas de modo tal que parecían términos indisociables; las imágenes y el discurso de los médicos y de las propias enfermeras sobre esta profesión potenciaron ese aspecto y lo amplificaron. Asimismo, las políticas aplicadas en el sector fueron orientadas en esa clave: promovieron la presencia de mujeres en la enfermería al tiempo que reforzaron y aprovecharon al máximo sus connotaciones de género.

Esta característica resultó la argamasa de un discurso que convirtió la profesión en una alternativa óptima para el sexo femenino. Sin embargo, al mismo tiempo, ese discurso condicionó a las enfermeras y les impuso una serie de requisitos difícilmente alcanzables para quienes se inclinaron por la tarea y posiblemente lejanos de las aspiraciones de la mayoría de las mujeres.

En este sentido, la enfermería y la obstetricia resultaron alternativas valoradas desigualmente por las mujeres. En el primer caso, la convocatoria no tuvo resultados satisfactorios ni acordes con las necesidades del sistema sanitario; las mujeres interpeladas no siempre respondieron afirmativamente y no se incorporaron masivamente a las filas de la enfermería calificada. En el segundo caso fue diferente: las mujeres resistieron muchos de los cambios que el hospital y la maternidad imponían, y mantuvieron su tarea como un proyecto profesional y de desarrollo individual.

Trabajo calificado, feminización y subordinación

Las dos tareas que aquí interesan devinieron, a partir de fines del siglo XIX, en oficios calificados sobre los cuales se aplicaron criterios, se definieron incumbencias y se señalaron límites precisos. Es decir, la capacidad para cuidar enfermos y asistir partos no fue librada a la experiencia ni al conocimiento natural de las mujeres, a pesar de que en esas “virtudes” propias del sexo femenino se apoyaron las razones para que ellas realizaran esas tareas. Esto no puso en duda quiénes deberían en adelante ejercer el cuidado en los hospitales y el parto; lo que estuvo en cuestión fue cómo debían hacerlo y en qué condiciones. La feminización de la enfermería y de la partería tuvo

dimensiones que superaron lo cuantitativo, es decir, la presencia casi exclusiva de mujeres en esos oficios; puso en juego concepciones sobre el género de quienes se dedicaron a estas ocupaciones y fue capaz de generar sentidos sobre el quehacer de esas tareas y sobre el trabajo femenino en general.

Si bien el trabajo fuera del hogar no era el mejor destino para las mujeres, condiciones especiales, como la necesidad entre las más pobres, lo hacían admisible y tolerable. Sin embargo, parteras y enfermeras no respondían exactamente a esas construcciones genéricas, pues sus trabajos encarnaban tareas nobles y necesarias y estaban más ligados a las nociones de entrega al prójimo, de sacrificio y abnegación. Además, eran tareas que requerían calificación, lo que agregaba beneficios, alejaba a las mujeres de trabajos considerados peligrosos, como el industrial, y si las candidatas eran de clases acomodadas era aún más conveniente, pues tenían la posibilidad de brindar todos los atributos de su clase a los más pobres.

Partear y cuidar no fueron simplemente trabajos tolerados: fueron celebrados en manos femeninas, pero bajo un conjunto de reglas de cuyo diseño enfermeras y parteras sólo pudieron participar en limitadas ocasiones. El modo de ejercer estas tareas se resolvió dentro de un esquema jerárquico de saberes, profesiones y oficios capaz de generar esferas específicas de subordinación y segregación por género dentro del escenario laboral. A las nociones de género que definieron trabajos y ocupaciones razonables para las mujeres y otros inapropiados para ellas se agregó la organización jerárquica de saberes que se tradujo en posiciones diferentes según la capacitación y el tipo de formación.

El campo médico a fines del siglo XIX se estructuró de una forma tal que fue capaz de desplazar a las parteras de sus lugares tradicionales y de ubicar a las nuevas enfermeras en espacios subordinados. La medicina como profesión había logrado institucionalizar su sistema de saberes legítimos, lo que le otorgó la facultad de incidir sobre los criterios acerca de cómo tratar problemas de la higiene de la ciudad y la salud de la población, y se consolidó en instituciones fundamentales, como la universidad. Además, se trataba de una profesión compuesta por varones que estaba en condiciones de ser determinante a la hora de dividir las tareas dentro del trabajo médico.

Para las mujeres que se integraron a las tareas vinculadas con el curar y cuidar, esto significó incorporarse a un esquema de jerarquías de saberes materializado en las instituciones y en los procedimientos compatibles con sus funciones específicas. Para las parteras significó un repliegue concreto del dominio sobre el parto y otras tareas que

realizaban con frecuencia alrededor del embarazo y el puerperio, que se proyectó sobre las posibilidades de ofrecer sus servicios a una clientela que ya no sería exclusiva. Las parteras primero resistieron y luego compartieron un campo profesional que dejó de ser propio y exclusivo, y que terminó subordinado al más general de la obstetricia.

Las enfermeras, en cambio, se constituyeron en un escenario ya definido en términos del género de quiénes podían ocupar esa tarea; en este sentido, no debieron atravesar un proceso de ajuste a nuevas condiciones de trabajo, y sus conocimientos y tareas no entraron en disputa con otros mejor posicionados y legitimados. Pero la enfermería fue más resistida que la partería a la hora de ser considerada entre las ocupaciones o profesiones del arte de curar. Esto la ubicó durante varias décadas en un lugar particular, entre las tareas subordinadas al saber médico, pero al mismo tiempo marginales dentro de esa jerarquía. Aunque las prácticas y los conocimientos debieron ser legitimados, impartidos y corroborados sobre la base de los criterios de las ciencias médicas, las enfermeras no fueron siempre consideradas auxiliares de la medicina, “colaboradoras del médico” ni integrantes del esquema general de las diferentes ramas del arte de curar.

Sin embargo, la segregación y la subordinación que parteras y enfermeras atravesaron no siempre se expresaron en normas y dispositivos formales, ni es posible inferir que éstos fueran lineales y unívocos. Entre las dos ocupaciones aquí analizadas hubo diferencias notables. La enfermería como una tarea especializada y calificada fue concebida como una ocupación exclusiva de mujeres, y así se definió en términos normativos: la legislación sobre el sector lo estableció de ese modo y una parte importante del discurso sobre el oficio reforzó esas ideas. En cambio, para las parteras u obstétricas no existieron disposiciones de ese tipo, a pesar de su absoluta feminización en el período aquí analizado. La partería fue definida como una tarea exclusiva de mujeres recién a fines de la década de 1960, cuando se renovó la legislación sobre varias ocupaciones calificadas.⁴

En el esquema de las ocupaciones sanitarias, el techo que implicó considerar el género un atributo particular para el ejercicio o exclusión de ciertas profesiones fue más transparente, menos visible y evidente a medida que la calificación de la ocupación se elevaba, y el margen para la arbitrariedad podía estar más restringido a cuestiones como

⁴ Ver Art. 49 de Argentina, “Ley 17.132: Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares” en Argentina, Poder Legislativo, Boletín Oficial 24 de enero de 1967, Buenos Aires, 1967.

la capacitación previa, la matriculación y los méritos profesionales, entre otras posibilidades. Eso sucedió entre las médicas porteñas y, de modo menos escandaloso, entre las obstétricas. En cambio, fue mucho más evidente entre las enfermeras, a las que se incluyó en una condición subordinada y marginal dentro del sistema de las ocupaciones sanitarias. Los casos paradigmáticos en este sentido fueron los de Cecilia Grierson y Julieta Lanteri; ambas lograron desarrollarse como médicas graduadas de la Universidad de Buenos Aires, ya que nada impedía que las mujeres ingresaran a la universidad; sin embargo, no lograron integrarse al cuerpo docente universitario. Grierson, en particular, no fue un personaje marginal en el círculo de médicos porteños: como estudiante y joven médica, logró destacarse entre sus colegas,⁵ y tuvo un desarrollo profesional extendido y sostenido. Sin embargo, en 1894 se inscribió en el concurso para “profesor sustituto” para la cátedra de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina, pero el concurso fue declarado desierto a pesar de que sus antecedentes eran acordes con el cargo. Algo similar le sucedió algunos años después a su colega Julieta Lanteri, pero en ese caso el argumento del tribunal fue la condición de extranjera de la candidata, a pesar de que era graduada de la Universidad de Buenos Aires.⁶

La exclusión de la corporación médica instalada en la Facultad de Medicina fue percibida por las propias actoras como producto de la arbitrariedad anclada en prejuicios de género. Ellas conocían bien el origen y la prevalencia de ese tipo de condicionamientos. Pero no fueron argumentos normativos de tipo sexista los que pusieron el límite, ni condicionamientos de orden institucional. Se pretendió condicionar el ingreso a la carrera docente de esas médicas con modos arbitrarios y difusos, que se ubicaron en el terreno de las prácticas y no en el de las leyes.

Entre las parteras y las enfermeras, los mecanismos fueron otros. Las primeras experimentaron un proceso de exclusión paulatina de determinadas prácticas e

⁵ Cecilia Grierson obtuvo el primer puesto en el orden de méritos del concurso de oposición para ocupar el cargo de “practicante mayor” del Hospital Rivadavia. En diversas oportunidades fue convocada por maestros de medicina a participar como colaboradora en operaciones y ateneos y contó con el apoyo del Círculo Médico porteño para llevar adelante los primeros cursos de enfermería que hubo en la ciudad.

⁶ Para un desarrollo y un análisis de estos casos y del tipo de carreras profesionales que las mujeres desarrollaron en la Universidad de Buenos Aires entre 1890 y 1940, Cf. María Fernanda Lorenzo, *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la universidad. Las académicas de la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Tesis de Maestría. Instituto de Altos Estudios Sociales. Universidad de San Martín. Buenos Aires, 2009. Inédita.

incumbencias profesionales, mediante normas muy precisas que las limitaron a determinados procedimientos y que redujeron las áreas de superposición y competencia con la obstetricia. La enfermería ofrece un caso inverso: la exclusión definitiva fue de los varones, a través de una legislación específica que privilegió la presencia femenina en una tarea que se instituyó como privativa de mujeres, pero marginal y periférica al universo de las artes de la curación.

Los obstáculos para el desenvolvimiento laboral o profesional de las mujeres, aunque concretos, no fueron siempre evidentes; en muchos casos hay que buscarlos en procedimientos específicos; en el tipo de educación y en los discursos que determinadas tareas y profesiones reciben; en el tipo de relaciones que permiten desarrollar con otros actores de la escena laboral; en los esquemas institucionales y en las políticas específicas del sector, y sólo son visibles en el contexto de una división del trabajo dada.

El modo en que cada uno de estos escenarios y dimensiones influyó en estas profesiones estimuló o limitó las estrategias de enfermeras y parteras, que se expresaron en sus respuestas o silencios frente a las condiciones que la modernización del sistema sanitario les planteaba, en las resistencias y negociaciones para mantenerse en sus puestos en las mejores condiciones posibles y en la capacidad de ocupar lugares de prestigio y decisión dentro de los espacios institucionales que cada profesión ofrecía. Las vías colectivas para el desarrollo, como las asociativas y gremiales, y las individuales, como las trayectorias laborales de una y otra ocupación, han sido diferentes y señalan el proceso desigual de dos ocupaciones con elementos en común, pero con enormes diferencias.

Parteras, enfermeras y políticas sanitarias

El interés y la necesidad del trabajo de enfermeras y parteras fueron atendidos en momentos diferentes y por motivos distintos por las políticas sanitarias en la ciudad de Buenos Aires. Cuestiones como la preocupación por los partos y los nacimientos, por las epidemias y por la mortinatalidad a fines del siglo XIX y principios del XX aceleraron el proceso que terminó por ubicar a las parteras dentro del cronograma del sistema de atención sanitaria de la ciudad. Esto gravitó en las instituciones porteñas y en la universidad como organismos específicos y legitimadores de los saberes médicos, que se pusieron al frente de la formación y la capacitación de las parteras y de la atención de las mujeres y los recién nacidos que habitualmente éstas trataban. A partir

de establecidos los modos de partear y de parir, y al ser definidas las incumbencias de las obstétricas, “traer niños al mundo” se convirtió en un asunto propio de las políticas e instituciones de atención dedicadas a las madres y a la primera infancia y menos un asunto de parteras.

La enfermería tuvo un recorrido más lento y errático. Un primer impulso por profesionalizar o calificar el cuidado de los enfermos en los hospitales y en el público tuvo lugar en los últimos años del siglo XIX. Ese impulso estuvo muy ligado a las personas que lo originaron y muy acotado a su capacidad de promover modificaciones sobre el sector. Sin embargo, en términos de las políticas sanitarias, significó muy poco y tuvo corto alcance; la calificación y la dotación de las enfermeras se mantuvieron como un asunto interno de las instituciones que las necesitaban o empleaban, como un problema de gestión y administración, más que como una preocupación dentro del esquema general de la atención y provisión de la salud. Recién en la década de 1940 la enfermería volvió a ser una preocupación dentro de las estrategias diseñadas para resolver los problemas de la atención sanitaria.

2. El estado de la cuestión

Enfermeras y parteras han sido de desigual interés para la historia y para los estudios de género. Ambas tareas han sido asimiladas a oficios o profesiones feminizados y al mismo tiempo subalternos o subordinados. Esa perspectiva suele describir algún tipo de desplazamiento o de localización de los saberes y prácticas de quienes ejercieron históricamente estos oficios. Para el caso de las parteras, una cuestión que se resaltó es el pasaje de una tarea cuyo dominio exclusivo era femenino a otra en la que los nacimientos ya no se mantuvieron como un asunto sólo de mujeres. De diferente modo, la narrativa sobre la enfermería expresa un pasaje de un momento en el que los cuidados eran parte de actos caritativos, intuitivos e improvisados a otra etapa en la que cuidar se convirtió en una experticia científicamente controlada. Estos pasajes o desplazamientos conceptuales, simbólicos y entre prácticas, están históricamente situados entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, cuando tuvieron desarrollo definitivo.

Las historias sobre las ocupaciones aquí investigadas y los estudios de género en diálogo con la historia sociocultural de la enfermedad interesados por el oficio de enfermeras y parteras conforman la primera parte de este estado del arte. Un segundo grupo está constituido por los estudios de género y la historia de las mujeres que se han interesado por los trabajos femeninos. Un tercer corpus de texto lo componen los

estudios sobre las profesiones que se ocuparon de analizar en clave histórica el desarrollo de las ocupaciones que aquí interesan.

Enfermeras y parteras. Instituciones, formación y saberes

Algunos textos bien documentados han hecho referencia al desarrollo histórico de la enfermería. En general, son trabajos surgidos del interés de la propia profesión por historiar el oficio y tienen en común señalar el momento de inicio de la enfermería como una práctica específica y calificada. En este grupo de textos se encuentra *Historia de la enfermería*, de Teresa María Molina.⁷ Se trata de uno de los primeros trabajos sobre el tema, producido por la pluma de una enfermera, secretaria de la primera Escuela de Enfermería, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, creada en 1947. En segundo lugar, se ubica *Historia de la enfermería. Formación y perspectivas*, de Raúl E. de Titto, María T. Ricci y Ricardo J. de Titto.⁸ Ambos casos se pueden inscribir como contribuciones a la historia de la enfermería y no ciñen su estudio al caso argentino. Son exposiciones generales que describen cronológicamente el desarrollo institucional del oficio en un período extenso que permite avanzar sobre la complejización del rol de la enfermera y pueden resultar aportes interesantes a la historia institucional de la salud pública.

Esos textos coinciden en una periodización que reconoce el punto de partida de la enfermería profesional en Buenos Aires a fines del siglo XIX, con la creación de la primera institución de formación, la Escuela de Enfermeros y Masajistas (EEM), fundada en 1891, luego Escuela Municipal de Enfermería y más adelante Escuela Municipal de Enfermería "Cecilia Grierson", en 1939, en homenaje a su creadora. Allí sitúan el comienzo de la "etapa calificada" de la ocupación. Afirman que hasta ese momento en los hospitales de la ciudad la dotación de enfermeras dependía de la capacitación empírica de quienes trabajaban allí. En general eran personas que accedían al puesto frente a la necesidad de las instituciones, pero sin más capacitación que la que lograban adquirir en el trabajo mismo. El inicio de la formación en escuelas expresaría la intención de obtener personal capacitado de manera adecuada.

Una segunda coincidencia liga a las historias de la enfermería. Se trata de la relevancia que otorgan a la experiencia protagonizada por Florence Nightingale. Según

⁷ Teresa Molina, *Historia de la enfermería*, Buenos Aires, Intermédica, 1973.

⁸ Raúl E. de Titto, María Teresa Ricci y Ricardo J. de Titto, *Historia de la enfermería. Formación y perspectivas*, Buenos Aires, El Ateneo, 2004.

lo que sugieren, su tarea en el servicio de enfermería del Hospital Saint Thomas de la ciudad de Londres resultó un ejemplo para las escuelas porteñas, en particular para la creada por Cecilia Grierson. Desafortunadamente, los textos se limitan a señalar esta influencia, pero no desarrollan las implicancias que tuvo. No establecen relaciones concretas entre el tipo de formación que impulsó Nightingale y los intentos en el mismo sentido realizados por las escuelas porteñas. En todo caso, la observación se concentra en la figura de Grierson y su adelantada visión sobre la necesidad de crear un cuerpo de enfermeras profesionales para los hospitales de la ciudad.

El segundo momento relevante para la enfermería local en esta visión tuvo inicio en la década de 1940. La irrupción del peronismo resultó una bisagra en la cronología de las historias sobre la enfermería que enfocan el oficio desde la perspectiva de las instituciones y el desarrollo de la salud pública. Para Molina, la enfermería se convirtió en una cuestión relevante para el Estado, y esto se expresó con la creación de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, durante la conducción del Dr. Ramón Carrillo. En el marco del rediseño de la atención sanitaria, primero desde la administración de la Secretaría de Salud Pública y luego con la creación del ministerio, se intentó dar unidad a los planes de formación y modernizar el perfil de las enfermeras. Según De Titto, Ricci y De Titto, la nueva escuela tendió a definir la actividad profesional de acuerdo con los paradigmas de salud vigentes, y la concepción de la medicina sanitaria se prolongó sobre la formación y funciones de las enfermeras. El modelo sanitarista planteaba que “los servicios de enfermería se prestaban a las personas o las familias, más que a las enfermedades”.⁹ Para las enfermeras, esto se tradujo en la incorporación de nuevas pautas y conocimientos que las habrían habilitado a cumplir tareas en el ámbito de la salud preventiva y no sólo en el de la salud curativa, según el discurso de la época.

En esta clave resultan amplificadas los efectos de las medidas que se tomaron desde la Secretaría y desde el Ministerio de Salud tendientes a centralizar y homogeneizar la formación de las futuras enfermeras y quedan opacadas las continuidades respecto de las décadas previas. Tampoco resulta claro explicar los motivos de la interrupción de las políticas iniciadas en el sector y los límites que la gestión de Ramón Carrillo encontró. Tal vez quien más claramente advierta este problema sea Teresa María Molina, espectadora privilegiada de esta etapa, ya que

⁹ De Titto, Ricci y De Titto, *op. cit.*, p. 196.

participó de varios de los organismos creados por el Ministerio de Salud. Molina señala que una vez que el ministro Ramón Carrillo presentó la renuncia a su cargo las dificultades se hicieron presentes. Subsume, de esta manera, las innovaciones a la voluntad de cambio del ministro saliente, más que a la puesta en marcha de políticas concretas de renovación en el ámbito de la enfermería.

Para dar cuenta de los límites que el ministro de Salud encontró, se señala que dentro del propio gobierno existían políticas que funcionaban de manera paralela y contradictoria con las ideas del ministerio. La Escuela de Samaritanas y de Enfermeras 7 de Mayo, creada por la Fundación de Ayuda Social Eva Duarte de Perón (FEP), es descrita en este contexto. La historiografía sobre el desarrollo de la enfermería o bien omite el análisis de la escuela de samaritanas, lo que justifica en el corto período en que tuvo funcionamiento, o lo plantea como una suerte de institución paralela y en competencia con el Ministerio de Salud.

Hace pocos años se publicaron algunos artículos que entrelazan la historia de las mujeres y la historia política, para complejizar y profundizar el período. Adriana Valobra y Karina Ramacciotti elaboraron, entre otros, “Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista”,¹⁰ un artículo en el cual comparan la escuela de enfermeras de la Fundación Eva Perón (FEP) y su par perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP). Allí dan cuenta de las inestables y cambiantes relaciones entre el MSP y la FEP. Según las autoras, esta relación atravesó diferentes momentos, de complementariedad, de tensión y de antagonismo, que pusieron en jaque un proyecto de calificación de la enfermería. La superposición de áreas y funciones y, por sobre todo, la disputa por los recursos económicos señalaron el distanciamiento entre el MSP y la FEP. Según Valobra y Ramacciotti, el financiamiento de ambas agencias provenía de la misma fuente, el Estado, mediante diversos sistemas de recaudación. Debido a esto, en cuanto la disponibilidad de recursos fue limitada la complementariedad inicial devino en competencia. El agravamiento de la situación económica se expresó durante la aplicación del Segundo Plan Quinquenal, a partir de 1952, cuando pudieron verse los límites al plan sanitario de Ramón Carrillo, a juicio de las autoras el más perjudicado en

¹⁰ Adriana Valobra y Karina Ramacciotti, “Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista”, en Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra, *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, 2008, pp. 119-150, y otros artículos de las mismas autoras, como “La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas institucionales y políticas durante el peronismo”, en *Asclepio*, Vol. 62, N° 2, 2010.

la contienda. El argumento acerca del financiamiento estatal de la FEP ya había sido tratado algunos años antes por Mariano Plotkin, quien arribó a conclusiones similares al analizar las finanzas de la Fundación Eva Perón. Sostuvo que entre 1950 y 1951 los activos de la FEP registraron su mayor aumento, que provino de los aportes del Estado, más que de donaciones de sindicatos o empresas privadas, como se afirmaba. Por lo tanto, la conclusión que se impone es que la FEP y el MSP funcionaron como instituciones paralelas y, en muchos casos, rivales. La primera relación entre ambas instituciones emergió de las funciones que cada una tenía, y la segunda, de los recursos de los cuales dependían. Plotkin avanza un poco más y señala que la FEP obtuvo “un margen de discrecionalidad en su funcionamiento y en el manejo de fondos que ninguna otra institución oficial podría jamás haber tenido”.¹¹

Otros trabajos previos dieron cuenta del discurso que el peronismo volcó sobre la enfermería y su condición eminentemente femenina. Tal es el caso del texto de María Esther Folco “La tarea más noble que una mujer puede cumplir. Género y enfermería en el discurso peronista, 1945-1955”.¹² Allí afirma que las funciones de las enfermeras en el hospital eran homologadas a las de las madres en el ámbito doméstico. El texto analiza el discurso sobre la enfermería en el *Boletín del Día*, una publicación semanal del Ministerio de Salud Pública. En particular, el trabajo se restringe al análisis de las columnas de Eva Perón, Juan Domingo Perón y Ramón Carrillo, que sucesivamente daban inicio a la publicación periódica. En general, son discursos sobre la mujer y su rol en “la nueva Argentina” durante el peronismo; en algunos casos se pueden encontrar alusiones concretas a la enfermería y al proyecto que el gobierno tenía sobre el sector para perfeccionar técnicamente a estas trabajadoras. Estas alusiones repetidamente provenían de las palabras del ministro de Salud, quien no contradecía la idea de la naturaleza femenina y de sus dones para el ejercicio de la enfermería.

El texto de Folco debe leerse en conjunto con otros textos de la misma autora que avanzan sobre el estudio de la enfermería en la provincia de La Pampa durante el gobierno peronista. En ellos, demuestra que si bien para el Ministerio de Salud la capacitación de enfermeras era una preocupación tendiente a minimizar la presencia de

¹¹ Cf.: Mariano Plotkin, *Mañana es San Perón. Propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*, Buenos Aires, Ariel, 1994. p. 233.

¹² María Esther Folco, “La tarea más noble que una mujer puede cumplir. Género y enfermería en el discurso peronista, 1945-1955”, en María Herminia Di Liscia, *Mujeres en escena, Actas de las quintas jornadas de Historia de las Mujeres y Estudios de Género*, Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, 2000, pp. 427-435.

trabajadoras empíricas, primó en la práctica la complementariedad entre profesionales y mujeres sin instrucción.

Pero quienes primero analizaron la condición de la enfermería como una tarea exclusiva de mujeres fueron Catalina Wainerman y Georgina Binstock, en una serie de investigaciones monográficas que tuvieron lugar a principios de los años 90. Entre ellas *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería* y “El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería de Buenos Aires”.¹³ En estos artículos, las autoras analizaron las características estructurales de una ocupación y un mercado de trabajo que consideraron descalificado, precarizado y masivamente constituido por mujeres. En esa clave describieron los orígenes de la feminización de la enfermería y los ubicaron a principios del siglo XX para la ciudad de Buenos Aires. Sin duda, son trabajos pioneros, a extramuros de la historia, pero que tienen en cuenta el desarrollo de la ocupación y se detienen en una de sus características fundamentales, con frecuencia naturalizada: la feminización. Wainerman y Binstock han dejado establecido un punto de partida para entender la relación entre género y trabajo, pues plantearon una cuestión clave: “La asignación genérica de las ocupaciones se basa en cuestiones culturales acerca de si es la condición de mujer o de varón, antes que las habilidades reales, lo que se juzga apropiado para el desempeño de una ocupación”.¹⁴

La enfermería resultó para las autoras un ejemplo de la asignación cultural de género a un oficio y de la construcción de una “cultura ocupacional” particular. Demostraron que la naturalización de la enfermería como trabajo femenino ha sido una construcción y que no fue una tarea “desde siempre de mujeres”, sino a partir de 1912, cuando el Estado porteño dispuso su feminización e impidió a los varones el ingreso a la Escuela de Enfermeras del municipio.

Esta temprana característica de la enfermería en la ciudad de Buenos Aires no es una exclusividad porteña y tuvo que ver con una tendencia más general entre fines del siglo XIX y principios del XX en América Latina, pero con inicios más tempranos en Europa. El pasaje de los cuidados no especializados a los cuidados expertos estuvo acompañado por la feminización de la tarea y por la calificación del oficio; la

¹³ Catalina H. Wainerman y Georgina Binstock, *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*, UNICEF-CENEP, N° 48, Buenos Aires, 1993, y Catalina H. Wainerman y Georgina Binstock, “El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería de Buenos Aires”, en *Desarrollo Económico*, Julio-Septiembre de 1992, Vol. 32 (126).

¹⁴ *Ibidem*, p. 271.

asociación entre ambas características tiene raíces en un modelo de enfermería hospitalaria originado en Inglaterra y adjudicado a Florence Nightingale, considerada la primera enfermera profesional. El modelo inglés ha tenido diferente gravitación a lo largo de las décadas siguientes en la región, y Buenos Aires expresó algunas particularidades en este sentido. El análisis de esta característica está pendiente en las historias que hacen referencia a la enfermería porteña.

Existen algunas menciones del modelo inglés y su influencia en las escuelas profesionales de las ciudades más densas y económicamente vitales de Brasil, Río de Janeiro y San Pablo, pero se trata de un asunto sin demasiado desarrollo. Una variada literatura brasileña permeable a los estudios de género y a la historia social de la enfermedad coincide en definir a la enfermería como una tarea subalterna, aunque no acuerda con las interpretaciones sobre el modelo inglés como paradigma de la feminización ni en los motivos de esa particularidad. Las dos posiciones más claramente encontradas ubican la feminización en razones de orden muy diferente. María Lucía Mott, en “Reverendo a história da enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)”,¹⁵ afirma que la fijación cultural y sexuada de roles de género indicó capacidades “naturales” entre las mujeres para cuidar y al mismo tiempo para ponerse al abrigo de órdenes superiores por su propensión a la “docilidad” y al altruismo. Por otro lado, Luiz Antonio Castro y Lina Farias, en “A cooperacao internacional e a enfermagem de saude pública no Rio de Janeiro e Sao Paulo”, consideran otras posibilidades para explicar la feminización y señalan que posiblemente hayan sido las necesidades de otros mercados de trabajo, que requerían mano de obra masculina, los principales impulsores de empleos femeninos como la enfermería.¹⁶ De cualquier modo, lo que aquí interesa destacar es que la composición de género de la ocupación tiene interpretaciones pendientes y no es sólo una característica descriptiva del oficio.

Investigaciones que exceden los límites de América Latina y que abrevan en la historia del trabajo femenino iniciada en Europa y en Estados Unidos en la década del 70, impulsadas por los estudios de mujeres, agregan complejidad al análisis de las condiciones que estimularon la feminización y la subalternidad en algunas ocupaciones.

¹⁵ María Lucía Mott, “Reverendo a história da enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)”, en *Cadernos Pagú*, Vol. 13, 1999, pp. 327-345.

¹⁶ Luiz Antonio Castro y Lina Farias, “A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e Sao Paulo”, en Luiz Antonio Castro y Lina Farias, *Saúde & História*, Hucitec, Sao Paulo, 2009.

En varios trabajos que atraviesan los estudios de género y de las profesiones, Teresa Ortiz pone de relieve el escenario en el cual debieron desempeñarse las parteras y las enfermeras, el de las ocupaciones médicas. Señala que ese campo se constituyó con un carácter profundamente androcéntrico y logró una segmentación jerárquica y sexuada en sus tareas. Afirma que la historia de la medicina mantuvo ese paradigma y construyó una noción masculina de su pasado. Sobre la base de esa crítica, propone una historia de la medicina feminista que se ocupe de rastrear el modo en que matronas (parteras), enfermeras y médicas lograron ocupar espacios dentro de la medicina en España y la relación que debieron establecer con los médicos varones y con las instituciones dirigidas por ellos.¹⁷

En la clave de Teresa Ortiz, cualquier posibilidad de historiar oficios como los que aquí interesan –enfermeras y parteras– debería tener en cuenta que el escenario en el cual se desarrollaron solía estar altamente jerarquizado en su interior y fue predominantemente ocupado por varones. Por otro lado, se debería dar especial interés a los momentos de institucionalización de las prácticas médicas, entre los siglos XIX y XX en particular, y de intervención sobre el cuerpo, pues de esas coyunturas históricas concretas resultaron la exclusión y/o subordinación femenina a roles determinados. En el mismo sentido juegan la tecnología médica, la educación, la organización y la regulación sanitaria, todos elementos que permiten comprender el desarrollo desigual de varones y mujeres en las ciencias médicas y sus ramas auxiliares.

En este punto, enfermeras y parteras operan en un espacio común y habrían atravesado experiencias asimilables a su condición de género y a la subordinación que supuso trabajar en un escenario donde la jerarquía de los saberes estaba apoyada no sólo en conocimientos, sino también en estereotipos de género. Del mismo modo que el pasaje de los cuidados improvisados a los cuidados expertos fue un nudo común para las historias sobre la enfermería, el pasaje de la hegemonía en cuestiones obstétricas de las parteras a la subordinación en todos los terrenos del oficio, tanto la práctica y la atención como la educación, es parte del relato sobre el oficio. Si bien en América

¹⁷ Son varios los textos de Teresa Ortiz, aquí recupero los trabajos más recientes sobre el tema: Teresa Ortiz, “Entre la salud y la enfermedad: mujeres, ciencia y medicina en la historiografía médica actual”, en Cristina Borderías (ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona, Icaria, 2009, pp. 163-195; Teresa Ortiz, *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, KRK Ediciones, Madrid, 2006; Teresa Ortiz (ed.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001; Teresa Ortiz, “El género, organizador de las profesiones sanitarias”, en Miqueo et al. (eds.), *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, 2001, pp. 39-61.

Latina no hay una cantidad suficiente de estudios que permitan constituir una corriente interpretativa sobre la obstetricia y la partería en clave histórica, la reflexión acerca de la subordinación de la partería tendió a traducirse en clave de control y enfrentamiento entre saberes tradicionales y saberes médicos o científicos. Con miradas más o menos foucaultianas, las parteras siempre salieron vencidas de esa puja y fueron desplazadas del lugar principal en la asistencia de los partos. Para Buenos Aires, lo analizó de este modo Alejandra Correa, en *Parir es morir un poco*,¹⁸ y para México lo hizo Ana María Carrillo, cuando afirmó: “La partera profesional nació con el doble carácter de actividad necesaria para la profesión médica y subordinada a ella, y de la práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica”.¹⁹ En ambas versiones, la eliminación, sin más, de la partera tradicional fue el modo en que los médicos lograron el control definitivo de los embarazos, partos y puerperios.

Sin embargo, es riesgoso trazar una mirada panorámica y homogeneizadora de estas tareas sin tener en cuenta los contextos locales, las características de las realidades concretas de cada oficio y sus historias particulares. Dos compilaciones de Hilary Marland sobre la obstetricia en Europa permiten advertir esta cuestión: *The Art of midwifery. Early modern midwives in Europe* y *Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period*²⁰ analizan el estatus de las parteras desde el siglo XIX hasta la actualidad. La relación con la ginecología y la obstetricia, la tecnología obstétrica, la organización sanitaria en los Estados modernos, la educación de las parteras y la legislación nacional, entre otros tópicos incluidos en los artículos compilados, permiten apreciar los contrastes entre las parteras de diferentes regiones europeas. Sólo para mencionar un ejemplo, la tecnología obstétrica ha desempeñado un papel fundamental en lo relativo al estatus profesional de las matronas desde inicios del siglo XX. Sin embargo, esto varió notablemente entre regiones, pues en algunos casos las parteras han experimentado restricciones al uso de las novedades tecnológicas e

¹⁸ Alejandra Correa, “Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX”, en Fernanda Gil Lozano, Valeria Pita y Gabriela Ini, *Historia de las mujeres en la Argentina. Colonia y siglo XX*. Buenos Aires, 1999, Taurus, pp. 193-213.

¹⁹ Ana María Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión. Parteras diplomadas en México”, en *Dynamis*, 19; pp. 167-190, 1999. Existen otros trabajos en mismo sentido para otras regiones de América latina, se puede ver: Ana Paulina Malavassi, *De parteras a obtétrica: la profesionalización de una práctica profesional. Costa Rica 1900-1940. Examen preliminar*. S/D

²⁰ Hilary Marland (ed.), *The Art of midwifery. Early modern midwives in Europe*, London/New York, Routledge, 1993, y Hilary Marland and Anne Marie Rafferty (eds.), *Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period*, London/New York, Routledge, 1997.

instrumentales, como fue el caso de España, pero en otras ocasiones la reglamentación fue mucho más permisiva, como en los países nórdicos. Esto ha permitido destinos y trayectorias muy diferentes para una misma ocupación.

De esta manera lo entendió María Lucía Mott al analizar la partería en San Pablo.²¹ Sin abandonar la idea acerca de la presión del discurso médico sobre las parteras con el objetivo de dominar la obstetricia y así fiscalizarla y regularla, analiza a las comadronas como un conjunto variado de mujeres, de diferente clase y origen y capaz de establecer relaciones fluidas con un universo amplio de pacientes. Esto le habría dado estabilidad al parto atendido por comadronas, diplomadas o no diplomadas, y habría generado resistencias frente al discurso medicalizador de modo tal que durante gran parte del siglo XX la mayoría de los partos en San Pablo se realizó fuera de los hospitales.

Por otro lado, la misma autora afirma que los médicos paulistas no aspiraron a la partería por “prejuicios de tipo racial”. Partear se asociaba a los trabajos manuales y poco calificados muy próximos a los realizados por la población esclava. Todo esto no se tradujo en disminución de la presión por fiscalizar el trabajo de las parteras desde el Estado y desde la profesión médica, sino que significó la proyección de la eliminación de las parteras, más que su subordinación. La hipótesis de fondo de María Lucía Mott es que desde fines del siglo XIX la tendencia sería a eliminar a las parteras como se las conocía, autónomas y trabajadoras libres con un amplio campo de acción y una clientela casi exclusiva, para ubicarlas dentro de las instituciones sanitarias en puestos subalternos de modo similar al espacio destinado para las enfermeras. Su análisis de los primeros cursos de parteras que se implementaron en Río de Janeiro en las décadas iniciales del siglo XX confirma la hipótesis en juego.

Recientemente, el parto, más que sus hacedoras, fue motivo de un extenso y profuso trabajo de María Soledad Zárate Campos en *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia hembra” a la ciencia obstétrica*.²² Allí, la idea acerca de la subordinación de las parteras al dominio médico es relativizada. El corrimiento entre la asistencia del

²¹ María Lucía Mott, “Midwifery and the Construction of Image in Nineteenth-Century Brazil”, en *Nursing History Review* 11, pp. 31-49, 2003; María Lucía Mott, “Fiscalizacao e Formação das parteiras em Sao Paulo (1880-1920)”, en *Revista de la Escola de Enfermagem*, USP, Vol. 35, N° 1, pp. 46-53, 2001; María Lucía Mott, “O curso de Partos: Debe ou nao haver parteiras?”, en *Cadernos de Pesquisam*, N° 108, pp. 133-160, 1999.

²² María Soledad Zárate Campos, *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia hembra” a la ciencia obstétrica*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2007.

parto como asunto exclusivo de mujeres hacia otro modo de atención en Chile no habría implicado la captación de una tarea de unas para que la ejercieran otros, los médicos. Este trabajo se despega explícitamente de la teoría feminista de los tempranos 70, que colocó a las parteras como figuras de una resistencia femenina y de un saber tradicional, frente al desplazamiento que sufrieron desde el siglo XVIII y XIX por el avance de la ciencia positiva y de los médicos como grupo de poder.

Según Zárate, el proceso que medió entre el tratamiento del parto administrado por la “ciencia hembra” y otro tipo de asistencia dirigido por la ciencia obstétrica es el del aumento del control médico sobre el parto y las parteras, y la disminución de la intervención de las segundas. El modo de legitimación de ese tránsito asoció a las matronas con un saber despreciable frente al creciente interés médico masculino por el conocimiento obstétrico, que tuvo como contrapartida la formación de “parteras examinadas”, es decir, diplomadas. Por otro lado, el avance médico habría estado amparado por las preocupaciones ligadas a la mortalidad infantil y por coyunturas particulares como las enfermedades de las parturientas y de los recién nacidos, ante las que la sociedad de las primeras décadas del siglo XX era cada vez más sensible.

Sin embargo, afirma Zárate que aun así, más que un desplazamiento o “robo” del trabajo de las parteras en beneficio de la intervención del médico diplomado, el cambio más destacado estuvo dentro del tipo de atención. Las nociones obstétricas acerca del parto lograron legitimación para que la presencia de “parteras examinadas” fuera más adecuada que la de parteras prácticas. En este sentido, no observa una forzada imposición de la hegemonía médico-masculina, sino más bien un cambio en los modos de asistir los partos que no dejó del todo afuera a las nuevas diplomadas.

Una parte importante de los argumentos de Zárate se apoya en el escaso registro de algún tipo de resistencia evidente entre las parteras a modificar su quehacer, en la aceptación de las parturientas y, sobre todo, en la velocidad de los cambios que hicieron posible otro modo de asistir los partos en ciudades en crecimiento como Santiago de Chile. En este punto, Buenos Aires tiene una trayectoria similar, como lo ha planteado hace varios años Marcela Nari en *Políticas de maternidad y maternalismo político. 1890-1940*.²³ Según esa investigación, en el inicio del período estudiado en Buenos Aires existía sólo una maternidad-hospital, pero al final del período el número de

²³ Marcela Alejandra Nari, *Las políticas de la maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, Buenos Aires, Biblos, 2005.

instituciones de ese tipo se había multiplicado varias veces y el 60% de los nacimientos ocurrían en hospitales.

Marcela Nari registró una rápida transformación en los modos de parir, lo que vinculó al nudo de su tesis, que sostiene que hubo un desarrollo de un exitoso y complejo proceso de tipo material, simbólico y político que hizo posible la identificación absoluta entre mujeres y maternidad y la construcción del binomio madre/hijo. Las madres, fundamentalmente las de las clases trabajadoras, fueron los principales sujetos de protección, y en ese proceso tuvieron protagonismo diferentes actores sociales, entre los que se destacaron políticos, médicos y mujeres movilizadas por el feminismo.²⁴

El binomio madre/hijo y las mujeres como responsables máximas de la procreación alcanzaron un lugar fundamental para la medicina, y eso explica el surgimiento de nuevas disciplinas, como la obstetricia y la ginecología. Marcela Nari estima, aunque no desarrolla, que las parteras, las enfermeras y las puericultoras fueron importantes eslabones en la correa de transmisión de los discursos y prácticas higiénicas acuñados por médicos y destinados a las mujeres madres. El discurso medicalizado y las tensiones eugénicas respecto de la maternidad, el embarazo, el puerperio y la primera infancia necesitaron de propaladoras eficientes entre los sectores populares en especial, y es muy probable, según esta conjetura, que las auxiliares de la medicina fueran piezas relevantes en la transmisión de nuevas ideas. Desde una perspectiva similar, María Silvia Di Liscia se interesó por la vinculación entre la introducción de prácticas higiénicas en los hogares populares y el protagonismo femenino de las clases acomodadas en ese plano. Afirma que en el proceso de medicalización desarrollado entre 1870 y 1940 las mujeres de clases altas han tenido un lugar destacado ya no sólo dentro del hogar sino volcadas hacia la población en general a través de la beneficencia. Para las mujeres de las clases medias esa presencia se desarrolló en diferentes roles y posiciones, en profesiones y ocupaciones como la docencia y la partería –entre otras-.²⁵

Trabajos como el de Marcela Nari, María Lucía Mott y María Soledad Zárate se inscriben dentro de las contribuciones a la historia de las mujeres desde perspectivas diferentes, pero tienen la particularidad de entrar en diálogo con otras áreas de la

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ María Silvia Di Liscia, “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización. Argentina, 1870-1940” en *Signos Históricas*, enero-junio, N° 13, México, UAM, 2005, pp. 94-119

historiografía reciente preocupadas por la historia sociocultural de la enfermedad. Ese enfoque advierte los roles de las “auxiliares de la medicina”, pues son parte del repertorio de temas de interés, pero en general son abordados a través de problemáticas más amplias.

Enfermeras, parteras y visitadoras de higiene, en diferentes coyunturas históricas sobre todo durante la primera mitad del siglo XX, han circulado por el escenario de las prácticas médicas y de la atención de la salud, pero aparecen poco definidas y como actrices secundarias. Con la excepción de algunas tareas de cuidado pero para períodos posteriores a esta tesis, como los trabajos de Daniela Testa, la historiografía ha expresado poco interés por estas ocupaciones.²⁶ Alrededor de temas de interés como las epidemias se ha visualizado la presencia de visitadoras, asistentes sanitarias y enfermeras en las políticas frente al combate de las enfermedades. Algunos ejemplos para Buenos Aires son el trabajo de Karina Ramacciotti sobre las campañas contra diferentes epidemias en la ciudad que precedieron a las grandes campañas durante el peronismo²⁷ y el análisis, de múltiples dimensiones, de Diego Armus sobre la tuberculosis, donde se señala la tarea de las visitadoras de higiene y del servicio social de hospital en la lucha antituberculosa.²⁸ En una clave similar, los trabajos interesados en las políticas de población y las políticas sanitarias materno infantiles en el siglo XX toman en cuenta la importancia de los recursos técnicos y de la intervención del el Estado en este orden.²⁹

Por otro lado, el neoinstitucionalismo, que se ha referido al desarrollo histórico del sistema de atención y provisión de servicios de salud, tuvo en cuenta la posición, relación y dotación de la calidad de los recursos humanos médicos y auxiliares en el sistema y ha señalado la relevancia problemática para el Estado de estos agentes. Los trabajos más desarrollados en este campo son los de Susana Belmartino sobre la conformación de los actores que actuaron en el desarrollo del sistema sanitario en la

²⁶ Se puede ver, Daniela Testa, “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina” en Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Vol. 12, N° 1, Santiago de Chile, 2012, pp. 72-87

²⁷ Karina Ramacciotti, “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, en *Asclepio*, Vol., LVIII, N° 2, Julio-Dic. 2006, Madrid, 2006.

²⁸ Diego Armus, *La ciudad impura*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.

²⁹ Se puede ver en esta línea: Karina Felitti, *La revolución de la píldora*, Buenos Aires, Edhasa, 2012 y Carolina Biernat; Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno infantil. Argentina, 1900-1960*, Buenos Aires, Biblios, 2013.

Argentina, y en particular sobre los médicos, como grupo de poder, en relación con otros grupos.³⁰

El recorrido hasta aquí señalado no constituye un campo particular de estudios, sino más bien una serie de intersecciones entre disciplinas y áreas temáticas que han abordado directa o indirectamente las dos ocupaciones que aquí interesan. Una panorámica más amplia se aborda a continuación y tiene como eje el trabajo femenino según la historia de las mujeres y los estudios de género.

Mujeres que trabajan. Los estudios de género y el trabajo femenino

El trabajo femenino fue un tema de temprano interés para los estudios de género, desde la década de 1970 en Europa y Estados Unidos y en los años previos al retorno a las democracias en América Latina. El tipo de actividad que las mujeres desarrollaron y sus consecuencias en el orden de los derechos, los conflictos y representaciones; las características de los mercados de trabajo por ellas constituidos, y los problemas vinculados al género como variable de segregación y jerarquización laboral se encuentran entre los temas preferidos. La docencia y el empleo industrial han sido algunos de los trabajos asalariados que más atención adquirieron para los primeros estudios de las mujeres en la Argentina, frente al trabajo rural y el de las empleadas domésticas, posiblemente los rubros más invisibilizados.

El magisterio fue uno de los trabajos femeninos más destacados a fines del siglo XIX y durante gran parte del siglo XX. En muy poco tiempo se convirtió en el caso paradigmático de profesión “de mujeres”, útil para analizar la segregación por género y la asimetría que podía significar el ejercicio femenino de una tarea calificada y valorizada por la sociedad y el Estado.

Graciela Morgade, en “La docencia para las mujeres: una alternativa contradictoria en el camino hacia los saberes ‘legítimos’”,³¹ señala la rápida feminización de la docencia primaria a fines del siglo XIX y durante las primeras

³⁰ Susana Belmartino; Carlos Bloch; María Isabel Camino y Ana Virginia Persello, *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación N° 27, Buenos Aires, 1991; Susana Belmartino, “La seguridad social médica en Argentina: nuevas modalidades y espacios de regulación”, en Oscar Oszlak (comp.), *Estado y sociedad. Las nuevas reglas de juego. Vol. 2*, Buenos Aires, Eudeba, 2000, pp. 185-215.

³¹ Graciela Morgade, “La docencia para las mujeres: una alternativa contradictoria en el camino hacia los saberes ‘legítimos’”, en Graciela Morgade (comp.), *Mujeres en la docencia en Argentina (1870-1930)*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 1997, pp. 67-83.

décadas del siglo XX luego de la promoción de la Ley 1420 de Educación Común. Afirma que una vez creada la primera Escuela Normal de Mujeres, en sólo 30 años, el porcentaje de mujeres maestras trepó al 85%.³² El proyecto pedagógico finisecular concebía a las mujeres naturalmente dotadas para ejercer la docencia, eran consideradas los sujetos indicados para moralizar a la sociedad y además eran mano de obra barata y disponible.

La imagen de la maestra como “segunda madre” es una idea asentada y fuertemente arraigada en el sentido común. Lucía Lionetti, en *La misión política de la escuela pública*,³³ sostiene que las teorías pedagógicas que dieron fundamento al ideal maternal en el aula se resemantizaron en un contexto social donde la industrialización y la urbanización generaron una división sexual del trabajo específica, a fines del siglo XIX.³⁴ Pero las mujeres como grupo estaban en desventaja frente a los hombres en cuanto al salario, ya que su trabajo no se consideraba determinante para el sustento familiar. El trabajo remunerado que obtenían las mujeres se concentró en determinadas ocupaciones, como la docencia, para cuyo ejercicio el sexo femenino era caracterizado como naturalmente apto, y su costo resultaba económico para el Estado.³⁵

Lionetti coincide con Morgade al afirmar que el espacio para las mujeres en la docencia en el nivel primario se amplió en gran medida porque los varones se retiraron del sector. Los hombres de las incipientes clases medias y de los sectores acomodados se alejaron de la actividad, lo que dio paso al masivo ingreso de mujeres. Sin embargo, como señala Morgade, se pueden distinguir los límites a los que las maestras estaban sujetas en el proyecto educativo de fines del siglo XIX, pues mientras era alentada la presencia de docentes mujeres en las aulas, no era auspiciado el acceso a cargos de mayor poder dentro del sistema, como el de directoras e inspectoras.

Existió un temprano consenso acerca de la capacidad femenina para educar a niños y niñas, y para extender en el aula el contacto maternal que significaba la presencia de maestras mujeres. Morgade afirma que las teorías en boga a fines del siglo

³² *Ibidem*.

³³ Lucía Lionetti, *La misión política de la escuela pública. Formar ciudadanos para la república (1870-1916)*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 2007.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*, pp. 182-183, y Lucía Lionetti, “La educación de las mujeres en América Latina: formadoras de ciudadanos”, en Isabel Morant (dir.), G. Gómez-Ferrer, G. Cano, D. Barrancos y A. Lavrin (coord.), *Historia de las mujeres en España y América latina. Vol. III. Del siglo XIX a los umbrales del XX*, Madrid, Cátedra, 2006, p. 852.

XIX sostenían que el papel moralizador de la enseñanza debía ser el eje de las políticas pedagógicas; sólo de ese modo los nativos se convertirían en ciudadanos. Por otro lado, comparte con Lionetti que la feminización de la docencia tuvo una razón fundamental: la tarea de “educar al ciudadano”. De este modo, se les adjudicó a las maestras una función política a través del ejercicio de la “maternidad social”. Éste era el fin último de la educación primaria: la formación de ciudadanos para la república.³⁶

En las primeras décadas del siglo XX, el magisterio expresó sólo una parte del universo de ocupaciones ejercidas por mujeres. La matriculación universitaria y las dificultades que las mujeres tenían para insertarse en carreras de ese nivel también resultaron interesantes para los estudios de género y se logró alcanzar algunas nociones acerca de las elecciones que aquéllas hicieron en ese sentido. Alicia Itatí Palermo se dedicó al análisis de las trayectorias académicas de las mujeres profesionales en el siglo XX en diferentes partes del mundo.³⁷ En la Argentina, la puerta de entrada para las mujeres a la universidad fue la carrera de Medicina, en particular a través de las ramas auxiliares de las ciencias médicas, como la obstetricia, la farmacia y la odontología. Durante la primera mitad del siglo XX, la elección de estas carreras fue en ascenso y se mantuvo en el primer lugar entre las preferencias de las mujeres.³⁸ Otra vía de ingreso importante fueron las carreras vinculadas a las ciencias sociales y las humanísticas dictadas en la Facultad de Filosofía y Letras. Allí, las maestras tuvieron facilidad para ingresar, lo que alentó a hacerlo a quienes aspiraban a prolongar sus estudios. Por su parte, María Fernanda Lorenzo, en su trabajo sobre la presencia femenina en la Universidad de Buenos Aires en las carreras de Medicina, Filosofía y Letras e Ingeniería, demuestra la temprana presencia de mujeres interesadas en esas áreas. Allí, afirma que durante el período que transcurrió entre 1889, cuando se graduó la primera

³⁶ Lionetti, *La misión política...*, *op. cit.*, pp. 209-210.

³⁷ Alicia Itatí Palermo, “La participación de las mujeres en la universidad”, en *La Aljaba*, Segunda Época, Vol. 3, 1998, Universidad Nacional de Luján/Universidad Nacional del Comahue/Universidad Nacional de La Pampa, y Alicia Itatí Palermo, “La educación universitaria de la mujer. Entre las reivindicaciones y las realizaciones”, en *Revista Alternativas: serie historia y prácticas pedagógicas*, publicación internacional de LAE, Año III (3), 2000, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de San Luis. También Alicia Itatí Palermo, “Mujeres profesionales que ejercieron en Argentina en el siglo XIX”, en *Convergencia*, mayo/agosto, Vol. 12 (38), Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 2005, pp. 59-79.

³⁸ Catalina Wainerman, *Evolución de la mujer en las profesiones liberales en Argentina (1900-1965)*, Oficina Nacional de la Mujer, Dirección Nacional de Recursos Humanos, Secretaría de Trabajo, s/d.

médica en la Argentina, y 1940 el ascenso de mujeres en la carrera de Medicina fue constante y anticipó lo que sucedería algunas décadas después: la feminización de las carreras médicas.³⁹

El conjunto de estos trabajos otorga un panorama amplio respecto de la educación universitaria y las elecciones que las mujeres realizaron, y pone de relieve una cuestión de interés para comprender las dimensiones de los procesos de feminización y segregación por género. En esos ámbitos, la feminización no está acompañada de disposiciones de tipo normativo, y la segregación por género tiene que ver con las posibilidades concretas de desarrollo de las carreras profesionales y laborales, y depende de los obstáculos que las mujeres deben sortear para alcanzar los mismos puestos que sus colegas varones. Por otro lado, abre nuevas preguntas acerca de los cambios y mutaciones en la orientación y elecciones profesionales de varones y mujeres que lograron modificar los perfiles, en términos de la participación por género, de algunas profesiones.

Hacia fines de la década del 80, el interés por el trabajo femenino motivó algunas investigaciones sobre la participación de las mujeres en el mercado de trabajo en general que demostraron que el número de trabajadoras ha sido alto desde fines del siglo XIX, al contrario de lo que se sostenía, y que éstas se distribuyeron en varios rubros, incluso el industrial. *Empleo femenino y desarrollo económico: algunas evidencias*,⁴⁰ de Zulma Recchini de Lattes y Catalina Wainerman, y *El trabajo de la mujer en la Argentina. Un análisis preliminar de las ideas dominantes en las primeras décadas del siglo XX*,⁴¹ de Catalina Wainerman y Marisa Navarro, señalaron, a partir de la relectura de la información censal, que durante las últimas décadas del siglo XIX la participación de trabajadoras en el mundo laboral fue elevada (58,8%). Esta tendencia

³⁹ María Fernanda Lorenzo, *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la universidad. Las académicas de la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*, tesis de Maestría, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad de San Martín, Buenos Aires, 2009. Inédita.

⁴⁰ Zulma Recchini de Lattes y Catalina Wainerman, *Empleo femenino y desarrollo económico: algunas evidencias*, Cuadernos del Cenep N° 6, Buenos Aires, 1979.

⁴¹ Catalina Wainerman y Marisa Navarro, *El trabajo de la mujer en la Argentina: un análisis preliminar de las ideas dominantes en las primeras dos décadas del siglo XX*, Buenos Aires, Cenep, 1979.

modificó su curso en las décadas siguientes, y alcanzó los niveles más bajos en 1947 (21,7%) y en 1960 (21,6%).⁴²

El primer texto introdujo una idea acerca del empleo femenino que dio sentido a debates posteriores. Sostuvo que la disminución del trabajo entre mujeres fue producto de la influencia de un discurso emitido por sectores de la élite y por el Estado que desalentó el trabajo fuera del hogar. El tratamiento otorgado a los datos censales persiguió demostrar esa hipótesis y señala los rasgos dominantes del empleo femenino.⁴³ El discurso sobre el trabajo extradoméstico de las mujeres habría sido exitoso y tuvo efecto sobre el conjunto de ellas; la excepción fueron aquellas enroladas en las tareas consideradas propias de su sexo, como las educadoras y médicas, entre otras.

Más adelante, en *Las trabajadoras porteñas a comienzos del siglo*,⁴⁴ María del Carmen Feijoó afirmó que la valoración de la participación de la mujer en el trabajo se movió entre dos polos durante las primeras décadas del siglo XX: uno optimista, que observó la presencia de mujeres en el mundo laboral como producto del desarrollo de las fuerzas productivas y de la modernización de la economía, y otro más catastrófico y apegado a las ideas sobre los males que el desarrollo del capitalismo generaba sobre la clase trabajadora, la familia y la mujer. Este último evaluaba como una alternativa poco auspiciosa la presencia de mujeres en fábricas y talleres, y en el trabajo extradoméstico en general. A juicio de la autora, se trató de miradas contrapuestas que generaron un espejismo, una imagen no del todo real que se proyectó sobre la sociedad y que afirmó que entre 1880 y 1914 existió un incesante ingreso de mujeres a la economía formal y a las fábricas en particular.⁴⁵

Por otro lado, Feijoó afirma que hay dos variables que se potenciaron para amplificar el espejismo sobre el empleo femenino. En primer lugar, la subestimación de las actividades tradicionales (se entiende por éstas las realizadas en el hogar aunque tuvieran el mercado como destino), y en segundo lugar, la sobrestimación de las

⁴² Recchini de Lattes y Wainerman, *op. cit.*, pp. 313-314. Por su parte, Wainerman y Navarro afirman que la población femenina económicamente activa en 1869 alcanzó el 39%, y en 1914 bajó al 21%.

⁴³ Señalan que el 9,1% de las mujeres empleadas se enroló en el servicio doméstico; el 6,9% eran modistas y tejedoras; 1,3%, trabajadoras agrícolas, y 1%, maestras y profesoras.

⁴⁴ María del Carmen Feijoó, "Las trabajadoras porteñas a comienzos de siglo", en Diego Armus, *Mundo urbano y cultura popular*, Buenos Aires, Sudamericana, 1991, pp. 283-311.

⁴⁵ *Ibidem.*

trabajadoras en las fábricas, producto del impacto social que este tipo de tareas tuvieron. Feijoó concluye que no eran tantas las mujeres que esperaban en las puertas de las fábricas un empleo. En todo caso, éstas llamaban la atención de sus contemporáneos porque aspiraban a empleos diferentes de los tradicionales y no por el número que conformaban. Agrega la autora que la imagen de la mujer obrera era tan intranquilizadora que alcanzó para promover leyes que las protegieran.

En un breve análisis, Asunción Lavrin señala que según las fuentes censales el trabajo urbano femenino creció de manera asombrosa entre 1895 y 1914. Los datos con los que trabaja corresponden a la totalidad del país; por lo tanto, es difícil ponderarlos en relación con los utilizados por Feijoó. Sin embargo, se puede comparar el trabajo rural de las mujeres, que Lavrin señala en el mismo texto, y el trabajo urbano femenino para verificar que el aumento del último es notable, en particular en las industrias.⁴⁶

Más adelante, Fernando Rocchi, en “Concentración de capital, concentración de mujeres”,⁴⁷ demuestra que en Buenos Aires la producción manufacturera aumentó significativamente entre 1895 y 1900. En clara confrontación con la idea de “espejismo” planteada por Feijoó, Rocchi sostiene que las grandes empresas que lideraron ese crecimiento de la producción industrial emplearon mujeres. La participación femenina en grandes establecimientos había sido anunciada en un trabajo monográfico sobre la industria frigorífica durante el período entre 1915 y 1969 por Mirta Zaida Lobato.⁴⁸

Según Rocchi, hacia fines del siglo XIX la industria porteña mostraba signos de crecimiento; se observaban algunas fábricas de gran tamaño dedicadas a la producción estandarizada para el mercado de consumo. Estos establecimientos tenían la característica de emplear mujeres. Las fábricas de más de cien operarios/as contaban con un tercio de mano de obra femenina; en cambio, los pequeños talleres de menos de 10 trabajadores/as alcanzaban a emplear alrededor del 13% de mujeres sobre el total de los empleos disponibles. En este planteo, el crecimiento de la mano de obra femenina industrial no parece ser un espejismo, sino que más bien parece haber sido un fenómeno sostenido. En 1910, el proceso de expansión de grandes empresas empleadoras de

⁴⁶ Asunción Lavrin, *Women, Feminism and social change in Argentina, Chile and Uruguay, 1980-1940*, University of Nebraska, 1996, pp. 56 y ss.

⁴⁷ Fernando Rocchi, “Concentración de capital, concentración de mujeres”, en Fernanda Gil Lozano, Valeria Pita y María Gabriela Ini (eds.), *Historia de las mujeres en Argentina, siglo XX*, Buenos Aires, Taurus, 2000, pp. 223-244.

⁴⁸ Mirta Z. Lobato, “Mujeres en la fábrica. El caso de las obreras del frigorífico Armour, 1915-1969”, en *Anuario IEHS*, N° 5, Tandil, 1990.

mujeres había crecido respecto de lo que informaba el censo de 1895. El criterio de contratación de mujeres se mantuvo al menos en las primeras décadas del siglo XX.

El trabajo femenino ha sido sin duda una preocupación para historiadores/as y científicos sociales interesados en la condición de las mujeres. En particular el trabajo industrial generó algunos debates y fue un tema de interés para las primeras investigaciones sobre el trabajo femenino. En general, esas investigaciones persiguieron no sólo iluminar el escenario del trabajo de las mujeres, sino que también estuvieron fuertemente influidas por las connotaciones y repercusiones que la vida y la imagen de esas trabajadoras generaron entre médicos, gobernantes, la elite política y en gran parte de la sociedad. Tan inconvenientes y disruptivas resultaron esas imágenes que lograron movilizar voluntades y acuerdos para legislar sobre la cuestión.

Un avance para saldar las discontinuidades y alcanzar una síntesis sobre el trabajo femenino es la obra de Mirta Zaida Lobato *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*.⁴⁹ La autora se refiere a la participación de las mujeres en el mundo del trabajo urbano y rural, y da cuenta de la ocupación en las industrias, en los comercios y en el sector servicios en general. La perspectiva de larga duración que Lobato adopta le permite moderar la idea, ya asentada, del descenso del empleo femenino con el inicio de la industrialización hasta la década de 1970.

Según Lobato, en afinidad con la tesis de Rocchi, se puede afirmar que a principios del siglo XX el empleo femenino se ubicaba en sectores de gran concentración de capital y en rubros estimulados por la diversificación urbana, tanto industriales como de servicios. De esta manera, la imagen de la trabajadora puede ser ubicada tanto en las grandes y modernas fábricas como en las pequeñas y nuevas industrias demandadas por el crecimiento del mercado interno; en los comercios y en las tiendas de gran tamaño; en los hogares, como empleadas domésticas; en escuelas; en hospitales, y en otros variados empleos, oficios y profesiones.

Otros temas desarrollados por Lobato son la experiencia de las mujeres en el mercado de trabajo, su inclusión en las organizaciones colectivas y las representaciones de la mujer trabajadora. En el texto se pueden encontrar las claves objetivas y subjetivas que hicieron posible la construcción de un modelo desigual de valoración del trabajo femenino respecto del masculino. Las nociones de domesticidad femenina resultaron lo

⁴⁹ Mirta Zaida Lobato, *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.

suficientemente arraigadas entre varones y mujeres como para sobrevivir durante varias décadas y mantener las consideraciones acerca del empleo de las mujeres como contingente o circunstancial, y su salario, por lo tanto, un complemento del masculino. Esto no significó que las mujeres trabajadoras se mantuvieran pasivas frente a los conflictos del trabajo y la protesta colectiva, sino que las organizaciones obreras pudieron contarlas entre sus filas.

El binomio mujer-madre fue el fondo de la argumentación de la legislación sobre las obreras. En eso coincidieron los hombres y las mujeres que la promovieron y apoyaron desde distintos sectores políticos e ideológicos en cada uno de los momentos en los cuales se llevó adelante el debate sobre la cuestión. Los derechos femeninos, ya no exclusivamente en lo relativo al trabajo, fueron producto, más que del reconocimiento de las mujeres como sujetos iguales a los varones, de su función maternal en la sociedad y en la familia, considerada la misión natural y primaria de todas las mujeres. Las feministas de las primeras décadas del siglo XX acompañaron activamente este criterio, que era producto de la diferencia biológica y de la cultura que las identificaba con la maternidad a la hora de reivindicar derechos.

Según los estudios históricos, la condición femenina y la participación de mujeres en el mercado laboral no son sólo un dato descriptivo. La segregación sexual del mercado de trabajo ha sido un rasgo persistente tanto en relación con el reconocimiento salarial como respecto de la valoración de las tareas femeninas. Tampoco ha sido indiferente para la consideración de la sociedad el sexo de quien ejerce determinadas ocupaciones: alrededor de algunas tareas se elaboraron concepciones que colaboraron a la hora de definir las como pertinentes y propias “de mujeres”. Esa relación positiva dependió en gran medida del tipo de actividad de la que se tratara –como la enseñanza y el cuidado, entre las más usuales–, pero estuvo previamente expresada en definiciones más extensas que delimitaron los lugares posibles para varones y mujeres.

A extramuros de la historia. Mujeres, profesión y subordinación

Los estudios de las mujeres y los estudios de género, luego, recibieron un gran impulso material e ideológico de la segunda ola del feminismo, que tuvo entre sus características echar raíces en el campo académico y reconceptualizar nociones acuñadas al calor de la crítica de la política androcéntrica en las aulas universitarias. Los

nuevos planteos, con un renovado repertorio de preguntas, han tenido, y en gran medida mantienen, la capacidad de proponer diálogos entre diferentes disciplinas.

Un trabajo que da cuenta de este cruce de posicionamiento político y académico es el de la socióloga británica Anne Witz. La autora, en *Professions and Patriarchy*,⁵⁰ según su propia definición, logró “un trabajo de sociología y de estudios feministas”⁵¹ para repensar el modo en que se construyeron la enfermería, la partería y la radiología a partir de fines del siglo XIX en Inglaterra. En este trabajo confluyen el renovado interés por el desarrollo de las profesiones a partir de la década de 1970 y el desembarco de la teoría feminista en el mundo académico. Pero, además, se instala en lo que se ha definido como los estudios históricos de las profesiones.

El trabajo de Anne Witz parte de una crítica a la sociología que logró hacer un estudio más complejo de las profesiones y vincularlo a la estructura de clases de la sociedad en la que se desenvuelven, pero que no se ocupó de las profesiones “subordinadas” por la condición sexual de sus agentes, como las que ella propone analizar. El énfasis puesto en el dominio sobre un mercado o en la autonomía a la que aspiraron los grupos profesionales dejó fuera del foco de análisis a profesiones que tuvieron escasa posibilidad de obtener este tipo de potestad.

Professions and Patriarchy pone el énfasis en los debates sobre las precisiones del término “patriarcado” y su uso para definir las relaciones entre varones y mujeres en el mundo contemporáneo,⁵² una discusión que tiene en su origen el concepto de Heidi Hartmann sobre el “capitalismo patriarcal moderno”.⁵³ Esta idea afirma que las relaciones patriarcales han sido constituidas y sostenidas dentro del capitalismo tanto en la esfera del empleo asalariado como en la de la familia. La subordinación femenina en

⁵⁰ Anne Witz, *Professions and Patriarchy*, London, Routledge, 1992.

⁵¹ *Ibidem*, p. 8.

⁵² El telón de fondo del debate es la pertinencia o no de utilizar el concepto “patriarcado” para definir las relaciones entre varones y mujeres en el mundo contemporáneo. Witz toma los fundamentos teóricos que explícitamente la alejan de otras concepciones que evitan utilizar esa noción. En particular, manifiesta diferencias con la idea de “sistema sexo género” acuñada por Gayle Rubin, quien descarta el concepto de patriarcado para la realidad contemporánea. Ver Gayle Rubin, “Notas sobre la ‘economía política’ del sexo”, en Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1996, pp. 35-97.

⁵³ Heidi Hartmann, “Capitalism, Patriarchy and Job Segregation by Sex”, en *Signs* N° 1, Spring, 1976, p. 168. También se puede ver Heidi Hartmann, “Capitalism, Patriarchy and Job Segregation By Sex”, en Z. R. Eisenstein (ed.), *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*, New York, Monthly Review Press, pp. 206-247, y Heidi Hartmann, “The Unhappy Marriage of marxism and Feminism: Toward a More Progressive Union”, en Lydia Sargent, *Women and Revolution*, Boston, South End Press, 1981 (hay traducción al español).

el ámbito doméstico garantiza al capitalismo la reproducción de la fuerza de trabajo. Fuera del ámbito familiar, la segregación del trabajo por sexo potencia la dependencia de las mujeres respecto de los varones, ya que éstas usualmente reciben salarios inferiores y se ven alentadas a realizar exclusivamente tareas domésticas. De este modo, los varones mantienen salarios más altos en el mundo del trabajo y resultan favorecidos en la división del trabajo doméstico.

Witz identifica cierta tendencia al “esquematismo” en la definición de Hartmann, pero advierte un punto esencial de su propuesta: la formulación materialista de la teoría del patriarcado y sus consecuencias en la segregación por género en el mercado de trabajo. El aporte principal de Hartmann a la teoría feminista es la idea acerca de que el patriarcado tiene bases materiales particulares y no sólo ideológicas y autónomas respecto del sistema económico. Esto ha resultado más claro para los estudios sobre el trabajo femenino en la industria durante los siglos XIX y XX que han demostrado la segregación por sexo y la tendencia a la constitución de un mercado dual.

En esa clave analiza las formas de control patriarcal sobre el trabajo femenino, la primera ligada a los sistemas familiares de producción, que define como inclusoria o inclusiva. La segunda, excluyente, en general organizada a través de estrategias de los propios trabajadores que tienden a excluir a las mujeres de determinados espacios de labor que consideran sólo propios. Y una tercera forma de control que denomina segregación y se caracteriza porque la condición de género es la que demarca determinados tipos de trabajos, o esferas de ocupación; en general, esa forma de control logra crear una jerarquía en el orden ocupacional.

Para Witz, tomando en cuenta estas cuestiones, es necesario analizar tareas como las profesionales y atender al amplio abanico de estrategias de segregación sexual, que varía enormemente según la ocupación de la que se trate. De este modo evalúa el caso de enfermeras, parteras y radiólogas durante el proceso de división del trabajo en el campo médico inglés a fines del siglo XIX. Afirma que las posiciones encumbradas y estables que los médicos varones ya poseían en el campo sanitario dejaron abierto el camino para que las mujeres sólo ocuparan los puestos de menor jerarquía. Pero al mismo tiempo analiza la coyuntura histórica concreta y las fórmulas que parteras, enfermeras y radiólogas, en condiciones de subordinación, utilizaron para conquistar y mantener el control de sus puestos dentro del escenario de la medicina y del sistema sanitario inglés.

El texto de Witz permite concluir que entre las profesiones sanitarias hubo una estrategia patriarcal de control de trabajo femenino que fue llevada adelante por los médicos varones. Ellos tuvieron la oportunidad de construir el criterio de inclusión, ya que se habían constituido previamente como una elite autorizada dentro del área sanitaria capaz de establecer los límites y requisitos de ingreso al sector. Su capacidad de acceder a recursos y determinados resortes del Estado les dio esa posibilidad. En este punto, Witz acuerda con Magalí Sarfatti Larson acerca de la idea de analizar las profesiones como proyectos entrelazados con las instituciones del Estado, el mercado, el mercado de trabajo y el sistema universitario, pero reclama que se diferencie entre profesiones, ya que no todas tienen las mismas posibilidades de dominio de estas relaciones.⁵⁴

El feminismo de la década de 1970 y por fuera de la historiografía, también hizo aportes a los sentidos generizados del cuidado y de este modo colaboró con la idea -más reciente y desarrollada- sobre una ética de los cuidados. En esta dirección se han recuperado los trabajos de Carol Gilligan y de Nel Noddings pues han colaborado posteriormente para que la enfermería como ocupación se asociara directamente con la práctica profesional del cuidado, como responsabilidad y ética fundante, y separada de la medicina. Es decir como una práctica diferente a la de los médicos pero no inferior. El trasfondo de estas cuestiones tuvieron que ver con la posibilidad de pensar “aproximaciones femeninas del cuidar” y con una ética y moral que no estaría fundada en la obediencia a la regla sino en la capacidad de reflexión sobre la acción y abierta a la corrección y orientación.⁵⁵

En el terreno específico de las tareas sanitarias feminizadas en España, Teresa Ortiz Gómez ha publicado varios trabajos con una perspectiva histórica.⁵⁶ Para el caso de la enfermería y las parteras, manifiesta que es una labor considerada “de mujeres” desde muy temprano en Europa y afirma que el desarrollo profesional no obedece a un

⁵⁴ Magalí Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, California, University of California, 1977.

⁵⁵ Una relectura de estos aportes se puede ubicar en y en Helga Kusche, *Caring: nurses, women and ethics*, Oxford, Blackwell, 1997

⁵⁶ Teresa Ortiz (ed.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona, Icaria, 2001. También se puede ver Teresa Ortiz, *Medicina, historia y género. 130 años de investigación científica*, KRK, Oviedo, 2006; Teresa Ortiz, “El género, organizador de las profesiones sanitarias.” en Miqueo et al. (eds.), *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, 2001, pp. 39-61, y Teresa Ortiz, “Género y estrategias profesionales: la formación de las matronas en el siglo XVIII”, en *El trabajo de las mujeres, pasado y presente. Actas del Congreso Internacional. Tomo III*, Málaga, Diputación de Málaga, 1996, pp. 229-238.

único modelo, a la inversa de lo sostenido durante muchos años a partir de la historia de la medicina anglosajona, modelo usual de la teoría de las profesiones. Pero lo que interesa aquí es que define en general las teorizaciones sobre la construcción de las profesiones sanitarias como homogeneizantes y androcéntricas. Por este motivo, descarta la mayoría de los aportes hechos hasta el momento, ya que considera que operan minimizando la feminización de las ocupaciones dentro del campo de la salud. Asegura que no es posible alcanzar explicación alguna de esta cuestión sin una mirada sexuada de la actividad y propone analizar las profesiones sanitarias como construcciones históricas. Es decir, abona la idea de pensar, más que en modelos teóricos, en el desarrollo histórico de las ocupaciones y, en todo caso, construir marcos teóricos alternativos y propios.

La historiografía local ha sido poco proclive a dialogar con marcos teóricos como los provenientes de la sociología. Entre los trabajos que se han propuesto saldar la distancia entre las teorías sobre las profesiones y la historia se inscriben los textos de Ricardo González Leandri *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*⁵⁷ y *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*.⁵⁸ El primer trabajo resulta una lectura de la sociología de las profesiones útil para los historiadores. Afirma que la profesión ha sido uno de los principios estructuradores de la sociedad durante el siglo XX, pero sostiene que los grupos ocupacionales que lideraron los procesos de profesionalización eran visibles y notorios ya en el siglo XIX. Destaca que la historia se ha encargado de manera subsidiaria de este asunto y ofrece una elaborada lectura de la sociología de las profesiones desde el funcionalismo, sus críticos, la renovación neomarxista y neweberiana de la década del 70, la consolidación de los estudios históricos de las profesiones en los 80 y los aportes contemporáneos de los modelos de Foucault y Bourdieu. Por otra parte, recoge algunos elementos conceptuales útiles en la actualidad, como la relación entre Estado y profesiones, el concepto de autonomía, la idea de gobernabilidad, la de persuasión, el papel del asociativismo en la consolidación

⁵⁷ Ricardo González Leandri, *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*, Madrid, Catriel, 1999.

⁵⁸ Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, Biblioteca de la Historia de las Américas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.

de los cuerpos profesionales y el concepto de clausura social aplicado al análisis histórico de los estudios de las profesiones.

Tal como lo hizo Anne Witz en su análisis sobre las profesiones sanitarias feminizadas, González Leandri destaca la auspiciosa renovación que la sociología experimentó durante la década del 70. Afirma que la revitalización de algunos paradigmas provenientes del marxismo y de la teoría weberiana dio posibilidades e impulso a la historia para producir un encuentro con la teoría de las profesiones. Esto hizo lugar a trabajos que abrieron el campo a la historia y ubicaron la profesión como parte de la construcción social del capitalismo y como explicación del acceso desigual al orden ocupacional. La idea de poder como producto y objetivo del proceso de conformación de las profesiones adquirió un sitio de interés en estos estudios. En esto también Leandri coincide con Witz, y destaca entre estos aportes el de Magalí Sarfatti Larson, quien sostuvo que la profesionalización implica la legitimación de un grupo a partir del despliegue de elementos de carácter organizativo, institucional y simbólico que apuntan a la creación y el control de los mercados. Los cuerpos profesionales generalmente tienden a regular y limitar la competencia a través del control de la educación y limitando el licenciamiento. En esta concepción, los proyectos de los cuerpos profesionales, el Estado, el mercado y la universidad son instancias de análisis necesarias para estudiar las profesiones.

Leandri también destaca el modelo alternativo creado por Terence Johnson, pues colocó un hito para los estudios históricos de las profesiones al definir las como una *forma históricamente posible de control institucionalizado de una ocupación*. En toda sociedad diferenciada se desarrollan habilidades diferentes que crean y sostienen relaciones de dependencia y distancia social y económica. Esto hace posible la autonomía de algunos sectores y refuerza la formación de elites y la distancia social de ellas respecto del resto de la sociedad. Posiblemente lo más relevante para los estudios históricos de los aportes de Johnson sea que desestabilizaron el concepto de profesionalización, hasta ese momento muy apegado a una única y típica forma de control posible sobre las ocupaciones vinculada a la experiencia anglosajona de la medicina.

González Leandri señala que la diversidad de este tipo de abordajes fue notable y se caracterizó por romper los límites de la tradicional academia anglosajona. En diferentes partes del mundo comenzó a estudiarse de manera sistemática la formación histórica de las profesiones, pero con el acento puesto en los aspectos organizativos de

aquéllas, cuando en realidad se pretendía estudiar relaciones de poder. Esto llevó en muchos casos a detectar la capacidad de las organizaciones profesionales de dominar el mercado, pero dejó afuera a aquellas ocupaciones con menor independencia respecto del Estado o de otras profesiones, entre ellas, vale aclararlo, la enfermería y la partería, profesiones subordinadas a los médicos varones respecto de los saberes e incumbencias y dependientes y normadas por el Estado para su ejercicio.

El segundo texto de González Leandri se posiciona claramente en el terreno de la historia de las profesiones. Propone historiar la “constitución de un campo médico” atendiendo en particular al proceso de profesionalización en Buenos Aires entre 1852 y 1886. Recupera la teoría de campo de Pierre Bourdieu, que le permite analizar la problemática del origen y la consolidación de los médicos como grupo de expertos. La idea de campo es utilizada para dar cuenta de la constitución de un sistema de instituciones y agentes vinculados directa o indirectamente a la medicina –en este caso– que constituyen una arena donde se dirimen las confrontaciones y las relaciones de fuerza. Al mismo tiempo, logra desactivar la idea de un curso lineal de ascenso cada vez más consolidado del poder sobre un aspecto de los saberes y ocupaciones, en este caso los médicos, que decanta en un modelo profesional característico.

Este texto pone énfasis en el proceso de “pugnas por la obtención de un monopolio de la manipulación legítima del arte de curar”. El análisis histórico le resulta útil para dar cuenta del proceso específico y relativamente autónomo del desarrollo de la profesión médica en el marco de los acontecimientos políticos, sociales y económicos. Al respecto, sostiene que la historia de cualquier profesión tiene algún grado de autonomía y, por tanto, *tiene una cronología específica* que hay que lograr identificar. De esta manera, toma distancia de la posibilidad de estudiar las profesiones como productos ahistóricos y estáticos, ya que esto no alcanza para explicar situaciones históricas concretas. Por lo tanto, resulta clave entender y explicar las profesiones no como ocupaciones *per se*, sino como la forma histórica que adquiere el control sobre determinados saberes, técnicas y procedimientos.

Otro elemento que surge del análisis histórico en la tesis de González Leandri es el problema de la autonomía, objetivo de las elites profesionales para ejercer el control sobre su saber y ocupación. En el caso de los médicos porteños, afirma, fue relativa, inestable y ambigua respecto del poder estatal. En realidad, es *persuasión* la acción que los profesionales del arte de curar lograron sobre los gobernantes. Esto resultó notable en los ámbitos institucionales y legislativos luego de producidas diferentes epidemias en

la ciudad de Buenos Aires. Las advertencias médicas respaldadas en el saber científico no resultaron suficientes, y el poder y la autonomía de la profesión se encontraron limitados. Los médicos no lograron persuadir con facilidad al poder político, del que eran parte, acerca de la necesidad de adoptar prácticas y medidas saludables e higiénicas para la ciudad.

Los estudios específicos abordados por la disciplina histórica permitirían superar algunas cuestiones pendientes, como dar cuenta del desarrollo de profesiones subalternas o subordinadas, y tomar distancia así de la teoría sociológica apegada al análisis de la medicina inglesa como paradigma del desarrollo de las profesiones. Por su parte, la historia desde una perspectiva dispuesta a dar cuenta de problemas complejos y a incorporar categorías de análisis nuevas –como la de género– permitiría revertir la tendencia que ignora las características particulares de ciertas profesiones, como las feminizadas.

Para finalizar, los estudios de género han dedicado especial interés al trabajo femenino, y la historia de las mujeres avanzó notablemente en las últimas décadas sobre este aspecto. La historiografía local se ha ocupado de visibilizar la presencia femenina entre las ocupaciones asalariadas y ha volcado su interés en especial sobre los trabajos industriales. La educación de las mujeres y su participación en el sistema universitario, entendido esto no sólo como la matriculación y egreso de mujeres de la universidad, sino también como un proceso diferencial dentro de la trayectoria profesional y laboral de las graduadas, ha generado trabajos específicos.

Pero las tareas calificadas en escenarios de alta jerarquización y de segregación por género, como las que se analizan en esta tesis, han sido menos frecuentadas, a pesar de que se trata de trabajos cuya condición sexuada es de larga data y especialmente estable en el siglo XX. Aun así, han sido poco visualizadas tanto desde la historia sociocultural de la enfermedad como desde los estudios de género y desde las historias sobre las profesiones.

Para avanzar en la visibilización del trabajo de parteras y enfermeras, es necesario tener en cuenta el escenario en el cual actuaron, pues reviste características diferenciales. La medicina ha sido una actividad tempranamente profesionalizada y fuertemente estratificada y corporativa desde fines del siglo XIX; fueron muy pocas las mujeres que lograron penetrar esta corporación y su lugar fue usualmente marginal. Pero es imprescindible modificar el foco y descubrirlas en sus tareas concretas, en sus

estrategias de sostenimiento y de diálogo con médicos y con las autoridades sanitarias, y atender tanto a las políticas que las interpelaron como a aquellas que las ignoraron.

3. Sobre las fuentes y documentos

El corpus de documentos para esta tesis está compuesto por fuentes de diferente orden. Por un lado, aquellas que dan cuenta del trabajo y los saberes especiales que se promovieron entre parteras y enfermeras desde fines del siglo XIX. Se trata de documentos que provienen de los sectores más interesados y preocupados por las condiciones en las cuales se producían los nacimientos en la ciudad de Buenos Aires. En revistas científicas, en tesis, en estudios monográficos, en informes técnicos, el interés sobre el parto y el nacimiento, y, por tanto, en el modo de atención que estos momentos vitales recibían, fue motivo de una cantidad amplia de trabajos. Un poco más tarde sucedió algo similar con la atención “experta” de los enfermos en los hospitales y la capacidad de dar respuesta adecuada de los cuerpos auxiliares de la medicina: las enfermeras. Para las últimas, este tipo de materiales se puede ubicar hasta avanzada la década del 40, pues se trató de una ocupación cuyo perfil demoró en definirse, de modo diferente a lo que sucedió con las parteras, que lograron ubicarse rápidamente en la estructura de los servicios de salud.

Para analizar la institucionalización y las tensiones que ese proceso generó dentro de las escuelas de formación de expertas en partos y en el cuidado especializado, he recurrido a los programas, las currículas y los reglamentos de las instituciones de educativas existentes en la ciudad de Buenos Aires. Este tipo de materiales permiten también analizar las representaciones y las expectativas acerca de las mujeres que se inclinaron por las tareas de cuidar y partear. Los más de 30 manuales de enfermería relevados para el período aquí analizado se dirigen, casi sin excepción, a un público lector femenino. Junto a los artículos publicados en revistas vinculadas a las instituciones que formaron enfermeras se puede apreciar la construcción de un discurso con definidas nociones de género en el cual circularon las representaciones de la enfermería. El universo simbólico con el cual se construyó la noción de la enfermera ideal se puede seguir en un arco amplio de voces públicas, que van desde las más específicas y restringidas, como las revistas médicas y reglamentos escolares, hasta diarios de circulación masiva, filmes de difusión y propaganda de gobierno y exhibiciones públicas. Este tipo de documentos forman el corpus fundamental de este trabajo.

Las revistas y publicaciones periódicas de las organizaciones asociativas de ambas ocupaciones han sido fuentes invaluableles, de difícil consulta, pero muy ricas, pues son de los pocos documentos que permitieron seguir los argumentos y discursos que enfermeras y parteras elaboraron respecto de sus propias tareas, y acerca de sus condiciones de trabajo, de sus estrategias de diálogo y de vinculación con los médicos y con el Estado. Pero en este caso es importante distinguir que el carácter de las publicaciones periódicas tiene diferencias notables asociadas a las características y el origen de las organizaciones que les dieron lugar.

El asociativismo entre las parteras fue temprano: en 1901 ya se había creado la primera organización de este tipo, y dos años después comenzó a publicarse la *Revista de la Asociación Obstétrica Nacional*. La AON anticipó a la obstetricia médica, pues la primera organización de obstetras fue posterior, y su publicación comenzó a aparecer en 1908.

La AON es la principal organización de parteras del país, y a pesar de los diferentes momentos que atravesó, algunos de repliegue, aún sobrevive. En los primeros años contó con el apoyo y la colaboración de los principales obstetras porteños, en particular con los vinculados a la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina de la UBA, pero para su creación e impulso fueron especiales el apoyo y la promoción de Cecilia Grierson y de otras feministas, como Julieta Lanteri. Ellas acompañaron activamente la primera y más esplendorosa etapa de la organización, y en este sentido la asociación de parteras puede ser considerada parte del activismo de la primera ola feminista en la Argentina.

Lamentablemente, es difícil de ubicar la colección completa de la revista de la AON –que circuló entre 1903 y 1917– en las bibliotecas porteñas, aunque algunos números sueltos están distribuidos en otras bibliotecas, en particular en Francia, donde actualmente se está digitalizando la publicación. Para mi fortuna, sobre el final de la redacción de esta tesis, tuve la posibilidad de tomar contacto con miembros de la AON y logré relevar la colección completa de su revista.

Ligadas a la AON hubo otras organizaciones que crecieron de manera autónoma, pero que terminaron uniéndose a ella, como La Casa de Obstétrica, en la década de 1930; la Obstétrica Argentina, a inicios de los 40, y más adelante el Sindicato Obstétrico Argentino. Todas estas organizaciones tuvieron publicaciones propias que en conjunto me permitieron armar un corpus hasta la década de 1940.

Pero una diferencia sustancial entre el asociativismo obstétrico y el de las enfermeras es que el primero resultó de la iniciativa particular y autónoma de las parteras, y gran parte de la sobrevivencia de esa organización hasta la actualidad tuvo que ver con esa condición. En cambio, fue mucho más difícil para las enfermeras, quienes no han logrado una organización autónoma. Existieron intentos asociativos a partir de la década de 1920, pero en todos los casos se trató de iniciativas promovidas por fuera del gremio, por sectores interesados en el oficio, pero que no lograron despertar el interés de las nurses. Más adelante, y luego de la experiencia más notable tendiente al reconocimiento y la calificación de la enfermería, se creó la organización de mayor trascendencia entre las enfermeras, formada por quienes habían logrado calificarse y encumbrarse en la profesión durante el peronismo. De ese mismo grupo de enfermeras había dependido durante la gestión del ministro Ramón Carrillo la publicación *Enfermería*, ligada directamente a los Archivos de Salud Pública de la Secretaría de Salud. Es decir, la publicación fue parte del organismo de difusión del ministerio, aunque, como se verá, fue de gran importancia para la reflexión sobre la condición de la enfermería.

Por otro lado, he utilizado fuentes que aportan información cuantitativa. Censos nacionales y municipales; padrones de los empleados y empleadas de la ciudad de Buenos Aires; registros de graduadas, e información estadística periódica de origen nacional, municipal y elaborada por la Universidad de Buenos Aires. En todos los casos se trata de datos que no guardan consistencia para todo el período, pero permiten establecer algunas conclusiones respecto de la feminización y la tendencia de largo plazo de este fenómeno, y del interés que cada una de estas ocupaciones asalariadas generó entre las trabajadoras.

En este caso, también la diferencia entre enfermeras y parteras es la característica. Es difícil tener en claro el número de parteras que trabajaban en la ciudad de Buenos Aires antes de 1905. Hasta ese momento, los registros son parciales y dependen de los registros censales y de la declaración de las parteras mismas, que en algunos casos no estaban autorizadas a partear y, por lo tanto, no siempre habrían declarado su condición. Esos registros se complementan con otros más fiables, pero discontinuos, como la matriculación que la Universidad de Buenos Aires comenzó a elaborar anualmente a partir de 1877, donde debían registrarse todas las parteras que quisieran ejercer legalmente la profesión. Luego, a partir de la organización estable de la Escuela de Parteras en la Facultad de Medicina, la universidad comenzó a registrar el

número de graduadas, lo que permite tener una noción de largo plazo del interés de las mujeres por esa carrera siempre femenina hasta por lo menos la década de 1970.

Lamentablemente, la información suministrada por los censos nacionales y municipales es discontinua y heterogénea para las dos ocupaciones aquí analizadas. El Cuarto Censo Nacional, de 1947, no relevó entre las ocupaciones la designación “enfermeras” y “parteras”, como sí lo había hecho el anterior. Aquel censo tomó en cuenta más de 450 actividades específicas, pero enfermeras y parteras no figuran entre ellas. Quienes ejercían esas actividades en el momento del relevamiento censal posiblemente hayan sido consideradas dentro del amplio rubro de “servicios sanitarios” u “hospitales”, y su desempeño seguramente fue considerado dentro de la borrosa definición de “semiprofesiones”. En cualquiera de los casos, la mano de obra femenina resultó superior a la masculina, pero esta información no permite establecer con exactitud el número de mujeres enfermeras y parteras.

Para las enfermeras, el punto de partida más claro, transcurrida la primera década del siglo XX, indica que más del 70% de las personas dedicadas a la enfermería eran mujeres, pero esta cifra es posterior a una de las primeras intervenciones del Estado porteño, cuando resolvió eliminar la presencia masculina de la actividad. Los primeros efectos de esto se pueden ver en el Tercer Censo Nacional, de 1914.

Hubieran sido de especial interés los datos recogidos por el Cuarto Censo General de la ciudad de Buenos Aires, durante 1936. En esa oportunidad se relevaron “profesiones, ocupaciones y medios de vida”, entre los cuales la enfermería y la partería estaban contempladas. El cuarto tomo de la publicación de resultados de este censo estaba destinado a sistematizar los datos sobre ocupación, pero nunca fue publicado y las cédulas censales fueron destruidas.⁵⁹

No obstante, los datos provenientes de los censos plantean un problema para la enfermería, ya que no discriminan entre las personas diplomadas y las no diplomadas. En hospitales y sanatorios podían trabajar como enfermeros o enfermeras personas sin ningún tipo de formación previa. Muchos de ellos eran hombres que habían iniciado su actividad como camilleros o en tareas similares y mujeres que se desempeñaban como mucamas o cocineras. El tiempo transcurrido dentro de los establecimientos les había

⁵⁹ Debo agradecer la colaboración del personal de la Dirección General y Centro Documental de Información y Archivo Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CEDOM), que me ayudó en la búsqueda del IV tomo del Censo Municipal de 1936 y me permitió conocer el destino de las cédulas censales correspondientes.

permitido acceder a otros oficios de mayor jerarquía, como la enfermería. Por otro lado, es posible que parte del trabajo de las enfermeras “empíricas” haya sido realizado de manera extrahospitalaria, es decir, por cuenta propia, aumentando el riesgo de subregistro de esta tarea.

Un segundo tipo de fuentes, provenientes de escuelas e instituciones que formaban enfermeras y de la administración de la ciudad, complementa, aunque no completa, la información cuantitativa sobre la ocupación. Los libros de graduadas, las memorias y los anuarios permiten alguna certeza respecto del número de mujeres diplomadas. En estos casos se repiten algunos inconvenientes; no es posible crear series completas, ya que la información no es continua ni homogénea; sin embargo, permiten establecer una tendencia.

A partir de 1945, se cuenta con los datos suministrados por el Ministerio de Salud Pública, que aportan información sobre las enfermeras empleadas en hospitales y sanatorios. Pero en este caso la descripción es acotada en el tiempo; contribuye con la información sobre un momento específico y no discrimina entre las diferentes provincias del país.

4. Leer esta tesis o “elige tu propia aventura”

Esta tesis está organizada en tres partes; cada sección se compone de dos capítulos: uno dedicado a las parteras y otro, a las enfermeras. La agrupación en partes o secciones obedece a mi objetivo de vincular los problemas que tienen en común parteras y enfermeras, pero también pone en contraste las diferencias en términos de las temporalidades del desarrollo de cada uno de los oficios que aquí se analizan, de las preocupaciones e intereses que supieron generar y de las estrategias que sus agentes lograron implementar. Diacronías y sincronías caracterizan el desarrollo de ambas ocupaciones.

Sin embargo, el lector o la lectora podrían elegir otro recorrido. De un modo similar a las novelas de suspenso que circularon en mi adolescencia agrupadas en la colección *Elige tu propia aventura*, una especie de ensayo de lectura “interactiva” que rememora a la notable *Rayuela* de Julio Cortázar, donde los lectores podían elegir cómo seguir el relato y no estaban obligados a continuar la lectura por el capítulo consecutivo, este trabajo podría leerse privilegiando la continuidad de cada uno de los oficios y no exclusivamente respetando el orden que yo elegí para exponer mi investigación.

La primera parte de este trabajo está dedicado a describir y analizar la formación de la partería y la enfermería como nuevos oficios a fines del siglo XIX y la asignación de género que esto implicó.

No era nuevo que los partos los atendieran mujeres, y también era usual que el cuidado de los enfermos y convalecientes quedara a cargo de mujeres, pero su desarrollo como tareas especiales, de acuerdo con los conocimientos médicos modernos y en el contexto del sistema de atención de la salud de la ciudad de Buenos Aires, impuso nuevos significados al ejercicio de ambas tareas en condiciones muy diferentes.

A partir de las primeras regulaciones sobre las profesiones médicas y sus ramas auxiliares, en 1877, se puso en evidencia que enfermería y partería tendrían gravitación diferente. Unas serían consideradas miembros subalternos, pero dentro de los trabajos definidos como propios del arte de curar; las otras quedarían fuera de esa jerarquía y no serían consideradas parte de las tareas médicas. Esto fue el punto de partida de las sincronías y asincronías entre ambas ocupaciones, que se verán expresadas tanto en las temporalidades de cada una como en el desarrollo y la calificación de ambos oficios y en el interés que generaron.

El parto se “medicalizó” con rapidez a medida que el interés por las madres, la maternidad y los nacimientos creció, y esto implicó la necesaria división de tareas entre médicos y parteras, y posicionó a las segundas como auxiliares necesarias de la medicina. Pero la enfermería había que crearla; se trataba de un oficio con características nuevas y era necesario dotarlo de saberes específicos y de procedimientos técnicos.

El capítulo 1 narra y recupera los modos de asistir partos y parir en Buenos Aires entre 1870 y los primeros años del siglo XX. Esa tarea era casi exclusivamente ejercida por mujeres, más o menos expertas, con o sin capacitación, acreditadas o no. La tecnología del parto era elemental y tenía límites estrechos para mantener la vida de la madre y/o del niño en los casos laboriosos o distócicos, y la intervención médica no siempre modificaba el destino de un parto.

Por otro lado, la partera era capaz de asistir a una mujer en otras situaciones: podía diagnosticar un embarazo, atender o provocar un aborto e incluso darle los primeros cuidados al recién nacido. Estas condiciones fueron favorables para que durante una parte importante del siglo XIX las parteras ejercieran su trabajo con cierta autonomía y que ofrecieran sus servicios en un mercado casi por completo disponible

para ellas. Así pudieron desarrollar una experticia que les permitió sobrevivir a los cambios alrededor de los nacimientos y sus modos de tratarlos.

Pero durante el último tercio del siglo XIX el parto se definió como un asunto de interés para la medicina, y con esto se incorporó de lleno a las incumbencias médicas. Las consecuencias sobre las parteras fueron directas, y su oficio perdió con rapidez el carácter autónomo que había tenido hasta ese momento. Esto no significó que los partos dejaran de ser un asunto de mujeres, es decir, atendidos por parteras. Las manos expertas continuaron siendo femeninas, pero desde ese momento el parto y su atención se rigieron según pretendidos saberes modernos, es decir, científicos y definidos por médicos.

Se ajustaron así los márgenes de la partería profesional y se achicó el campo de acción de las parteras. Las instituciones ligadas al saber médico, la Facultad de Medicina y el Estado porteño fueron claves en ese proceso, que incorporó a las parteras dentro de los oficios vinculados a la atención de la salud y definió las buenas prácticas frente al parto y a las mujeres embarazadas.

El capítulo 2 está dedicado al interés que la enfermería generó como oficio calificado y de mujeres. A diferencia de la partería, el cuidado de enfermos, sobre todo en instituciones, era ejercido alternativamente por varones y por mujeres sin ningún tipo de calificación. Pero a partir de la creación de la Asistencia Pública, el Estado porteño se inclinó por crear una enfermería calificada en la ciudad de Buenos Aires. Esto coincidió con el desarrollo inicial del sistema de atención de la salud en la ciudad y con la intervención en áreas específicas de actores periféricos, pero con capacidad de proponer y dialogar con las autoridades locales. La figura de Cecilia Grierson, por medio de sus preocupaciones por la capacitación de las mujeres, tuvo un lugar central en este aspecto durante las últimas dos décadas del siglo XIX, y gracias a su impulso y dirección se creó la primera escuela de enfermeras de la ciudad. El proyecto de Cecilia Grierson era formar mujeres jóvenes, de buena posición social y dispuestas a realizar un trabajo “sacrificado” como la enfermería.

El gobierno porteño apoyó con intermitencias el proyecto de Cecilia Grierson, que finalmente resultó inconcluso, aunque logró mantenerse como una referencia para la enfermería local, con notables reinterpretaciones y transformaciones. En esa versión, la enfermería moderna era femenina, calificada y no sólo asociada al hospital; era un modelo que se proyectaba para extenderse sobre la ciudad y formar parte del dispositivo higiénico urbano.

La Asistencia Pública porteña dio continuidad a la escuela de enfermeras que Grierson había dirigido y feminizó definitivamente su escuela en 1912. La escuela municipal se constituyó en la reserva más importante de enfermeras diplomadas, pero la mayoría de los hospitales y clínicas mantuvieron los mismos criterios que habían impuesto las necesidades sanitarias a fines del siglo XIX y recurrían a personal sin instrucción para que trabajara en sus salas, o eventualmente formaban a sus propias trabajadoras. Una dinámica se instaló temprano en la ciudad: la escasez de enfermeras diplomadas estimuló la permisividad de las autoridades, que se conformaban con incorporar mujeres sin capacitación a sus salas.

En la segunda parte de esta investigación se desarrollan los modos y las estrategias que enfermeras y parteras ensayaron para posicionarse y/o mantenerse en sus trabajos una vez incorporadas a la estructura del sistema sanitario. Tanto la inclusión de las parteras entre los oficios vinculados a la medicina como la desatención respecto de las enfermeras se retroalimentaron en cada caso con las acciones, respuestas y silencios de las agentes de ambas tareas frente a la reorganización de sus funciones o a las nuevas exigencias y demandas que los respectivos oficios planteaban. La cronología en cada caso es específica: las parteras fueron incorporadas con rapidez a los oficios auxiliares de la medicina en la primera década del siglo, y con ello se definieron las exigencias para mantenerse en el oficio. En cambio, la enfermería no estuvo entre las preocupaciones de primer nivel en la agenda de los problemas sanitarios y de higiene. El interés y la preocupación por la enfermería se mantuvieron encerrados y acotados a las instituciones específicas, a las directoras y directores de esas instituciones y, en menor medida, a los hospitales e instituciones que las requirieron hasta avanzada la década del 30, cuando las condiciones del oficio se advirtieron críticas para el Estado porteño.

El capítulo 3 rastrea las estrategias y la organización que las parteras, en particular las agremiadas a partir de 1901, implementaron para mantenerse como interlocutoras de la medicina frente a la jerarquización de las tareas vinculadas al parto. Frente a las reglamentaciones del oficio, a la educación diferenciada para varones médicos y mujeres parteras, a la fiscalización monopolizada por la Facultad de Medicina y al cada vez más tecnificado e institucionalizado parto, este grupo entendió que su oficio se modificaba y con ello su mercado, las pretensiones de su clientela y sus posibilidades laborales.

Las parteras agremiadas actuaron en particular frente al interés cada vez más influyente de una nueva especialidad dentro de la medicina: la obstetricia. Obstetras y parteras compartieron un escenario común, el parto, con roles distinguibles y cada vez más diferenciados. La primera organización asociativa de parteras, la Asociación Obstétrica Nacional, impulsada por médicas feministas y por parteras diplomadas, trabó diálogo fluido con el discurso científico emitido por la Facultad de Medicina y sus integrantes. Procuró de este modo mantener un lugar destacado dentro del ordenamiento de las tareas vinculadas a la atención de la salud frente a los significativos recortes de sus posibilidades como profesionales. En el mismo sentido actuaron frente al Estado y promovieron el monopolio del parto higiénico en manos de profesionales acreditadas como las parteras agremiadas.

La cada vez más compleja tecnología del parto, las cirugías y los procedimientos invasivos alejaron a las parteras de las salas de parto, pero no definitivamente de los partos.

En el capítulo 4 desarrollo las manifestaciones críticas que la enfermería porteña expresó en la década de 1930 y hasta la avanzada la década siguiente: el desafortunado recorrido de la educación en enfermería, el desinterés de las autoridades sanitarias y, especialmente, la poca importancia que la capacitación en el rubro recogió y que dio señales de crisis aguda en la década del 1930. La asimetría con los proyectos que habían tenido lugar a principios de siglo fue cada vez evidente; la enfermería había perdido la prédica entre las mujeres, que no vieron en ella una profesión a la que aspirar, calificada y valorada.

El Estado porteño se interesó por el asunto en el contexto de una importante crisis en el sector hospitalario. Al mismo tiempo, las direcciones de las escuelas de enfermería de la ciudad expresaban con vehemencia la necesidad de modificaciones urgentes que apuntaran a cambiar el perfil de la ocupación, y anticiparon sin saberlo lo que sucedería durante la etapa siguiente.

La tercera parte de esta tesis se ocupa de analizar, por un lado, el encumbramiento y la estabilización de la obstetricia, ejercida por los médicos, como saber capaz de dominar todos los asuntos relativos al parto, el embarazo y el puerperio, y las respuestas de las parteras frente a esta situación. Por otro lado, se analizan la continuidad entre las políticas proyectadas para calificar el oficio de las enfermeras una vez creado el primer Ministerio de Salud de la Nación y la aplicación concreta de

nuevas políticas que pretendieron colocar al oficio en un lugar destacado dentro del sistema sanitario.

Se trata de dos procesos que no están unidos; uno afecta directamente el trabajo de las parteras y las pone de cara a transformaciones definitivas en su oficio, incluso hasta poner en riesgo la especificidad de la tarea. El otro tiene impacto entre un reducido núcleo de mujeres dedicadas a la enfermería, pero se pretendió extensivo a todas las mujeres interesadas en la profesión. Sin embargo, ambos ponen en tensión el lugar de las mujeres en los oficios sanitarios. El discurso del Estado porteño y de la medicina sobre estos roles resultará determinante para la caracterización de estos oficios y para el destino y el comportamiento de sus agentes.

En el capítulo 5 analizo el impacto de la obstetricia médica en el manejo del parto, del embarazo y del puerperio que pudo verse con mayor claridad hacia las décadas de 1930 y de 1940 pero que tuvo anticipo en los años previos. La obstetricia médica devino en obstetricia social y estableció como terreno de operaciones el hospital, la clínica y la maternidad. Cualquier parto fuera de allí era inseguro. El discurso médico se propaló de modo efectivo entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires, y un nuevo código sobre el parto se impuso con su traducción en nuevas intervenciones, nuevos diagnósticos y nuevas formas de tratar a las parturientas, todos procedimientos de los cuales las parteras quedaron al margen.

Sin embargo, nuevas y viejas prácticas convivieron, y la medicalización del parto, ciertamente efectiva, no resultó suficiente para institucionalizar todos los nacimientos. Los partos domiciliarios fueron una práctica menguada, pero que se mantuvo, y en esos ámbitos el rol de la partería seguiría siendo protagónico y reivindicado por sus hacedoras. En los hogares pobres, contradiciendo las necesidades creadas por los obstetras de institucionalizar y patologizar los nacimientos, y en los hogares ricos, manteniendo la distancia social con el resto de la sociedad.

Por otro lado, avanzada la década de 1940, entre las voces agremiadas dentro de la partería se pudo conformar un discurso de características defensivas frente a la realidad que las había desplazado del dominio del parto, que buscó espacios de acción propios y sin intervenciones médicas, pero que encontró límites muy próximos.

En el capítulo 6, analizo las políticas que el primer Ministerio de Salud de la Nación implementó sobre la enfermería con decididas intenciones de calificar la profesión y el resultado que tuvo dentro de un limitado grupo de enfermeras que se constituyeron en una elite profesional. Mediante reclutamiento directo, un puñado de

enfermeras porteñas fueron seleccionadas por el ministerio para capacitarse como instructoras de enfermería capaces de difundir sus saberes en todo el territorio de la nación. Sobre la base de ideales tradicionales vinculados al oficio, como la abnegación, el sacrificio y la idea de misión, junto a saberes y procedimientos técnicos modernos, se creó al abrigo del primer peronismo un grupo compacto y reducido de enfermeras de alta calificación. Sin embargo, los objetivos resultaron truncanos y fueron inútiles para expandir una nueva enfermería en todo el país. Hacia el final de la gestión de Ramón Carrillo, el propio ministerio reconocía las dificultades y el fracaso del plan para la capacitación de las enfermeras, y el escaso interés que había logrado generar entre las mujeres.

Finalmente, la tesis cierra con una conclusión y reflexiones finales en las que se retoman los problemas generales planteados en cada capítulo y se avanza sobre las principales diferencias entre las ocupaciones investigadas y el significado que ha tenido la feminización para la enfermería y la partería.

Primera parte

Cuidar, partear y asistir en Buenos Aires. Sincronías y asincronías en el cambio de siglo

Plácida Figueroa desde los 7 años de edad recorría las salas del Hospital de Mujeres para cumplir con el encargo que le hacían las enfermas. Así pasó su niñez, forjándose su el carácter con el temple que dan la vista del dolor y la contemplación de la desgracia. Trabajó como cigarrera muchos años,; y cuando los salarios de su jornal se fueron reduciendo poco a poco hasta llegar a ser insuficientes para cubrir las necesidades de su casa, resolvió ingresar al Hospital de Mujeres, al que le tenía tanto cariño y en donde se le ofrecía una plaza como enfermera...⁶⁰ Era el año 1854 y Plácida tenía 33 años. Justo en ese momento, el hospital abría la primera sala de maternidad de la ciudad de Buenos Aires: la sala San Ramón. El director del hospital – el Dr. Muñiz– convocó a Plácida como enfermera para esa sala, y después de observar su inteligencia en el trabajo de servicio y su conducta ejemplar como enfermera, pensó en hacerla seguir los cursos que él dictaba para que obtuviese el diploma correspondiente y se le pudiera dar el nombramiento de partera jefe de sala.⁶¹ Plácida Figueroa era analfabeta, pero en marzo de 1861 se presentó en la Facultad de Medicina para solicitar su matrícula como alumna en uno de los cursos de obstetricia que dictaba esa institución. En menos de dos años obtuvo el título de partera, actividad que realizó durante más de 20 años.

La historia de Plácida Figueroa anunciaba los cambios que el trabajo de cuidar enfermos y asistir partos experimentaría en el pasaje del siglo XIX al XX. Es una historia particular y adelantada a su época, pues en ese momento el cuidado de los enfermos en el hospital o la atención de los partos en los domicilios estaban en manos de personas que no siempre habían recibido capacitación: podían ser expertas que habían adquirido conocimiento con la práctica, como muchas parteras, o simplemente eran mujeres que colaboraban en el cuidado de los enfermos y enfermas como misión religiosa. En la narración del biógrafo de Figueroa hay un pasaje entre los cuidados y la atención no especializada a otro momento en el cual esas tareas se convirtieron en saberes validados y jerarquizados institucionalmente, y de interés para sus colegas

⁶⁰ Juan Carlos Llamas Massini, *La partera de Buenos Aires*, Buenos Aires, Faliban y Camillioni, 1915, pp. 103-104.

⁶¹ *Ibidem.*

médicos. En este sentido, es la expresión de las expectativas sobre el perfil que las ramas auxiliares de la medicina debían adquirir. Esas expectativas fueron producto de la reconsideración del parto como una cuestión médica y de los cuidados como un asunto que debía quedar en manos de personas entrenadas e instruidas. En diferentes momentos, que van desde fines del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX, enfermeras y parteras se convirtieron en objeto de preocupación de los médicos como grupo con capacidad de incidir en los modos de tratar las cuestiones vinculadas a la salud y la higiene de la población.

El recorrido que la partería y la enfermería realizaron tuvo puntos de partida en común, pero en poco tiempo se bifurcó y cada una adquirió su propia temporalidad. El trabajo de una y otras fue considerado de modo diferente en términos de la importancia y la delicadeza de sus tareas concretas y de la posición en la estructura de las tareas vinculadas a la salud. Unas serían consideradas miembros subalternos, pero dentro de los trabajos definidos como propios del arte de curar; así se definió el trabajo de las parteras en el último tercio del siglo XIX. En cambio, el interés por la enfermería sólo resultó claro más tarde, sobre el filo del siglo XX, y con mayor precisión durante las dos primeras décadas de ese siglo. Esto fue producto de los intereses diferentes y de las características propias de ambas tareas. La enfermería, a diferencia de la obstetricia, quedó fuera de la perspectiva de la salud y de la medicina como ciencia, y el camino hacia la calificación de la tarea fue sinuoso y contradictorio. Esto posicionó de manera definitiva el desarrollo de cada uno de los oficios y desencadenó respuestas muy diferentes de las personas involucradas.

Sin embargo, la partería y la enfermería mantuvieron como característica común ser tareas exclusivas de mujeres. En el primer caso, esto fue resultado de una práctica instalada y poco discutida: resultaba lógico y razonable que las mujeres fueran las naturales colaboradoras en los nacimientos por su condición de género. En el segundo caso, la presencia femenina fue un asunto provocado, que dependió de las disposiciones del Estado porteño y de las consideraciones respecto del significado de cuidar del género de quienes lo hacían.

Las diferentes valoraciones de una y otra tarea tuvieron incidencia directa en el curso de la enseñanza y la capacitación de enfermeras y parteras, y de las incumbencias adjudicadas a ambas actividades. En este esquema, el cuidado de enfermos demoró varios años en definirse y regularizarse, pues la opinión de las voces autorizadas de médicos y administradores del dispositivo sanitario no lograba establecer el interés

específico ni la experticia de la enfermería. Esas tareas se mantuvieron en un plano inestable y sin definiciones precisas hasta avanzado el siglo XX. El caso del parto fue diferente: se medicalizó rápido, conforme creció el interés sobre las madres y sus proles; esto implicó la necesaria división de tareas entre médicos y parteras. De este modo, en el último tercio del siglo XIX había que ubicar el trabajo de las parteras con roles definitivos y acotados dentro de la jerarquía de los saberes de la medicina, poner límites a sus prácticas y adecuar sus conocimientos. En cambio, hacia principios del siglo XX había que “inventar” el oficio de las enfermeras, dotarlo de saberes específicos y ubicarlas en el contexto de las instituciones sanitarias y de las prácticas del cuidado. Ese proceso no fue rápido ni exitoso.

Capítulo 1

Partear en Buenos Aires. 1877-1900

Hacia la década de 1870, los partos en la ciudad de Buenos Aires eran con frecuencia asistidos por expertas, que podían ser parteras profesionales y habilitadas o prácticas avezadas. Fue un período en el que la actividad de la partería se reconoció como una de las tareas auxiliares de la medicina y de interés para el desarrollo feliz de los nacimientos. La experiencia de una partera con varios años de ejercicio podía ser mayor que la de cualquier médico diplomado, y el tipo de asistencia que ella podía proporcionar no difería demasiado de los cuidados que daba un médico. La tecnología del parto era elemental y tenía límites estrechos para mantener la vida de la madre y/o del niño en los casos laboriosos o distócicos. Estas condiciones fueron favorables para que durante una parte importante del siglo XIX las parteras ejercieran su trabajo con cierta autonomía y ofrecieran sus servicios en un mercado casi por completo disponible para ellas. Pero en el último tercio de ese siglo, como parte de las adelantadas preocupaciones respecto de las condiciones higiénicas de la ciudad y su población, el modo de partear se convirtió en un asunto de interés para el Estado y sus agencias, y también para el cuerpo médico porteño. Esto no significó que los nacimientos dejaran de ser asistidos por parteras ni implicó su automática institucionalización; fue el inicio de una etapa en la cual parir y nacer ingresaron en la órbita de la incumbencia médica y cobraron importancia para los dispositivos sanitarios. Algunas versiones sobre este proceso definen este momento como el cambio de una “ciencia de hembra hacia una ciencia obstétrica”.⁶² En otras versiones, fue el proceso de control del Estado sobre las parteras como eternos sujetos sospechosos de ejercer su oficio más allá del parto, en abortos e infanticidios.⁶³

Pero el desarrollo de la partería como tarea de la medicina significó su incorporación a los oficios del arte de curar en un lugar subordinado que no excluyó a

⁶² Cf. María Soledad Zárate Campos, *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2007.

⁶³ Cf. Kristin Ruggiero, *Modernity in the Flesh. Medicine, law and Society in Turn-of-the-Century Argentina*, Stanford University Press, 2004. Ver en particular los capítulos 2 y 3. Y de la misma autora, “Honor, Maternity and the Disciplining of Women: Infanticidio in Late Nineteenth-Century Buenos Aires”, en *The Hispanic American Historical Review*, Vol. 72, N° 3, Aug., 1992, pp. 353-373.

las mujeres de la actividad, sino que, por el contrario, alentó su presencia bajo nuevas condiciones. En este capítulo señalaré el tipo de trabajo que hacían las parteras, la técnica y la tecnología de que disponían y el abanico de intervenciones que el oficio les permitía dentro y fuera de los márgenes otorgados por la ley justo cuando partear fue considerado un acto de interés para la medicina. Intentaré explicar cómo parteras y médicos debieron acomodarse en singulares condiciones a intervenir en los nacimientos, y finalmente el modo en que el Estado consideró los partos y la forma de tratarlos. En definitiva, cómo hacia el cambio de siglo el parto ocupó un lugar renovado y, por lo tanto, las parteras se vieron involucradas en una serie de cambios que afectaron las condiciones de su trabajo, pero que también produjeron respuestas acerca de la nueva situación que definieron el sentido del oficio.

1. Partear, parir y nacer en Buenos Aires

El parto ha sido un asunto experimentado entre mujeres y mantuvo esa condición a pesar de las transformaciones que sufrió a lo largo de los últimos siglos. La compañía de una mujer con experiencia, la asistencia de una experta o la presencia de una partera “accidental” solían ser parte del escenario en el cual transcurrían los nacimientos. Esto fue una constante que atravesó diferentes momentos y concepciones respecto de los modos de parir, pero que sufrió transformaciones marcadas en los últimos dos siglos.

Parir y partear en Buenos Aires durante el último tercio del siglo XIX devinieron de modo definitivo en un asunto de la medicina y en un acto higiénico; esto significó definir los límites y las posibilidades del oficio de partear. Las parteras de diverso origen fueron gradualmente reconocidas por las autoridades y profesionales con incumbencias en la atención sanitaria de la ciudad; al mismo tiempo, el ejercicio de partear debió responder a mecanismos de validación y legitimación de su tarea ante el Estado porteño y la Facultad de Medicina. Este proceso fue producto de la reconsideración del parto y del nacimiento como un asunto específico para la medicina, y promovió una serie de nuevas prácticas que no siempre fueron incorporadas ni acatadas voluntariamente, o que simplemente no siempre resultaron posibles. Esto tuvo que ver con el tipo de tareas que implicaba atender un parto, el trabajo concreto de cada partera y las posibilidades reales de incorporar nuevas pautas.

La partera podía comenzar su trabajo en diferentes momentos del embarazo o del parto. En algunos casos, confirmaba la preñez, aunque en la mayoría de las

oportunidades se limitaba a intervenir durante los días próximos al parto o directamente actuaba en momentos en que éste estaba pronto a desencadenarse. Incluso era posible que colaborara en las horas previas a la expulsión del feto, pero estuviera ausente en el momento del nacimiento. Siempre que un parto se desarrollaba con normalidad, esto era frecuente. Una característica del modo de parrear durante el período era que la partera podía manejarse como una experta autónoma, sin la intervención de otros profesionales.

Era usual el parto en domicilio, aunque no para todas las mujeres. La posibilidad de parir en el propio hogar y con atención de una partera era para las que podían pagarlo y elegir la asistencia de su preferencia, en general recomendada por la familia o por otras mujeres conocidas. Esto era usual entre los sectores más conspicuos de la sociedad porteña, que tenían sus comadronas de confianza y de renombre, como Luisa Ravassi, quien llegó a atender más de 6000 nacimientos a lo largo de su carrera, entre 1863 y 1883, y contó con el reconocimiento y la recomendación de médicos que la conocían bien y daban cuenta de su probidad y créditos por el título habilitante que le había otorgado la Facultad de Medicina.⁶⁴

Parteras como Ravassi sólo estaban al alcance de algunas embarazadas, pero hubo otras más asequibles para mujeres de condición modesta que también podían concurrir al domicilio de las parturientas. Sin embargo, la manera más frecuente de parir era en el hogar de la partera, devenida en casa de partos; en estos establecimientos se producían muchos de los nacimientos urbanos a fines del siglo XIX. Las mujeres con más fortuna podían optar por el sistema de pensionado disponible por semana, por mes o por día. Algunas tenían la posibilidad de pagar por varias semanas, hasta más de un mes antes del parto y varios días después de ocurrido el nacimiento, pero la mayoría no podía aspirar a otra cosa que ser asistidas sólo durante las horas críticas y hasta el alumbramiento y la recuperación, y debían conformarse con unas pocas horas de atención. El pensionado también era una posibilidad para los partos “discretos”, una alternativa para las mujeres que decidían ocultar su embarazo. Las parteras solían ofrecer este servicio; las mujeres podían internarse varias semanas antes del nacimiento del niño y protegerse así de los comentarios y las miradas condenatorias; en algunos casos, de este modo se resolvía de

⁶⁴ Llamas Massini, *op. cit.*, pp. 119 y ss.

manera definitiva la situación, pues la partera podía ocuparse de depositar al recién nacido en el “torno”.⁶⁵

El pensionado era una alternativa muy favorable para las parteras que podían ofrecerlo, pues significaba optimizar el tiempo de su trabajo. Los partos eran eventos que podían demorar varias horas, incluso días, y las maniobras disponibles para acelerarlos no eran muchas. El sistema de internado en su casa de partos le permitía a la partera alternar la atención entre varias mujeres y combinar su trabajo con los partos domiciliarios. En algunos casos, las casas de partos podían ser pequeños emprendimientos familiares bajo la administración de una partera con la colaboración de alguno de los miembros de la familia.⁶⁶ No era inusual que más de una partera, a veces madre e hija, compartieran los servicios en el mismo establecimiento cuando la demanda era elevada.

Las mujeres que no tenían posibilidades de pagar los servicios de un pensionado o de una profesional podían contar con la ayuda de otras mujeres experimentadas y con alguna experiencia en partos, o simplemente con parteras “accidentales” o de “ocasión”. En los casos de partos normales, esto podía ser completamente viable, pero a veces existía la necesidad de llamar con urgencia a una profesional, incluso a un médico, o recurrir a los hospitales de la ciudad.

La mayoría de las parturientas preferían prescindir de la atención hospitalaria simplemente porque el parto en domicilio, propio o de la partera, era viable y seguro para las condiciones sanitarias y de atención disponibles a fines del siglo XIX. Un evento normal requería pocas maniobras: la partera comprobaba que efectivamente el parto estaba en curso o próximo a desencadenarse, verificaba las condiciones generales de la mujer, la dilatación y la posición del feto, y una vez producido el parto se ocupaba del alumbramiento, una maniobra tan delicada que podía complicar el puerperio si no era bien realizada. Según las condiciones disponibles, podía contar con la colaboración de alguna persona del entorno de la parturienta; un familiar bien predispuesto o avezado era lo más usual.

Por otro lado, el único hospital de la ciudad que tenía desde hacía varios años una sala especial destinada a la atención de partos era el Hospital de Mujeres, cuya sala San Ramón se había dispuesto con esos objetivos. En rigor, el decreto de Bernardino

⁶⁵ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra B, Legajo N° 22, y Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letras C, Legajo 64.

⁶⁶ *Ibidem*.

Rivadavia que dio creación a la Sociedad de Beneficencia dispuso que entre los fines de la organización caritativa estaba atender los partos de las mujeres pobres. Esto fue reafirmado con un decreto en 1853, en el cual se exigió a la Sociedad que dispusiera lo necesario para cumplir con esa misión.⁶⁷ Poco después, y también por iniciativa de Rivadavia, se creó la cátedra de Partos, Enfermedades de Niños, de Mujeres y de Medicina Legal.⁶⁸

La primera y modesta maternidad de la ciudad fue utilizada para los casos de partos complicados y urgencias de menesterosas. La segunda sala de maternidad fue la ubicada en el Hospital San Roque, a cargo de Alfredo Lagarde y diseñada por iniciativa de Emilio Coni durante su gestión en la Asistencia Pública, en 1892, pero su funcionamiento efectivo se dio recién en la primera década del siglo XX. Poco después se creó la maternidad del Hospital Rawson, que dirigió durante varios años Samuel Gache, uno de los primeros médicos porteños interesados en la obstetricia.

La sala de maternidad del Hospital de Mujeres tenía apenas ocho camas para atender partos y puerperios. La información no es del todo coincidente, pero para el período 1869-1887 el promedio de partos mensuales era de entre 11 y 13, según el origen de los datos. La tendencia de los ingresos al hospital fue creciente: en 1869 ingresaron 64 mujeres a la sala de maternidad, y en 1887, 238 parieron en ella, pero este incremento debe leerse en el contexto de un aumento sostenido de la población.⁶⁹ La mayoría de las mujeres que acudían a los servicios hospitalarios eran primíparas y trabajadoras de la ciudad; ejercían como mucamas, cocineras, costureras, lavanderas y planchadoras.⁷⁰ Las mujeres de clases acomodadas, e incluso las de sectores populares que contaban con alguna posibilidad porque no estaban solas, tenían una familia o

⁶⁷ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo 160.

⁶⁸ La primera cátedra donde se enseñó sobre partos a los futuros médicos estuvo a cargo de Francisco Muñiz. En 1869, Pedro Pardo heredó la titularidad de la cátedra luego de la jubilación de Muñiz. Ver Llamas Massini, *op. cit.*, p. 120, y Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, Biblioteca de la Historia de las Américas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999, p. 6.

⁶⁹ Ver Juan B. Arini, *Estudio estadístico. Hospital General de Mujeres. Tesis*, Biedma, Buenos Aires, 1879^a, pp. 24 y 25, Rafael Araya, *Consideraciones clínicas y estadísticas sobre la Maternidad del Hospital San Roque en el año 1903. Tesis inaugural*, Las ciencias, Buenos Aires, 1904, pp. 75 y ss. y Alfredo Parodi, *Estudio estadístico sobre la maternidad del Hospital General de Mujeres. Tesis para el doctorado*, Buenos Aires, Coni, 1878, p. 8.

⁷⁰ Rafael Araya, *Consideraciones clínicas y estadísticas sobre la maternidad del Hospital San Roque en el año 1903*, tesis, Buenos Aires, Las Ciencias, 1904, p. 76, y Carlos Vera, *Apuntes de obstetricia*, tesis, Buenos Aires, El Censor, 1891, pp. 22 y ss.

alguna red que pudiera ayudarlas durante el parto y el puerperio, preferían atenderse fuera del hospital, como lo hacía la mayoría de las mujeres.

Hasta 1880, era difícil para la ciudad garantizar atención para la totalidad de la demanda posible; la infraestructura sanitaria y de elementos técnicos y profesionales no era suficiente.⁷¹ Cuando Emilio Coni asumió su cargo en la Asistencia Pública registró 932 camas entre todos los hospitales de la ciudad, 72 de ellas destinadas a la atención de mujeres.⁷² La asistencia de los partos y nacimientos no escapaba de la generalidad del aparato sanitario; pocos hospitales porteños disponían de servicios de maternidad, actuaban frente a los casos imperativos y debieron pasar varios años desde la creación de la Asistencia Pública para que se dotara a Buenos Aires de un servicio de urgencias para partos. La primera iniciativa en este orden fue de Emilio Coni durante su gestión en esa dependencia, durante 1892, cuando proyectó la disposición de cuatro puestos fijos de parteras para atender las urgencias de la ciudad; en ese momento la población porteña alcanzaba 500.000 personas.⁷³

Se consideraba que el desarrollo de un parto normal consistía, a grandes rasgos, en una etapa de parto, no siempre asistido; el parto y alumbramiento, y el puerperio, que en caso de que no mediaran inconvenientes no requería atención especializada. Tanto la etapa expulsiva como la inmediatamente previa a ella eran asistidas por la partera. Se iniciaba con la aceleración de las contracciones y la dilatación del canal uterino. Cuando éste alcanzaba su máxima dilatación se expulsaba el feto y se procedía a seccionar el cordón umbilical. Unos minutos después del parto tenía lugar el alumbramiento, la expulsión de la placenta, la segunda etapa delicada del proceso de parto.

Las complicaciones podían ocurrir en cualquier momento: la prolongación de los tiempos de dilatación, la dificultad para la coronación o para la expulsión del feto por posición “viciosa” o *procidencia* de algún miembro, o por la expulsión incompleta, y podían exigir maniobras obstétricas más complejas. Las parteras manejaban varias de ellas.

⁷¹ Ver María María Silvia Di Liscia, “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización. Argentina, 1870-1940” en *Signos Históricos*, enero-junio, N° 13, México, UAM, 2005, pp. 94-119

⁷² Emilio Coni, *Memoria de un médico higienista*, Buenos Aires, Asociación Médica Argentina, 1918, p. 334.

⁷³ Manuel Luis Pérez, *La asistencia maternal a domicilio en la Ciudad de Buenos Aires*, Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, 1925, p. 7.

La dilatación podía acelerarse con el estímulo manual de la partera ayudada con dilatadores mecánicos, y las contracciones, cuando eran débiles, solían provocarse con comezuelo de centeno, un preparado utilizado por la medicina popular y por la medicina profesional para acelerar su frecuencia.

Una observación fundamental que la partera debía realizar era verificar el número y la presentación del feto/s y la morfología del útero, pues esto anticipaba las posibles maniobras necesarias frente a una posición complicada del feto. Según el resultado de esta observación se definía la necesidad de proceder a la *versión*. Éste era un procedimiento “por el cual se cambia la presentación del feto según determinadas reglas del arte, con objeto de hacer posible o por lo menos facilitar la expulsión espontánea del feto, o para preparar el parto artificial”.⁷⁴ Era una práctica muy establecida y la realizaban parteras y médicos; era la operación más común y no implicaba riesgo ni transformaba un parto fisiológico en uno distócico o dificultoso. La *versión externa* era una maniobra sencilla que consistía en presiones ejercidas sobre la pared abdominal para colocar en mejor posición el feto y facilitar su encaje en el canal de parto. Toda *versión* requería condiciones particulares para asegurar su éxito, en especial que el feto tuviera movilidad, es decir, una cantidad necesaria de líquido amniótico que la partera tenía que verificar antes de proceder. Se trataba de un tipo de operación que no estaba recomendada si era necesario un parto rápido, pues la ubicación del feto podía demorar varias horas. Este tipo de maniobras eran para facilitar el parto, no para acelerarlo, y se consideraban completamente normales. La *versión interna*, en cambio, era algo más dificultosa y riesgosa para la mujer y para el niño; implicaba que se introdujeran las manos en la cavidad uterina para tomar al feto, si era posible por los pies, y proceder a modificar su posición; podía requerir la utilización de un instrumental específico, como una rama de fórceps y ganchos de diferente tipo. Las parteras en general contaban con el instrumental para este tipo de intervenciones, y conforme se fue especializando y encareciendo, porque aparecieron nuevos modelos, se difundieron otras modalidades para obtenerlo. Avanzado el siglo XX, algunas empresas alquilaban los instrumentos básicos para partos para las parteras y los médicos que no podían costearlos.

⁷⁴ Juan Acuña, *La versión en dos casos de presentación de tronco observados en la clínica de partos*, tesis para el doctorado, Buenos Aires, Imp. Biedma, 1876, p. 11.

El momento del alumbramiento –la expulsión forzada o espontánea de la placenta– también era asistido por la partera, y era considerado crucial para la salud de la mujer. Este proceso debía ser controlado para asegurar que fuera completo y luego proceder con la higiene de la puerpera y del niño. El riesgo de este procedimiento era la extracción violenta o incompleta de la placenta que pudiera producir posteriores hemorragias e infecciones. Respecto de la atención del niño, lo más relevante era la sección del cordón umbilical, un procedimiento sencillo que a fines del siglo XIX era perfectamente manejado por las parteras, pero que realizado sin cuidado podía comprometer la salud del recién nacido. Según la experticia, estas operaciones culminaban con éxito, aunque poco a poco y a medida que el interés médico se involucró en la obstetricia algunas de estas maniobras fueron desalentadas y solamente recomendadas para manos médicas.

Los partos laboriosos o distócicos no eran los más frecuentes, y la técnica y la tecnología disponibles eran limitadas para responder a ellos. Además de la versión interna, que podía tener consecuencias fatales, estaban disponibles los diferentes tipos de fórceps; el más difundido a partir de 1875 fue el de Stéphane Tarnier,⁷⁵ que se usaba cuando era necesario facilitar la expulsión del feto por medios artificiales o para colaborar en la operación de versión interna, en casos de estrechez pélvica adjudicados a patologías de la madre como el raquitismo y cuando el trabajo de parto se prolongaba por muchas horas. Ésta era la operación realizada con mayor frecuencia por los médicos de la maternidad porteña; entre 1870 y 1888 se registraron en el Hospital de Mujeres 138 aplicaciones de fórceps, un número elevado frente al resto de las intervenciones realizadas: tres partos artificiales y siete cesáreas *post mortem*.⁷⁶

Los casos más graves eran resueltos a través de partos artificiales o provocados. Esto en muchos casos significaba el sacrificio del feto a través de la *embriotomía* y *craneotomía*, seguidas de distintos tipos de *decolaciones*, es decir, diferentes secciones producidas en el cuerpo del feto a fin de facilitar la expulsión. La cesárea, la operación quirúrgica obstétrica más antigua, se realizaba sólo *post mortem*. Algunas de estas prácticas eran difíciles de prever, y la capacidad de anticipación de la profesional a

⁷⁵ El fórceps es básicamente una pinza con una de sus ramas en forma de cuchara, un mango y una articulación que permite tomar la cabeza del feto sin aplicar fuerza extrema y colaborar de manera artificial con la expulsión por el canal de parto. Hubo diferentes tipos; una de las innovaciones más importantes fue la incorporación de una tercera rama. El fórceps de Tarnier fue el adoptado con mayor rapidez entre los obstetras locales.

⁷⁶ Ver Isaac Aranibar, *Maternidades*, tesis inaugural, Buenos Aires, Peuser, 1888, pp. 15 y ss.

cargo se consideraba clave. Con frecuencia, los partos laboriosos que llegaban a los hospitales tenían varias horas de desarrollo y según los médicos esto comprometía el éxito del nacimiento. Muchas veces se responsabilizaba a las parteras de tomar tarde la decisión de dar parte al médico y comprometer con ello la vida de las madres. Sin embargo, las historias clínicas afirman la frecuencia con la que médicos y parteras actuaban en conjunto. En ejemplo de éste tipo de prácticas es el caso de María Baruni.

María llegó a la maternidad del Hospital de Mujeres luego de 37 horas de desarrollo del parto. La primera atención la recibió de una partera que rápidamente, luego de hacerle un tacto, supo que se trataba de un parto difícil con *prociencia* de un miembro y acudió a un médico durante esa misma mañana. Es decir, el parto se anunciaba complicado porque el feto no estaba bien ubicado. Dos médicos atendieron a María por tres horas con diferentes instrumentos: una rama de fórceps y un gancho como para intentar concretar la expulsión del feto. No lograron resultado alguno y decidieron esperar. Varias horas después, volvieron a intentar el desenlace del parto con la misma técnica. La bolsa de aguas ya estaba rota, la movilidad del feto no se pudo verificar y frente a los fallidos intentos de resolver la situación llamaron a dos médicos más, que finalmente decidieron remitirla al hospital. Allí se decidió la *decolación* del feto, que se realizó en poco tiempo. María logró sobrevivir a la operación, pero su condición no mejoró y luego de dos días de agonía falleció.⁷⁷

Las posibilidades de evaluar y resolver las complicaciones de un parto eran limitadas y en gran medida dependían de la experiencia de quien lo asistía. El abanico de técnicas disponibles para médicos y parteras era similar y el momento de apelar a un tipo de intervención compleja, como las versiones internas o el uso de fórceps, no siempre era fácil de establecer con anticipación ni garantizaba el éxito de la operación. Cuando pasaban muchas horas de evolución de un parto laborioso, el objetivo más ambicioso era salvar la vida de la madre incluso sacrificando la viabilidad del feto. Por otro lado, el recurso de la derivación no era una opción siempre disponible en términos materiales y conceptuales. Resolver un parto en privado era lo acostumbrado; en todo caso la pericia de la profesional podía definir el momento de la intervención médica con mayor o menor premura; era su prerrogativa, y el límite entre el buen criterio y uno errado era muy difícil de establecer.

⁷⁷ *Ibidem*, pp. 43 y ss.

El reconocimiento de la partería como una actividad auxiliar de la medicina no modificó de inmediato el modo de partear, pero en el corto plazo significó crear, o más bien reforzar, los vínculos con otros profesionales, ahora en otras condiciones. Tanto si atendían a mujeres de familias acomodadas como a las que fueran menos pudientes, las parteras mantenían relación con otros colegas del arte de curar; algún médico para los casos de complicaciones y urgencias, y boticarios para obtener los preparados que solían utilizar para acelerar la expulsión del feto. Esto se redefinió en el último tercio del siglo XIX, cuando la reglamentación del ejercicio de la medicina y ramas anexas comenzó a definir el tipo de atención que cada especialidad podía suministrar y, en definitiva, jerarquizó el trabajo de unos sobre otras.

De parteras a "auxiliares de la medicina" obstétrica. Prácticas "de mujeres" y ciencias médicas

En 1877, la ley del ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares selló definitivamente la jerarquía entre los diferentes oficios vinculados al arte de curar y definió los límites y condiciones de ingreso a los oficios contemplados como parte de la medicina y sus tareas afines, primero en Buenos Aires y a partir de 1891 en todo el territorio nacional. Según la nueva ley, partear se definió como una rama menor dentro de la medicina, y por lo tanto sus intervenciones quedaron bajo la subordinación de otros saberes, en particular de los médicos. De este modo, se incorporó de manera definida y explícita a las parteras al campo de las tareas relativas a la atención de la salud, pero en nuevas condiciones.

En lo concreto, a partir de la vigencia de la ley de 1877 y de las sucesivas modificaciones, para ejercer su profesión las parteras debían estar acreditadas por la Universidad de Buenos Aires y sólo podían actuar en casos de partos normales, ya que frente a los laboriosos o distócicos estaban obligadas a dar parte a un médico. En su articulado, la misma ley consignó que la violación de la norma era un delito criminal e impuso multas a quien ejerciera cualquier rama de la medicina de manera irregular.⁷⁸

La ley ponía límites a una serie de prácticas vigentes pero desde entonces cuestionadas por los médicos cuando eran ejecutadas por parteras, como la atención de los partos laboriosos que podían exigir intervenciones delicadas, tales como la versión

⁷⁸ Argentina, Ley de Reglamento del Ejercicio de la Medicina, Farmacia y Demás Ramos del Arte de Curar. Capítulo IV, 1877. La misma ley sufrió varias modificaciones, la más inmediata en 1912, sin que se alterasen los artículos relativos al arte de partear.

interna, o la ejecución de partos por personas sin acreditación, algo muy difícil de controlar y una práctica vigente y extendida por mucho tiempo.

La normativa específica fue resultado del interés por los partos que los médicos habían logrado promover entre funcionarios y dentro de su propio gremio desde hacía algunas décadas. Hasta entonces, las medidas habían sido aisladas y poco viables, pero anunciaban un lugar recortado y distinguible para las parteras. En 1822, el Arreglo de Medicina impuso que las parteras extranjeras presentaran al Tribunal de Medicina sus títulos a fin de integrar la nómina de personas autorizadas en el “arte de partear”. A partir de 1852, este atributo perteneció al Consejo de Higiene Pública, que a través de la Facultad de Medicina se ocupó de revalidar los títulos emitidos en el exterior mediante un examen teórico-práctico.

La innovación que articuló la función de la facultad con el consejo transcurrió en un “particular clima de impulso institucional” que, según Ricardo González Leandri, tuvo lugar a partir de la estabilización del régimen político. Esto hizo posible la ampliación de las facultades médicas y aumentó de la legitimidad del saber de sus profesionales. Algunas de las consecuencias del nuevo clima se tradujeron en medidas concretas que afectaron especialmente la actividad de las parteras. Al mismo tiempo, aumentó el control sobre el ejercicio de médicos y otros auxiliares de la medicina y se avanzó en la persecución del curanderismo.⁷⁹ Sólo cuatro años después de las medidas implementadas por el consejo para la revalidación de títulos la Facultad de Medicina renovó sus reglamentos y creó un curso para parteras de dos años de duración con un examen final. Poco después se incorporó el sistema de exámenes libres para quienes no pudieran tomar las clases de manera presencial.⁸⁰ Esta práctica se extendió 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. Por otro lado, el Consejo de Higiene tenía la prerrogativa de habilitar parteras de manera “temporal” cuando lo considerara y podía renovar esa condición.

⁷⁹ Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999, p. 4.

⁸⁰ Llames Massini, *op. cit.*, y Eliseo Cantón, *La Facultad de Medicina y sus escuelas*, Buenos Aires, Coni, 1921, Tomo VI, p. 319.

Entre 1854 y 1862 asistieron y obtuvieron matriculación gracias a las clases que se dictaban en la facultad 15 mujeres.⁸¹ Entre 1875 y 1890 ese número creció significativamente: 84 mujeres tomaron clases de partos, aunque durante algunos de esos años apenas lo habían hecho dos alumnas, como en 1883.⁸²

Para la modalidad de alumnas libres existía otra opción: prepararse fuera de la facultad. Esto estimuló un procedimiento muy particular: la aparición de cursos o pequeñas escuelas fuera de la institución, a cargo de médicos matriculados que preparaban alumnas para rendir los exámenes en la universidad. Las evaluaciones eran aranceladas; consistían en una parte teórica y otra práctica, y en algunos casos la preparación podía ser la garantía de una matrícula.

Una popular escuela dirigida por José López de Morelle, un médico comadrón español, y por una partera de la misma nacionalidad –su esposa, Francisca Iracheta– fue una de las más reconocidas por los colegas médicos. La experiencia del matrimonio de parteros tenía como antecedente una escuela que ambos habían administrado en Madrid. Francisca era profesora de partos en la escuela española junto a su esposo y promovía la profesión de matrona entre las mujeres como un modo digno y noble de ganarse la vida. Con este objetivo, escribió un manual de partos para sus alumnas –posiblemente el primero en lengua española escrito por una mujer– y junto a su esposo alentó la presencia femenina en el oficio. López de Morelle promovía la creación de una Escuela Nacional de Matronas en España. En coincidencia con los obstetras locales, el matrimonio español consideraba que tribunales superiores, como los universitarios, debían convalidar la formación de las parteras y que la acción de ellas debía acotarse a los casos “naturales”.⁸³

A la escuela de López de Morelle asistía un número importante de mujeres para formarse como parteras. La enseñanza práctica se adquiría en una pequeña maternidad propiedad del partero y en la asistencia a partos domiciliarios. Las estudiantes luego rendían exámenes libres en la Facultad de Medicina y así obtenían la posibilidad de matricularse. No se puede descartar que algunas de esas mujeres, muchas inmigrantes, contaran ya con conocimientos prácticos o incluso tuvieran algún tipo de estudio previo,

⁸¹ Llamas Massini, *op. cit.*

⁸² *Ibidem* y Universidad de Buenos Aires, *Anales de la Universidad de Buenos Aires*. Tomo VI, Biedma, Buenos Aires, 1891.

⁸³ Teresa Ortiz Gómez, *De matrona a matrona, Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870*. *Arenal*, Vol. 6 N°1, 1999, pp. 183-195.

pero acudían a esta escuela como modo seguro de acceder a una habilitación, ya que posiblemente las condiciones fueran más favorables y flexibles en las clases de López de Morelle que en los cursos de la facultad. En la década de 1870, la universidad intentó suspender el sistema de “exámenes libres” y las alumnas del comadrón español vieron peligrar su matriculación. Esto motivó una acción judicial que López de Morelle llevó adelante, que llegó a la Corte y terminó resolviéndose a favor de las alumnas de su escuela.⁸⁴

Finalmente, en la década de 1880 la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires decidió suspender el sistema de exámenes libres, pero mantuvo la revalidación de diplomas para extranjeras que nunca habían alcanzado altos niveles. El espíritu de la regulación tendía a ordenar prácticas diversas y regularizar casos conocidos entre los médicos, como los de madame Dufour y madame Bibaret, ambas parteras francesas que habían obtenido muy buena reputación entre una acomodada clientela antes de la década de 1860. Las dos ejercieron su oficio antes de revalidar sus diplomas y fueron elegidas por la elite porteña. El biógrafo de ambas señala que su experticia les permitía realizar operaciones manuales delicadas y hasta versiones internas.⁸⁵ En otros casos, el asunto era controlar títulos emitidos en el extranjero que con frecuencia se consideraban dudosos, o simplemente identificar e intentar separar a las parteras sin formación. La facultad y el consejo perseguían dar cuerpo a un oficio y a una práctica extendidos, pero sin demasiadas regulaciones, con normas que recaerían especialmente sobre un circuito visible de mujeres que ya ejercían el arte de partear. La mayor presión la sufrieron las denominadas “cuidadoras de parturientas”; posiblemente parteras ocasionales, algunas de ellas eran mujeres que a partir de su propia experiencia habían comenzado a atender a otras y convirtieron esa actividad en un trabajo rentable.⁸⁶ Unas tenían conocimientos obtenidos a través de la práctica y otras eran efectivamente mujeres extranjeras que ejercían una profesión adquirida previamente en sus países de origen y no siempre habían revalidado sus títulos.

⁸⁴ Llamas Massini, *op. cit.*, pp. 150-151, y José López de Morelle, *Algunas observaciones sobre las Casas de Maternidad. Contestación a la estadística mortuoria del Dr. Emilio Coni*, Buenos Aires, Coni, 1878, p. 10.

⁸⁵ Llamas Massini, *op. cit.*, pp. 119-120.

⁸⁶ Cecilia Grierson, “La historia de las obstétricas”, en *Revista de Obstetricia*, Tomo I, Año I, 1903, pp. 9-30.

El universo de mujeres que asistían partos era diverso y podía responder a trayectorias diferentes, aunque todas estaban obligadas a legitimar y validar su idoneidad y oficio con la certificación que la Facultad de Medicina les habilitaba. La ley no tenía capacidad de distinguir entre curanderas y parteras, entre falsas parteras y legítimas diplomadas. En todo caso eran diferentes prácticas que tendieron a convivir y contaron con cierta laxitud en la aplicación de las leyes durante un tiempo prolongado. La instalación de un criterio uniforme sobre lo científico fue un proceso más complejo que no se resolvió sólo con la implementación de normas e instituciones.⁸⁷ Resulta forzado para el siglo XIX, sobretodo para el final, individualizar a las parteras y diferenciarlas según su condición de profesionales, diplomadas, habilitadas o no. Una mirada de este tipo tiene más que ver con el discurso médico y de algunas parteras propio de las primeras décadas del siglo XX respecto de la presencia en su gremio de mujeres a las que se consideraba ignorantes, advenedizas o interesadas sólo en procurarse un sustento económico. A ese tipo de parteras se las solía vincular con prácticas amorales, como el infanticidio o el aborto, y por tanto se ponía en duda su condición moral para ejercer la profesión. En una ciudad de rápido crecimiento urbano como la porteña, cuyo perfil demográfico cambió en poco tiempo y con una infraestructura sanitaria que iba detrás de la complejización urbana y no siempre al ritmo de las necesidades de su población, los partos eran intervenidos por una variedad extensa de mujeres sobre la que es difícil establecer un único criterio de definición. Las medidas estimuladas por el consejo y el cuerpo médico pusieron homogeneidad donde había heterogeneidad y crearon una norma y un perfil que tendieron a dividir entre un adentro y un afuera de la profesión.

Sin embargo, los márgenes se mantuvieron holgados para las parteras, y a veces los límites eran difusos, pues las posibilidades de controlar quién podía asistir a una mujer por parir eran limitadas y las condiciones a la hora de evaluar el curso normal o no de un parto no garantizaban una respuesta definitiva. La reglamentación no resolvía situaciones que podían ser tan habituales como confusas incluso cuando la partera se ajustaba a la norma; por otro lado, la propia ley generó nuevas prácticas que a veces reñían con el sentido de las reglas. En situaciones críticas, la partera debía recurrir a su

⁸⁷ Sobre este tema para Argentina se puede ver González Leandri, *Curar... op. cit.* y María Silvia Di Liscia, *Itinerarios curativos. Saberés, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas (Región Pampeana, 1750-1910)*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2000

médico de confianza; esto estaba claro en el texto de la ley y en muchos casos no resultaba del todo novedoso, pues médicos y parteras solían trabajar en sociedad. Sin embargo, esta asociación legítima podía transitar por los bordes de lo que la ley afirmaba perseguir –la intervención médica para garantizar los nacimientos– y no resolvía con claridad precisa las obligaciones de los profesionales. Un ejemplo de esto último es el caso de la partera Marta Giudici, que en 1891 debió enfrentar un proceso judicial complicado, al que no sobrevivió y que la implicó en un “infanticidio” junto al Dr. Llodomiro Lettieri.

Giudici era una avezada partera con varios años de experiencia, habilitada en la Facultad de Medicina en 1877. La confusa muerte de una recién nacida en un parto asistido por ella le valió la cárcel, lugar donde murió antes de que el proceso culminara. El parto se produjo la noche del 12 de agosto de 1891 en la ciudad de Buenos Aires y el feto, que alcanzó a nacer con vida, murió a las pocas horas por causas que no lograron esclarecerse en el expediente judicial, pero que fueron suficientes para acusar y procesar a la partera como responsable de “infanticidio por imprudencia”.⁸⁸

Según el expediente judicial, Marta declaró que el parto que había asistido fue complicado y que había sido llamada muy tarde, cuando quedaba poco por hacer. Aludir urgencia o inviabilidad del feto era un recurso habitual entre las parteras para eludir el deber de llamar a un médico como la ley exigía cuando una situación de este tipo se precipitaba. Sin embargo, esto no logró aliviar la situación de la partera, que fue procesada rápidamente y cuya causa fue elevada al tribunal criminal.

El proceso judicial a Marta develó una trama frecuente establecida entre médicos y parteras en un momento ambiguo, pero de creciente interés y control por parte del Estado sobre el modo en que se trataban los partos. Según la denuncia policial que motivó la acusación, la partera habría advertido a la familia a la que había asistido acerca de la inminente e inevitable muerte del feto, y había aconsejado a sus clientes que dieran aviso a un médico para que tramitara el acta de fallecimiento, que luego les permitiría concurrir al Registro Civil y sepultar el cuerpo de la niña fallecida. Las parteras estaban obligadas a denunciar un nacimiento pero no podían certificar los fallecimientos, un asunto exclusivo de los médicos.

El denunciante, padre de la recién nacida, no consideró adecuada la propuesta de la partera, quien efectivamente terminó facilitando a sus clientes el acta de fallecimiento

⁸⁸ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra G, Legajo N° 60, 1891-1892.

firmada por un médico de su confianza, el Dr. Lettieri. La exposición del padre reveló una situación irregular advertida por la familia: que se extendiera un certificado de fallecimiento sin revisar previamente el cuerpo de la recién nacida, pues el Dr. Lettieri nunca había visto a la malograda niña. Esta situación desencadenó un proceso que en principio pareció muy comprometedor para el médico y para la partera, ambos implicados en una situación irregular, pero que en el desarrollo se comprobó mucho más costoso para ella que para él.

Durante la investigación se comprobó que la práctica que ligaba al médico y a la partera era habitual, aunque no del todo regular. Cuando fue indagado, el Dr. Lettieri afirmó que consideraba suficiente la pericia de la partera para establecer la causa de muerte de un feto o recién nacido, y no negó la relación profesional con la acusada. Reconoció haber expedido un certificado de fallecimiento en condiciones poco regulares, pero afirmó que era un procedimiento común, que los médicos realizaban “permanentemente”. El Departamento Nacional de Higiene, que intervino en la causa por su capacidad de control sobre la actividad profesional y por requisitoria del tribunal, reconoció en su dictamen sobre el procedimiento médico que el ejercicio de la actividad carecía de disposiciones especiales y sólo exigía al profesional “hacer constar el diagnóstico de la enfermedad en el certificado de defunción que se extiende”. En este caso, tal como el propio Lettieri reconoció, el diagnóstico lo hizo la partera, que adjudicó la muerte de la recién nacida a la “falta de desarrollo”, es decir que la criatura era prematura y era inviable la sobrevivida. El tribunal hizo caer una multa sobre Lettieri e inició una investigación de oficio por homicidio sobre Marta Giudici. Las pruebas colectadas en la investigación no eran favorables a la partera, quien terminó en prisión preventiva en la cárcel de mujeres y murió por una enfermedad respiratoria durante 1891, antes de la culminación del juicio.

La sociedad entre Marta Giudici y Llodomiro Lettieri tenía varios años y efectivamente la práctica comprobada en el juicio era frecuente. Médicos y parteras compartían la clientela, se recomendaban entre sí a través de la “tarjeta” y podían tener una relación que implicaba algún nivel de interdependencia o reciprocidad para ejercer sus profesiones. Las regulaciones introducidas a partir de 1877 y la tendencia desde los organismos de control estatal a poner en regla la actividad de los profesionales de la medicina contribuyeron a estrechar este tipo de vínculos, pero en condiciones asimétricas para las parteras, que vieron recortados algunos de sus atributos, aunque en la práctica muchas veces desafiaban los límites.

Cualquier parto podía necesitar la asistencia médica, pues era pasible de complicaciones, y toda partera debía estar en condiciones de tener un médico a mano para recomendar o para acudir a sus servicios. Pero el lugar de la partera estaba expuesto a la ambigüedad y a cierto grado de vulnerabilidad si no lograba ser bien definido, pues de su criterio dependía acatar a tiempo la ley. En otros casos las situaciones confusas eran bien utilizadas para ensanchar los márgenes de sus acciones, como poner en práctica operaciones complejas o cubrirse frente a las fatalidades.

En cualquier caso, las parteras mantenían su condición de trabajadoras independientes en condiciones similares a otras profesiones liberales, pero necesitaban cada vez más probar su condición a través del prestigio y de la acreditación de sus saberes o aptitudes.

En este escenario, el prestigio, sobre todo si resultaba de la opinión de médicos y otros profesionales de la salud, adquiría mayor relevancia y se convirtió en una cuestión a custodiar. En situaciones extremas como la que debió atravesar Marta Giudici, la red de relaciones con otros profesionales y el prestigio otorgado por la clientela eran una fuente a la que apelar.

Durante el juicio que debió enfrentar, Marta presentó el testimonio de figuras conocidas dentro de la enseñanza de la obstetricia, como José López de Morelle y de clientes pertenecientes a sectores acomodados de la sociedad, como Donato Álvarez, en ese momento teniente general. Ambos acreditaron la idoneidad de la partera, uno por conocerla en sus funciones y el otro porque Marta Giudici había asistido los partos de su esposa. La defensa de la partera consideró que los dichos de esas personas acreditaban sus antecedentes entre sus pares y entre su clientela y eran de suficiente relevancia para probar su capacidad e idoneidad, y de este modo pudo argüir en el juicio que la fatalidad había sido la razón del deceso que se le atribuía.

Por otro lado, a partir de 1877, las parteras debieron matricularse anualmente y solicitar autorización para promover públicamente su actividad. La publicidad se mantuvo del modo ya conocido: la recomendación, la tarjeta y “la muestra”, es decir, la placa de madera que se colocaba en el frente del domicilio y/o casa de partos para anunciar su servicio, pero ahora debían hacerlo con autorización previa.⁸⁹ La ley previó multas para quienes no respetaran la normativa, pero la capacidad del Estado municipal para ejercer un control real sobre quienes actuaban fuera de la regla era limitada y la

⁸⁹ Archivo Histórico CGBA, Caja: S, Legajo N° 99, 1886.

aplicación de castigos dependía de las denuncias que terceros pudieran efectuar. Lo usual era que las penas reales se aplicaran en casos judicializados y no a través de actos administrativos. Sin embargo, las nóminas oficiales de parteras recibidas, matriculadas y rematriculadas en la Facultad de Medicina y reconocidas por las autoridades nacionales y municipales dan cuenta del creciente interés por legitimar su tarea y ejercerla dentro de los marcos legales. Durante la década de 1880, la demanda por el reconocimiento de la profesión aumentó sostenidamente: 294 parteras se matricularon en 1881, 353 en 1886 y 466 en 1890.⁹⁰ Si bien el prestigio de una partera podía depender más de la clientela que de la matrícula, la adopción de la normativa fue creciente en la ciudad de Buenos Aires.

Acreditación y prestigio se imbricaron. La credencial de partera tenía valor para sus poseedoras como garantía de idoneidad; las sacaba de apuros frente a la ley, evitaba conflictos que pudieran horadar sus antecedentes y otorgaba garantías para mantenerse en el mercado. Eustaquia Uroz de Esteban, partera del Hospital de Mujeres durante 14 años, renunció a su puesto en 1892 luego de una reyerta con las autoridades médicas, Samuel Molina y Rafael Ayerza, ambos dedicados a la obstetricia. El conflicto se inició por un episodio que no tuvo consecuencias graves, pero en el sumario consta que la partera incurrió en el abandono de una internada próxima a dar a luz. En su defensa, la partera argumentó dos cuestiones: que tenía experiencia suficiente para evaluar la condición de la paciente y dejarla sola y que el Dr. Ayerza la trataba con “altanería”. Eustaquia expresaba seguridad acerca de su capacidad para tomar decisiones y consideraba que el médico jefe desafiaba sus conocimientos. Esto desató un largo pleito, pero Eustaquia, pese a su convencimiento de haber actuado con responsabilidad y pericia, renunció al poco tiempo de sucedido el episodio y luego mantuvo una sostenida demanda a la Sociedad de Beneficencia para que le fuera emitido un certificado que acreditase su buen desempeño y conducta como partera de la institución.

⁹⁰ Ver Argentina, Departamento Nacional de Higiene. *Nómina de los médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y flebotomistas recibidos en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de los veterinarios cuyos diplomas han sido registrados en 1881*, Buenos Aires, Pablo E. Coni, 1881. Argentina, Consejo de Higiene Pública, *Nómina de los médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y flebotomistas recibidos en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de los veterinarios cuyos diplomas han sido registrados en 1886*, Buenos Aires, Europea, 1886. Argentina, Departamento Nacional de Higiene, *Nómina oficial de los médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y flebotomistas recibidos en la Facultad de Ciencias Médicas de la Nación y de los veterinarios cuyos diplomas han sido registrados y ley que reglamenta el ejercicio de estas profesiones en 1890*, Buenos Aires, La Universidad, 1890.

La tenacidad de Eustaquia durante casi un año le permitió obtener lo que había solicitado.⁹¹

La creciente matriculación de parteras, el celo sobre el prestigio profesional y la voluntad de sostener vínculos que les dieran garantía para ejercer el oficio se pueden considerar gestos claros del interés de las parteras por mantenerse dentro de los límites de la profesión formalmente establecidos. Por otro lado, las mujeres que buscaban la validación de su oficio mediante diversas vías escapaban del problema de ser asimiladas al gran y heterogéneo conjunto de curanderas y charlatanes, objeto de persecución de la elite médica en ese momento.⁹² Un argumento de fuerza utilizado para aplicar normas sobre el ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares era la persecución de aquellos o aquellas que practicaban la actividad de manera irregular por no haber revalidado sus títulos, por no poder acreditar su condición o simplemente por no atenerse a los métodos que la medicina consideraba científicos. Se ha demostrado que este era un universo amplio y variado y que la elite médica logró establecer el monopolio cognitivo sobre el campo de la medicina y así se garantizó el monopolio de la atención de los enfermos.

Pero las parteras tenían una condición particular, pues no eran figuras que representaran una rivalidad o competencia por una clientela con otros agentes que ejercieran o pretendieran reservarse para sí prácticas similares o afines a las que ellas realizaban. La asistencia del parto no constituía un terreno en disputa; ninguna rama de la medicina durante el último tercio del siglo XX pretendía reemplazar a las parteras durante los partos o relevarlas de esa tarea. En todo caso, despuntaba el interés por formular criterios claros respecto del monopolio cognitivo del parto que algunos años después devendrían en una especialización, la obstetricia. En definitiva, la cuestión estaba más ligada a la organización jerárquica de los saberes y procedimientos frente a un asunto que se consideraba dentro del terreno de la atención médica que a la persecución de la partería como práctica ilegal. La idea de la existencia de falsas parteras, o comadronas al margen de la ley, sería propia de inicios del siglo XX, cuando el propio gremio de parteras se dispuso a custodiar su campo y preservar el oficio de partear como tarea específica del gremio.

⁹¹ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 160.

⁹² Cf. González Leandri, *op. cit.*, y María Silvia Di Liscia, *Itinerarios curativos. Saberes, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas (Región pampeana, 1750 - 1910)*, tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2000.

El argumento clave para dirimir quiénes podían o no participar en la atención de un parto era la noción de distocia. El discurso logró definir la idea acerca de que un parto podía tener complicaciones que podían resolverse con la atención adecuada. En primera instancia, el parto laborioso se convirtió en un parto “médico”, que exigía un tratamiento diferente de un caso normal. Conforme el estudio y la definición de las distocias dentro de la medicina se volvían más sofisticados, los argumentos adquirirían mayor legitimidad dentro de los círculos médicos que se inclinaban por la obstetricia. La posibilidad de observar y analizar una variedad de casos en la maternidad de la ciudad dio proximidad a situaciones complejas y entrenó a los médicos en la administración de partos que no podían resolverse por vía espontánea o fisiológica y que lograron definir como un territorio propio. Las diversas presentaciones del feto, las implantaciones viciosas de la placenta, la prociencia de miembros, las eclampsias y la estrechez pélvica formaron parte de un nuevo lenguaje de expertos. La idea de que la medicina tenía posibilidades concretas de modificar el curso de esos episodios obtuvo un lugar dentro de los criterios médicos acerca del parto y su especificidad. De este modo, las presiones regulatorias estimuladas por el cuerpo de médicos porteños instalados en la Facultad de Medicina tendieron a la legitimación y el ajuste de un saber bajo sus propios conocimientos y a la cooptación cognitiva de una práctica ya establecida. Para la profesión médica, en pleno proceso de encumbramiento y monopolización de un plexo de saberes, las parteras serían una rama menor y auxiliar de la medicina por incorporar a la estructura de la profesiones vinculadas al “arte de curar”, manteniendo posiciones jerárquicas, pero no reemplazándolas. Este proceso se completaría a lo largo de los últimos años del siglo XIX con la difusión –rápida y exitosa– del criterio de parto higiénico y medicalizado, que se extendió hacia el conjunto de las mujeres, que aceptaron un modo de parir a manos de las parteras con procedimientos médicamente establecidos.

Prácticas más allá de la ley

El ajuste normativo sobre el oficio de las parteras en las últimas décadas del siglo XIX ha sido analizado como producto del creciente interés del Estado liberal moderno por

controlar las prácticas del aborto y el infanticidio.⁹³ Para los años posteriores, el aborto y las prácticas contraceptivas fueron debatidos en el escenario de las políticas pronatalistas y maternalistas y el contexto de las preocupaciones por el decrecimiento de la natalidad.⁹⁴ En cualquier caso, parteras y sus casas de partos, sobre todo, eran sospechosas de ser lugares propicios para interrumpir embarazos o cometer infanticidios. En este tipo de argumentaciones, las exigencias de matriculación para ejercer la partería resultaron un instrumento para mantener cierta capacidad de vigilancia sobre las parteras, siempre sospechosas de actos punibles.⁹⁵ También habrían sido objeto de sospecha y repudio aquellas parteras que no cumplieran con los requisitos previstos por el Estado para ejercer su profesión, pues salían del código que se intentaba estabilizar respecto del lugar que debían ocupar frente a los nacimientos.⁹⁶ Ya fueran consideradas inmorales, irregulares, al margen de la ley, improvisadas, torpes o ignorantes, las parteras habrían sido las principales sospechosas en estos delitos.

En efecto, la práctica de abortos en muchos casos era realizada por parteras que podían combinar la atención de partos con las operaciones que lograban interrumpir embarazos. Esta práctica ha sido vinculada a dos situaciones: la necesidad de las mujeres de salvar su honor cuando el embarazo ponía en duda su condición, en general por no estar casadas, y el control de la natalidad y del tamaño de las unidades domésticas.⁹⁷ En 1887, el Código Penal consideraba el aborto una forma particular de homicidio, y aunque morigeraba la pena para algunas situaciones, las agravaba cuando

⁹³ Kristin Ruggiero, *Modernity in the Flesh. Medicine, Law, and Society in Turn-of-the-Century Argentina*, Stanford, Stanford University Press, 2004. En particular el cap. 3.

⁹⁴ Las discusiones más notables han girado con mayor interés alrededor de un período muy posterior, la década de 1930 y de 1940 durante el gobierno peronista. La tensión principal es sobre el tipo de políticas pronatalistas o promaternalistas, y en menor medida el aborto y los niveles punitivos sobre esa práctica. Sobre el asunto, Dora Barrancos señala que no se registraron condenas por aborto, y en el mismo sentido se pronunció más adelante Agustina Cepeda. Cf. Dora Barrancos, "Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras", en Gil Lozano, Pita e Ini, *op. cit.*, y también "Iniciativas y debates sobre reproducción en el primer peronismo (1946-1952)", en Mario Boleda y María Cecilia Mercado Herrera (comp.), *Seminario sobre población y sociedad SEPOSAL 2000*, Salta, Asociación Argentino-Chilena de Estudios Históricos e Integración Cultural/GREDES/UNAS, 2002. Y Agustina Cepeda, "En los tiempos del test del sapo: justicia, aborto y políticas de población en Argentina de mediados del siglo XX", en *Revista de Estudios Universitarios*, Vol. 37, N° 1, junio, pp. 243-265.

⁹⁵ Ruggiero, *op. cit.*

⁹⁶ Nari, *op. cit.*

⁹⁷ *Ibidem.*

médicos y parteras lo cometían.⁹⁸ Con esto quedó señalado el criterio alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo, que sufrió modificaciones parciales en 1921, pero que no modificaron el sentido punitivo frente a ese acto. El aborto y el infanticidio no eran preocupaciones novedosas en una ciudad que había incorporado métodos como el “torno” con la intención de evitar el infanticidio y que había planificado una sala de maternidad para partos secretos en el Hospital de Mujeres.⁹⁹

Las imputaciones por aborto que llegaban a los tribunales de la justicia criminal en la ciudad de Buenos Aires entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo siguiente tenían por objeto acusar a parteras diplomadas, que en la mayoría de los casos resultaban absueltas.¹⁰⁰ Estar diplomada podía complicar la situación de la acusada, pues agravaba el delito, pero la suerte de las parteras dependía en gran medida de su capacidad para justificar sus intervenciones como ajustadas a la ley y de la imposibilidad y limitaciones de los peritajes médicos para contradecirlas. Las parteras y sus abogados defensores apelaban a los intersticios de la ley y solían argumentar que los abortos atendidos estaban en curso y sólo quedaba resguardar la salud de la mujer; que la urgencia de los casos no permitía recurrir a un médico, o que simplemente la presencia de un galeno no era necesaria.

En cambio, la situación legal de quienes decidían efectuarse un aborto era más difícil: esas mujeres tenían posibilidad de cumplir penas de prisión. El Código Penal establecía que si causaban su propio aborto o accedían a que otro lo realizara estaban sujetas hasta a cuatro años de prisión. La posibilidad de probar la intervención de la partera era mucho más difícil que certificar el aborto en una mujer. Incluso, no era extraño que las mujeres terminaran autoincriminándose por confesar la acción en el momento de hacer la denuncia y, por el contrario, la partera involucrada resultara

⁹⁸ El Art. 85 pena a las personas que cometieran aborto sobre una mujer con una condena a prisión de entre 3 y 10 años, y de 15 si se causara la muerte de la mujer encinta. Estas penas disminuyen si la mujer presta consentimiento para el aborto. Pero el artículo 86 agrava la situación de quienes siendo profesionales de la medicina cometen un aborto. El código dispone que para esos casos las penas establecidas en el artículo 85 se aplican junto a una inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena a los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo. Cf. Argentina, Código Penal de la Nación Argentina, sancionado el 7 de diciembre de 1886.

⁹⁹ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 160.

¹⁰⁰ Una parte de la bibliografía sobre el tema afirma que en general quienes corrían el riesgo de castigo eran las que efectuaban los abortos, más que las mujeres que los solicitaban. Sin embargo, no he podido verificar esa hipótesis y, por el contrario, en mi corpus lo usual no ha sido que las parteras sufrieran una condena efectiva. Cf. Nari, *op. cit.*

absuelta. Cierta pericia en la defensa y en la práctica de las profesionales las mantuvo a resguardo del castigo penal. Esa capacidad de las parteras se perfeccionó en las décadas posteriores para beneficio propio y también de las mujeres que solicitaban sus servicios.¹⁰¹

Las parteras contaban con algunos mecanismos de protección frente a las posibles acusaciones reales o fundadas de realizar abortos. En 1904, dos parteras, Juana Laserna de Gay y Juana Sacco de Conterno, fueron procesadas por el aborto de María Lorenza Carballo. María, embarazada de seis meses, recurrió a Juana Gay, quien a cambio de dinero funcionó como intermediaria e hizo los arreglos del caso con Juana Conterno para que la atendiese y se ocupara del aborto de la joven.

Una vez que Conterno realizó la intervención, dio instrucciones precisas a María Lorenza sobre cómo actuar cuando la expulsión del feto se produjera, lo que sucedería algunas horas después, cuando María ya estuviera en su domicilio. La partera le indicó que mantuviera el feto por varios días junto con la sonda y que se lo entregara más adelante en una fecha que le indicó. En el mismo sentido operó respecto de la medicación, posiblemente cornezuelo de centeno, que ella misma le proveyó a través de su pequeña hija. Conterno se ocupó de cada uno de los acontecimientos siguientes y procuró que María no tuviera que improvisar ninguna acción.

Pero el caso se descubrió porque María se sintió enferma y sus patrones, en conocimiento de la situación, dieron parte a la Asistencia Pública. De esta manera, la cuestión llegó a la comisaría de la circunscripción y se dio inicio a una verdadera sucesión de hechos propios de una novela policial cuyo guión tiene el tono de una pedagogía moral sobre el comportamiento frente al embarazo y la maternidad cualquiera sea la condición de la mujer embarazada.

El comisario de la circunscripción, el patrón de María y el médico policial acordaron que la joven siguiera las instrucciones de la partera con el propósito de tomarla *in fraganti* en el momento en que le entregara el feto, y así probarían el hecho. El objetivo era evidente: culpar a la partera y lograr su condena. Acordadas las maniobras, la partera resultó presa, procesada y condenada a dos años de prisión e inhabilitación para el ejercicio de la profesión junto con su cómplice Juana, pero en

¹⁰¹ Dora Barrancos ha afirmado que hacia la década de 1940 se pudieron verificar menos consecuencias fatales después del aborto y que esto estaba ligado a la mayor pericia o capacidad de quienes lo realizaban. Cf. Barrancos, "Moral sexual...", *op. cit.*, en Gil Lozano, Pita e Ini, *op. cit.*, y también "Iniciativas...", *op. cit.*, en Boleda y Mercado Herrera (comp.), *op. cit.*

segunda instancia fueron absueltas y la única condenada fue María Lorenza. El tribunal de apelación desestimó el ardid policial, y las pruebas no alcanzaron para condenar a las parteras, pero fueron suficientes para condenar a María Lorenza luego de varios intentos por parte de la defensa de demostrar su inocencia.

En primer término, María Lorenza Carbalo afirmó que no era consciente del aborto, un argumento muy utilizado y todavía discutido por la medicina legal. La duda que genera ron estos procedimientos y la imposibilidad de probar su criminalidad se expresaron en estudios sobre la posibilidad de que una mujer pudiera dudar de su condición y estado.¹⁰² En cambio, en su defensa, Conterno demostró sus actualizados conocimientos obstétricos para desentenderse de la situación del aborto de María: adujo haber engañado a la joven y negó haberle realizado un aborto, porque el parto ya estaba en proceso. Asimismo, afirmó que había utilizado un catéter y no una sonda, que hubiera sido el instrumento adecuado para un aborto. Los peritos médicos dieron crédito al argumento, ya que efectivamente el uso de sondas era cada vez más restringido por diferentes motivos higiénicos —se consideraban poco higiénica, fuente de contagios de enfermedades del puerperio—, por lo tanto era verosímil que no se hubiera utilizado tal instrumento. Confirmaron entonces que era factible que el parto estuviera en curso y que el catéter era inútil para producir un aborto. El tribunal tampoco acusó a la partera de incumplir con la reglamentación vigente respecto de los partos distócicos —lo que hubiera requerido la presencia médica—, pues se trataba de un parto prematuro y ella había actuado con la urgencia que el caso ameritaba.

Argumentos como los utilizados por la partera Juana Conterno y su abogado tenían un grado de sofisticación técnica que era difícil de rebatir en caso de que no fueran reales. Las parteras conocían bien los límites de lo que podían hacer y utilizaban las zonas grises de la ley a su favor. En el caso del aborto de María Lorenza Carbalo, esto fue notable: la partera pudo argumentar que era un parto prematuro, que no había riesgo para la mujer y que el feto era inviable, por lo tanto no había considerado necesaria la intervención médica. Los márgenes frente a la urgencia y el peligro que ponían límites al trabajo de las parteras y les exigían pedir la intervención médica eran amplios, y muchas veces ellas sabían usarlos a su favor.

¹⁰² Sobre la posibilidad de sufrir un aborto sin percibirlo ver Tomás Perón, *¿Puede una mujer parir sin saberlo? Concurso para una cátedra de medicina legal*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1870.

Era muy difícil, incluso con la ayuda de los peritajes médicos, probar la veracidad de un aborto. Susana B. de Couderc fue dos veces absuelta, en 1881 y en 1891. Susana era francesa y había sido reconocida por la Facultad de Medicina como partera en 1881, año en que fue acusada por el aborto de Julia Fallabure, una joven mucama soltera de 17 años.¹⁰³ La denuncia por el aborto fue hecha por el patrón de Julia luego de haber encontrado a la joven muy desmejorada en el momento en que expulsaba un feto de seis meses. El juicio culminó con la absolución de la partera por la imposibilidad de probar su actuación a partir de la declaración de Julia.

A Julia le sucedió lo que a muchas otras mujeres: no pudo dar detalles que comprometieran a la partera y su declaración resultó una autoinculpación. Declaró haber visitado a Couderc y haberle adelantado dinero suficiente para la intervención, y luego desarrolló con pocas precisiones el momento del aborto. Efectivamente, la partera reconoció haber recibido en su casa a la joven mucama interesada en sus servicios y haber acordado la asistencia durante el futuro parto, pues consideró que el pensionado en su casa era muy oneroso para su condición. Afirmó haber recibido de Julia la suma convenida y haberle entregado su tarjeta a cambio como prueba de la transacción. Respecto de las maniobras sobre el cuerpo de Julia, la partera no negó haber hecho un tacto exploratorio para comprobar el estado del embarazo, como era usual. Esto no era un detalle descuidado en la declaración de la partera, pues efectuar tactos no siempre fue una práctica aprobada por los médicos, quienes solían actuar como peritos en estas causas. En diversas circunstancias se afirmaba que esa intervención en manos poco capaces o inmorales podía ser peligrosa para el embarazo.

En general, el procedimiento de aborto por medios mecánicos se producía con la mujer inclinada o recostada sobre alguna superficie elevada, un sofá o mesa, y de espaldas a la partera, por lo que no siempre era fácil narrar detalles de lo sucedido para quien lo sufría. Los abortos se llevaban a cabo con instrumentos, en general con una sonda que permitía atravesar el cuello del útero y llegar hasta el embrión de modo tal de removerlo ayudado por “duchas” internas. Esta operación podía repetirse varias veces en diferentes sesiones para garantizar el fin del procedimiento y podía dejarse colocada la sonda en la mujer hasta que se desencadenase el aborto; en muchos casos, y según el tiempo del embarazo, también se procedía por medios manuales a dilatar el cuello del

¹⁰³ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra B, Legajo N° 22, 1883 y Letra C, Legajo N° 64, 1891.

útero para facilitar la expulsión del feto. Era común que se acompañara el proceso del aborto con el suministro de cornezuelo de centeno o ergotina, el primero un hongo del centeno y la segunda un alcaloide del mismo hongo, útiles para colaborar con las contracciones y para controlar las hemorragias propias del procedimiento.

Contar con indicios y pruebas materiales, como la sonda, muchas veces era determinante para iniciar el proceso a una partera, pero en el caso del juicio contra Susana Couderc no fueron suficientes, pues nunca se halló el instrumental probablemente utilizado para producir el aborto, y tampoco hubo testigos del hecho. Sin embargo, los peritajes médicos afirmaron que hubo un aborto provocado y que el alumbramiento de la placenta se concretó varias horas después de la expulsión del feto. La inspección policial confirmó la presencia de un frasco de ergotina en la habitación de la joven Julia, pero nada de todo esto pudo ser vinculado con la actuación de Susana Couderc, que finalmente fue sobreseída.¹⁰⁴

El proceso se prolongó varios meses más luego de la absolución de la partera porque la defensa pidió en reiteradas instancias la nulidad del juicio para garantizar el buen nombre, honor y trayectoria de Susana Couderc. Esto es algo que se repitió en el juicio de 1891 afrontado por la misma partera, en un caso mucho más complejo, del que también resultó absuelta. En el segundo juicio, el honor de la partera formó parte de la acusación en duros términos. Se arguyó que era una conocida “abortera”, que su casa no era de partos sino de abortos y que muchas personas conocían que había entre sus muebles numerosos frascos con fetos de diferentes tiempos de gestación, entre otras acusaciones. Todo esto fue desestimado; sin embargo, en ninguno de los dos procesos la partera logró la nulidad, aunque tampoco perdió su matrícula.¹⁰⁵

En los juicios de este tipo las parteras solían describir con mucha precisión el tipo de intervención que hacían sobre la mujer: el tacto, la prescripción de algún medicamento no del todo permitido pero usualmente utilizado, como la ergotina, y la descripción del estado del embarazo. Con mucha solvencia usaban para sí la legislación que reglamentaba su oficio. Frente a la ausencia de pruebas, era común que la parte acusatoria o la fiscalía intentaran argumentar que el simple tacto era capaz de desencadenar un aborto o que se trataba de maniobras innecesarias. Normalmente esto era desestimado; los peritajes colaboraban poco con la acusación y demostraban escasa

¹⁰⁴ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra B, Legajo N° 22, 1883.

¹⁰⁵ *Ibidem.*

experticia sobre la práctica del delito que se juzgaba y sobre fisiología de la mujer en “estado interesante”.

En cambio, las parteras y sus defensas conocían bien sus capacidades y las intervenciones adecuadas para cada caso. La experticia para justificar la realización de un tacto o los motivos para utilizar una sonda eran procedimientos que las parteras podían utilizar a su favor para demostrar su inocencia. Se trataba de mujeres que conocían perfectamente la condición de la preñez y las intervenciones que de ninguna manera podían comprometerlas ni poner en peligro la gestación.

Incluso cuando las pruebas eran más claras, las posibilidades de condenar a la partera eran limitadas y los tribunales no eran especialmente insistentes. Así fue en el caso de Manuela Erro, que resultó implicada en la acusación que llevó adelante Carmen Muñoz en febrero de 1901. Carmen era empleada doméstica y fue encontrada enferma por sus patrones; en ese momento intervino el médico de la familia y comprobó que en su cuerpo aún estaba colocada una sonda con una esponja, algo que reconoció como un procedimiento usual para provocar abortos. Efectivamente, Carmen aceptó que se había sometido a un aborto inducida por su amante, quien la había llevado a la casa de la partera Erro.

El relato de Carmen es similar al de otras mujeres en condiciones vulnerables, posiblemente forzadas a denunciar su situación y que terminaban como las únicas condenadas en las causas abiertas por abortos. En el juicio no logró probarse la actuación de la partera, ni la del amante de Carmen, y la declaración de esta última fue considerada una confesión que significó para ella un año de prisión en la Cárcel de Mujeres.¹⁰⁶

Por su parte, las defensas de las mujeres imputadas por abortos solían apelar a las figuras comunes sobre la desdicha, el engaño, la incitación de terceros –en general varones–, la intención de acudir a manos expertas para cuidar el honor y conseguir que alguien “lleve el niño a la cuna”, en alusión al asilo de expósitos.

En cambio, las parteras podían contar con una red de relaciones que en el momento de exposición de un caso de aborto les resultaba funcional para dispersar la atención y negar su responsabilidad frente a una situación criminal o sospechosa de serlo. Lo usual era que la intervención se realizara en casa de la partera –la misma donde se atendían los nacimientos–, pero las horas siguientes transcurrieran en otro

¹⁰⁶ AGN, Tribunal Criminal, Legajo N° 120, 1901.

lugar, que no siempre era el hogar de la mujer que había requerido los servicios, y que no tenía vinculación formal con la casa de partos. Un de este tipo se registró en 1897, que tomó estado público cuando una “adivina” fue denunciada por realizar abortos en su domicilio. El sumario judicial logró comprobar que ella había alojado a mujeres que se habían sometido a abortos, pero nunca se pudo probar su complicidad con ellos ni la relación con la partera implicada en la causa y posible “socia”, Margarita Lanzoni, partera matriculada.¹⁰⁷ Ambas resultaron absueltas.

Las mismas relaciones que acercaba la clientela para la atención de los partos podían ser el medio para obtener clientas para abortos. La “tarjeta” de la partera facilitada por un médico a una mujer que lo requiriera podía conducir a la solución para terminar con un embarazo, y el compromiso para el médico era menor, pues con ciertas precauciones nada indicaba complicidad con el delito. En el mismo sentido funcionaban otros contactos, como enfermeras y boticarios; vecinas y familiares, o la simple placa en la puerta de la casa de la partera. También la “tarjeta” podía ser la contraseña entre la partera y el médico cuando alguna situación se complicaba y era requerida la discreta asistencia de un galeno. Tal parece haber sido el caso del Dr. Iribarren, que atendió a Filomena Gentile, quien finalmente falleció en el Hospital Rawson, cuando su cuadro se complicó luego de un supuesto aborto realizado por Ventura de Fanelli.¹⁰⁸

Una generalidad en los procesos por aborto que llegaban al Tribunal Criminal es que durante la etapa de instrucción la acusación solía alcanzar a la mujer que se había realizado la intervención; a sus allegados (familiares, amantes o novios), considerados cómplices, y a la partera. Casi todos resultaban procesados a pedido de la fiscalía. Normalmente, la parte acusatoria era el Estado y no personas particulares, y los procesados podían transcurrir alguna temporada en la cárcel, pero con frecuencia la única condenada era la mujer que había sufrido el aborto. Tanto la partera y sus eventuales socios o facilitadores como las personas que habían acompañado a la muchacha lograban desentenderse del caso en el mismo momento en que caía en duda la vinculación entre el hecho y la partera.

Si a través del reconocimiento y el registro de las parteras como profesionales ajustadas a un criterio se pretendía contribuir a establecer una noción moral respecto del lugar de la reproducción, de los nacimientos y de la criminalidad de actos como el

¹⁰⁷ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra L, Legajo N° 69, 1897.

¹⁰⁸ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra F, Legajo N° 73, 1902.

aborto, las prácticas concretas de las mujeres, en cambio, mostraban resistencias tanto entre las que asistían a sus congéneres como entre las que se embarazaban y decidían desentenderse de la preñez. Abortos y partos involucraban una misma profesión, y por otro lado el peso de la ley y la interpretación de los jueces no eran especialmente encarnizados con las parteras, sobre las cuales podía recaer la sospecha, pero no necesariamente la condena.

El único caso registrado que culminó con la condena definitiva de la partera fue el de María Baby, por haberle practicado un aborto a Antonia Scheller en 1882, que desencadenó su muerte.¹⁰⁹ Fue un juicio prolongado y engorroso, en el cual las pruebas y el criterio de los peritajes y oficios médicos fueron importantes para dirimir el caso. Pedro Pardo, titular de la cátedra de Obstetricia y Clínica Respectiva de la Facultad de Medicina, estuvo a cargo del informe médico legal. Se trató de un estudio muy puntilloso y detallado, que incriminaba directamente a la partera por el aborto de Antonia. A diferencia de otros informes médicos o peritajes en casos de este tipo, Pardo no sólo confirmó que el delito de aborto provocado había existido, si no que acusó directamente a la partera de incumplir con sus deberes, pues a su entender el aborto entraba en la definición de distocia y, por lo tanto, era asunto médico, apelando a la ley de 1877 sobre el ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares. Baby aclaró el asunto y afirmó que no conocía ninguna reglamentación que impidiera atender a una mujer que estaba sufriendo un aborto, como afirmaba que le había ocurrido a Antonia, y ratificó que la ley sólo le exigía acudir a la asistencia médica cuando un parto se complicaba, y no en la generalidad de los casos. De hecho, María consideró que el estado de salud de Antonia era riesgoso y probó que había convocado a tres médicos distintos para que la asistieran, ninguno de los cuales fue condenado.

Pardo evaluó los actos de la partera desde una lógica poco frecuente en otros peritajes e informes médicos sobre casos similares, que se habían limitado a corroborar la relación causal entre la acusada y el hecho. En este caso, el informe no se circunscribió al análisis de lo sucedido y realizado por la partera, sino que se expidió acerca de lo que debería haber sucedido y de lo que debería haber realizado aquella. Es decir, más allá de comprobar el origen del aborto, siempre difícil, fue importante establecer las obligaciones de la partera dentro de la ley. María Baby resultó condenada.

¹⁰⁹ Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Letra D, Legajo N° 19, 1882.

Difundir un criterio respecto de la actuación e incumbencias de la partera fue producto de la capacidad de los médicos obstetras de movilizar ideas entre sus pares y frente al Estado porteño sobre la delicadeza de sus acciones. El concepto de distocia, no siempre fácil de definir, terminó resultando operativo para estos fines. Ayudada por la capacidad de persuasión que el cuerpo médico en su conjunto había logrado establecer en esos años, la obstetricia logró definir la dirección de su especialidad y complejizar en el mediano plazo las nociones alrededor del parto y de la mujer embarazada. Hizo falta aún que probaran la efectividad de sus presupuestos para convertir definitivamente el nacimiento y el parto en un asunto higiénico.

2. Miasmas, epidemias y los peligros del hospital

Las epidemias fueron escenarios magníficos para poner a prueba la eficiencia de instituciones y actores comprometidos con la higiene urbana y la salud de la población. La obstetricia tuvo su principal batalla frente a la fiebre puerperal, enfermedad conocida pero resignificada luego de la aparición de sucesivos azotes epidémicos de otras enfermedades que golpearon a la ciudad en el siglo XIX. Los brotes de fiebre puerperal colaboraron en la elaboración de respuestas específicas de interés para todas las mujeres en puerperio y no sólo para las pobres, consideradas más expuestas a los problemas de higiene, que fueron determinantes para definir el modo de tratar los partos.

Durante 1874, en el Hospital de Mujeres se desató un brote de fiebre puerperal, el más importante de varios y muy próximo a la epidemia de fiebre amarilla que en 1871 había castigado duramente a la ciudad. La epidemia de fiebre amarilla fue un acontecimiento clave para la organización de las agencias estatales de atención sanitaria, para sus miembros profesionales y para la consolidación del pensamiento higiénico.¹¹⁰ Aún estaban frescos en la memoria de los miembros de la corporación médica, de la administración sanitaria municipal y del Consejo de Higiene el

¹¹⁰ Ver Ricardo González Leandri, "Higiene, instituciones médicas y temprana cuestión social (1852-1890)", en Ricardo González Leandri, Pilar González Bernaldo de Quirós y Juan Suriano, *La temprana cuestión social. La ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2010. Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir...*, *op. cit.*, y Diego Armus, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Mirta Zaida Lobato (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Nueva Historia Argentina, Tomo V, Buenos Aires, Sudamericana, 2000.

desprestigio y el descrédito que el manejo de los ciclos epidémicos anteriores había generado.¹¹¹ Pero a pesar de la gravedad de la situación y del enorme número de víctimas que la fiebre amarilla había producido –casi el 8% de la población falleció–, esta vez la intervención estatal logró cierto grado de reconocimiento entre los sectores tradicionalmente críticos, como la prensa y la opinión pública en general.¹¹² Se consolidó de este modo el prestigio médico profesional y adquirió mejores perspectivas la idea de que era posible actuar frente a la enfermedad de un modo no sólo defensivo, sino también orientado a lo preventivo, a través de una batería de instrumentos caracterizados por la intervención del Estado sobre la sociedad.

El impacto material y simbólico de la epidemia de 1871 no es comparable con los efectos sobre la población que produjo la fiebre puerperal, pero aquella experiencia habilitó instrumentos conceptuales que estuvieron disponibles para evaluar y encarar la enfermedad del puerperio. Parte de ese acervo cognitivo fue prestado por los paradigmas vigentes respecto del modo de transmisión de las enfermedades y se tradujo en el control del medio en el cual se practicaban los partos. En otro sentido, las experiencias epidémicas hicieron notar la necesidad de la intervención de expertos sobre la sociedad. Esto se tradujo principalmente en una serie de investigaciones, muchas de ellas estadísticas, que demostraban la presencia de la fiebre puerperal en la ciudad y la vinculación directa con las condiciones materiales que el municipio, sus instituciones y sus técnicos ofrecían para atender partos.¹¹³ En perspectiva, lo que se ponía en juego era el modo higiénico de asistir los partos y puerperios y el peso sustantivo de las nociones médicas para establecer esos criterios.

El ambiente en el cual se producían los partos adquirió un especial interés, lo que se manifestó en estudios sobre el Hospital de Mujeres en particular, influidos todavía por el criterio miasmático a la hora de evaluar la propagación de las enfermedades en sus salas. La idea acerca de los miasmas, en un período de transición hacia la teoría de germen, mantenía influencia en la década de 1870 y tenía como antecedente la idea hipocrática de que la enfermedad estaba relacionada con el clima y

¹¹¹ González Leandri, *Curar, persuadir...*, *op. cit.*, pp. 91-110.

¹¹² *Ibidem.*

¹¹³ Ver Juan Manuel Corbalán, *Higiene de los hospitales*, Tesis, Buenos Aires, Coni, 1873; Samuel Molina, *La fiebre puerperal y la metroperitonitis del Hospital General de Mujeres*, tesis, Buenos Aires, Pintos, 1873; Alfredo Parodi, *Estudio estadístico sobre la maternidad del Hospital General de Mujeres*, tesis para el doctorado, Buenos Aires, Coni, 1878; Juan B. Arini, *Estudio estadístico. Hospital General de Mujeres*, tesis, Biedma, Buenos Aires, 1879.

sus agentes naturales, pero también afirmaba que podía ser producida por las personas. Esta idea no atribuía exclusivamente el aire pestilente a las condiciones climáticas, sino especialmente a los miasmas, a los olores fétidos que emanaban de los cuerpos y restos de cuerpos descompuestos.¹¹⁴ “En un hospital, en un ejército o en una cárcel, donde quiera que el amontonamiento se presente, allí, es donde se desarrollan las enfermedades miasmáticas. La fiebre puerperal se enjendra en las maternidades, allí donde el número de púerperas es mayor”.¹¹⁵ Este criterio tuvo incidencia a la hora de evaluar las condiciones de los hospitales y posteriormente para la proyección de nuevos edificios.

Para el caso de las que recién habían parido, la hipótesis de la propagación de la enfermedad por el entorno viciado y por la cohabitación en espacios con aire contaminado por los olores y emanaciones humanas permitió pensar que un caso aislado de fiebre puerperal no era suficiente para generar contagio, pero que podía ser fatal si se producía en un gran establecimiento. Por otro lado, la información sobre los partos civiles, realizados en la ciudad fuera de los hospitales, afirmaba que efectivamente las epidemias se producían con mayor frecuencia en los hospitales. El temor sobre lo que pudiera suceder en las casas de partos no se atemperó, pero la información que los médicos poseían demostraba que en las casas particulares la enfermedad no era tan peligrosa, pues allí la influencia pernicioso de aires cargados y pútridos era menor.¹¹⁶ En cambio, el Hospital de Mujeres carecía de ventilación, de grandes jardines purificantes, sus salas eran pequeñas, muy pobladas y comunicadas entre sí; en definitiva, era el escenario propicio para la enfermedad.¹¹⁷ Allí reinaba la falta de higiene en las ropas de cama, en las lociones vaginales, en el mobiliario, e incluso en el servicio, que usualmente era compartido por varias púerperas. Por otro lado, las posibilidades de combatir la enfermedad estaban limitadas a una escasa batería terapéutica, que tenía a su alcance pocos recursos, como los lavajes vaginales y las inyecciones uterinas de ácido fénico o bicloruro de mercurio, que se aplicaba cuando se presentaban los síntomas de infección. Estaba claro para los médicos que actuaban en la sala de maternidad que lo único efectivo para evitar la temida fiebre puerperal era que ésta no

¹¹⁴ Marcelo Luis Urquía, *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*, Colección Salud Comunitaria, Buenos Aires, Ediciones de la UNLa, 2006, pp. 35-36.

¹¹⁵ Molina, *op. cit.*, p. 22.

¹¹⁶ Molina, *op. cit.* pp. 43-44.

¹¹⁷ Corbalán, *op. cit.* pp. 59-60.

ingresara al hospital. Se lo consideraba el recurso más efectivo para evitar su aparición; tal es así que durante un brote en 1873 se utilizó como método dejar abiertas las ventanas y las puertas de sala durante dos meses para que el aire purificador fluyera e impidiera la contaminación.¹¹⁸

Si bien la mayoría de los partos registrados en la sala San Ramón fueron exitosos y las muertes maternas no superaron el 8%, la fiebre puerperal constituyó un temor permanente a partir de 1871, cuando comenzó a crecer la cifra de enfermas. En esa sala, entre 1870 y 1877 fallecieron 30 mujeres a causa de fiebre puerperal, lo que representa el 42,5% de la totalidad de las parturientas fallecidas. Esta información fue sistematizada por Alfredo Parodi, médico interno del hospital, e inmediatamente fue retomada por Emilio Coni, amigo y compañero de Parodi, quien comparó la situación con lo que ocurría en otras maternidades y en otras ciudades del mundo. Coni no se limitó a reunir los datos derivados de las muertes por fiebre puerperal, sino que además analizó el conjunto de afecciones posparto. Con ello, observó que el nivel de defunciones era constante en las últimas dos décadas en general, pero afirmó que en la maternidad del Hospital de Mujeres era muy elevado en relación con lo que ocurría fuera de ese establecimiento. Según este análisis, las muertes maternas en la ciudad ascendían a cuatro mujeres cada mil partos, y en cambio eran de 80 mujeres cada mil partos en el referido hospital. La comparación con otras ciudades le permitió afirmar a Coni que Buenos Aires tenía un nivel de muertes puerperales similar al de otras ciudades del mundo y que en el Hospital de Mujeres eran excesivamente altas.¹¹⁹

En otras ciudades del mundo la mortalidad en partos domiciliarios alcanzaba el cinco por mil y en las maternidades superaba el 30 por mil.¹²⁰ Si bien los médicos no ignoraban que a las maternidades llegaban las mujeres con partos de varias horas de desarrollo, complicados o con enfermedades declaradas, reconocían que el hospital representaba un lugar de riesgo para las púerperas. Estaba claro que la relación entre parto hospitalizado y muerte era fácil de establecer y formaba parte del sentido común sobre la institución.

Frente a esta situación, la creencia en la presencia de miasmas como factor nocivo fue útil, pues desde el punto de vista causal permitió ubicar áreas o zonas de

¹¹⁸ Molina, *op. cit.*, p. 81.

¹¹⁹ Emilio R. Coni, *Estadística mortuoria de las afecciones puerperales en la ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Coni, 1878, p. 6.

¹²⁰ Parodi, *op. cit.*

riesgo para la propagación de las enfermedades: el hospital.¹²¹ Esto motivó una fugaz discusión acerca de la posibilidad de cerrar las grandes maternidades, eliminarlas como respuesta para los partos urbanos y destinar para esa función pequeños establecimientos. Sin embargo, la opinión médica definitiva se inclinó por la construcción de maternidades centrales debido a lo que consideraban necesidades específicas de las mujeres más pobres.¹²²

Samuel Molina, discípulo de Pedro Pardo, tratante del Hospital de Mujeres, luego su director por varias décadas y profesor de obstetricia en la década del 10, había evaluado la situación en 1873 preocupado por el incremento de enfermas en la sala San Ramón. Según la tesis de Molina, las maternidades centrales eran necesarias, pues su experiencia le permitía afirmar que las usuarias eran mujeres jóvenes y trabajadoras que vivían en el centro de la ciudad y a las que un establecimiento bien ubicado podía salvarles la vida. Como luego afirmaron otros colegas, muchas eran empleadas domésticas que no tenían a quién recurrir. En cambio, las mujeres pobres que tenían su casa en los suburbios porteños preferían recibir atención allí, y no se trasladarían a un hospital por cercano que les resultara.¹²³ Molina infería que esas mujeres contaban con otros recursos, posiblemente parteras de barrio, y que podían apelar a otro tipo de atención, por lo tanto su decisión no dependía de la cercanía a un centro de atención. En cambio, las jóvenes mucamas, solas o aisladas, eran más dóciles a la acción médica y más dispuestas a la institucionalización.

Una maternidad central, arreglada según los conocimientos vigentes acerca de las enfermedades puerperales con salas aireadas y amplias, era una óptima opción. Incluso el correcto aseo y la adecuación de la sala vigente podían mejorar radicalmente su función. Las pequeñas salas de maternidad podían funcionar de manera complementaria en los extremos alejados de la ciudad y podrían construirse según aumentaran los partos.¹²⁴ Una tercera posibilidad, complementaria de las dos anteriores, era la atención domiciliaria del parto, opción que Molina no ignoraba, pero que no se atrevía a suscribir, pues consideraba que Buenos Aires estaba lejos de adecuar un modo

¹²¹ Urquía, *op. cit.*, p. 38.

¹²² Ver Samuel Molina, *La fiebre puerperal y la metroperitonitis del Hospital General de Mujeres*, tesis, Buenos Aires, Pintos, 1873; Parodi, *op. cit.*, y más adelante Juan Fernández, *Fiebre puerperal*, París, J. Y. Ferrer, 1884. Sobre Emilio Coni, se puede ver J. C. Llamas Massini, *La partera de Buenos Aires*, Buenos Aires, Faliban y Camillioni, 1915, pp. 151-156.

¹²³ Molina, *op. cit.*, pp. 82-83.

¹²⁴ *Ibidem*.

higiénico de establecer este tipo de atención.¹²⁵ La creación de una maternidad central y moderna y al mismo tiempo el desarrollo de pequeños asilos donde pudieran alojarse durante el último mes de embarazo entre 20 y 25 mujeres a cargo de parteras diplomadas y administrados por sociedades filantrópicas de mujeres eran una buena alternativa para Buenos Aires, según algunos médicos interesados en el asunto.¹²⁶

La tesis de Molina, en sintonía con la información que manejaba Parodi y el análisis de Coni, se colocó en un polo de la discusión respecto de las formas posibles de parir y partear en Buenos Aires. Una segunda posición, marginal pero plausible para el momento y para las condiciones materiales de la ciudad, era la expresada por el comadrón español José López de Morelles.¹²⁷ Éste se inclinaba por el desarrollo de pequeños establecimientos para diversos tipos de asistencia, entre ellos los partos, pero la propuesta fundamental de López de Morelles era la atención domiciliaria de las parturientas llevada a cabo por profesionales como las que él mismo preparaba.¹²⁸

La hipótesis de López de Morelle, fundamentada en los mismos datos aportados por Parodi, sostenía que la mayoría de los partos eran fisiológicos y, por lo tanto, la atención de parteras expertas era suficiente para que se desarrollaran convenientemente. En todo caso, las pequeñas casas de socorro diseminadas en la ciudad resultarían útiles para los partos distócicos, que sí debían ser atendidos por médicos, tal como establecía la ley de 1877. Un segundo nivel de argumentación tenía que ver con el sentido de las grandes casas de maternidad modernas, como las que proponían sus colegas; el comadrón español veía allí ante todo la intención de establecer clínicas de enseñanza de la obstetricia, donde “podrían ejecutarse con fines nobles prácticas innecesarias sobre las parturientas”. López de Morelle se refería a lo innecesario de construir grandes maternidades cuyo sentido específico y real era enseñar a los futuros médicos, más que ocuparse de las mujeres en parto o evitar las enfermedades más temidas. Por otro lado, los establecimientos sobre los que se discutía –en la visión del partero español– eran

¹²⁵ *Ibidem*, p. 85.

¹²⁶ Coni, *op. cit.*, y Molina, *op. cit.*

¹²⁷ José López de Morelles era una figura muy particular dentro del ambiente de médicos obstetras o interesados por los partos. Era miembro de la Sociedad Médica de la Provincia de Buenos Aires y su reconocimiento lo obtuvo por el éxito que tenía en la formación de parteras de manera particular, fuera de la Facultad de Medicina, que normalmente eran reconocidas por el Consejo de Higiene.

¹²⁸ José López de Morelles, *Algunas observaciones sobre las Casas de Maternidad. Contestación a la estadística mortuoria del Dr. Emilio Coni*, Buenos Aires, Coni, 1878, p. 10.

muy costosas, más propensas que las pequeñas casas de parto al contagio de la temida fiebre puerperal y no se justificaban frente a lo poco frecuente que eran las distocias.¹²⁹

El conflicto de intereses entre López de Morelles y sus colegas parece evidente, pues el comadrón era instructor de parteras que por diversos motivos no asistían a las clases que se dictaban en la Facultad de Medicina y necesitaban rendir los exámenes para acreditar su experticia y matricularse. Sin embargo, había una serie de coincidencias elementales de fondo: la idea acerca de la distocia como asunto que excedía a las parteras, la incumbencia de los saberes médicos en los partos y, en definitiva, la noción del parto como un hecho fisiológico, pero que era necesario tratar. Tanto los miembros de la elite médica, Coni y Molina, como aquellos ubicados en la periferia de ese grupo coincidían en el lugar que la medicina debía ocupar en relación con los partos, atendidos por profesionales y con criterios de higiene establecidos médicamente.

Ese clima de interés por el parto estaba más claramente difundido entre los médicos y sus instituciones. Dentro del cuerpo médico porteño, la obstetricia fue una especialidad que tuvo dificultades para establecerse, pero que logró acelerar su afianzamiento en las últimas décadas del siglo XIX. El criterio moderno de la clínica médica disponía que la enseñanza fuera asociada a la práctica hospitalaria, lo que era necesario para la difusión de las técnicas de la *obstetricia científica*. Los obstetras, primero marginalmente, pero a fines del siglo XIX en mejores condiciones, promovieron el establecimiento de salas de partos que, entre otras funcionalidades, tuvieran el explícito objetivo de que los médicos jóvenes dispusieran de un lugar donde recibir instrucción empírica, una cuestión mucho más allanada para las parteras, que contaban con recursos para aprender y experimentar dentro y fuera del hospital.¹³⁰ Sostenían la necesidad de aumentar las salas de maternidad por un *doble objetivo humanitario: ofrecer un techo a las desheredadas de la fortuna y constituir un centro de actividad intelectual indispensable para formar prácticos instruidos*.¹³¹

Si bien la enseñanza acerca de los partos había avanzado en la facultad y había una cátedra dedicada a la cuestión desde 1881, la práctica médica seguía siendo un

¹²⁹ *Ibidem*, p. 9.

¹³⁰ Parodi, *op. cit.*, p. 15.

¹³¹ *Ibidem*. Samuel Molina, *La fiebre puerperal y la metroperitonitis del Hospital General de Mujeres*, tesis, Buenos Aires, Pintos, 1873, y Juan Manuel Corbalán, *Higiene de los hospitales*, tesis, Buenos Aires, Coni, 1873, pp. 60 y ss.

problema, pues las salas de partos eran pocas y no siempre estaban disponibles para el entrenamiento clínico.

Era difícil objetar que las clases pudientes optaran por la atención fuera del hospital, pero no sucedía lo mismo cuando se trataba de mujeres pobres. Los sectores más desfavorecidos de la ciudad que se resistían al hospital solían caracterizarse como víctimas fáciles de los curanderos y parteras sin instrucción. Sin embargo, no escapaba a los funcionarios y médicos que las condiciones de los hospitales porteños no eran óptimas y que el rechazo a ellos era razonable. Pero desde qué momento era adecuado atender un parto, quién debía hacerlo y las condiciones en las cuales se producía entraron en el orden de las preocupaciones ligadas a la concepción del parto que manejaban los médicos.¹³²

Los cada vez más regulares estudios estadísticos sobre el Hospital de Mujeres y su sala de maternidad confirmaban la necesidad de repensar el parto y el nacimiento. La postal que ofrecía el Hospital de Mujeres era siempre trágica: allí sólo acudían los partos ya iniciados y con complicaciones.¹³³ Por otro lado, la práctica médica en general se desarrollaba fuera del hospital y los recursos técnicos y científicos admitían esa modalidad, por lo tanto no era extraño que el parto se resolviera así, incluso en manos de médicos. La advertencia principal era respecto de las casas de inquilinato y lugares donde habitaban las mujeres más pobres. Según la opinión médica, se podía verificar que múltiples manos inexpertas pretendían ofrecer servicios “profesionales” en esos sitios, donde los nacimientos transcurrían en las peores condiciones de higiene y las madres corrían riesgos innecesarios.¹³⁴ En gran medida, este discurso estaba destinado a los propios médicos y definía el clima entre una concepción del parto como un asunto natural o fisiológico que requiere sólo una conducta expectante y otra según la cual la intervención médica era cada vez más importante.

¹³² Se puede ver, Araya, *op. cit.* y Carlos Vera, *Apuntes de obstetricia*, tesis, Buenos Aires, El Censor, 1891.

¹³³ Se puede ver Juan Acuña, *La versión en dos casos de presentación de tronco observados en la clínica de partos*, tesis para el doctorado, Buenos Aires, Imp. Biedma, 1876; Isaac Aranibar, *Maternidades*, tesis inaugural, Buenos Aires, Peuser, 1888; Juan B. Arini, *Estudio estadístico. Hospital General de Mujeres*, tesis, Buenos Aires, Biedma, 1879; Alfredo Parodi, *Estudio Estadístico sobre la Maternidad del Hospital General de Mujeres*, tesis para el doctorado, Buenos Aires, Coni, 1878.

¹³⁴ Elvira Rawson de Dellepiane, *Apuntes sobre higiene en la mujer*, tesis inaugural, Buenos Aires, Imprenta de Pablo, 1892, p. 75.

Pero la fiebre puerperal y la capacidad de manejarla con éxito generaron un escenario para el asentamiento de un discurso sobre el parto higiénico, aunque esto planteó una paradoja, pues su incidencia en los espacios médicamente controlados era mayor que en aquellos alejados del control de la ciencia y de las autoridades municipales, como muchas casas de partos. Sin embargo, la reacción rápida resultó eficiente y bastante coordinada. En primer lugar, se tomaron medidas en las salas de hospital donde hubiera púerperas. En algunos casos, como en la Maternidad del Hospital de Mujeres, se clausuró la sala. Luego se difundieron prácticas de higiene que buscaban separar a las púerperas sanas de las enfermas, y siguiendo las corrientes europeas se dispuso que los tratantes y las tratantes de parturientas no tuvieran previamente contacto con tejido cadavérico. Se insistió en las ya recomendadas medidas de ventilación y contra el hacinamiento de enfermas. Por otro lado, se describió la creación de una “atmósfera” conveniente durante el parto y el puerperio, alejada del nerviosismo y la ansiedad de otras pacientes, como el primer frente de batalla contra la enfermedad. El principal recurso terapéutico fue el ácido fénico o el bicloruro de mercurio; el primero se utilizó en la maternidad del Hospital de Mujeres para rociar a la parturienta antes y después del parto. Con una solución basada en el mismo principio activo, se ordenó la higiene de los médicos, parteras y enfermeras y de todo aquello que pudiera tener contacto con la parturienta.¹³⁵

En segundo lugar, se incorporó una terapéutica: la aplicación de inyecciones vaginales y uterinas. Fue un procedimiento muy estudiado y descripto; llegó a considerarse una verdadera “cura” para la enfermedad del puerperio y se aseguró que fue exitoso en Buenos Aires.¹³⁶ Estas aplicaciones debían realizarse con un instrumental sencillo pero particular, y llegaron a recomendarse para todos los partos, experimentaran o no síntomas de fiebre puerperal, y transcurrieran o no en el hospital.¹³⁷ Sobre las inyecciones uterinas en particular, cada vez con más frecuencia los obstetras consideraban que las parteras debían abstenerse de realizarlas, pues era un procedimiento médico delicado.¹³⁸ Finalmente, en 1890 el Consejo de Higiene

¹³⁵ Juan Fernández, *Contribución al estudio del tratamiento antiséptico en la fiebre puerperal*, tesis doctoral, Buenos Aires, La Nación, 1882, pp. 54-57.

¹³⁶ Juan Pablo Arias, *Inyecciones uterinas de la fiebre puerperal*, tesis, Buenos Aires, La Universidad, 1885, p. 15.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 44.

¹³⁸ Enrique Allende, *Patogenia y tratamiento de la fiebre puerperal*, tesis, Buenos Aires, Biedma, 1889, pp. 26-27.

convalidó el pedido. Algunos años después, cuando la teoría pasteuriana estaba asentada y la asepsia, generalizada, se descubrió que las inyecciones eran contraproducentes.

En relación con la actuación de las parteras en la lucha contra la enfermedad puerperal, las medidas eran confusas. En 1886, Emilio Coni intentó sin éxito que el Departamento Nacional de Higiene montara una suerte de control epidemiológico similar al que se había puesto en marcha durante las epidemias anteriores para los partos atendidos fuera de los hospitales. Coni propuso que cualquier caso civil, es decir, de parto en la ciudad, que presentara síntomas de fiebre puerperal fuera tratado de modo similar a los distócicos. En esos casos, era obligación de la partera convocar a un médico, y si éste no acudía era obligatorio hacer la denuncia a la Asistencia Pública. Además, en el mismo proyecto se proponía trasladar el conjunto de medidas de higiene que se habían puesto en marcha en el Hospital de Mujeres a la práctica civil.

Durante los primeros años de tratamiento sistemático de la fiebre puerperal, un paradigma respecto del contagio que no logró dar explicación a lo que sucedía limitó las posibilidades de combatirla. Las inyecciones uterinas y el ambiente fenicado eran las únicas herramientas confiables para la profilaxis y el tratamiento de la enfermedad. Algunos de estos procedimientos pusieron en cuestión la posibilidad de que las parteras siguieran atendiendo los nacimientos con independencia y con prescindencia del médico, algo que finalmente no ocurrió, pero cuya sola idea resulta clave para comprender la modificación de las expectativas y del tipo de prácticas que se esperaba de ellas. Esto luego se reforzó con el tipo de instrucción que recibieron en las décadas siguientes.¹³⁹

La fiebre puerperal promovió una serie de criterios sobre la higiene de los partos que en su versión más extrema puso en cuestión la confianza en lo fisiológico. Las crisis epidémicas agudizaron nociones que consideraron desafortunado depositar en la naturaleza el desarrollo del parto y se inclinaron por tratar de igual modo un útero sano y uno enfermo.¹⁴⁰ El parto se convirtió en un trance peligroso, sobre todo mientras la asepsia fue una herramienta poco conocida. La medicina y los médicos tuvieron en ese momento la posibilidad de desplegar una serie de argumentos sobre la necesidad de hacer de los nacimientos momentos higiénicos según sus propios criterios y hacer pesar

¹³⁹ Vera, *op. cit.*, pp. 83 y ss.

¹⁴⁰ Fernández, *op. cit.*

esos criterios entre las parturientas, las parteras y el personal subalterno que atendía en los hospitales.

En esa línea surgieron las primeras ideas sobre la importancia de atender el embarazo, ya no sólo el parto, como modo de anticipar un nacimiento seguro. A partir de ello, las parteras tendrían la misión fundamental de ser el canal necesario para que las mujeres acataran las ideas sobre los modos higiénicos de parir.¹⁴¹ En el mismo sentido se pueden consignar algunas especulaciones sobre la atención de partos domiciliarios a través de las agencias estatales del municipio que no lograron desarrollarse, pero fueron opciones evaluadas.¹⁴²

Como colectivo, los médicos lograron institucionalizar sus saberes y sus prácticas, y se asentaron como grupo legalmente privilegiado con capacidad de producir acciones colectivas en el área que aspiraban a hegemonizar, con influencia en el Estado y con capacidad de intervenir en prácticas culturales sobre la higiene y la salud de la población en su conjunto.¹⁴³ Esto les permitió poner en foco las dificultades que consideraban aún presentes para lograr partos verdaderamente higiénicos y acordes con renovadas ideas obstétricas. Según esta versión, las ventajas obtenidas una vez adoptada la bacteriología corrían riesgos si no estaban bajo el manejo manos médicas: “Son las maternidades dominio exclusivo del médico, donde se han conseguido felices resultados; pero allá, en el público dominio exclusivo de la habilidad de las parteras o ciencia de las parteras, ¿podemos decir lo mismo?”¹⁴⁴

Las parteras ocuparon un lugar subalterno en esa concepción de las profesiones médicas y de los roles que supieron crearse para intervenir sobre un aspecto crucial para la nación: los nacimientos. Sus prácticas, sus nociones de higiene y su capacidad de acceder a la clientela las hacían copartícipes de un proceso que los médicos no buscaban monopolizar de manera funcional –con la excepción de versiones aisladas que propusieron reemplazarlas–, pero sí aspiraban a controlar en términos cognitivos, conceptuales y simbólicos. Establecido el criterio del parto higiénico, y legitimada la intervención en ese particular acontecimiento, las parteras debieron delinear el sentido

¹⁴¹ Fanor Velarde, *Asistencia del parto*, tesis, Buenos Aires, La Nación, 1891, pp. 11 y ss.

¹⁴² Coni, *op. cit.*, y López de Morelle, *op. cit.*

¹⁴³ Ricardo González Leandri, “Higiene e instituciones médicas y temprana cuestión social (1852-1890)”, en Ricardo González Leandri, Pilar González Bernaldo de Quirós y Juan Suriano, *La temprana cuestión social. La ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX*, Madrid, CSIC, 2010, pp. 134-135.

¹⁴⁴ Vera, *op. cit.*, p. 84.

que su oficio tendría en una Buenos Aires moderna y bajo un paradigma que colocaría a la maternidad en un lugar central de la nueva fisonomía porteña.

Durante las últimas décadas del siglo XIX, de modo paulatino la tarea libre de las parteras comenzó a experimentar límites que habían sido promovidos por dos instancias que coincidieron en su interés por los nacimientos: la medicina y sus instituciones, y el aparato estatal vinculado al control sanitario de la ciudad. El desarrollo de la obstetricia como una especialidad de la medicina llegó a la universidad y a los hospitales, y con esto el parto dejó de ser un asunto sólo de mujeres. Sin embargo, eso no significó el retiro de la escena de las parteras, quienes siguieron siendo las ejecutoras de la atención del parto y las más cercanas a las mujeres durante ese trance. Con excepción del parto distócico, la atención se mantuvo en manos de mujeres y la tarea continuó siendo atractiva para ellas, que se ajustaron a las nuevas reglas. Posiblemente, en la actividad cotidiana y concreta la función de partear haya cambiado poco; la mayoría de los nacimientos continuaron ocurriendo fuera de las instituciones, los procedimientos utilizados en los partos siguieron siendo limitados a una técnica y tecnología básicas; los partos en su mayoría fueron normales, y la presencia médica obligada se mantuvo como excepción.

Sin embargo, las nuevas reglas y pautas modificaron la posición de las parteras frente al parto y a sus posibles socios, los médicos. En primer lugar, porque su legitimidad resultó cada vez más dependiente del saber médico institucionalizado que la concedía o acreditaba. En segundo lugar, porque se modificó el vínculo previo con los galenos, una relación que no era nueva, pero que ahora tenía una asimetría hasta hacía poco desconocida. El médico y la partera, a veces socios, podían ser una dupla colaborativa y de mutua dependencia. Incluso, el trabajo del médico en un parto podía depender de la partera, de su pericia y conocimiento. Pero una vez dividido el acontecimiento del parto entre uno de tipo fisiológico y otro distócico, y al haberse separado entre los saberes de mujeres y varones al partear, la partera comenzó a depender más que antes del médico para ejercer su tarea. Salirse de esa regla podía significar salir de la ocupación, o al menos poner en riesgo el prestigio que había obtenido, y con eso perder definitivamente su lugar en el escenario de los nacimientos. El prestigio y el buen nombre no eran otra cosa que la garantía de sostenerse en un

trabajo que en la escena urbana porteña tendía a desarrollarse y que dependía de la red de relaciones que la partera pudiera establecer y de su capacidad para resolver del mejor modo las diferentes situaciones que un parto podía presentar.

Pero la diferenciación entre eutocia y distocia y la matriculación compulsiva no fueron los únicos motivos que pusieron a las parteras frente a nuevos límites o ante el abismo de la marginalidad. Los procedimientos que llevaban al aborto se incorporaron a lista de lo condenable en términos penales y de las prácticas de asistencia. Una partera que realizaba abortos se convertía en una “abortera” o “infanticida”, como Susana Couderc a pesar de haber salido absuelta en más de un proceso judicial. Y si bien la condena no era frecuente, se asentó con nitidez el límite entre lo que una partera debía realizar y lo que no, entre las tareas propias de la ocupación y aquellas que la excedían.

Los quehaceres del partear, los límites y las incumbencias de las parteras fueron definidos con prescindencia de ellas y de sus clientas. Pusieron en el centro el interés y la preocupación por el nacimiento y la reproducción, y la noción del parto como un asunto cada vez menos privado y de interés para la nación.

Sin embargo, una parte importante de la eficiencia de las reglas y prácticas tuvo que ver con la capacidad de resistir o de acatarlas. En este punto, las respuestas no fueron unívocas ni inmediatas. El parto medicalizado bajo las nociones de la obstetricia científica no dependía sólo del acatamiento de las parteras a realizarlo, sino que además tenía mucho que ver con las posibilidades y opciones de las parturientas, de que adoptaran o no las nociones médicas. Entre las parteras, la situación era diferente, y en muchos sentidos las colocó en lugares más vulnerables, pues corrían siempre el peligro de quedar al margen y buscaron modos de mantenerse legítima y legalmente dentro de la ocupación. Partear era un trabajo de interés para quienes lo ejercían y para un gremio que no siempre rechazó las reglas y regulaciones que le permitieron mantenerse en el mercado del parto.

Capítulo 2.

Cuidar en Buenos Aires. 1886-1920

“Respecto de los enfermeros y enfermeras, hay en nuestro país, como en todos los países latinos, ideas muy erróneas en cuanto se refiere al papel de estos auxiliares de la medicina. Unos los consideran como simples mandaderos, peones o sirvientes de servicios; otros, que sirvan de ayudantes durante el tiempo que está presente el médico, sin preocuparse si sabe proporcionar bienestar o atender al enfermo en su ausencia, y otros llegan a permitirles y aun a exigirles que hagan tareas que son de incumbencia exclusiva de los médicos.”¹⁴⁵

La reflexión pertenece a Cecilia Grierson, que poco antes de que el Estado porteño feminizara por completo la enfermería, en 1912, insistía en la necesidad de revisar el perfil de un oficio que a su juicio aún no tenía un rol definido y era despreciado o poco valorado por los médicos. Había que “hacer enfermeros y enfermeras”, pues, a diferencia de otros oficios y saberes, como las parteras y comadronas, los flebólogos y otros auxiliares de la medicina que podían adaptarse a las exigencias de la ciencia moderna y que eran pasibles de ser incorporados por ella, no había en la enfermería más que un puñado de mujeres que cumplían con las condiciones de la medicina vigente y de sus instituciones. Según Grierson, sus colegas médicos no habían logrado comprender la importancia de crear una verdadera ciencia destinada a los correctos cuidados de los enfermos y convalecientes.

Hacer enfermeros y enfermeras era crear un oficio donde no lo había y dotarlo de funciones específicas. En la ciudad de Buenos Aires y en el código de Cecilia Grierson, esto significaba hacer enfermeras, más que enfermeros. La modernización de la ocupación se definió en términos de género en el lenguaje que logró gravitación hacia fines del siglo XIX; así, feminización y enfermería moderna se convirtieron en una dupla duradera y resistente.

Entre quienes promovían la enfermería como uno de los trabajos extradomésticos ventajosos para mujeres y para las necesidades de la ciudad hubo momentos de sinergia que impulsaron la formación en el rubro a partir de modelos observados en otras ciudades grandes y complejas del mundo. Se trató de iniciativas limitadas siempre por

¹⁴⁵ Cecilia Grierson, *Cuidado de enfermos*, Buenos Aires, Imp. Tragant, 1912, p. 4.

las necesidades de un sistema de atención sanitario con frecuencia exhausto y deficiente, pero al mismo tiempo capaces de fijar una serie de nociones de largo plazo acerca de la enfermería.

En este capítulo, rastrearé los proyectos y las acciones concretas que se articularon alrededor de la creación de la enfermería como un trabajo calificado, los argumentos de sus principales impulsores e impulsoras para establecerlo entre las mujeres y las formas concretas que estas ideas adquirieron en Buenos Aires entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo siguiente.

1. Cuidar en Buenos Aires a fines del siglo XIX

Cuando fue sancionada, en 1877, la ley del ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares no incorporó la enfermería entre las actividades a regular, a diferencia de lo que hizo con otras ocupaciones, como parteras, flebólogos, dentistas, farmacéuticos y veterinarios. El cuidado de enfermos, dentro y fuera de las instituciones, no estaba caracterizado como un oficio perteneciente al “arte de curar” ni a las profesiones anexas y auxiliares a la medicina. La enfermería tenía aspectos borrosos, poco nítidos y difícilmente definibles en términos conceptuales, y se constituyó alrededor de las necesidades que implicaba la complejización de la medicina y del aparato de atención de la salud. Esto marcó una diferencia con otras ramas del arte de curar a las que el Estado se propuso, a grandes rasgos, regular, acordar sus incumbencias y alcances, y negociar con sus elites y con sus prácticas. La enfermería, en cambio, debió ser creada.

Sin embargo, a fines del siglo XIX, las instituciones dependientes de la Asistencia Pública reconocían el cuidado y la asistencia de enfermos como una actividad distinguible de otras que se desplegaban en sus dependencias. Con mayor o menor claridad, ejercido por diferentes actores, no siempre estrictamente ligado a la idea de “curar”, el cuidado de enfermos era una labor ya necesaria y en práctica en los hospitales y asilos porteños, aunque no reconocida como un oficio particular.

Un relato adaptado al sentido común sobre la enfermería podría justificar sus dificultades para establecerse como un quehacer específico en la histórica vinculación con la caridad y con las tareas realizadas por religiosas y monjas, y con modos de atención elementales que cualquier persona con sensibilidad podría prodigar. Otras versiones más vinculadas a la historia nacional ubican una suerte de “protoenfermeras” en aquellas mujeres que participaban en las campañas y guerras de la independencia

realizando diversas tareas, entre ellas cuidar y sanar a las víctimas en los frentes de batalla. Las primeras versiones sobre la creación del oficio de cuidar en la ciudad de Buenos Aires abonan en parte esta interpretación, pero describen una organización del trabajo en los hospitales más compleja que no coincide con la noción de la enfermería asociada tan solo a cuidados básicos e intuitivos.

Los hospitales porteños dependientes de la Asistencia Pública contaban con personal limitado, pero destinado a diferentes funciones y jerárquicamente organizado. En las salas de los hospitales se mantenía la presencia de las Hermanas de la Caridad y religiosas de otras órdenes, que ejercían como cuidadoras y enfermeras desde hacía varias décadas en los antiguos hospitales de la ciudad y en los hospitales de campaña. Éstas tenían una jerarquía superior al resto del personal no médico; se encargaban de la organización de las salas y podían dar órdenes directas al personal que trabajaba allí. El resto del personal, cuya formación era empírica y no siempre tenía educación técnica, realizaba tareas de cuidado; eran enfermeras y enfermeros que combinaban el cuidado de enfermos con otras ocupaciones dentro del hospital. La escasa definición del oficio causaba que pudiera confundirse con las labores que llevaban a cabo una mucama, una cocinera o un camillero, funciones que podían superponerse sin demasiada distinción y sin que llamara la atención, pues el cuidado en los hospitales no estaba exclusivamente a cargo de personal especializado.

Esto significaba que la tarea de una enfermera o un enfermero no sólo estaba restringida a controlar una herida, suministrar medicación y realizar prácticas menores de intervención sobre las personas enfermas bajo supervisión médica, sino que también podía combinarse con tareas de limpieza y de otro tipo que no implicaban sólo atender al enfermo. Por otro lado, alcanzar el grado de enfermero o enfermera podía ser parte de una carrera dentro del hospital, y empleados o empleadas que comenzaban sus tareas como mucamas, cocineras, camilleros o cocheros podían ocupar un puesto en enfermería si la institución lo consideraba pertinente. Algunos años de trabajo en la sala del hospital podían ser suficientes para adquirir las habilidades de una enfermera o enfermero.

En definitiva, cuidar convalecientes o enfermos no era una tarea cuya consideración ameritara saberes especiales o algún tipo de rigor vinculado a la ciencia. Incluso algunos autores han afirmado que estas tareas podían ser una suerte de castigo cuando eran ordenadas por jueces del crimen como pena para mujeres encausadas o menores de edad a disposición de jueces correccionales. Más usual era que entre los

propios enfermos o enfermas se realizaran los cuidados, una práctica muy difundida.¹⁴⁶ En todos los casos esto obedecía a un momento en el cual la medicina en su conjunto y sus agentes no manejaban los criterios sobre la enfermedad y la salud que comenzaron a estar vigentes durante la segunda mitad del siglo XIX, y sobre todo cuando las instituciones no eran otra cosa que lugares para desahuciados y menesterosos.

A fines del siglo XIX, y a pesar de las indefinidas nociones sobre lo que implicaban la función y las incumbencias de la enfermería, dejó de ser eficiente el modo de resolver el cuidado de los enfermos en las instituciones de la ciudad. Desde dentro de algunos hospitales y desde algunas voces que se articulaban en torno a la administración sanitaria, la presencia y la capacitación de quienes ejercían la enfermería comenzaron a considerarse un tema a resolver. Si bien no se trató de una preocupación de primer orden dentro de la agenda de la administración sanitaria de la ciudad de Buenos Aires, fue un asunto que figuró entre las cuestiones a resolver dentro de las instituciones de la órbita municipal, como lo estaban haciendo otras similares de gestión comunitaria, como el Hospital Británico. La Asistencia Pública de la Capital tuvo un esbozo de acción sobre este asunto en 1883, cuando José Ramos Mejía dirigía la institución aunque no alcanzó a materializarse.¹⁴⁷

La enfermería moderna y calificada en Buenos Aires a fines del siglo XIX tuvo como principal impulsora a Cecilia Grierson, que encontró un interlocutor clave en Emilio Coni desde su gestión en la Asistencia Pública. Ambos formados en la medicina, coincidieron en que, a pesar de la exclusión del oficio de las aulas universitarias y de las incumbencias médicas, la enfermería debía tender a reconsiderarse y renovarse como un saber que tenía un destino fundamental en la higiene urbana y doméstica.

La enfermería: una tarea de mujeres

La enfermería porteña se feminizó por decisión del Estado de esa jurisdicción en 1912, momento a partir del cual sólo las mujeres pudieron ejercer ese oficio. Sin duda, esto fue fundamental y necesario para que se creara la asociación, aún vigente, entre

¹⁴⁶ Cecilia Grierson, "Escuela de enfermeras. Comunicación presentada al Tercer Congreso Médico Latinoamericano reunido en Montevideo del 17 al 24 de marzo de 1907", Buenos Aires, Agustín Etchepareborda, 1907, pp. 2 y ss.

¹⁴⁷ Algunos autores afirman que Ramos Mejía elaboró un proyecto desde la Asistencia Pública en 1883. Ver Wainerman, "El nacimiento..." *op. cit.*

enfermería y mujeres, y para que se desarrollaran una serie de nociones acerca del trabajo de las enfermeras.

Las concepciones sobre el género de quienes se ocuparon de la enfermería facilitaron la naturalización de la tarea como una extensión de lo doméstico, destinado a la familia y a la prole, y como un asunto empírico, en el que la formación no siempre era lo más importante. De este modo, la enfermería moderna de inicios del siglo XX se constituyó en un oficio de mujeres, característica que en el largo plazo tendió a asociarse con la desjerarquización del oficio. Sin embargo, el origen de la feminización señala exactamente lo contrario: históricamente, significó lo opuesto a la desjerarquización y la extensión de las aptitudes consideradas naturalmente propias de las mujeres. La feminización fue producto de la modernización del oficio de cuidar y de la creación de la enfermería como una actividad ligada a ese arte, y sobre todo fue sinónimo de la calificación de la tarea entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX.

Con anterioridad a la decisión de la administración municipal de la ciudad de feminizar la profesión, Cecilia Grierson, aún estudiante de Medicina, se había referido a este asunto y había encontrado eco en Emilio Coni, cuando éste dirigía la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, para dar impulso a lo que había tenido comienzo en 1886. Durante ese año, Cecilia Grierson organizó una serie de cursos sobre el cuidado para enfermos y sobre primeros auxilios, que dictó en las dependencias del Círculo Médico de la Capital. Esas clases estaban destinadas al público en general y al personal subalterno que ejercía en los hospitales porteños. Algunas se dictaban en los consultorios de los colegas de Grierson que apoyaban la iniciativa. La escasa historiografía sobre el tema consigna en estas clases el inicio de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires, pero fue recién en 1892, por iniciativa del director de la Asistencia Pública, que esos cursos se colocaron bajo dependencia municipal. Esto fue siempre reconocido por Grierson, quien luego no encontró un interlocutor tan receptivo como Coni, a pesar de mantener la dirección de la escuela por varios años. Ella misma afirmó varias veces que la organización de la institución no era suficiente para elevar la profesión.¹⁴⁸

Sin embargo, la incorporación de la formación de enfermeros y enfermeras a la esfera estatal significó un interés por el tema que no había adquirido hasta entonces y

¹⁴⁸ Grierson, "Escuelas de enfermeras..." *op. cit.* pp.42 y ss.

tuvo mucho que ver con la capacidad de persuasión de Grierson. La administración sanitaria, preocupada especialmente por el combate de las epidemias, el modo de enfrentarlas y por establecer con alguna precisión su jurisdicción sobre las cuestiones urbanas, no tenía en su agenda como tema principal la formación de personal subalterno calificado.

Luego de un extenso viaje a Europa entre 1899 y 1900, donde recorrió escuelas de enfermería y hospitales, Grierson pudo observar cómo se resolvía la organización de la atención y el cuidado de los enfermos en instituciones y en grandes ciudades. A su regreso, propuso un diseño para la formación de nurses –actividad que desde entonces consideró que debería ser sólo femenina–, que coincidió con el espíritu general del esquema técnico que Coni pretendía darle a la administración de la Asistencia Pública. Ya médica y con experiencia como practicante en los hospitales de Mujeres y en el San Roque, volvió de su gira europea con nociones más claras respecto de la educación de las mujeres en general y de las dedicadas a la asistencia de enfermos en particular.

Las nociones de Grierson, como las de otras feministas contemporáneas, sobre la educación femenina se entrecruzaron con las necesidades de una ciudad que crecía y de un sistema sanitario que se complejizaba. En 1902, propuso un amplio menú para la educación de las mujeres al ministro de Instrucción Pública de la Nación a través de su informe *Educación técnica de la mujer*. La idea de “técnica” en el vocabulario de Grierson tiene un lugar especial en la educación para las mujeres, pues implica otorgarle fundamentos científicos a cualquier saber o destreza, pero de aplicación eminentemente práctica. Esa noción resultó clave para su proyección sobre la enfermería que la ciudad de Buenos Aires necesitaba, y sin duda colaboró para aumentar sus niveles de exigencia en la formación de las futuras enfermeras.¹⁴⁹

En esa línea se inscribe la instrucción para el personal subalterno vinculado al cuidado de enfermos, siempre con preferencia a que se transforme en una tarea sólo de mujeres. La instrucción, a diferencia de la práctica y del conocimiento empírico, será uno de los ejes en los cuales se sustentará la formación de las enfermeras y enfermeros que Coni supo valorar y que aceptó como una tarea diferente de las ramas auxiliares de la medicina, como las parteras y los dentistas, pero que requería saberes específicos. En este sentido, estuvo muy claramente establecida la diferencia entre lo científico y lo

¹⁴⁹ Ver: Cecilia Grierson, *Educación técnica de la mujer. Un informe presentado al Sr. Ministro de Instrucción Pública de la República Argentina*, Buenos Aires, Tipográfica de la Penitenciaría Nacional, 1902

técnico para definir la enfermería como una práctica *científicamente fundamentada*, y se complementaba bien con la noción de Coni que perseguía la construcción de un organigrama complejo y técnico capaz de dotar a la ciudad de diferentes recursos activos y preventivos en el orden de la higiene urbana, como inspecciones a diversos establecimientos comerciales, obras de arquitectura y saneamiento, recepción de denuncias, registros demográficos y estadísticas en general, además de la administración de instituciones de atención de los enfermos. El conjunto del aparato de la Asistencia Pública tenía inspiración en su homólogo francés, y a fines del siglo XIX se proyectaba hacer de Buenos Aires una ciudad higiénica y moderna.¹⁵⁰ En sus ideas sobre la enfermería y en las relativas a la *Educación técnica de la mujer*, Grierson compartía el criterio general sobre el lugar de la higiene en el ámbito doméstico y en el urbano, y adjudicaba a la educación femenina un rol creciente e indispensable para garantizar modos mejorados al respecto. Muchos de esos criterios coincidían con los que se popularizaron a través de diversos manuales de administración del hogar destinados a las mujeres de “su casa” y en publicaciones periódicas que circularon en la ciudad en décadas posteriores.¹⁵¹

Pero, asimismo, para Cecilia Grierson el personal técnico, como las enfermeras, necesitaba una calificación particular que excedía el saber de los “cuidados hogareños”, si bien debía tener en cuenta las bases fundamentales de la administración doméstica y la higiene del hogar; una instrucción que debía reforzar los conocimientos prácticos sobre la atención de enfermos, pero que se cuidara muy bien de no exagerar en los fundamentos “científicos” de sus actos, pues éstos requerían, a su entender, más “arte que ciencia”. Grierson hizo hincapié en dos cuestiones sobre el esquema de enseñanza de la enfermería que luego propuso para Buenos Aires: no imitar el modelo francés y atender al inglés y al norteamericano, y delimitar con claridad entre la enseñanza técnica y la científica para el ramo.

Si bien era necesario educar a las mujeres en general en las nociones de higiene doméstica, con la enfermería había que redoblar esos esfuerzos, sobre todo porque de sus agentes dependía la propalación de normas y de conductas sobre los enfermos y

¹⁵⁰ Emilio Coni, “La ciudad ideal o del porvenir”, en *La Semana Médica*, Año XXVI (14), Buenos Aires, 1919, y *Asistencia y previsión social. Buenos Aires caritativo y previsor*, Buenos Aires, Spinelli, 1918.

¹⁵¹ Se puede ver Francisco Liernur, “El nido de la tempestad: la formación de la casa moderna en la Argentina a través de manuales y artículos sobre economía doméstica (1870-1910)”, en *Entrepasados*, N° 13, Buenos Aires, 1997 y Di Liscia, *op. cit.*

enfermas y sobre los hogares. Grierson había observado dos extremos de una realidad en la Asistencia Pública de París que procuraba no se trasladasen a Buenos Aires: por un lado, la “sobreformación” o exceso de capacitación de las profesionales francesas que se habían formado bajo el auspicio de la administración de la Asistencia Pública de esa ciudad y resultaban inútiles por su nivel de sofisticación frente a la población que asistían y eran incapaces de difundir conocimientos clave, y por otro, la recurrente apelación a pacientes de los propios hospitales, sin que hubiera ninguna preparación para atender a otros enfermos.¹⁵²

Ni la ignorancia absoluta ni el exceso erudito era la propuesta para la ciudad de Buenos Aires. Grierson imaginaba un sistema complejo que lograra combinar la asistencia en instituciones y la domiciliaria para los más pobres como modo de “instruir a la masa del pueblo”. La transmisión de las leyes médicas de la higiene podía quedar en manos de mujeres formadas de un modo similar a los *district nursing* londinenses, dependientes de la caridad. Un sistema de atención de enfermeras a domicilio, con jurisdicciones a su cargo previamente establecidas, administrado y financiado por la caridad organizada. Se trataba de un régimen que tenía aspectos preventivos, en el cual las enfermeras de distrito tenían hogares asignados para el control de las mujeres embarazadas, los niños débiles, las personas mayores y los enfermos declarados.

La clave de las agentes del sistema británico que Grierson admiraba era que las enfermeras tenían una educación y una clase superiores incluso a sus pares trabajadoras en los hospitales. Eran de “alma filántropos y sus conocimientos variadísimos... de una perfecta mujer del hogar y [de] las ciencias y artes domésticas, especialmente con las que la medicina se relaciona”.¹⁵³ Eran enfermeras que asistían a mujeres puerperales, familias pobres con enfermos graves, niños y ancianos en su hogar, y que estaban dispuestas y entrenadas para hacer tanto las labores domésticas que cualquier hogar exige como las estrictamente vinculadas con las necesidades de un enfermo o convaleciente, siempre bajo las estrictas normas de la ciencia práctica.

Para Buenos Aires se podía aspirar a un esquema similar que integrara en un orden jerárquico al Estado, a través de la Asistencia Pública, en la formación de sus agentes y en la asistencia directa; a las asociaciones de caridad, a través de sus aportes

¹⁵² Grierson, “Escuelas de enfermeras...” op. cit. pp. 11 y 12

¹⁵³ Grierson, “Escuela de Enfermeras...” p. 31 y consideraciones similares en Cecilia Grierson *Instituciones de enfermeras y masajistas en Europa y en la Argentina*, Peuser, Buenos Aires, 1901, pp. 4 y ss.

benéficos e instituciones, y la incorporación de mujeres de clases medias y educadas para llegar hasta los sectores desposeídos.

En el horizonte de Grierson había una caridad científicamente guiada, cuyas actoras claves eran las enfermeras bien formadas y seleccionadas, que podía constituirse con las jóvenes mujeres de clases acomodadas que sobraban en los magisterios. Con un formato similar al que Domingo F. Sarmiento había ideado, se podía convocar a *matrons* instruidas, norteamericanas o inglesas, para formar y dirigir nuevas escuelas y dar curso así a una verdadera corriente modernizadora en la ciudad de Buenos Aires.

Por otra parte, Cecilia Grierson veía en la feminización de la enfermería un doble beneficio, para la sociedad y para las mujeres en particular. En su *Educación técnica de la mujer*, de 1902, propuso un amplio menú para la educación de las mujeres al ministro de Instrucción Pública de la Nación. Allí amplió la noción acerca de los oficios recomendables para que ejercieran las mujeres, pero siempre subrayando que debían tener conocimientos técnicos como base constitutiva. En su propuesta recorrió una serie de opciones para la educación femenina, que iban desde la economía doméstica hasta la industrial y que tenían por objetivo preparar a mujeres para la administración eficiente del hogar, pero también evaluó varios oficios como alternativas para la ocupación asalariada femenina.¹⁵⁴ La amplia experiencia de Grierson en congresos internacionales sobre la condición femenina y la observación de la situación de las mujeres en diferentes ciudades europeas que recorrió le sugirieron esta cuestión. La diversidad de ocupaciones en las que encontró enroladas a sus congéneres (obreras de diferentes ramos, agricultoras y modistas, entre otras) la animó a afirmar: “No debe solamente dárseles conocimientos del hogar, sino que deben perfeccionarse los diversos trabajos a los que se dedican”.¹⁵⁵ Posiblemente su propia historia la animara a alentar el trabajo femenino calificado incluso fuera del hogar, pues ella misma había sido una joven de una familia acomodada que conoció la decadencia económica y la necesidad de valerse por sí misma. Además, su formación como médica en un clima de reconocimiento por la ciencia positiva abonó la necesidad de cultivar saberes en casi cualquier ámbito, incluso en el doméstico, como lo explicitaba en *Educación técnica de la mujer*.

¹⁵⁴ Cecilia Grierson, “Educación técnica” *op. cit.*, pp. 102-103.

¹⁵⁵ *Ibidem.*

Grierson no expresaba que la condición femenina fuera razón suficiente para ejercer determinados oficios; más bien promovía la formación de mujeres para realizar tareas que reconocía más favorables que otras para ellas y para sus familias. En *Educación técnica de la mujer*, recomendaba con especial énfasis la instrucción en economía doméstica para la administradora del hogar, pero no limitaba las posibilidades laborales de las mujeres a esos menesteres. Grierson recomendaba que sus congéneres permanecieran el mayor tiempo posible en sus hogares al cuidado de la familia, que intentaran combinar el trabajo en el hogar con las tareas domésticas; consciente de que esto no era posible entre todas las mujeres trabajadoras, elaboró un listado de ocupaciones recomendables para ellas, entre las que propuso desde tareas manuales y de manufactura hasta profesiones liberales y universitarias. Costureras; modistas; encajeras; tejedoras; criadoras de aves; tallistas en madera; escultoras en mármol y barro; pintoras de distinto tipo; organizadoras de banquetes y menús; directoras de asilos, hospitales e institutos; enfermeras; parteras; masajistas; dentistas; médicas; farmacéuticas; maestras de todo ramo, entre otras. El catálogo es variado y extenso, pero tiene como cuestión común que cada una de las actividades exige un tipo de capacitación.

Resulta interesante que con la idea de instrucción técnica que proponía para las tareas recomendables para su género desnaturalizara la noción sobre la domesticidad femenina y las aptitudes para el manejo del hogar, la crianza de los niños y el cuidado de la familia. En un clima de inquietud acerca del contagio y la propagación de enfermedades, enseñar científicamente cómo conducir un hogar, asearlo, airearlo y tratar adecuadamente los alimentos parece una alternativa higiénica apropiada. En este sentido, Grierson se alineaba a un repertorio vasto de discursos sobre cómo conducir el hogar y criar niños cuya más acabada expresión, algunos años después, fue la puericultura.¹⁵⁶

La evaluación que Cecilia Grierson hacía y la hipótesis con la cual observaba las escuelas de oficios que había visitado en Europa era que las jóvenes necesitaban instrucción en lo que tenía que ver con la economía y la administración del hogar, para los oficios industriales y para los rurales. En definitiva, no pensó sólo en hacer de las jóvenes buenas madres y esposas instruidas, algo poco discutible en el momento, sino

¹⁵⁶ Marcela Alejandra Nari, "La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales de un bebé de forma científica)", en *Mora. Revista del Área Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer*, N° 1, 1995, pp. 31-45.

también mujeres con capacidad de trabajar dentro del hogar, preferiblemente, o fuera de él, para colaborar con la economía familiar.

Los conocimientos sobre la administración del hogar eran útiles para las jóvenes de familias acomodadas, pues sabrían indicar bien esas tareas, pero eran especialmente necesarios para las mujeres trabajadoras, pues optimizarían así el escaso ingreso familiar obtenido por ellas y por sus maridos. En este sentido, las mujeres de las clases populares que precisaban trabajar, que Grierson bien sabía que no eran pocas ni en Buenos Aires ni en Europa, necesitaban aún más que las otras una instrucción adecuada para cualquier oficio que lograran desarrollar.

En este punto separaba bien las responsabilidades de la industria o la empresa de las del Estado y las organizaciones de caridad o de enseñanza, pues consideraba que no toda tarea debía ser instruida por escuelas especiales dependientes del interés público. La responsabilidad de algunos oficios podía quedar a cargo de las propias empresas interesadas en incorporar trabajadoras a sus talleres y fábricas. En cambio, algunas tareas de interés social, como la enfermería, debían ser responsabilidad indiscutible del Estado y de la beneficencia científicamente organizada.

El espacio asignado a la caridad y al Estado y la relación entre funcionarios expertos con la sociedad eran aspectos en los que Grierson y Coni podían coincidir. En este sentido, compartían un lenguaje común respecto de la provisión y asistencia social, y esto facilitó la incorporación de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas al organigrama de la Asistencia Pública como la primera escuela para formación de personal técnico para la ciudad.

Para la Asistencia Pública, contar con una escuela propia significaba garantizarse la dotación de personal que requería, y a la vez podía aportar algo que Grierson consideraba fundamental del modelo sajón: la posibilidad de utilizar las unidades hospitalarias para el ejercicio de la enseñanza práctica. Sin embargo, la dinámica que la escuela obtuvo distó mucho de lo que su mentora había proyectado y generó conflictos entre la Asistencia Pública y las direcciones de los hospitales por competencias sobre el personal.

2. De “cuidar enfermos” a la “enfermera de hospital”

No hubo experiencias contemporáneas similares a la que Cecilia Grierson propuso y la Asistencia Pública promovió para formar enfermeros, y sobre todo enfermeras, en la

ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, otras instituciones también advirtieron que la enfermería era una actividad que exigía formación precisa, o al menos capacitación. No en todos los casos se crearon escuelas, pero sí cursos de instrucción y preparación para las nuevas trabajadoras o para calificar a las que ya se desempeñaban en las salas de hospital. Esto sucedió en el Hospital Británico a partir de 1890, cuando creó sus propios cursos de enfermería con la colaboración de algunas *matrons* inglesas convocadas especialmente; en el Hospital Italiano, a partir de 1903, y en la Sociedad de Beneficencia, que a partir de 1916 comenzó a crear escuelas en sus diferentes dependencias. Más adelante, en 1923, el Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires puso en marcha su propia escuela de enfermeras con la regencia de enfermeras extranjeras (1923).¹⁵⁷ Entre las órdenes religiosas también inauguraron sus propias escuelas o cursos: la Escuela de la Orden de la Conservación de la Fe, en 1914, para que sus miembros lograran diplomarse y así mantenerse en los hospitales, y los cursos de las Hermanas de la Caridad, en la primera década del siglo XX.

En casi todos los casos las escuelas o cursos tenían como objetivo dotar de nurses a los propios hospitales, o bien capacitaban a las cuidadoras de enfermos y mucamas que ya trabajaban en esas instituciones, o ingresaban así nuevas jóvenes para entrenarlas y luego ubicarlas en sus propias salas. Esto caracteriza a la primera etapa de la enfermería porteña: por un lado, se diferenció del cuidado vinculado a la caridad cristiana, como ofrecían las órdenes religiosas que desde hacía al menos un siglo se ocupaban de cuidar a los internos en los hospitales; efectivamente, se identificó el cuidado de enfermos y convalecientes como una tarea específica y diferente de otras dentro de las vinculadas a la atención de las personas enfermas, aunque no se la reconoció como una disciplina auxiliar de la medicina. Por otro lado, la capacitación resultó asociada estrictamente a las instituciones que se ocupaban de formar enfermeras según sus necesidades.

Esta característica se convirtió en definitoria al menos durante las dos décadas siguientes: las enfermeras solían capacitarse en las mismas instituciones en las que

¹⁵⁷ Fuera de Buenos Aires existieron la Escuela de la Standard Oil (1937) en Tartagal, provincia de Salta, y la de efímera existencia perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral, en la ciudad de Rosario (1939). Estas instituciones aportaron poco a los hospitales públicos porteños, algunas por el lugar en el que estaban emplazadas, como la de Rosario y la de Tartagal, y otras porque estaban creadas especialmente para dotar de enfermeras a los hospitales en los cuales estaban instaladas.

trabajaban o en las que luego trabajarían. Uno de los casos más claros fue el de las escuelas dependientes de la Sociedad de Beneficencia, que se crearon a medida de cada una de las instituciones administradas por esa organización. Los primeros cursos los diseñó la doctora Lola Úbeda para el Hospital Rivadavia, y estaban divididos en cuatro áreas: Primeros Auxilios, Anatomía, Generalidades y Fisiología e Higiene. Pero conforme las escuelas se replicaron en los diferentes asilos e instituciones dependientes de la SB, adquirieron un área de especialización. Así sucedió, por ejemplo, con los cursos de la Escuela del Hospital de Niños, en 1921; con las nurses obstétricas del Instituto de Maternidad, en 1934, y con las clases del Sanatorio Marítimo, en 1932.¹⁵⁸

Los hospitales dependientes de la Asistencia Pública se nutrían de las enfermeras de la escuela municipal, y en muchos casos éstas eran las mismas trabajadoras de esas instituciones. Se configuró de este modo un perfil de la enfermería estrechamente ligado al hospital, muy vinculado a las necesidades institucionales en cada caso y diferente de lo planificado previamente. La enfermera tendría menos posibilidades de contar con una clientela propia y privada y quedaba sujeta a las necesidades de la institución. El oficio se resistía cada vez más a su proyección inicial: ser una tarea calificada en un amplio sentido, de mujeres con formación amplia y auspiciosa para las jóvenes que buscaban un trabajo capaz de proveerles sustento. Para vivir de la enfermería era más importante primero lograr un puesto en algún hospital y luego, eventualmente, cumplir con los requisitos de diplomarse.

Por su parte, las autoridades municipales y de los hospitales de diferente tipo de administración se encontraron con el doble problema de mantener en sus salas enfermeras capacitadas y regularizar la situación de quienes allí trabajaban, y al mismo tiempo crear un tipo de trabajadoras que aún no tenían incumbencias definidas ni roles claros. Sin duda, a partir de la década de 1880 y de la complejización del aparato de atención de la salud, la enfermería se insertó dentro del organigrama de las actividades hospitalarias y de la administración de la salud, pero de un modo ambiguo y siempre en tensión entre las necesidades urgentes y la proyección de una enfermería calificada a partir de la capacitación de sus agentes.

Los avatares de los cursos y de la escuela que dirigió Grierson tuvieron mucho que ver con este asunto, y ella supo identificarlo luego de varios años de gestión, cuando alertó a las autoridades acerca de la poca importancia que se daba al oficio.

¹⁵⁸ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 244, 1920.

Quienes asistían a la escuela de la Asistencia Pública en muchos casos eran parte del personal empleado y en ejercicio en los hospitales porteños. Esto se reforzó a partir de 1905, cuando una ordenanza municipal obligó a los hospitales a ocuparse de la capacitación de sus empleadas y empleados destinados a la enfermería en la escuela municipal. Pero los directores de los hospitales encontraron en esta disposición un obstáculo para el desempeño de sus trabajadores y trabajadoras, pues en muchos casos “perdían” horas de trabajo en los cursos teóricos, o se ausentaban y solían acatar parcialmente la norma, como en algunas oportunidades Grierson reclamó. La misma presión sufrieron un poco más adelante las escuelas de la Sociedad de Beneficencia, con similares reacciones. Aunque reconocían la importancia de contar con una enfermería calificada “al estilo inglés”, las autoridades médicas desalentaban la práctica de formar a las trabajadoras ya en funciones.¹⁵⁹

Si bien durante los primeros años de actividad de la escuela municipal las autoridades municipales no habían sido especialmente exigentes para que el personal cumpliera con la acreditación formal y tomara las clases que la escuela impartía, su existencia significó una presión para quienes trabajaban en los hospitales sin cargos ni puestos seguros y con roles poco definidos y de escasa calificación. El impulso que el Estado demostraba, errático por momentos, ejerció algunos niveles de presión en un campo de trabajo que hasta entonces no conocía reglas claras ni requisitos especiales. La contraparte del impulso estatal fue la realidad de las instituciones, que no facilitaba ni promovía abiertamente la calificación del oficio, pues eso significaba poner en dificultades el funcionamiento cotidiano de los hospitales.

Por otro lado, la escuela municipal no logró modificar su dinámica inicial y fue una iniciativa atada a cierto grado de voluntarismo de su directora, que daba las clases personalmente, en muchos casos en horarios extremos, para alterar lo menos posible el funcionamiento de las instituciones. Las clases se repartían entre los consultorios que los colegas de Grierson ponían a disposición, las salas de hospital y el local que la Asistencia Pública había dispuesto, pero el resultado era una concurrencia irregular combinada con la inasistencia al trabajo de los y las estudiantes para poder cumplir con las exigencias de las escuelas. La propia Grierson reconoció años más tarde, muy cerca

¹⁵⁹ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 244, 1920.

de su retiro, en 1912, que había logrado apenas vigilar un sistema que funcionaba a los “cuatro vientos y a merced de la voluntad de las personas que colaboraban”.¹⁶⁰

Se había generado una dinámica que no conformaba a Grierson: a su escuela no siempre se incorporaba el perfil de mujeres que ella esperaba y se encontraba con limitaciones para seleccionar a sus estudiantes. Había diseñado una institución que pensaba más en la renovación de la enfermería que en la capacitación de las personas que ya ejercían la actividad. En una primera etapa, a su escuela concurría un público “externo” a los hospitales porteños, pero conforme el impulso normativo de la ciudad tuvo efectos, esto mermó lentamente.

Grierson intentó mantener su idea de seleccionar a las mejores candidatas a enfermeras dentro de un grupo de mujeres bien ubicadas en la escala social, como había observado en Londres. En poco tiempo supo que eso no sería posible, y un modo de subsanar lo que consideraba una limitación para el desarrollo de un oficio verdaderamente calificado fue seleccionar a las mejores alumnas disponibles en su escuela, con las que organizó la Asociación de Enfermeras y Masagistas (sic). El objetivo era reclutar a un grupo selecto de profesionales que luego fuera capaz de formar a nuevas enfermeras que tuvieran el perfil que la tarea ameritaba. A la asociación se anexó el Servicio de Enfermeras y Masagistas, con la anuencia y el reconocimiento de la Asistencia Pública hasta 1898, que funcionó como agencia de colocación de empleo. El núcleo más idóneo de nurses se ubicó allí; muchas de ellas eran jóvenes que no estaban empleadas en hospitales y que habían completado la carrera en la escuela de la ciudad, lo que dio lugar a un modesto mercado de enfermeras que competía con las graduadas de la escuela. Demandantes del Servicio de Enfermeras y Masagistas en algunos casos fueron los hospitales que aún no tenían sus propias instancias formativas, pequeños consultorios y familias que podían costear el servicio de una experta. Pero el sistema tuvo una vida muy corta, de apenas unos años.

En el momento en que se creó el Servicio de Enfermeras y Masagistas, el oficio tenía proyección privada dentro del acotado segmento de los sectores acomodados de la sociedad porteña. El cuidado a cargo de personas instruidas en la intimidad del hogar no era sólo un modo de atender la convalecencia o enfermedad de modo más privado y exclusivo; era también una manera de evitar los peligros del hospital y de huir de los

¹⁶⁰ Grierson, “Escuela de enfermeras...” *op. cit.*, p. 42 y Grierson, *Cuidado de enfermos*, *op. cit.* pp. 3 y ss.

temores que las instituciones generaban como espacio para pobres y desahuciados, lugares más vinculados a la muerte y la enfermedad que a la salud.

Las enfermeras masajistas tenían otra proyección: eran una opción terapéutica que se instalaba a fines del siglo XIX como un modo de resolver varias dolencias musculares, respiratorias y digestivas. En general, eran enfermeras calificadas que habían tomado los “cursos superiores de masajistas” basados en “técnicas científicas” que se dictaban en la escuela dirigida por Grierson. Las masajistas idóneas podían desalentar la demanda sobre los “charlatanes” que hacían “friegas dolorosas” y atender la salud y la belleza de las personas que las contrataban.¹⁶¹

Una mujer preparada como enfermera o enfermera masajista que había logrado reconocimiento y una clientela a la que le ofrecía sus servicios de cuidado podía negociar condiciones laborales y hasta prescindir del trabajo asalariado, o tomarlo sólo si las condiciones no la perjudicaban. En 1894, Bertha Kleiber negoció con las damas de la Sociedad de Beneficencia condiciones de trabajo y salario favorables para ingresar como “enfermera masajista” al Hospital Rivadavia. La enfermera aseguró tener una nutrida clientela privada de la alta sociedad que pagaba muy bien por sus calificados y probados servicios y a la que no abandonarían por su trabajo en el hospital.¹⁶² No hay registro de muchos casos similares al de Kleiber, pero es la muestra de un perfil nuevo muy diferente del que se había conocido en décadas previas, cuando en la mayoría de los casos las enfermeras no estaban diplomadas, sus saberes no eran reconocidos ni distinguidos y mucho menos podían negociar condiciones laborales.

Para Grierson, un modo de enaltecer el oficio se vinculaba al reconocimiento como trabajo calificado y bien pago y a la capacidad de sus agentes. Desde esa perspectiva, había que aspirar a formar profesionales de alta calificación para el público y para los hospitales con las mejores jóvenes que se pudieran seleccionar; así la enfermería sería una ocupación decente, con futuro e ideal para las mujeres. Por otro lado, el único modo de realizar ese ideal era instalar “verdaderas escuelas de enfermería”, pues Grierson reconocía toda vez que podía que el tipo de instituciones y de enfermeras que ella recomendaba para la Argentina y para la región aún no existían.

¹⁶¹ Cecilia Grierson, *Masaje práctico con los ejercicios activos y complementarios y un atlas de anatomía descriptiva y topografía para enfermeras y masajistas*, Buenos Aires, Litog, 1897, pp. 3-11.

¹⁶² Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 160.

Luego de unos años de observar el modo en que se formaban enfermeras, Grierson supo ubicar el problema porteño como un problema regional y no sólo de orden local.

3. La feminización definitiva de la enfermería.

Hacia el final de la primera década del siglo XX, Cecilia Grierson evaluaba negativamente y con amargura la situación de las escuelas de enfermería y de la ocupación en la región. Consideraba que las autoridades sanitarias no habían logrado tener una noción real de las necesidades en el rubro, de los beneficios de formar personal idóneo y calificado y de la importancia de crear escuelas similares a las que ella había conocido en Europa y en Estados Unidos. Estimaba que si se mantenían las condiciones vigentes –largas jornadas de trabajo en hospitales, escaso reconocimiento salarial y desprestigio laboral–, las mujeres de buena posición seguirían dándole la espalda a la enfermería.

Para Grierson, la clave estaba en el reconocimiento y la calificación para que “el exceso de niñas que hoy se dirigen a las escuelas normales y quieren alcanzar un título de maestras, gremio repleto en nuestro país, ingrese a las escuelas de enfermeras, y tendríamos un gremio digno de su nombre”.¹⁶³

A pesar de la desalentadora visión de Grierson, su pionera escuela fue durante varias décadas la más importante para la ciudad y marcó el ritmo de la educación en el rubro. Del puñado de instituciones creadas en la primera etapa de la enfermería profesional, la principal fue la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires (EEyM). En 1912, Cecilia Grierson se alejó de la dirección y la sucedió Rosa Parent, quien hasta ese momento se había desempeñado como vicedirectora. En adelante, la escuela funcionó en diferentes hospitales: en el Salaberry, hasta 1930, cuando fue trasladada al Hospital Parmenio Piñero, sitio donde se mantuvo hasta diciembre de 1944, cuando se le dio traslado hacia el Hospital Fernández. Allí funcionó la Escuela Municipal de Enfermeras Cecilia Grierson, nombre que adquirió en homenaje a su fundadora en 1935, hasta 1967.¹⁶⁴

¹⁶³ Grierson, “Escuelas de enfermería...” *op. cit.*, p. 43.

¹⁶⁴ Molina, *Historia de la enfermería...*, *op. cit.*

La nueva etapa bajo la dirección de la sucesora de Grierson significó cambios importantes para la escuela municipal. En primer lugar, se feminizó completamente la matrícula, algo que venía siendo demorado desde los años anteriores. A partir de 1912 en la escuela municipal sólo pudieron estudiar mujeres, proceso que se completó en 1916, cuando ya no quedaban alumnos varones. En segundo lugar, se incorporaron algunas modificaciones alentadas por la Asistencia Pública tendientes a facilitar el ingreso y la permanencia en la escuela, a promover más rápidamente nuevas diplomadas, asegurar puestos de trabajo y definir como exclusivamente femenina la ocupación. Se acortaron los cursos teóricos de 12 a tres meses y el de práctica hospitalaria de 12 a nueve meses,¹⁶⁵ y se incorporó algo en lo que había insistido Grierson en su momento: el internado remunerado. Las alumnas debían percibir un estipendio mensual y gozar del internado mientras estuvieran realizando las clases prácticas, a fin de facilitar la culminación del aprendizaje, pues se consideraba que se trataba de “gente de extremada pobreza” y sólo así podrían avanzar en sus estudios.¹⁶⁶ Finalmente, la administración municipal proponía garantizar plazas en sus hospitales para las nuevas graduadas y promovió que las enfermeras “suplentes”, en general sin diploma, pero en ejercicio, se enrolaran en la escuela.¹⁶⁷

Las medidas implementadas por la Asistencia Pública buscaban resolver con efectividad el problema de la graduación de nuevas enfermeras y garantizar que los hospitales porteños tuvieran asegurada la dotación de personal adecuada. Desde la municipalización, en 1892, la escuela no había logrado mantener un número consistente de egresadas/os; incluso durante algunos años no hubo graduadas ni graduados, como en 1898 y entre 1900 y 1902.¹⁶⁸ La dirección de la escuela había advertido esta situación y afirmó que lamentablemente las personas que lograban graduarse eran muchas menos que las matriculadas; la mayoría de las y los estudiantes no alcanzaban los niveles mínimos de exigencia que la diplomación requería.¹⁶⁹

En el corto plazo, estas medidas fueron eficaces y la matrícula fue en aumento, aunque significaron el inicio de una dinámica poco virtuosa, que se caracterizó por

¹⁶⁵ Wainerman y Binstock, “Ocupación y género...” *op. cit.* Pp. 24 y ss.

¹⁶⁶ Emilio Coni, *Buenos Aires caritativo y previsor*, Buenos Aires, Imprenta Spinelli, 1918, pp. 372-373.

¹⁶⁷ Ver “Reglamentación del ejercicio hospitalario”, en *La Vanguardia*, 18 de agosto de 1916, p. 3. Citado por Wainerman y Binstock, “Ocupación y género...” *op. cit.*, p. 283.

¹⁶⁸ Wainerman y Binstock, “Ocupación y género...” *op. cit.*, p. 104.

¹⁶⁹ Grierson, “Escuelas de enfermería...” *op. cit.* pp. 44 y 45

flexibilizar los requisitos para obtener el título de enfermera con el fin de alentar el ingreso a la actividad, pero con el costo de mantenerla en bajos niveles de calificación y poco reconocimiento entre las otras ocupaciones del mismo campo. Además, hicieron lábil un esquema que se inició como un modo de alentar el ingreso a las filas de la enfermería, pero luego resultó dependiente de la economía municipal y de las posibilidades y necesidades de los hospitales porteños, que formaban personal que luego debían absorber. Las complicaciones de este sistema resultaron cada vez más comprometedoras para el funcionamiento cotidiano de los hospitales, que pasarían su momento más crítico en la década de 1930. En la década de 1910, en cambio, fueron modificaciones disponibles, o viables, las que se pretendió imponer, que perseguían dar mayor funcionalidad a la escuela municipal como formadora de recursos humanos para los hospitales públicos cuando el número de instituciones en la ciudad crecía y la higiene urbana y la de sus habitantes se instalaban como una preocupación entre los asuntos de la administración estatal.

Formar su propio personal también fue un atributo de la Sociedad de Beneficencia, que desde 1916 estableció una escuela técnica que obtuvo en la década de 1930 la validación de sus diplomas por el Departamento Nacional de Higiene luego de la supervisión de sus programas y graduadas por parte de las autoridades de la Facultad de Medicina. El propósito de esa escuela era dotar a las dependencias a cargo de la sociedad de enfermeras diplomadas y dar lugar a las “niñas protegidas de la sociedad”, que “educadas en esos establecimientos llegan a una edad en que deben egresar de ellos y no tienen parientes que les tomen a su cargo”.¹⁷⁰

Durante los primeros años de actividad, las escuelas de la Sociedad de Beneficencia no lograron convocar la cantidad de aspirantes que necesitaban para sus salas. Como en el caso de las instituciones porteñas dependientes de la Asistencia Pública, muchas de las estudiantes dependían del hospedaje y el alimento que la sociedad ofreciera a cambio de tomar los cursos y actuar como practicantes en las salas. A veces las jóvenes no alcanzaban a graduarse o simplemente preferían mantenerse en los puestos menores que ya habían obtenido como cuidadoras o enfermeras ayudantes. Incluso en algunos períodos las escuelas de la SB no lograban abrir sus cursos porque las trabajadoras de la institución se resistían a inscribirse y tomar las clases

¹⁷⁰ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 244, 1920.

“descontentas por la remuneración tan reducida que reciben”.¹⁷¹ La titularidad en un puesto de enfermera no siempre era una aspiración de las estudiantes ni una urgencia para los hospitales.

Por otro lado, luego de unos pocos años de funcionamiento, las escuelas de la SB comenzaron a entorpecer la labor habitual de los asilos y hospitales. Los directores médicos de las instituciones expusieron con claridad esa situación: afirmaban que las clases muchas veces no se iniciaban por las dificultades que representaban para el personal y por “la aglomeración de enfermas”, que no le permitía abandonar las tareas en las salas. Cada vez que podían, afirmaban que la experiencia de los cursos de enfermería para las trabajadoras no había sido ventajosa, entre otros motivos por “la escasa preparación intelectual que se observa en la mayoría de las personas que se ocupan del servicio de enfermeras, condición que ellas advierten instintivamente, les hace dificultosa la determinación de concurrir a las clases para recibir la instrucción que les conviene, tratándose además de un personal de estabilidad poco frecuente”.¹⁷²

Tanto en las instituciones municipales como en las de la SB se creó un esquema que combinaba aprendices, cuidadoras no diplomadas y enfermeras que ocupaban tareas similares. Esto generó conflictos visibles dentro de las instituciones de la SB, que en algunos casos alcanzaron a formularse en demandas gremiales o en resistencia frente a las autoridades. Durante los primeros cursos, la escuela de la Sociedad de Beneficencia no logró imponer nuevas condiciones: las trabajadoras de planta se negaron a ingresar a las aulas y las que compulsivamente eran convocadas no acataron lo dispuesto y abandonaron las clases, e incluso su trabajo. El resultado fue un alto nivel de rotación entre estas trabajadoras, que finalmente no avanzaron en su calificación a través de la educación.¹⁷³ Los beneficios de diplomarse no siempre eran concretos; en todo caso, lo más importante era acceder a un puesto fijo o “titular”, y esto se podía lograr luego de varios años de trabajo en los hospitales y de obtener el reconocimiento de los médicos y administradoras de la SB.

Varios fenómenos se retroalimentaron en muy poco tiempo y los cambios promovidos por la Asistencia Pública no generaron las mejoras esperadas. La informalidad y la inestabilidad en el oficio se mantuvieron expresadas en poco interés por la ocupación; abandono y rotación en algunos casos; resistencia a adoptar las

¹⁷¹ *Ibidem.*

¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ *Ibidem.*

medidas tendientes a calificar la actividad; bajo nivel de reconocimiento material y simbólico de la tarea, y decreciente interés en la capacitación formal en enfermería en general.

El otro universo de actrices sobre el que el Estado porteño debió intervenir eran las religiosas, que tradicionalmente ejercían como enfermeras en los hospitales, en muchos casos en lugares de jerarquía. Las religiosas “encargadas de sala” se mantuvieron luego del establecimiento de las primeras normas, y conservaron una jerarquía superior a las enfermeras por su condición y por el tiempo y la experiencia que tenían en las instituciones. Pero el impulso normativo de la Asistencia Pública alentó que las congregaciones religiosas en particular crearan sus propias instituciones para que las religiosas se adecuaran y se desempeñaran como enfermeras en condiciones similares a las laicas. La Escuela de la Conservación de la Fe, creada en 1914 y reconocida por la Asistencia Pública de la Capital, comenzó a instruir a religiosas, la mayoría ya en ejercicio, quienes debieron aprobar un examen en la Escuela Municipal Cecilia Grierson para poder homologar el título otorgado. En 1921, las autoridades municipales modificaron la condición de la escuela con el argumento de que los cursos eran muy cortos, de sólo nueve meses. De todos modos, los hospitales siguieron empleando enfermeras graduadas de esta escuela, ya que podían necesitarlas, y el Departamento Nacional de Higiene, en una situación de superposición de jurisdicciones, mantuvo el reconocimiento de la institución.¹⁷⁴ Durante los años siguientes la presencia de religiosas disminuyó en los hospitales de gestión estatal, pero se mantuvo en otros en diferentes ciudades del país y en los hospitales de origen mutual, como el Hospital Español, que mantuvo sus servicios de enfermería integrados por religiosas durante varias décadas. La Sociedad de Beneficencia también se alineó a la tendencia establecida por la ciudad y en 1920 creó cursos de formación dictados especialmente para las Hermanas de la Caridad que se mantenían en sus instituciones.

Un grupo de graduadas de un perfil diferente fue el de las egresadas de las Escuelas de la Cruz Roja, que existían desde 1920 para mujeres, y desde 1924 su homóloga para varones, la única en su tipo. Pero en 1928 los cursos de enfermería comenzaron a denominarse cursos de “samaritanas”. Éste no fue simplemente un cambio de denominación; a partir de ese año, la Cruz Roja definió con claridad el tipo

¹⁷⁴ Alcira Rodríguez Torre Noceti, *Enfermeras Obra de la Conservación de la Fe. Bodas de Plata, Iniciación, fundación, inspección, organización, prosecución y evolución. 1914-1939*. Buenos Aires, Gaspar y Octorino, 1939, pp. 8-12.

de enseñanza que dictaba. Los cursos de samaritanas no pretendían formar enfermeras, sino impartir conocimientos a damas y a jóvenes para que proporcionaran primeros auxilios y cuidados especiales a niños y enfermos, pero de ningún modo consideraba que este tipo de formación fuera equiparable al de las enfermeras.¹⁷⁵ Las samaritanas eran personas con un año de instrucción, capacitadas para colaborar en hospitales y en situaciones de socorro toda vez que la Cruz Roja las convocara. Algunas delegaciones de la organización crearon “agencias de colocación” para ofrecer a las familias que pudieran costearlo el servicio de samaritanas, e incluso crearon un modesto sistema de emergencias domiciliarias. A partir de la década del 30, y a lo largo de los años siguientes, algunas samaritanas se incorporaron como enfermeras en hospitales y sanatorios aunque no estuvieran diplomadas como tales.¹⁷⁶

A pesar de las diversas escuelas de enfermeras, la ocupación no contaba con una convocatoria suficiente para dar respuesta a las necesidades de la ciudad. La información de las principales escuelas capaces de dotar de personal diplomado a las diferentes instituciones de la ciudad y sobre las que hay registros para el período –la escuela dependiente del municipio y la confesional de la Orden de la Conservación de la Fe– señalan que el número de diplomas emitidos tendió a la baja a partir de los años finales de la década de 1910 y hasta inicios de la década de 1930 (Gráfico N° 1).

Desde las reformas introducidas por la Asistencia Pública, el número de graduadas en la escuela municipal no logró mantener un ritmo estable y capaz de satisfacer las necesidades que los hospitales porteños tenían. Los datos de la Escuela Municipal Cecilia Grierson señalan que durante las décadas de 1920 y 1930 el número promedio de graduación de enfermeras registró los niveles más bajos de la primera mitad del siglo. El número de títulos emitidos por esa institución permite analizar esa tendencia (Tabla N° 1). A partir de la restricción de ingreso a varones, en 1912, se produjo una marcada recuperación en los años inmediatamente posteriores, cuando la Asistencia Pública exigió a las enfermeras en ejercicio que no estaban tituladas la inmediata incorporación a la escuela municipal para conservar su puesto de trabajo. Luego de estos años signados por cambios en los requisitos para el ejercicio de la

¹⁷⁵ Jorge W. Howard, “Las samaritanas de la Cruz Roja”, en *Libro de la Cruz Roja*, Buenos Aires, 1935, s/d., p. 150, y Cruz Roja Argentina, “La samaritana”, en *III Conferencia Panamericana de la Cruz Roja*, Río de Janeiro, 15 a 26 de septiembre de 1935, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina, 1935.

¹⁷⁶ Miguel Manzanilla, “Evolución de la enfermería en la Cruz Roja Argentina”, en *Revista de la Cruz Roja Argentina*, Año XXVI, N° 319 321, Enero-Marzo, 1950.

enfermería, el número de graduadas tendió a oscilar, pero siempre en un nivel reducido y menor que en los años previos hasta mediados de la década de 1930, cuando la cantidad de graduadas mostró los primeros signos de recuperación (Gráfico N° 2).

Por su parte, la Escuela de la Conservación de la Fe, la otra institución porteña que formaba enfermeras para los diversos organismos de la ciudad, recibió la presión normativa estatal y tuvo una evolución similar a su par municipal, pero con niveles un poco más elevados (Gráfico N° 1).

El número reducido de enfermeras para las necesidades de la ciudad estableció una lógica que tendría largo plazo. Un círculo complicado de desestabilizar que implicó el alternativo y frecuente ingreso de enfermeras no diplomadas a la actividad, que fueron aceptadas en las instituciones y avaladas por el Estado municipal. Frente a esto, las enfermeras como cuerpo tenían poca resistencia y escasas herramientas para establecer algún tipo de diálogo con el Estado que les permitiera negociar algunas reglas de juego que dieran estabilidad y sostenibilidad a la actividad.

4. Del impulso normalizador a los problemas de administración

El impulso por crear y normalizar la enfermería como actividad específica y alineada con las necesidades de la ciudad de inicios del siglo XX, particularmente de la década del 10, no logró mantenerse en los años siguientes. Si bien se multiplicaron los cursos y se crearon algunas escuelas, no fueron un modo eficiente de encaminar el desarrollo sostenido del oficio. Esto se manifestó en el orden de las instituciones, de las prácticas establecidas y de las respuestas de las mujeres convocadas a la enfermería.

Los hospitales y sus cursos o escuelas mantuvieron el delicado orden que habían logrado establecer formando a su propia mano de obra y combinando la presencia de expertas diplomadas y no diplomadas en sus salas. Esto tuvo una influencia directa en las mujeres convocadas a integrar las filas de la enfermería, que se expresó en el desinterés por formarse en la profesión y a través de la principal escuela de la ciudad (Gráfico N° 2). La tendencia de egreso de la escuela municipal, analizada con detenimiento, señala algunas cuestiones: se puede ver con claridad el efecto normalizador y su proyección en los primeros años posteriores a 1916, cuando la feminización fue definitiva, y la declinación posterior de la graduación de enfermeras. Cada vez menos mujeres se mostraban interesadas por obtener una certificación en enfermería, a pesar de que la escuela municipal había relajado sus niveles de exigencia

y facilitado el ingreso y la permanencia. Algo similar ocurrió con otras escuelas porteñas que recibieron el impacto de la presión estatal por diplomar a sus agentes. El caso paradigmático de la Escuela de la Conservación de la Fe resulta esclarecedor. Se trataba de una institución de carácter confesional creada a los fines de responder a las exigencias del Estado. En sus dos primeras décadas de funcionamiento, se ocupó de diplomar a las religiosas que circulaban por diferentes hospitales e instituciones, no sólo en Buenos Aires. De modo similar operaban las instituciones de la Sociedad de Beneficencia, que tendieron a crear sus cursos y escuelas para acondicionar la situación de sus trabajadoras a las reglamentaciones vigentes.

Visto en perspectiva, se puede afirmar que hubo una primera etapa en la ciudad de Buenos Aires que promovió dar forma a una tarea cada vez más relevante dentro de las instituciones hospitalarias ligada al cuidado experto que tuvo límites precisos determinados por las prácticas institucionales. Esto se tradujo en el reacomodamiento y la readaptación del personal ya en funciones, más que en la renovación del personal de enfermería.

El primer impulso por darle calificación a la tarea de cuidar se encontró rápidamente atravesado por los límites devenidos de las prácticas y condiciones materiales de las instituciones; esto le imprimió una dinámica al oficio que se mantuvo durante los años siguientes. En adelante, la enfermería fue un problema de los hospitales, de su capacidad para formar nuevas enfermeras y capacitar a su personal o captar candidatas, una cuestión de interés para el razonable funcionamiento de las salas y servicios. En otros términos, una vez que adquirió cierto consenso la noción acerca del cuidado como una actividad específica que exigía algún tipo de experticia, se tradujo en un asunto más relacionado con las tensiones propias de la administración hospitalaria y mucho menos ligado a los problemas de la salud y de la atención de la población. La enfermería se convirtió en una cuestión de relativo interés para médicos y para la medicina, y de mayor preocupación para los directores de hospitales y la administración hospitalaria.

Las instituciones se preocupaban, según sus posibilidades, de captar personal. Las más alejadas de la administración estatal tenían márgenes más amplios, en particular las dependencias de la SB, que tendían a entrenar a sus enfermeras e incorporar nuevas según sus propias condiciones. En los institutos y hospitales convivía una variedad de personal capacitado destinado a mantener el orden de las salas y el cuidado de las personas internadas. Junto a las enfermeras se mantenían activas las

religiosas, quienes también habían recibido instrucción especial. Una manera efectiva de conseguir candidatas para enfermería era apelar a las propias internas de los asilos y hogares que la SB manejaba. En la década del 20, esta práctica comenzó a difundirse entre las damas, que periódicamente proponían a la dirección de la SB candidatas jóvenes para ingresar a los cursos que se dictaban en el Hospital Rivadavia. Por lo general, eran jovencitas que alcanzaban la mayoría de edad; la SB ya no les podía ofrecer asistencia y asilo, pero intentaba retenerlas y ubicarlas en sus dependencias de algún modo. Lo usual era que las candidatas ingresaran como “ayudantes” mientras tomaban los cursos, y luego podían ser contratadas como enfermeras. Esto significaba para las jóvenes la garantía de casa y comida en el lugar donde desarrollaban su tarea. Más adelante la práctica se afianzó y la SB recibió pedidos de los tribunales de menores para incorporar a jóvenes menores de edad recientemente huérfanas y sin familia, y solicitudes directas de mujeres jóvenes que buscaban un sustento y veían en la enfermería un modo de obtenerlo. En esos casos, el recorrido era más complejo, pues eran externas a la institución y no siempre lograban ser aceptadas, ya que sólo lo hacían las que tenían alguna red de relaciones, alguna enfermera conocida, el aval de un médico que pudiera recomendarlas o, lo más efectivo, la presentación de un miembro de la SB. Muy diferente era la situación de las internas de los asilos de la SB, que con frecuencia contaban con el madrinazgo de alguna dama inspectora que las promovía y facilitaba las cosas, e incluso podía lograr laxitud de disposiciones, como las relativas a la mayoría de edad o sobre la exigencia de educación previa.

Pero la práctica de la recomendación y/o madrinazgo tuvo un correlato en las condiciones de trabajo y en conflictos gremiales motivados por las desigualdades que se generaron entre trabajadoras de condiciones muy diferentes. Si bien las enfermeras en general no promovían conflictos de este tipo, la SB enfrentó algunos ligados al escaso reconocimiento sobre las diplomadas y a las condiciones en las que ejercían su tarea. Las enfermeras que contaban con puestos fijos encontraban en sus compañeras de sala no diplomadas y en las aprendices una competencia real en el mercado laboral y a la hora de exigir mejoras en sus condiciones de trabajo. En general, las aprendices trabajaban a cambio de alojamiento y alimento, y las no diplomadas o suplentes aceptaban largas jornadas de trabajo y guardias de más de 24 horas; además de bajos

salarios. Todo esto significaba para las enfermeras titulares un obstáculo concreto para exigir mejores salarios y las ponía en una situación vulnerable frente a cada demanda.¹⁷⁷

Los desajustes y el tratamiento tan errático sobre el personal de enfermería complicaban la administración institucional y tendían a abrir brechas entre lo dispuesto por las reglas y las necesidades de los hospitales, que en muchos casos no tenían más alternativa que relajar los criterios y las exigencias y mantener la convivencia entre diplomadas y no diplomadas. La tendencia de la administración municipal para que las trabajadoras de las instituciones de la ciudad se diplomaran y la enfermería adquiriera calificación encontró límites muy próximos. Las trabajadoras no se vieron seducidas por las nuevas condiciones, y las direcciones técnicas de los hospitales, más allá de estar de acuerdo con el criterio del gobierno porteño, no podían exigir que se cumplieran sus intenciones, pues necesitaban personal en las salas con o sin diploma.

La situación de los hospitales dependientes del Estado municipal era diferente; disponían del personal que el municipio podía sostener, en general personal diplomado en la escuela de la ciudad. Sin embargo, como sucedía en las instituciones semipúblicas, en sus salas había diversas situaciones y condiciones. Era frecuente que las ayudantes de enfermeras, es decir, no diplomadas, e incluso enfermeras diplomadas ejercieran sus tareas de manera irregular, sin relación contractual clara y en muchos casos sin remuneración. Esto podía ser frecuente en los hospitales porteños sobre todo entre el personal auxiliar de la medicina y el no médico.

Hubo otros aspectos ambiguos y poco definidos que no colaboraron para establecer condiciones claras para las enfermeras. No fue sencillo para la ciudad de Buenos Aires definir el organismo o autoridad estatal capaz de legitimar y dar credenciales a la enfermería. El DNH, la Asistencia Pública y la Facultad de Medicina se superponían en esta tarea hasta mediados de la década del 30, cuando el Estado porteño logró definir su lugar en este asunto. Hasta ese momento, la legitimidad que estas instituciones otorgaban estaba vinculada a la capacidad de las escuelas y las direcciones de los hospitales de relacionarse con ellas. Por ejemplo, gracias a sus vínculos con los médicos de la Facultad de Medicina, la Sociedad de Beneficencia logró que la universidad fuera la institución encargada de reconocer la instrucción de los cursos y escuelas que poseía. La Facultad de Medicina no otorgaba diplomas a las enfermeras ni dictaba cursos para las trabajadoras de las dependencias de la SB, pero

¹⁷⁷ Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia, Legajo N° 162.

visaba los exámenes finales de las estudiantes. Posiblemente las damas de la SB aspiraran a convertir sus cursos en verdaderas escuelas de enfermería con su dirección y con el reconocimiento de la Facultad de Medicina, como habían intentado hacer sin éxito con las parteras. Con sus enfermeras y aspirantes tuvieron mejor resultado, pues cada año un tribunal de médicos designados por la Facultad de Medicina se constituía para las pruebas finales de las enfermeras. Por otro lado, la Escuela de la Conservación de la Fe experimentó una situación singular cuando la Asistencia Pública retiró el reconocimiento a sus diplomadas, pero inmediatamente después obtuvo el del DNH. Hasta la década del 20, la Asistencia Pública mantuvo el propósito de certificar todos los diplomas de enfermería como única forma de control de las graduadas –pues no existía ningún modo de matriculación– mediante un examen *ad hoc*, la conformación de tribunales especiales o la homologación de títulos similares a los emitidos por la escuela del municipio.

Aun aceptando el trabajo de enfermeras sin diplomación, la noción sobre la calificación de la tarea se mantuvo, la validación de esos conocimientos en sus diversas formas estaba valorizada y no daba lo mismo una enfermera no diplomada con experiencia que una diplomada en la sala. En ese sentido, era el orden jerárquico dentro de las salas lo que diferenciaba entre las ayudantes, las estudiantes, las no diplomadas y las enfermeras de sala. En definitiva, a pesar de las dificultades que la gestión de los hospitales tuvo que enfrentar para adecuar la situación en sus salas y dependencias, los cambios implementados por el Estado porteño en la década del 10 habían logrado cierto consenso, o al menos establecer nuevos límites y concepciones sobre las implicancias del cuidado especializado. Recién en la década del 30 esto tendría sentido definitivo.

A pesar de las similitudes que estas situaciones expresan respecto de las condiciones previas al momento en que la ciudad decidió establecer algunas reglas sobre el oficio y del posterior impulso normalizador, las diferencias eran claras. La década del 10 había dejado sentadas nociones elementales sobre el personal de enfermería capacitado e instruido y no unívocamente ligado a las nociones de caridad. En los años posteriores esto se tradujo en mayores exigencias y expectativas sobre ese tipo de personal, un horizonte nuevo al que se debía aspirar aunque no se lograra implementar en términos concretos.

La tensión entre el impulso por calificar una tarea delicada y cada vez más requerida en las instituciones porteñas, las posibilidades reales de dotar de ese personal formado a los hospitales y el interés de las mujeres convocadas a la enfermería imprimió una dinámica a la ocupación que resultó de largo plazo.

A pesar de los intentos del Estado porteño de calificar la tarea y desarrollar el perfil de la nurse moderna o “profesional”, y en definitiva crear la enfermería, la tendencia que se instaló fue otra, señalada por la capacidad de las instituciones de retener y, en el mejor de los casos, formar su propio personal. La escuela dependiente del municipio tuvo dificultades para resolver las necesidades de la ciudad y sus instituciones, y los hospitales de gestión no estatal mantuvieron la formación de su propio personal en las condiciones que consideraron más apropiadas y según sus necesidades. Esto estimuló muy poco la aparición de nuevos perfiles en enfermería alejados del hospital y dispuestos a atender necesidades y preocupaciones más amplias relativas a la higiene urbana y de la población en general. Por otro lado, la tendencia a la educación descentralizada no colaboró con la creación de modelos de enfermería consensuados para la ciudad capaces de atender a lo que las autoridades sanitarias evaluaban necesario.

Las ideas iniciales de una enfermera capaz de atender las necesidades más generales de la población, con una formación amplia en higiene y con fundamentos técnicos y científicos, como Cecilia Grierson había propuesto, se vieron absorbidas por las urgencias de una ciudad en crecimiento. Por otro lado, las aspirantes definidas como ideales –mujeres jóvenes, con educación previa y de familias de clases acomodadas– no se manifestaron convocadas por el ejercicio de la enfermería. La idea de feminizar definitivamente la tarea de cuidar porque de las mujeres se podía esperar un mejor desempeño que de los varones –pues eran más aptas para este tipo de estudios, para esta tarea de abnegación sincera, que requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer de una clase acomodada– fue condicionada por la aceptación de esa “clase de mujeres” que habían sido convocadas.¹⁷⁸

¹⁷⁸ Copiador N° 98 (1912-1918). Libro de resoluciones dictadas por la Dirección de la Asistencia Pública.

En poco tiempo, Grierson y las autoridades de las escuelas de la ciudad advirtieron que los puestos de nurses estaban ocupados por mujeres de otra condición, mucho más modesta que la que habían proyectado, especialmente interesadas por obtener un trabajo que les permitiera sostenerse o colaborar con la economía familiar. Algunos vincularon esto con el estado de la ocupación y las dificultades en desarrollarse; otros, con la condición más general de las mujeres.

Enfermeras diplomadas, enfermeras de oficio, aprendices y personas sin mayor calificación convivieron en una tarea que no lograba definir incumbencias específicas ni convertirse en una verdadera preocupación para las autoridades sanitarias. El interés más nítido por definir la tarea provendría más adelante del interior de la actividad y de la elite de la profesión.

Segunda parte

Parteras y enfermeras para Buenos Aires. Inclusión, exclusión y límites.

“No hay duda de que hay mucha diferencia entre la partera moderna y la partera de antaño, y por eso, con justicia, a éstas no se les podía atribuir la responsabilidad que tiene el público de exigir a la partera ahora. Pero se exagera. Es muy sabida la tendencia general de inculpar a la partera de todo lo malo que acaece a la puerpera. Los mismos médicos tienen aún la tendencia de hacer coro con el público... A los médicos es raro que se los inculpe de los desastres en que han estado envueltos, porque les tienen confianza, mientras que las inculpaciones a la partera son frecuentes porque vienen de la confianza en ellas, por el mal ambiente que nos han hecho las parteras de otros tiempos. Hoy la partera está a otra altura y yo reclamo para ella la confianza que debe merecer del público.”¹⁷⁹ Francisca Arrue de Doyharzabal se dirigía de ese modo a sus pares en 1912 en una encendida defensa de su labor y de la de sus compañeras diplomadas.

El trabajo de las parteras corría peligro, a juicio de Francisca Arrue, si no lograba separarse lo nuevo de lo viejo, el antiguo modo de atención de los nacimientos del nuevo y científico modo de partear. Ésta era una modalidad que las parteras diplomadas encontraron para distinguirse e incluirse en la “obstetricia científica” –que paulatinamente se imponía como el único discurso con autoridad sobre el parto– y para mantenerse como parte del sistema de atención que la ciudad de Buenos Aires estaba construyendo.

Parteras y enfermeras eran parte de la escena habitual del dispositivo porteño destinado a la atención de la salud de su población. Conforme avanzaba el siglo XX, aunque con desigual relevancia, partear y cuidar se desarrollaron como tareas específicas y reconocibles. Pero definir el espacio específico de cada una de esas ocupaciones, necesarias y a veces resistidas, implicó preocupaciones cuya premura y urgencia no eran las mismas. Tampoco se instalaron como cuestiones de interés equivalente para la medicina, los administradores de hospitales y sus propios exponentes: las parteras y las enfermeras.

¹⁷⁹ Francisca Arrué de Doyharzabal, “La fiebre puerperal y la responsabilidad de la partera” en *Revista Obstétrica*, N° 3, Año X, Tomo X, 1912, pp. 83-84.

El parto y quien lo efectuara era una cuestión de particular interés en una ciudad que se hacía más compleja, pero que temía por el estancamiento de su crecimiento vital y, por ende, se preocupaba por los “buenos nacimientos” y la correcta atención de los partos. La ciudad había sido permeable a las preocupaciones sanitarias en la versión que los médicos habían logrado elaborar. Recibir higiénicamente a los niños y tratar los embarazos y los puerperios con criterios médicos fueron cuestiones que adquirieron una dimensión única entre las preocupaciones sociales. Esto facilitó que se acelerara la definición del oficio de parter; que sus exponentes quedaran bajo el exclusivo dominio cognitivo y formativo de la Universidad de Buenos Aires, a través de sus especialistas en obstetricia, y que las parteras identificaran su tarea como parte de las intervenciones del Estado sobre la sociedad. Esto se expresó en dispositivos concretos destinados a formar parteras y, más adelante, en otros dirigidos a la exclusiva atención de la madre y el niño.

Pero la delicadeza de la tarea y el prestigio que parter mantuvo colaboraron para que el parto resultara un terreno en el cual las parteras ya no estaban solas y donde sus nociones no eran el producto de la experiencia y el saber adquirido, sino un criterio normalizado y monitoreado. Las parteras no ignoraban su lugar y participaban activamente del nuevo escenario de su tarea cada vez más importante, controlada y disputada, primero en términos cognitivos y luego en términos materiales. El asociativismo entre las parteras, en especial en las primeras dos décadas del siglo XX, fue una respuesta inmediata tendiente a proteger sus intereses y evitar que sus atribuciones fueran recortadas por un Estado cada vez más vigilante y frente a los médicos, antes socios y ahora jefes o competidores.

La enfermería, cuyas regularización y normalización como una actividad calificada y específica habían sido encarnadas con premura directamente por el Estado porteño, no logró alcanzar las expectativas mínimas a las que sus promotores habían aspirado ni mantuvo su interés en el sector. Una vez definida la especificidad del cuidar y diferenciada de otras tareas dentro de las salas del hospital, el cuidado en manos de expertas no logró transformarse en una tarea atractiva para las mujeres y custodiada por sus agentes. Un hiato temporal se produjo, casi como expresión del intermitente interés por calificar la profesión, entre la primera década del siglo XX y los años 30, cuando el Estado porteño recuperó la iniciativa sobre las políticas respecto de la enfermería y las directoras y directores de escuelas y hospitales hicieron lo propio. Las preocupaciones, inicialmente instaladas entre las autoridades sanitarias, se desplazaron al terreno

cotidiano de los hospitales e institutos. Casi en soledad, avanzados los años 30, las directoras de escuelas y hospitales recuperaron la iniciativa y el impulso calificador sobre una profesión cada vez más devaluada, y para esto apelaron a las nociones previas, disponibles a inicios del siglo XX, pero resignificadas.

En esta sección, me interesa recuperar el posicionamiento asimétrico de parteras y enfermeras frente a la calificación y definición de su profesión, los lugares que unas y otras lograron ocupar. Al mismo tiempo, las instancias institucionales que dieron lugar a ambas ocupaciones. Por un lado, la universidad a las parteras; por el otro, las instituciones de salud a las enfermeras, y el tipo de imágenes que ambas proyectaron sobre su propia tarea y sobre su lugar en el mundo.

Capítulo 3

Inclusión/exclusión. De parteras a obstétricas en Buenos Aires. 1900-1920

¿Puede tener la ciencia hijos y entenados?,¹⁸⁰ preguntaba Julieta Lanteri al auditorio de los miembros de la Asociación Obstétrica Nacional en 1907 cuando presentó su conferencia *Moral obstétrica*. Sintetizaba así el proceso que el trabajo de las parteras había comenzado a experimentar a fines del siglo XIX, cuando se diferenció entre la educación de parteras y de médicos de acuerdo con el criterio previo que la ley de 1877 había establecido. Lanteri resumía el efecto que había tenido la doble operación de recortar atributos a las parteras a través de la reglamentación y la definitiva creación de la escuela de parteras “para señoras” de la Facultad de Medicina. Las parteras habían sido colocadas en un lugar más definido y claro según las nuevas condiciones, pero con consecuencias ambiguas; por un lado, obtuvieron roles precisos, reconocidos y apreciados dentro de las cuestiones médicas; por otro, sufrieron las consecuencias en el terreno concreto del trabajo y de la proyección de sus tareas.

Para la obstetricia, cada vez más estabilizada como ciencia legítima para atender los partos, la partera fue reconocida como el principal nexo con la madre de los futuros niños, una pertinente propaladora de prácticas higiénicas y adecuadas para garantizar partos y puerperios exitosos. Conforme avanzó el siglo XX, la mano de las expertas en partos llegó también a los niños para practicar las primeras nociones de puericultura y transmitir las a las madres. La idoneidad, la capacidad y las dotes morales de las parteras fueron asuntos relevantes y apreciados dentro del sistema sanitario, que se dibujaba con más nitidez que en los años previos, y con esto el trabajo de las parteras.

La bibliografía que problematiza la noción de maternidad y la que analiza las políticas alrededor de ella han dado un lugar a la función asignada a las obstétricas o parteras en esos procesos, pero no siempre se han desarrollado investigaciones sistemáticas sobre esos roles y sobre las implicancias que las nuevas dimensiones asignadas al embarazo, al parto y al puerperio adquirieron para sus agentes. En otros términos, se ha hecho hincapié en los roles adjudicados a las mujeres en el entorno de las políticas maternalistas y de población, pero se ha analizado menos el significado

¹⁸⁰ Julieta Lanteri, “Moral obstétrica” en *Revista Obstétrica*, Nº 4. Año V, Tomo V, 1907. p. 138.

para el trabajo de las hacedoras de partos.¹⁸¹ Se ha considerado que el interés en el oficio de partear ejercido por mujeres estaba íntimamente vinculado a las intenciones de controlar que fueran no sólo las parteras las que atendieran los nacimientos, y sobre todo que no tendieran a invadir el terreno de los obstetras.¹⁸²

En otros términos, más que el desplazamiento de los saberes de las antiguas comadronas y parteras, se ha destacado de este proceso el corrimiento de posiciones y lugares de esas mujeres frente a los obstetras. En su intervención ante la Asociación Obstétrica Argentina, Julieta Lanteri hizo referencia a esa situación, pero introdujo una dimensión al problema en el terreno concreto del trabajo y de los días de las parteras, quienes muy pronto percibieron que su labor no era tan valorada como reconocida materialmente, que sus puestos al lado de las parturientas corrían peligro y que era necesario entablar algún tipo de diálogo y negociación con los encumbrados obstetras y las autoridades sanitarias.

Lanteri describió con precisión esa situación: la obstetricia y su desarrollo institucional a través de la escuela de parteras habían colocado a las mujeres que ejercían el arte del parto en un lugar destacado y subalterno al mismo tiempo, con consecuencias simbólicas y materiales. La obstetricia tenía en esos años hijos y entenadas.

La pregunta retórica de Julieta Lanteri recupera en definitiva el resultado de varias décadas de intervención sobre el conjunto de las mujeres que parteaban. En diferentes momentos del siglo XIX, existieron iniciativas tendientes a certificar y comprobar la probidad de las parteras mediante algún dispositivo que el Estado porteño fuera capaz de controlar. Pero recién en la segunda mitad de ese siglo, una vez superados los conflictos políticos de orden nacional, con la Universidad de Buenos Aires reorganizada, se pusieron en marcha las medidas más concretas, que hacia fines de siglo desembocaron en la creación de la maternidad y escuela para parteras dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, institución que sería la única encargada de formar parteras. Con funcionamiento pleno y regular recién en la primera década del siglo XX, la escuela de parteras fue la única institución que formó y acreditó a las obstétricas porteñas. Sin duda, la presencia mayoritaria de mujeres dentro de la

¹⁸¹ Nari, *op. cit.*, p. 112.

¹⁸² Silvana Darré, *Maternidad y tecnologías de género*, Buenos Aires, Katz, 2013, p. 95.

Facultad de Medicina se debió a los cursos y las clases de la escuela de partos para señoras.

En condiciones diferentes al resto de las carreras que se cursaban en la Facultad de Medicina, las parteras y aspirantes a parteras pudieron ingresar y obtener su diploma en la Universidad de Buenos Aires, algo que no sucedía con otras tareas. Sin embargo, el ingreso a las aulas universitarias en condiciones regulares y como parte de las delicadas tareas consideradas auxiliares de la medicina era en condiciones particulares. Implicaba una incorporación tutelada dentro de los oficios y profesiones médicas, donde los saberes no eran propios tanto como delegados por la obstetricia, que lograba instalarse en las primeras filas de la medicina.

La normalización del oficio de las parteras alentó la formación asociativa entre sus miembros y fue una oportunidad para que sus integrantes establecieran una identidad definida por su pertenencia a una disciplina del arte de curar en diálogo con otros agentes de las ciencias médicas y con el Estado. La elite de la profesión logró encarnar un sujeto, la partera moderna, y promovió, a veces en soledad, medidas colaborativas para recortar su oficio del escenario más general de las ocupaciones “del curar”.

1. Obstetricia para varones y obstetricia para mujeres

A principios del siglo XX, la separación en la formación de médicos y parteras era definitiva. Las obstétricas tomaban clases diferenciadas de las dictadas para la carrera de Medicina. La máxima y más acabada expresión de las nuevas condiciones de enseñanza se materializó en la apertura de la maternidad y escuela para partos de la Facultad de Medicina, creada en 1897, pero con funcionamiento pleno y regular desde 1904, más adelante Escuela de Parteras Pedro Pardo, en homenaje a su principal impulsor y jefe de la primera cátedra de Obstetricia. La nueva institución fue una continuidad de los cursos que la universidad dictaba desde hacía varias décadas y que habían sorteado diferentes avatares políticos e institucionales, pero que salieron airoso por la exitosa convocatoria que habían tenido, según expresaron sus promotores. No es fácil tener una noción clara del número de graduadas antes de 1915 porque la Facultad de Medicina sólo registró con continuidad los títulos de parteras que comenzó a emitir desde ese momento (Gráfico N° 3). Previamente, la facultad no distinguía con claridad los títulos y acreditaciones otorgados a parteras; en cambio, registraba los exámenes que

tomaba tanto a las alumnas regulares como a las libres.¹⁸³ El resultado de ese tipo de registros puede considerarse sólo de modo indicial para los primeros años de la escuela (Tabla N° 2).

En la escuela, los cursos para médicos y para “señoras que se dedicaban al arte de los partos” estaban completamente separados; contaban con enseñanza teórica y práctica, y hacían especial hincapié en la experiencia en la sala de hospital. Esto vino a sellar de manera irreductible la separación de tareas y las jerarquías entre médicos y parteras. La maternidad anexa a la escuela de parteras sería la primera expresión concreta y definitiva de la división del trabajo entre médicos y parteras, y de la organización general y segmentada en términos de jerarquías y saberes en las instituciones especializadas.

La maternidad de la escuela permitió la enseñanza sobre la base de la clínica e hizo posible la total independencia de los profesores de la Facultad de Medicina para dar sus cursos. Posiblemente residiera en esto el cambio fundamental, pues los contenidos teóricos para alumnos y para alumnas no diferían de manera sustancial. Lo fundamental y lo que los obstetras de la universidad habían perseguido era la enseñanza práctica; allí estaban la diferencia y la ventaja que las parteras tenían sobre sus compañeros varones. En adelante, los médicos pudieron dar clases en la “cabecera de la cama”, es decir, con pacientes y en salas. Las parteras también recibían clases de este tipo, pero por la modalidad de la enseñanza y el sistema de guardia que la maternidad de la escuela logró implementar, esas estudiantes tenían contacto constante con las parturientas y esto no dependía de las clases en sala, pues pasaban varias horas en el hospital, muchas más que sus compañeros y futuros médicos.

Por otro lado, la maternidad propia liberaba a los médicos de los roces y tensiones que generaba la presencia de sus alumnos en las salas de los hospitales, sobre

¹⁸³ Otros registros disponibles provienen del Consejo de Higiene y del Departamento Nacional de Higiene sobre matriculación y rematriculación publicados en la “Nómina de los médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y flebotomistas recibidos en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires”. Esos documentos son tan valiosos como discontinuos y permiten conocer con cierta exactitud el número de parteras que obtuvieron habilitación por vía de la Universidad de Buenos Aires en determinados años en particular y previos a la creación de la Escuela de parteras.

Otra información, parcial e interesada, proviene del registro que maestros de partos y obstetras realizaban sobre sus alumnas en los cursos libres promovidos por la Facultad de Ciencias Médicas durante la segunda mitad del siglo XIX. Este tipo de datos aporta información para algunos años, sobre todo para la etapa anterior a la definitiva normalización de la carrera de parteras como disciplina técnica dictada en la Facultad de Ciencias Médicas.

todo con las damas de la Sociedad de Beneficencia, siempre reacias al ingreso de médicos y estudiantes ajenos a sus dependencias. El Hospital Rivadavia había sido permanente foco de conflictos precisamente porque durante varios años existió la posibilidad de que la sala de ese hospital fuera anexa a la cátedra de partos y, por lo tanto, que la facultad, a través de sus miembros, tuviera jurisdicción simultánea sobre la enseñanza y sobre la dirección de la maternidad. Quien ejerciera la jefatura de la cátedra haría lo propio en la maternidad. Virtualmente esto significaba que el jefe de la sala de partos del Hospital Rivadavia fuera elegido por sus pares. Sin embargo, el enfrentamiento con las damas de la Sociedad de Beneficencia fue insalvable: éstas no admitieron las sucesivas arremetidas de los médicos. El episodio definitivo fue en 1885, cuando la Sociedad de Beneficencia advirtió que la Facultad de Ciencias Médicas aspiraba a anexas la maternidad como servicio de clínica obstétrica de la universidad y convertirla en sala escuela.¹⁸⁴

Luego de sucesivos enfrentamientos y conflictos, la facultad se encaminó a crear una maternidad con escuela anexa y con enseñanza diferenciada de obstetricia para varones y mujeres. Todos los cambios fueron en directo beneficio de los varones aspirantes a médicos obstetras, que hasta ese momento tenían serias dificultades para observar y atender partos antes de graduarse.

Alcanzar el objetivo, pospuesto varias veces, de crear una escuela y maternidad dependiente de la universidad fue la consecuencia y el resultado de un largo período de tensiones iniciado a mediados del siglo XIX que tuvo como principales contendientes a los médicos obstetras, a las autoridades sanitarias y a los administradores de hospitales, en particular las damas de la Sociedad de Beneficencia. Esta etapa de tensiones y negociaciones culminó con la inauguración de la nueva escuela, que permitió a los obstetras no depender de las plazas y permisos que la administración de los hospitales otorgaba a sus estudiantes para realizar las observaciones y prácticas del parto.

Los años intermedios entre la creación de la cátedra de Obstetricia y la inauguración del edificio de la escuela de parteras con maternidad anexa fueron importantes para definir el perfil que la institución tendría y la currícula para las parteras. Se establecieron requisitos más específicos para ingresar a la carrera de parteras: estudios básicos previos y comprobables; examen de ingreso en algunos casos, y se definió que la extensión total de la instrucción sería de dos años, uno de ellos con

¹⁸⁴ AGN SB, Legajo N° 160, 1885.

tres meses de internado en la maternidad para guardias y práctica.¹⁸⁵ Ya en la primera década del siglo XX, con la maternidad y la escuela en funcionamiento pleno, y al menos hasta la década del 30, las clases de obstetricia para parteras se redefinieron y se concentraron en un primer grupo de contenidos destinado a clínica general, anatomía y fisiología, y fueron muy detalladas en cuanto a los procesos del parto. Los programas identificaban bien cada uno de los momentos del trabajo de parto (dilatación, período expulsivo y alumbramiento), proponían una conducta expectante de la partera y promovían la idea de diagnóstico y pronóstico. Esta etapa, el trabajo de parto en particular, bajo las nociones obstétricas que se promovían, era la que le correspondía monitorear y asistir a la partera. Un segundo grupo de contenidos incluía nociones de cuidado durante el embarazo y el posparto, y elementos básicos de atención al recién nacido. Estos temas fueron tomando un lugar cada vez más importante en los años siguientes hasta incluir asuntos de puericultura “intra y extrauterina”, es decir, la profilaxis durante el embarazo y el cuidado del recién nacido. Conocida y valorizada la idea de asepsia y antisepsia, apareció como parte especial de los programas. El segundo año de estudio estaba dedicado completamente a las patologías obstétricas que la partera tenía que saber reconocer y, en lo posible, anticipar. Los programas de estudio recorrían una variedad de posibilidades que iban desde las distocias más frecuentes y conocidas por médicos y parteras, como las presentaciones viciosas y enfermedades comunes durante el último período del embarazo, hasta patologías descriptas más recientemente. El programa no sólo describía las enfermedades de riesgo, sino que también enunciaba las maniobras más comunes, por ejemplo frente a presentaciones del feto, uso de fórceps e indicaciones de embriotomía. La mayoría de los temas que se trataban eran casos en los cuales las parteras debían abstenerse de intervenir, como la atención en general de distocias mediante operaciones obstétricas simples o complejas, como versiones externas y operaciones para producir un parto artificial.¹⁸⁶ Sin embargo, instruir a las parteras sobre estos temas no era un objetivo con fines eruditos, y tampoco era una ambigüedad de los currículos y programas; era la proyección de la partera que se aspiraba a formar: capacitada e instruida, pero destinada a colaborar con el médico más que a actuar de manera independiente.

¹⁸⁵ Entre los requisitos se destacaban el certificado de buena conducta, el certificado médico de vacunación y de buena salud y el certificado de haber rendido examen siendo aprobadas hasta el 6º grado en una escuela graduada. Ver Llames Massini, *op. cit.*, p. 213.

¹⁸⁶ Fanor Velarde, *op. cit.*

La incorporación de contenidos especiales como las operaciones complejas puede parecer contradictoria si se toma en cuenta que la reglamentación sólo admitía esas prácticas para los médicos. Sin embargo, adquiere sentido en un contexto que tendía a la institucionalización de los partos, al trabajo compartido y segmentado entre médicos y parteras y a la organización que las maternidades conseguían en la ciudad. En adelante, las parteras irían perdiendo autonomía relativa en sus puestos de trabajo, con lo cual tendrían menos decisiones que tomar y asuntos que resolver según su propio criterio; esto se acentuaba cuando el parto se producía dentro del hospital, como recomendaban los obstetras. El tipo de partera que la escuela y su cátedra promotora aspiraban a formar era una ayudante experta del médico dedicada a la profesión dentro de instituciones jerárquicas como los hospitales y maternidades. Frente al parto normal se esperaba una actitud expectante y paciente; en los casos más complejos, se pretendía que la partera profesional fuera la persona capaz de identificar la dificultad en un parto, aunque no atenderlo; la formación debía otorgarle capacidad de reacción frente a la urgencia y anticipación frente a la complicación. Por otro lado, la partera de la escuela era el principal nexo entre la parturienta y el médico incluso dentro del hospital; era quien más horas pasaría en la sala o eventualmente en el hogar de la futura madre; de su capacidad de observación, de sus conocimientos y su experiencia dependía la intervención temprana del médico en una situación de riesgo. Como resultará claro más adelante, sobre las parteras se proyectó un lugar particular como ayudantes de los obstetras, complemento de su actuación en el parto. No sólo como propaladoras de saberes y criterios médicos establecidos y consensuados; se pretendía que pudieran actuar como vigilantes expertas del proceso del parto, como los ojos del obstetra ante su ausencia.

2. Pero entonces ¿puede tener la ciencia hijos y entenados?¹⁸⁷

La pregunta de Julieta Lanteri tenía un sentido provocador y retórico cuando la formuló, en 1907, pues el proceso de diferenciación entre la formación de médicos y parteras ya estaba definido, el escenario del parto estaba en transformación y el trabajo

¹⁸⁷ Julieta Lanteri, "Moral obstétrica", en *Revista Obstétrica*, N° 4, Año V, Tomo V, 1907, p. 138.

de las parteras sufría el impacto de una dinámica cada vez menos beneficiosa para el oficio. La conferencia de Lanteri, “Moral obstétrica”, se refería a una situación que se había impuesto en detrimento de la tarea de las parteras y el futuro de la profesión, pero que consideraba era posible y necesario superar. La enseñanza discriminada había resultado algo más que tomar clases separadas para cada sexo: recortaba las tareas de las parteras y diseñaba una división del trabajo médico cuya segregación vertical por género colocaba a las parteras en una situación de menor jerarquía que a los obstetras. Es decir que implicó una valoración diferente y desigual de los saberes y procedimientos de unas y otros. Lanteri advirtió con claridad este asunto y anticipó los resultados que tendría para el gremio tanto en el orden de la valoración de la capacidad de sus gentes para ejercer la obstetricia como en relación con las posibilidades y límites laborales concretos.

El proceso de jerarquización de la obstetricia tuvo como beneficiarios inmediatos a los médicos, quienes habían duplicado sus espacios en la facultad a través del desdoblamiento de cátedras para varones y para mujeres y que podían delegar una parte importante de la asistencia del parto en las parteras. Esta dinámica, que se instaló primero en las salas de los hospitales, pero rápidamente llegó a los partos públicos –es decir, a los que se producían fuera del hospital, indicaba que las parteras debían adoptar una actitud vigilante y expectante respecto del parto, lo que implicaba permanecer varias horas junto a la parturienta liberando al médico de esa situación, pero sin excluirlo del tratamiento. Lanteri identificaba allí los peligros de la asignación diferencial de saberes y prácticas que se había producido dentro de la ciencia obstétrica. El parto estaba cambiando de escenario, la presencia médica era cada vez más habitual y su contracara era la prescindencia de la partera o el relevamiento a roles menos destacados. En la crítica versión de Lanteri, las nuevas condiciones establecían que lo que tenían para ofrecer las obstétricas era su “tiempo” –horas junto a las mujeres–, menos costoso que el tiempo de un obstetra, apreciado por la condición de género de las parteras, pero poco valorado por sus conocimientos e idoneidad.

Si bien las parteras mantenían la posibilidad de atender partos normales, sobre todo públicos, ahora tenían una competencia que limitaba sus posibilidades y achicaba la clientela. Evidentemente, los criterios medicalizadores del parto habían logrado extenderse y dieron lugar a un mercado cada vez más interesante, donde médicos y parteras competían en condiciones que se harían cada más desiguales.

El lucro, más que la capacidad de partear, tenía un lugar protagónico en el interés por la atención de las mujeres, según advertía Lanteri, pues, según aseguraba, los médicos optaban por tratar partos normales que bien podían ser atendidos por parteras, pero que resultaban rentables, sencillos y, por lo tanto, apetecibles. Lanteri suponía que no faltaba mucho para que las familias de los sectores más acomodados recurrieran sólo a médicos, sustituyendo así definitivamente a la tradicional partera.¹⁸⁸ Como imagen contrastante y peligrosa, describía una escena inquietante en la cual el profesional ambicioso solía dejar el parto en manos de la partera para que cargara con el trabajo y las varias horas que podía implicar sin supervisión ni reconocimiento alguno. Podía avizorarse un nuevo esquema en el cual las parteras sólo actuarían como ayudantes prescindibles de los médicos, como compañía de las mujeres en el parto o como sustitutos del médico, pero en condiciones irregulares.

La división de la obstetricia entre médicos y parteras sostenía la segmentación de una tarea, ahora compartida en condiciones desiguales y perjudiciales para sus tradicionales hacedoras. La normalización y el reconocimiento de las obstétricas por parte de las ciencias médicas significaron para ellas la inclusión en el campo médico, pero en condiciones de subalternidad. Julieta Lanteri, como otras de sus congéneres preocupadas por la condición de las mujeres, celebró la jerarquización del oficio, pero anticipó lo que implicaba en el corto plazo, pues el ingreso de la obstetricia al aula magna de la medicina significó la segmentación jerárquica de saberes y procedimientos según el sexo de quien ejerciera la profesión. Lanteri argumentó frente a su auditorio de parteras que la obstetricia era una ciencia y que cualquiera que la practicase debía tener la misma condición, y ningún motivo lograba justificar que varones y mujeres adquirieran formación diferenciada ni que sus incumbencias no fueran las mismas. No había espacio para “sexualizar” la actividad más que el generado por los propios errores que las mujeres arrastraban de su pasado, en alusión a las antiguas comadronas, y la avaricia de los hombres que buscaban para sí todo el beneficio de una intervención cada vez más sensible. Nada justificaba en la ciencia moderna y positiva la división por sexo de los conocimientos.

Julieta Lanteri se pronunciaba en su doble condición de médica y de mujer, cuestión que explicitó, y con ello subrayó lo que percibía como un tratamiento diferencial desde la ciencia respecto de las aptitudes femeninas para desempeñarse en

¹⁸⁸ *Ibidem.*

tareas como la que ella misma ejercía. El feminismo ilustrado se había referido a la unidad del género humano y a la contradicción que significaba el inequitativo tratamiento que la sociedad moderna aplicaba a las mujeres, sobre todo en los órdenes político y educativo.¹⁸⁹ Lanteri le dio valor instrumental a esa idea cuando advirtió que la separación entre saberes se convertía en asimetría entre varones y mujeres y temía que esto confinara a sus congéneres a un eterno lugar de subalternidad. La noción de neutralidad de la ciencia le resultó funcional para descartar cualquier argumento que justificara una posición de desventaja para las mujeres. El parto era uno, como la ciencia obstétrica era una, ya fuera ejercida por varones o por mujeres; por lo tanto, no era posible mantener la enseñanza por separado ni la distinción por sexo en el ejercicio de partear.

Con esa argumentación, y con la advertencia de lo que podía implicar subestimar el trabajo de las parteras, Lanteri cuestionó la educación vigente. La formación diferenciada ponía en riesgo a las mujeres, pues, como los médicos sabían bien, mientras ellos no estaban presentes la verdadera “patrona y señora” de la situación en los partos era la partera. Rara vez un médico era llamado antes de las complicaciones que pudieran suceder, y aun en los casos menos complejos quien pasaba 6, 8 o 15 horas durante el trabajo de parto era la partera. Por lo tanto, ¿era necesario que la educación se mantuviera diferenciada? ¿En qué norma de conducta se inspiraban los hombres para mantener dividida la obstetricia?, se preguntaba Lanteri.¹⁹⁰

La división entre una obstetricia para varones y otra para mujeres no hacía más que mantener la medicina bajo perimidos criterios ajustados al pasado donde la ciencia no tenía lugar; a oscuros tiempos cuando los partos solían quedar en manos de mujeres ignorantes cuyos desarreglos, si la fortuna lo permitía, debían corregir los médicos. Pero en la actualidad nada justificaba tal separación entre saberes y prácticas, pues la obstetricia había alcanzado de manera plena un lugar en las ciencias médicas como disciplina y las mujeres habían aceptado la asistencia durante el parto. El pasado resultó un argumento adecuado para referirse al futuro de las parteras, pues se podía esperar el interés cada vez menor de las mujeres por el trabajo obstétrico si éste mantenía su camino, subalterno y materialmente depreciado.

¹⁸⁹ Rosa Cobo, *Los fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1995.

¹⁹⁰ Lanteri, *op. cit.*

La advertencia de Lanteri tenía más que ver con las condiciones materiales a las que estaban destinadas las parteras y, en definitiva, era una interpelación a sus colegas médicos. Consideraba que ninguna razón científica justificaba la diferencia entre varones y mujeres a la hora de partear; eran más bien cuestiones de orden material vinculadas a la conquista del mercado del parto las que estimulaban a los médicos a aspirar a la intervención de todo parto en la ciudad.

Por el contrario, para Lanteri la condición de género podía favorecer a las parteras, pues creía que una parturienta elegiría a otra mujer para parir por motivos de “recato y de pudor”; sólo hacía falta que las mujeres invadieran el terreno de la medicina y alcanzaran los mismos niveles de educación que los varones. Tal vez los médicos interesados en partear hubieran advertido ese riesgo y esto los moviera a reforzar la segregación de las tareas dentro de la obstetricia. Pero para Lanteri la clave estaba allí: aprovechar la diferencia era una posibilidad que sólo las mujeres tenían para destacarse entre los profesionales de la obstetricia. Lejos de considerar natural la idoneidad de las mujeres para actuar en socorro de otras, consideraba clave la formación de sus pares en las mismas condiciones que sus compañeros varones. Su propia experiencia le había demostrado que ingresar al escenario de la medicina era posible y alentaba a sus congéneres a seguirla, porque estaba convencida de los beneficios de esa decisión para el género femenino.

“¿Debe haber parteras?” De manera más radical que Lanteri se había preguntado algún tiempo antes la primera partera universitaria brasileña, Mme. Doroucher, cuando solicitaba mayor calificación y exigencia a la enseñanza de sus colegas y aconsejaba a la Academia Nacional de Medicina de Brasil que promoviera menos y mejores parteras para alentar la imagen y la legitimidad de la profesión.¹⁹¹ Doroucher entendía que no había lugar para un parto alejado de la ciencia y, por lo tanto, el destino indefectible para atender los nacimientos era la obstetricia. La misma pregunta se habían hecho algunos obstetras de su país a principios del siglo XX, cuando las tareas de parteras y de médicos se acercaban casi hasta extinguirse las diferencias entre una y otra.¹⁹² Se trataba de una tensión propia de los primeros años del siglo XX, cuando la atención médica de la sociedad en su conjunto, sobre todo en las grandes ciudades, era una preocupación

¹⁹¹ Maria Lucia Mott, “O curso de partos: deve ou nao haver parteiras?”, en *Cuadernos de Pesquisa*, N° 108, novembro 1999, pp. 133-160.

¹⁹² Lucia Glicério Mendonça, “Debe o no haver parteiras? Ou uma controversia americana” Parteiras y médicos no Brasil e Estados Unidos nas primeiras décadas de século XX en *Nesco. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva*, Vol. 5. N° 1, dezembro 2003, S/P.

cada vez mayor para el Estado y para los médicos, y cuando los roles y especialidades dentro de la medicina comenzaban a distinguirse con mayor claridad. Desde su lugar de médica, Lanteri se reconocía atravesada por tensiones similares y afirmaba que su condición de género la solidarizaba con las mujeres que se dedicaban a los partos, pero sus conocimientos y experiencia le indicaban que la profesión debía elevarse hacia una obstetricia científica y moderna que garantizara que “la mano que deba recibir un niño sepa también hacer una sutura y alcanzar un pie... usar un fórceps y una ampolla de ergotina”.¹⁹³ Lanteri, como su colega brasileña, aspiraba a formar obstetras mujeres, es decir, médicas y no auxiliares de la medicina, pues comprendía que el destino de las parteras era desaparecer como actoras principales del parto. Era la única opción para la elevación de las mujeres en un terreno hegemonizado por los varones como el de las ciencias médicas.

Las preguntas de Lanteri excedían el problema específico de la obstetricia para mujeres y eran propias de las preocupaciones por sus congéneres en general, que compartía con otras feministas del período involucradas en un tono progresista con la idea de nación moderna, vinculadas a la ciencia y que otorgaban a las mujeres un lugar en ese escenario. Cuando Lanteri se pronunció, el proceso de diferenciación había comenzado hacía varios años y no tenía vuelta atrás; sin embargo, como solía hacer en otras tribunas, se refirió con provocación a su auditorio, pues allí consideraba que estaban las protagonistas de cualquier modificación del curso de las cosas.

3. El asociativismo obstétrico, los médicos y la enseñanza discriminada. Tensiones y acuerdos

La Asociación Obstétrica Nacional (AON) había surgido algunos años antes de la disertación de Julieta Lanteri. En 1901, las diplomadas más cercanas a la escuela de parteras coincidieron en la importancia de contar con una organización con propósitos científicos capaz de encauzar los intereses de las parteras diplomadas. Era una organización autónoma e independiente, pero que contaba con el apoyo directo de los principales maestros de obstetricia, profesores de escuela y de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina. Entre los apoyos que las fundadoras de la AON encontraron, fue clave la activa colaboración de Cecilia Grierson, presidenta honoraria de la asociación y experimentada en la creación de organizaciones femeninas para la

¹⁹³ Lanteri, *op. cit.*, p. 151.

promoción de la educación de las mujeres y del desarrollo de sus pares en tareas calificadas y delicadas, como la atención de partos. Grierson tuvo una presencia activa durante los primeros años de la AON. Su puesto no fue simplemente honorífico, sino que, por el contrario, fue promotora de muchas de las acciones concretas de las parteras vinculadas a la persecución del ejercicio ilegal del oficio, y a la relación con el mundo científico y con otras organizaciones de mujeres.

La primera sesión de la AON logró convocar a unas 30 parteras porteñas, todas reconocidas por la Facultad de Medicina o graduadas en la escuela de parteras de la universidad. Ésta era una condición de admisión estricta que tendió a respetarse.¹⁹⁴ El acto inaugural se realizó en el Salón de Actos Públicos del diario La Prensa, con la presencia de algunos de sus promotores y de una menuda concurrencia, de alrededor de 40 personas. En ese momento se eligió la primera comisión directiva, que fue ocupada por 15 parteras. Quienes la conformaron se mantuvieron en diferentes cargos directivos por al menos dos décadas; su primera presidenta fue Sabina Drocchi de Romanille,¹⁹⁵ quien logró renovar su gestión en varias oportunidades.

Los propósitos de la AON quedaron claros en el borrador de estatuto redactado inmediatamente después de la inauguración de la asociación: las parteras proponían la “elevación de la carrera”, la promoción de la ciencia obstétrica y la erradicación de las agentes ilegales. Además, promovían entre sus objetivos iniciativas mutuales a través del reforzamiento de los vínculos de solidaridad entre socias.¹⁹⁶ En el estatuto se

¹⁹⁴ Entre las fundadoras estaban las integrantes de la comisión directiva: Sabrina Drocchi de Romanille (presidenta), Luisa C. de Ravassi (vicepresidenta 1ª), Margarita B. de Martell (vicepresidenta 2ª), Adela Chartette de Fromage (tesorera), Felisa P. de Méndez (secretaria), Luisa Siegfried (prosecretaria), María Gabel de Cortazar (prosecretaria), Regina S. De Teich (vocal), Juana Pierre de Trascheler (vocal), María Malon de Laville (vocal), Guillermina de Giraud (vocal), Elisa Thuillard (vocal), María A. de Perazza (vocal), Clemencia Claviere (vocal), Isabel P. de Córdoba (vocal), y las socias fundadoras: Rosaura L. de López, Antonia C. de Cueto, Catalina de Rougier, Irene L. de Gay, Juana S. de Conterno, Amelia E. de Piquel, Alberta J de Kinst, Mercedes S. de Fontana, María Luisa B. de Corsini, Octavia R. de Di Bagio, Angela B. de Riganti, Teresa M. de Saporiti, Margarita C. de Casanova, Ángela D. de Gárgano, María M. de Laville, Isabel Rodríguez, Dolores Serra, Adelaida M. de Fraues, María Oudarven, Raquel. A de Rosconi, Josefa T. de Gandulfo. Francisca G. de Artigue, Catalina B. de Villamonte, Virginia T. de Giacomelli, Mariana Etcheverry, Teresa, R. de Perfumo, Josefa de Zalussi, Juana E. de Aguilar, Graciana S. de Ariazzi. Actas de la Asociación Obstétrica Nacional del 19 de octubre de 1901, Folios 1 a 3.

¹⁹⁵ Sabina Drocchi nació en Buenos Aires en 1869 en una familia de origen italiano. Se casó en 1889 con el propietario de un pequeño aserradero. Aparentemente no tuvo hijos. En algún momento entre 1895 y 1901 se graduó como partera y desarrolló una intensa actividad asociativa en la AON por al menos 20 años.

¹⁹⁶ Actas de la Asociación Obstétrica Nacional, 23 de noviembre de 1901, Folio 5.

conjugaron intereses y necesidades definidos y concretos de un oficio que disputaba un campo de saberes y prácticas tanto con médicos obstetras como con idóneas no diplomadas capaces de atender partos, y con las instituciones que tenían injerencia sobre la atención de mujeres embarazadas. Al mismo tiempo, pusieron en práctica estrategias de socorro y ayuda mutua para abastecer las necesidades de sus socias, que en su mayoría eran mujeres que dependían de su trabajo. En los años iniciales, que aquí interesan, la AON tuvo una actividad mutual limitada a la cobertura individual de las socias frente a enfermedades y sepelio. Fueron exitosas en algunos casos: lograron construir un panteón propio en el cementerio de la Recoleta y tuvieron menos suerte con un ambicioso proyecto de erigir La Casa de la Obstétrica, una residencia para las socias retiradas similar a la que algunas habían conocido en París.¹⁹⁷

Durante la primera mitad del siglo XX, la AON fue la única asociación representativa de parteras en la ciudad de Buenos Aires. Aunque tuvo aspiraciones nacionales que nunca logró concretar efectivamente, logró ampliar su presencia a través de filiales en algunas ciudades, como La Plata y Rosario, durante la década del 30. La AON hizo notables esfuerzos para establecerse como un grupo representativo del gremio con competencias propias e independiente, pero en diálogo con sus compañeros médicos obstetras y distinguible de otras opciones disponibles para atravesar y atender los partos. En este sentido se puede identificar con nitidez el tipo de acciones y gestiones que realizaron las dirigentes de la asociación frente a las autoridades para preservar el ejercicio de su tarea y con respecto a la comunidad médica y a las mujeres en su conjunto. Se trataba de colocar su actividad entre las reconocidas y legitimadas por la medicina, por el Estado y por las mujeres, y al mismo tiempo era prioritario preservar el trabajo de las colegas. Sobre todo durante los primeros años de funcionamiento de la AON, hasta la década del 20, los objetivos se centraron en estas cuestiones: colocarse como interlocutoras válidas en las cuestiones vinculadas a lo obstétrico y preservar el trabajo de las parteras diplomadas.

¹⁹⁷ El tema comenzó a tratarse en 1910 y se mantuvo como prioridad hasta avanzada la década de 1920. Cf. Actas de la Asociación Obstétrica Nacional, 23 de octubre de 1910, Folio 49.

La AON y su estrategia de posicionamiento en las ciencias modernas

Un modo de desempeño que las parteras agremiadas supieron aprovechar para posicionarse dentro del campo del arte de curar fue mantenerse como interlocutoras interesadas en el mundo científico local. A través de la vinculación con una parte de la elite médica y con la universidad, aunque menos directa, fue posible cierto grado de relación con un sector de poder o con capacidad de decisión sobre las cuestiones relativas al parto. La AON supo explotar las relaciones profesionales de sus miembros: algunas de las dirigentes fueron discípulas de profesores de obstetricia como Juan Fernández, Alfredo Lagarde, Juan Carlos Llamas Massini, Samuel Gache, Alberto Chueco y Enrique Boero, entre otros, todos obstetras reconocidos por sus pares y directores de la escuela para parteras o de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina. Junto a ellos promovieron periódicas conferencias de actualidad científica, tomaron clases especiales y establecieron un diálogo fluido. Era usual que alguna de las dirigentes de la asociación fuera invitada especialmente para presenciar ateneos médicos o para observar casos poco frecuentes, e incluso para participar de operaciones complejas. En algunas oportunidades esas experiencias luego eran narradas y transmitidas entre las colegas, e incluso publicadas. Ese tipo de vínculos les facilitó a las obstétricas el acceso a congresos científicos, e incluso les permitió especular con algún tipo de representación en los claustros de la Facultad de Medicina en las mismas condiciones que otras especialidades.

Los primeros y dinámicos años de la AON permiten ver la constante promoción y difusión de actos científicos y la participación de sus miembros en diversos congresos médicos, a pesar de que los reglamentos no admitían parteras. La promoción de Juan Fernández y de otros médicos les permitió participar, en 1901, del Congreso Médico Latinoamericano en Chile. Este tipo de participación se mantuvo en los años siguientes con la presencia de algunas de las parteras agremiadas o a través de la representación de los médicos más cercanos.¹⁹⁸ Se trataba de un trato preferencial que las parteras

¹⁹⁸ En el de 1901, además de las parteras se inscribieron Cecilia Grierson, por la Escuela de Enfermeras y Masagistas; Elvira Rawson de Dellepiane, como miembro de la Unión de Mujeres Universitarias Argentina, y Sara Justo, por la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios. Cf. Marta de Almeida, "Perspectivas sanitarias e representaciones médicas nos congresos médicos latinoamericanos (1901-1913)" en *Horizontes*, Vol. 21, Jan-Dez. 2003, pp. 37-47. También participaron Sabina Drocchi de Romanille y Regina Schildkraut de Teich en el congreso de 1904.

obtenían por la relación que habían logrado alcanzar con sus profesores de obstetricia, y porque en algunos casos se mantenían como socias en trabajo “al público”, es decir, fuera de los hospitales, de esos profesionales. Si bien la jerarquía que se establecía entre médicos y parteras era una relación asimétrica que parecía inevitable y definitiva, no fue un proceso automático y las integrantes de la AON no fueron pasivas al respecto.

En las conferencias periódicas, muchas veces los temas sobre los que sus invitados médicos disertaban excedían la incumbencia de las parteras. Pero la idea acerca de la calificación y la elevación de la preparación de sus pares justificaba para la AON el interés sobre asuntos tan específicos como las técnicas modernas de cesáreas y operaciones diversas, todos procedimientos que las parteras no estaban en condiciones de ejecutar, pero que consideraban necesario conocer para mantenerse al día sobre la actualidad de la obstetricia. Por otra parte, las parteras conocían algunas de esas prácticas en su trabajo público.

El entramado de vínculos y relaciones que las parteras agremiadas lograron sostener fue posible en gran medida porque algunas de ellas eran “socias” de los médicos más prestigiosos y asistían a éstos en los partos que realizan al público en la privacidad de los hogares de las parturientas. Por su lado, los médicos obstetras solían destacar la importancia de difundir esos conocimientos sensibles, pues una parte de su trabajo podía depender de la capacidad de anticipación de las parteras o podían necesitarlas como asistentes calificadas, sobre todo fuera de los hospitales.

Por otro lado, la dirigencia de la AON supo vincularse con otras instancias asociativas de mujeres, como el Consejo Nacional de Mujeres (CNM). El ariete con esa organización fueron Cecilia Grierson, su presidenta honoraria; Elvira Rawson, y Julieta Lanteri, tres médicas sensibles a las condiciones de sus congéneres y promotoras de los derechos femeninos. Las tres eran miembros del CNM y prestaban colaboración con la AON.

En 1902, las parteras integraron a través de su presidenta una Comisión de Visitadoras que el consejo propuso para acercarse a las madres de los sectores más pobres de la ciudad y colaborar con la instrucción de las púerperas y en el tratamiento de los recién nacidos. Más adelante participaron del Primer Congreso Femenino Internacional, en 1910, y trabaron relación con organizaciones similares ubicadas en

Europa.¹⁹⁹ En general, establecieron diálogos de carácter científico y social acerca de temas vinculados al quehacer de la partería y su extensión sobre la sociedad, como la atención de los embarazos y partos, del recién nacido y la puericultura. Las parteras diplomadas se mostraban preocupadas por temas como el aborto voluntario, el infanticidio y, más adelante, por el descenso de la natalidad, todas cuestiones que se volcaron en la revista de la AON a partir de su primer número, publicado en 1903.

La vinculación con médicos, médicas y con sectores de la sociedad interesados y preocupados por el modo en que los nacimientos se producían en la ciudad se completó con la primera publicación de las parteras, la Revista Obstétrica, que se editó entre 1903 y 1917. Ésta obedecía a las características de cualquier publicación periódica científica de la época, y en ella que se difundían artículos de interés para la obstetricia cuya autoría era de los médicos y profesores de la Facultad de Medicina. Muchas veces se trataba de disertaciones que los profesores habían dictado especialmente para las miembros de la AON, que en general recorrían temas vinculados a los riesgos del parto; las enfermedades del embarazo, del parto y del puerperio; indicaciones sobre procedimientos y nuevas técnicas operatorias, y con menor frecuencia circulaban trabajos sobre el tratamiento de los recién nacidos. Por otro lado, la revista funcionaba como un medio de comunicación interna para las afiliadas, sobre todo de ofertas laborales en diferentes lugares de la provincia de Buenos Aires que la AON promovía en los municipios y localidades que no tenían parteras diplomadas; denuncias de parteras ilegales, y gestiones frente a las autoridades vinculadas al colectivo de parteras.

Si bien la mayoría de los artículos publicados en la Revista Obstétrica eran de autoría de los médicos, las parteras no se abstendían de escribir acerca de casos que habían asistido y de temas de conflicto entre obstetras y obstétricas. Uno de los temas más polémicos giraba alrededor del uso de antisépticos, con frecuencia retaceados en manos de parteras hasta los primeros años de la década del 40. La obstetricia proponía que el parto normal y manejado por obstétricas debía ser simplemente aséptico, es decir, en un entorno higiénico pero sin la intervención de sustancias especiales que requirieran irrigaciones o lavajes internos, pero las parteras no siempre estuvieron de acuerdo y afirmaban que la antisepsia debía ser mucho más generalizada que lo que los médicos proponían. Los argumentos de las parteras afirmaban que lo único seguro, sobre todo

¹⁹⁹ Revista Obstétrica, Año VII, Tomo VII, 1909, pp. 163-165.

entre las mujeres más pobres, era el uso de preparados especiales, y acusaban a los médicos de conocer poco sobre ese tipo de situaciones.

Las parteras sostenían que los obstetras estaban habituados a escenarios controlados, como los hospitales o las casas de familias distinguidas, donde las condiciones eran muy diferentes de las que ellas usualmente conocían. En definitiva, argumentaban que sus conocimientos y experiencia eran suficientes y podían competir con sus colegas varones en muchas prácticas, y acusaban a los médicos de saber poco sobre las condiciones usuales de parto. Éstos sólo atendían casos muy especiales, que salían de lo regular, como las distocias, pero el gran universo de los partos continuaba en manos de parteras, y esa experiencia era suficiente para medir el tipo de prácticas pertinentes.²⁰⁰

La Revista Obstétrica era costeadada con la cuota social de las afiliadas y con la publicidad de laboratorios y farmacias de la ciudad. Según los balances de los primeros 15 años de la asociación, los principales gastos estaban destinados a mantener la publicación y en segundo lugar figuraban los relativos a la construcción del panteón en el cementerio de la Recoleta para las afiliadas.

En 1917, la revista de la AON interrumpió su aparición por motivos económicos y por las dificultades que suponía mantener el suministro de papel durante la Gran Guerra. Sin embargo, la comisión directiva no estaba conforme con la situación y anunció a sus socias la continuidad de la revista como sección especial en los Anales de la Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires, editada por los médicos de la especialidad desde 1908.²⁰¹ En efecto, había temas en común entre ambas publicaciones y con frecuencia coincidían los autores, la información disponible para parteras y para médicos no se diferenciaba demasiado y en términos prácticos la limitación más concreta que tenían las parteras era la que imponía la ley. Con excepción de las operaciones complejas que se difundían desde las primeras décadas del siglo, médicos y

²⁰⁰ Cf. Sabina Drochi de Romanille, Asamblea General de la Asociación Obstétrica Nacional. Memoria, en Revista Obstétrica, N° 4, Año II, Tomo II, 1904, p. 261-264; Francisca Arrue de Doyharzabal, "La fiebre puerperal y la responsabilidad de la partera", en Revista Obstétrica, N° 3, Año X, Tomo X, 1912, pp. 83-84; María Luisa Bessero de Corsini, "La antisepsia en obstetricia", en Revista Obstétrica, N° 1, Año X, Tomo X, 1912, pp. 10-14.

²⁰¹ Los "Anales de la Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires" concentraron por varias décadas las publicaciones científicas de los ginecólogos y obstetras de la ciudad. En 1925 cambió su denominación por "Boletín de la Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires" y en 1961 tomó el nombre de "Revista de la Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires"

parteras tenían una variedad compartida de alternativas frente al parto, y esto quedó expresado en el tipo de material científico que circulaba entre ambos. Sin embargo, las parteras no solían producir material de este tipo, aunque, como quedó demostrado en la publicación que lograron mantener por varios años, eran capaces de generar contenidos y de seleccionarlos. Frente a esta nueva situación, entonces, la comisión directiva afirmó que la publicación tendría continuidad en una sección especial de los Anales y que Sabina Drocchi dirigiría la sección,²⁰² lo que no sucedió.

La AON entre médicos y comadronas

En línea con la promoción y el reconocimiento de las parteras diplomadas propuestos en la primera sesión de 1901, la AON en ese mismo año, decidió solicitar al Departamento Nacional de Higiene la nómina completa de sus colegas matriculadas en los últimos 15 años para convocarlas e integrarlas a la iniciativa y concretar la difícil tarea de controlar a las parteras ilegítimas. La persecución de “falsas parteras” fue una constante de la asociación y tuvo una doble dimensión: por un lado, fue un asunto afirmativo respecto de los intereses del colectivo de la profesión y elemento de convergencia entre sus pares; por otro, un modo de posicionarse frente a las autoridades sanitarias nacionales como interlocutoras y principales defensoras del parto en manos de expertas. La AON no pretendía para sí el control de la matriculación de las parteras ni administrar la admisión al oficio, pero intentaba convertirse en contralor o complemento del Estado, cuando era posible, para ubicar y perseguir a las “falsas colegas”, a las antiguas “comadronas” o a las “curanderas diplomadas”. La asociación recibía la información sobre las posibles irregularidades y realizaba las denuncias cuando comprobaba que se trataba de faltas a la ley. En este asunto, era perseverante y exigente con las autoridades, pues consideraba que la erradicación del heterogéneo universo de parteras irregulares iría en beneficio directo de sus socias y del gremio en general; al mismo tiempo, las posicionaba frente a las autoridades como calificadas para señalar los límites y las expectativas del oficio. Así, en 1905 la AON propuso una reglamentación para el gremio donde se colocó la autoridad del DNH como principal organismo de control y

²⁰² Actas de la Asociación Obstétrica Nacional, 20 de octubre de 1917, Folio 24.

admisión de parteras, se definieron las prácticas que concernían al ejercicio de la profesión y se delinearon algunos de los elementos de la ética profesional.²⁰³

Según el proyecto de reglamentación, recaía en el DNH la responsabilidad de sancionar las normas que regularan el ejercicio de la partería y de hacerlas cumplir en las mismas condiciones que el resto de las profesiones médicas. Sería de incumbencia del Estado elaborar una lista de las parteras habilitadas, algo que sucedía desde hacía varios años, pero no con continuidad, y perseguir y sancionar los casos de incumplimiento de la ley. Respecto de la relación con los galenos y de las incumbencias de las parteras hubo una inevitable cuota de ambigüedad: en el primer artículo se consignaba que la partera estaría obligada a requerir la presencia médica siempre que el parto se complicara o que pudiera advertirse la peligrosidad de éste. Reconocían con esto la necesidad de la presencia médica en casos de riesgo, pero sin afirmarlo explícitamente las parteras convenían que el parto normal o eutócico era terreno propio y exclusivo; en las más auspiciosas proyecciones, pretendían que sólo ellas fueran las ejecutoras de ese tipo de nacimientos. En este punto no disputaban con los médicos el tratamiento del parto distócico, pues conocían bien el riesgo que esto constituía para su condición, ya que era posiblemente el ámbito de mayor vulnerabilidad para las parteras debido a la enorme dificultad que significaba anticipar el riesgo en parto. Pero los partos normales podían ser de su absoluto dominio y en ellos se replegaron.

La ambigüedad radicaba en que tanto parteras como médicos sabían que el límite entre un nacimiento normal y una tragedia era muy delgado y en muchos casos imprevisible tanto para unas como para otros. Ése era un asunto borroso, y lo resuelto por la reglamentación de 1877 era difícil cumplir pues no siempre era posible garantizar el destino de un parto y menos aún la evaluar el correcto o incorrecto procedimiento de la partera *post facto*. Pero el límite entre un parto normal y otro distócico era ni más ni menos, que la delgada línea divisoria entre las incumbencias médicas y la legítima actuación de las parteras. Para las obstétricas era la diferencia entre mantenerse en la tarea o correr el riesgo de la inhabilitación.

Las parteras agremiadas y su elite advirtieron el difícil manejo de esa línea divisoria y supieron que era crucial para su trabajo saber reconocerla, pues el error siempre estaría de su lado. La alternativa que prepusieron fue reconocer la presencia

²⁰³ "Contribución a la ley en proyecto sobre ejercicio de la medicina y anexos. Presentado al Departamento Nacional de Higiene por la Asociación Obstétrica Nacional", en *Revista Obstétrica*, Año III, Tomo III, 1905, pp. 110 y ss.

médica, “el médico de subsistencia” –como denominaron con frecuencia al galeno al que recurrían en las urgencias–, para los casos en que fuera necesario, y como contrapartida guardaron para sí el derecho a desarrollarse con un margen más amplio que el vigente en relación con los partos normales, los embarazos y los puerperios. La AON pretendía que sus colegas tuvieran el derecho de asistir a las consultas que el médico celebrase con la embarazada, parturienta o púérpera con objeto de colaborar y tomar nota de las recomendaciones que el profesional ordenara y a fin de guiar con eficacia a la parturienta en las posteriores visitas.²⁰⁴ Se anticipaban así a la idea de una “puericultura interna” para prever el desarrollo exitoso del embarazo y el parto; al mismo tiempo, cubrían a sus representadas de las posibles responsabilidades de situaciones complejas y ampliaban especialmente su actuación. Participar antes del parto no era asunto nuevo para las parteras; era parte del trabajo que tradicionalmente habían realizado, pero en general sólo para confirmar el embarazo o anticipar el momento del parto. Ya en las primeras décadas del siglo XX la importancia del embarazo controlado había generado un nuevo espacio de actuación para médicos y parteras que éstas percibían como parte de sus incumbencias y sobre el que pretendían tener injerencia.

Un poco más allá respecto de la ley que las afectaba fueron en otro artículo propuesto, a través del cual se les permitía recetar preparados farmacéuticos “estrictamente relacionados con el ejercicio de la profesión”.²⁰⁵ Se referían con esto especialmente a la ergotina, droga usada tradicionalmente por las comadronas y parteras, pero cuyo uso estaba controlado por la legislación. Esa demanda se contraponía directamente con las resoluciones previas de la universidad y el DNH, y con la ley vigente.

Las parteras aceptaron el espacio que el parto médico les deparó, pero resistieron frente a la posibilidad de quedar en un lugar marginal y desplazado de esa escena. La propuesta de reglamentación tendió a ampliar incumbencias o al menos a poner blanco sobre negro las tareas posibles alrededor de la atención de las parturientas. En algunos casos se trató de legitimar prácticas previas no aceptadas, como medicar; en otros, de estabilizar y preservar atribuciones, como la atención de la embarazada y púérpera. En

²⁰⁴ Cf. Art. 1 y 14 de “Contribución a la ley en proyecto sobre ejercicio de la medicina y anexos. Presentado al Departamento Nacional de Higiene por la Asociación Obstétrica Nacional”, en *Revista de Obstétrica*, Año III, Tomo III, 1905, p. 110.

²⁰⁵ *Ibidem*, Art. 12.

cualquier caso, se trataba de intervenciones conocidas por las parteras, usuales en su trabajo cotidiano, pero no del todo explicitadas como parte de sus incumbencias.

La AON advirtió que la sociedad con los médicos, hasta no hacía mucho de mutuo beneficio, podía convertirse en una relación desventajosa para sus agremiadas. Afirmarse sobre el dominio del parto normal fue un modo de resistencia, pues no era sólo la modificación de algunas prácticas lo que hacía peligrar su trabajo, sino también las nociones que se habían asentado y la presencia cada vez más cotidiana de nuevos actores.

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

En este orden, la principal preocupación era la condición ambigua de las “curanderas diplomadas”, definición que la AON acuñó para referirse a las parteras que cumplían parcialmente con los requisitos para ejercer la profesión, pero aun en esas condiciones habían sido admitidas por el DNH. En general se trataba de mujeres que habían conseguido su diploma de manera irregular. En este sentido, lo que las diplomadas promovían era el ajuste a la norma a partir de la acción estatal mediante el empadronamiento de parteras y el control sobre el oficio y la revalorización y el reconocimiento del parto asistido por profesionales.

En esa línea, la AON salió a promover la capacidad de sus integrantes y creó su propio “servicio de partos”, que publicitó en la ciudad de Buenos Aires en diferentes medios de prensa. Ofrecía habitualmente una nómina de parteras reconocidas con tarifa fija según el servicio ofrecido. Para reforzar la capacidad de atención y la idoneidad en la tarea, proponía cursos para enfermeras con el fin de formar a otras mujeres como ayudantes de partos y así contar con asistencia adecuada cuando fuera necesario. De este modo, consideraba que acercaba sus servicios a la población en su conjunto y

evitaba así que las parteras irregulares tuvieran todo el terreno despejado, y al mismo tiempo promocionaba la actividad de sus socias.²⁰⁶

Si se toman como expresión de la estrategia de posicionamiento de las parteras diplomadas el proyecto de reglamentación sobre su actividad y la estrategia para promover su trabajo, se puede advertir una concepción bastante definida respecto de los nudos más conflictivos que las agremiadas intentaron resolver. Las tensiones vinculadas con sus principales socios y competidores, los médicos, y la eliminación definitiva de las parteras ilegales fueron los tópicos de principal preocupación en los primeros años de existencia de la AON. Las parteras no discutían la pertinencia del parto como acto médico, pero buscaban un lugar claro en ese esquema junto al profesional de la medicina. Se trató de una zona delicada e inestable y a veces desdibujada, pero que las parteras diplomadas cuidaron, pues de eso dependía su trabajo. Una parte importante del éxito en la misión de mantener a la partera como dominante en el escenario del parto normal fue sostener el prestigio de la carrera eliminando a las competidoras y aunando su tarea con la del médico cuando era necesario.

Las parteras diplomadas y el reconocimiento del Estado

Algunos asuntos que separaban a médicos y parteras, como la prerrogativa de suministrar medicamentos o intervenir en operaciones de baja complejidad, se contraponían a otra serie de cuestiones que achicaban distancias y que les permitían formar parte de un mismo discurso relativo al parto asistido o medicalizado. Unos y otras sabían que el parto, como acto fisiológico y cotidiano, era en muchos casos atendido por un variado universo de parteras –diplomadas, no diplomadas, expertas e incluso parteras circunstanciales–. En este punto, podían ponerse de acuerdo con facilidad y coincidían en que era necesario superar lo que Lucia Mott ha descripto como la percepción *no unánime* de la población respecto de la experticia de la medicina, la cirugía y la partería para intervenir en los nacimientos.²⁰⁷ La conveniencia era compartida y la necesidad de intervenir en el sentido común respecto del parto era una tarea que encontraría a médicos y parteras unidos en un mismo registro. En este sentido,

²⁰⁶ Actas de la Asociación Obstétrica Nacional, 23 de abril de 1906, Folio 34.

²⁰⁷ Maria Lucia Mott, "O curso de partos: deve o não haver parteiras?", en *Cadernos de Pesquisa*, N° 18, novembro 1999 (155), p. 108-160.

la AON, como el colectivo de parteras diplomadas, no tuvo mayores inconvenientes para integrarse a las voces locales que propiciaban el parto asistido por profesionales.

Pero esto no significó un reconocimiento automático de las parteras diplomadas como las legítimas hacedoras de los partos más allá de las credenciales que el título otorgaba. La AON dedicó una parte importante de sus gestiones a posicionarse como organización representativa y como única garante del parto medicalizado. En 1905, el gremio intentó ubicar a las parteras como piezas insoslayables en los nacimientos y propuso al DNH que en los casos urgentes que impidieran el llamado a una profesional la familia de la parturienta estuviera obligada a solicitar la presencia de una profesional diplomada antes de que transcurrieran 24 horas de producido el nacimiento para asegurar la buena recuperación de la mujer y la salud del niño. En esa partera recaería la responsabilidad de denunciar el nacimiento ante las autoridades estatales o de informar los acontecimientos ocurridos.²⁰⁸ De este modo, perseguían que el Estado reconociera la necesaria intervención de la partera en cualquier parto y se redujera la brecha entre partos regulares y no registrados.

Las agremiadas fueron un poco más allá frente a las autoridades municipales y a las secciones de los registros civiles de la ciudad y propusieron a las parteras como cuasi funcionarias del Estado. Conocedoras de que en muchos casos la inspección municipal no llegaba a los hogares de las más pobres y tampoco una colega, se formularon como las únicas autorizadas para refrendar los nacimientos. El procedimiento establecido indicaba que una inspección municipal domiciliaria se ocuparía de registrar los nuevos nacimientos previa declaración de los familiares del niño o de la partera que hubiera actuado durante el parto. Sólo de ese modo el Estado municipal se acercaría al lugar del nacimiento y certificaría el acontecimiento. La AON incluyó como miembros garantes de este procedimiento a las parteras y sugirió que cualquier denuncia o declaración de nacimiento, cualesquiera fueran las condiciones en que se produjera, tuviera que ser rubricada por una partera diplomada, a fin de evitar registros falsos e impedir declaraciones no comprobables. De esta forma, las parteras se reservaban para sí el lugar de ser las primeras y únicas autorizadas para reconocer la identidad de los nuevos ciudadanos, como brazo imprescindible del Estado.²⁰⁹

²⁰⁸ Art. 9 de "Contribución a la ley en proyecto sobre ejercicio de la Medicina y anexos. Presentado al Departamento Nacional de Higiene por la Asociación Obstétrica Nacional", en *Revista Obstétrica*, Año III, Tomo III, 1905, p. 110.

²⁰⁹ *Ibidem*.

A pesar de estos intentos, las parteras no lograron que sus propuestas y reglamentos fueran considerados y su actividad se mantuvo reglada por la ley de 1877 durante varias décadas. Sin embargo, la atención sobre los poderes públicos no se detuvo y gravitó en otros dos órdenes: la pretensión de control del ingreso a la profesión y la calidad de las nuevas aspirantes. En diversas oportunidades exigieron al Consejo de Educación y a la universidad mayor rigor sobre las aspirantes. No podían hacerlo de otro modo, pues no dependía de ellas el ingreso a la profesión, ya que estaban alejadas de los organismos de formación y no tenían nada que ver con los mecanismos de matriculación.

La AON se manifestaba preocupada por la facilidad con que las mujeres sin mérito ingresaban a la escuela de parteras de la Facultad de Medicina. Si bien la facultad conservaba cierto rigor sobre el ingreso de alumnas, no resultaba fácil mantenerlo; en las diferentes reformas del reglamento de ingreso se habían modificado algunos requisitos claves, como la certificación de estudios previos. Este requerimiento dejó de figurar hasta la década de 1930, pues las autoridades confiaban poco en las certificaciones usualmente presentadas, por lo que optaron por elevar los niveles de exigencia del examen de ingreso y agregaron un nuevo requisito: la recomendación personal. Las aspirantes debían obtener el aval de una persona “reconocida” para la facultad que diera fe de su probidad y aptitud para la tarea a la que se postulaban.²¹⁰

Como vigías del oficio, las parteras se interiorizaron de las condiciones de las nuevas estudiantes y de los resultados de los exámenes y pusieron en práctica un sistema de tutela para ingresar en la AON. Se proyectaron como “madrinas” de las aspirantes a colegas y promovieron que sus afiliadas presentaran nuevas socias aún no graduadas en condición de aspirantes y bajo la supervisión y la promoción de parteras experimentadas. La hipótesis de las diplomadas era que el ejercicio de partear continuaba siendo permeable; si bien la institucionalización de la formación a través de la apertura de la escuela universitaria había establecido un criterio definido sobre las condiciones del ingreso al oficio, las graduadas sabían que no era igual de riguroso en todos los ámbitos. Con frecuencia recibían denuncias de sus colegas en la campaña que avisaban de situaciones irregulares e indulgencia sobre algunas “advenedizas”; allí se

²¹⁰ “Ordenanza sobre condiciones de admisibilidad y programa de ingreso para la Escuela de Parteras” en *Revista Obstétrica*, N° 1, Año IX, Tomo IX, 1911, pp. 39-42.

concentraban las “curanderas con diploma”.²¹¹ Era frecuente que las aspirantes a parteras en algunas zonas de la campaña no tuvieran estudios previos comprobables para ejercer la partería y sin embargo el DNH accediera a matricularlas. De modo similar procedía el Consejo de Educación, que facilitaba certificados de estudios en dudosas condiciones que valían para el ingreso a la universidad. La escuela de parteras había ajustado los requisitos de ingreso y exigía educación básica acreditada para que sus aspirantes pudieran acceder al examen de ingreso.

Desde 1905 en adelante, las dirigentes de la AON comenzaron a llevar un registro de la cantidad de aspirantes que no lograban concretar la inscripción a la universidad y lo tomaron como medida del rigor que el Consejo de Educación de la Nación aplicaba sobre las futuras parteras. Con frecuencia interpelaban al DNH para que dispusiera una correcta y puntual lista de parteras diplomadas y habilitadas. En el mismo sentido, solicitaban que se hicieran públicos los nombres y las direcciones de las parteras fuera de la ley, y reclamaban a los poderes municipales y policiales la agilización de los procedimientos para denunciar los casos punibles e irregulares.²¹² Actuaban con los mismos criterios en el interior de su propia organización, y a partir de 1906 comenzaron a solicitar al jefe de policía de la ciudad que las informara sobre las posibles conductas indebidas de sus socias. En sus propios reglamentos constaba que cualquier afiliada procesada o encausada, por el motivo que fuere, sería expulsada automáticamente de la asociación, medida que pusieron en práctica varias veces. En algunas de estas cuestiones tuvieron éxito y lograron el reconocimiento de sus integrantes. En muchos casos, el DNH solicitó que ofrecieran candidatas para ocupar puestos sanitarios en diversos lugares del país y la policía informaba sobre algunas irregularidades, pero se trataba de situaciones coyunturales y para nada cotidianas.

Este repertorio de exigencias al Estado en sus diferentes órbitas no era sólo una pretensión de control sobre las competidoras o advenedizas, sino también una manera de afirmarse en sus prerrogativas sobre una práctica y un saber que se asentaban y difundían, pero se alejaban de sus posibilidades de control en aspectos tan elementales como el ingreso a la profesión y las definiciones cognitivas sobre su experticia. En definitiva, era un modo de instalarse como representantes legítimas del arte del parto frente a las autoridades desde los espacios que tenían disponibles, fundamentalmente el

²¹¹ “Noticias varias” en *Revista Obstétrica*, N° 3, Año XI, Tomo XI, 1913 pp. 130-131y

“Noticias varias” N° 4 y 5, Año XII, 1914, pp. 138.

²¹² Cf. *Revista Obstétrica*, N° 4, Año, IV, tomo IV, 1906.

reconocimiento e identificación de sus pares y la denuncia y el señalamiento de las irregularidades.

En los intentos de obtener reconocimiento de las diferentes órbitas del Estado, la AON tuvo relativo éxito. Más allá de los límites a la hora de movilizar medidas concretas, fue hábil para constituirse como interlocutora de diferentes agencias estatales en relación con la atención de los partos. La AON no logró interceder ni agilizar políticas concretas, ya que el DNH no tomó en cuenta sus propuestas de reglamentación. Mejor resultado obtuvo la formalización del registro de enfermeras, pero sólo para la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, el ejercicio de interpelar a las autoridades y de intentar intervenir en las reglas del juego que regulaban la atención de los partos puede entenderse como parte de los elementos que dieron sentido a la AON y a sus integrantes y, en definitiva, las constituyeron como colectivo.

4. La AON y la Escuela para Parteras

El asociativismo entre las parteras fue contemporáneo a la regularización definitiva de la educación universitaria y al reconocimiento de la profesión. La sostenida relación entre la escuela y la AON se tradujo de varios modos: las reuniones del consejo directivo de la AON y las asambleas de socias se realizaron durante varios años en la secretaría de la escuela de parteras, y la relación con los profesores de obstetricia y los médicos que dirigían la maternidad era fluida. La primera etapa de la Asociación Obstétrica transcurrió en un clima en el cual el perfil y las representaciones sobre la profesión se tornaron cada vez más modernos, con atributos científicos alejados de nociones del parto como un asunto doméstico, privado y riesgoso. Entrar definitivamente a las aulas universitarias, en la concepción de impulsoras de la AON, significó para las parteras terminar con una etapa en la que el “ejercicio sin control alguno ponía en manos ignorantes y mercaderes la vida de muchas mujeres; el crimen del aborto era ejecutado cada día no sólo, aunque sea vergonzoso confesarlo, por las que no habían cursado nunca las aulas de la facultad, sino por las muchas diplomadas negociadoras mercenarias y sin conciencia que sólo miran el usufructo sin importarles los medios”.²¹³

²¹³ Sabina D. de Romanille “Memoria del primer ejercicio” en *Revista Obstétrica*, N° 1, Año I, Tomo I, 1903, p. 5.

El asociativismo y la institucionalización de la educación en obstetricia fueron procesos que se retroalimentaron y que coadyuvaron a definir la actividad dentro de la estructura de los saberes y procedimientos vinculados a la atención de la salud de las mujeres en una jerarquía definitiva que “dignificaba la profesión”.²¹⁴ Las parteras celebraron la existencia de la escuela; vieron allí la elevación de su tarea y un impulso definitivo para la actividad dentro de los estrictos y reconocidos límites de la formación universitaria. Asimismo, consideraron la práctica asociativa una extensión de la etapa formativa que les permitía mantenerse al ritmo de los adelantos de la ciencia obstétrica y morigeraba la rutina aislada de su trabajo.

Sin embargo, las parteras agremiadas con frecuencia no formaron parte de la escuela de partos y maternidad, y muy pocas socias con roles destacados en la dirigencia de la AON fueron profesionales de la institución. Sólo dos de sus miembros pertenecientes a la comisión directiva se desempeñaron como parteras jefas de la maternidad: Francisca C. de Saini y María Josefa D. de Gorlero, la última por muy poco tiempo. Adela de Fromage, secretaria de la AON por varios períodos, declinó la oferta al cargo directivo que la escuela le ofreció.

La maternidad y escuela absorbía a muy pocas de las graduadas: entre dos y cuatro parteras eran parte de su planta. El número mayor de mujeres que podían colaborar en la asistencia a las parturientas estaba compuesto por alumnas de segundo año, que podían ascender hasta 40 en las primeras décadas del siglo XX. La Escuela y Maternidad dependía en todos sus aspectos de la Facultad de Ciencias Médicas y estaba dirigida por el profesor titular de la cátedra de Obstetricia para Parteras. El organigrama se completaba con un jefe de clínica, un médico interno y una partera jefa. Ese rol era jerárquico y estaba subordinado al director de la maternidad, por varios años Juan R. Fernández; bajo él quedaban la segunda partera, el personal subalterno y los no profesionales. Además, las parteras debían cumplir con un régimen de internado y tenían prohibido asistir de manera particular o privada a pacientes fuera de la institución.²¹⁵ Ese tipo de restricciones se convirtieron en un motivo de desaliento para el trabajo en la maternidad y explican por qué algunas parteras desistieron a la hora de tomar cargos en la institución de la Facultad de Medicina.

²¹⁴ *Ibidem.*

²¹⁵ Ver Fanor Velarde, *op. cit.*, y Llames Massini, *op. cit.*, pp. 262-263.

En lo relativo al funcionamiento cotidiano para el procedimiento de atención a las parturientas y puérperas, las parteras debían cumplir las indicaciones del jefe de clínica y no tenían ninguna capacidad de tomar decisiones sobre el parto incluso en los casos eutócicos, pues debían consultar siempre con el médico superior.

Por otro lado, la Escuela de Parteras era de dominio exclusivo de la Facultad de Medicina a través de la cátedra de Obstetricia, y ninguna partera se desempeñaba como docente en ella. La educación formal de sus pares no era atributo de las parteras diplomadas, tal vez éste fuera uno de los límites más concretos y una marca contundente de la segregación vertical en el campo de la obstetricia. Por mayor reconocimiento que las parteras tuvieran, no eran consideradas instructoras hábiles para enseñar a sus pares. Sin embargo, no se puede descartar que hubiera algún tipo de transferencia de conocimientos entre parteras, incluso dentro de la maternidad, de un modo menos formal, a través del trabajo en las salas y en la atención cotidiana de las internas de diferente jerarquía. Es muy posible que las parteras jefas ejercieran en los hechos una actitud docente sobre las jóvenes estudiantes.

Otro elemento clave a tener en cuenta para analizar el desaliento que el trabajo en la escuela y maternidad generaba entre las graduadas es de orden netamente material. Indudablemente, los partos públicos, atendidos en domicilio, eran una alternativa más interesante y conveniente para el ejercicio de la profesión y continuaban siendo el modo más frecuente de parir entre las mujeres que tenían la opción de elegirlos. La institucionalización del parto a través de la Maternidad estaba destinada específicamente a las mujeres más pobres, mismo objetivo que tuvieron diversas maternidades que se habían creado previamente, como la del Hospital San Roque y la del Hospital Rivadavia, el resto de las salas de maternidad abiertas en diferentes hospitales porteños durante las primeras dos décadas del siglo XX. Las parteras dependían del trabajo privado, fuera de los hospitales, y la AON advirtió temprano que la configuración que se proyectaba para el futuro de los partos las podía perjudicar. La actitud distante que las diplomadas tuvieron en las primeras dos décadas del siglo XX se afianzó en la década del treinta, cuando se generalizó el parto institucionalizado.

Para la mayoría de las parteras, agremiadas o no, el mercado más promisorio continuaba siendo el público, el parto a domicilio o en casa de la partera, que en las primeras décadas del siglo era aún frecuente y no menos seguro que el hospitalario. Entre las integrantes de la AON, esta posibilidad se potenció, ya que la vinculación a través de las instituciones con médicos reconocidos dentro de la obstetricia y con su

clientela de familias acomodadas facilitó a estas parteras el acceso a ellas. Este tipo de asociaciones garantizaba al público que en domicilio los partos tuvieran todo el rigor higiénico que la medicina recomendaba. Las instituciones de atención, las clínicas y los hospitales eran de mayor interés para la obstetricia ejercida por médicos, pues allí lograban su objetivo de difundir entre sus estudiantes los criterios respecto del modo de asistir los nacimientos, lo que en el corto plazo implicó el desplazamiento de los roles que tradicionalmente habían ocupado las mujeres.²¹⁶ Instituciones como la escuela y maternidad eran para la clínica obstétrica un salto cualitativo, pues la escuela permitía salir del “oscurantismo” de los años previos, cuando un alumno de Medicina podía graduarse y ejercer como partero sin haber asistido nunca un parto ni haber realizado un tacto ni una palpación.²¹⁷

En las primeras décadas del siglo XX, esa situación representó un elemento de tensión entre médicos y parteras diplomadas, que la AON expresó en algunas oportunidades. La posibilidad de que aspirantes a médicos ingresaran como practicantes a la escuela de partos no siempre era bien vista; en diversas oportunidades, las diplomadas consideraban poco conveniente esa presencia, y de modo no siempre explícito sugerían que había otros espacios disponibles para ese ejercicio. En el interior de la AON no se ocultaba que sus miembros preferían mantener la maternidad y escuela exclusivamente para la práctica de sus pares. Situaciones poco claras podían ocurrir en las salas de la maternidad: un médico practicante o un estudiante avanzado podían hacer valer sus criterios por sobre los de una partera graduada y con varios años de experiencia.

A pesar de la legitimidad y el reconocimiento que la normalización y la formalización de la capacitación de las parteras otorgaron al gremio, colocaron a sus miembros en un lugar de tensión, que se manifestaba en reconocimiento y exclusión al mismo tiempo. Las parteras diplomadas de la AON entendían que la relación con la universidad y con la escuela era un modo de jerarquizar y valorar su tarea, pero al mismo tiempo experimentaban tratos segregadores: no podían intervenir en la educación de sus pares, atribución exclusiva de los médicos, y trabajar en la maternidad tampoco les ofrecía mejores condiciones laborales ni prestigio profesional. Si bien las obstétricas más reconocidas podían acceder a cargos de jerarquía en la maternidad,

²¹⁶ Nari *Maternidad...*, *op. cit.*, pp. 112.-113.

²¹⁷ Eliseo Cantón, *La clínica obstétrica de la República Argentina. Ayer, hoy, mañana*. Conferencia Buenos Aires, 1904, pp. 4-5. S/D

como parteras jefas, esto no las colocaba como miembros plenos de la comunidad médica, sino que las mantenía en un lugar de subordinación a una importante estructura en la que no lograrían alcanzar puestos relevantes. Durante varios años, las parteras no figuraron en las nóminas de graduadas para la universidad, como sí lo hacían el resto de los profesionales. Las acreditaciones que la facultad otorgaba a las alumnas eran a modo de certificación de sus conocimientos y a los fines de que obtuvieran una matriculación habilitante para el ejercicio del partear; el título de la partera tenía una jerarquía menor que el de los médicos, y esto tenía mayor peso en los espacios institucionales que en el mercado libre del partear.

La reconfiguración de los actores en el campo del parto colocó en tensión a las parteras, que apreciaban un proceso de reconocimiento de su oficio y de inclusión en el mundo de las ocupaciones médicas, pero advertían que esto sucedía en un escenario condicionado y desigual respecto de los médicos en términos materiales y simbólicos. El protagonismo de la universidad en el reconocimiento del oficio del parto se articuló en una coyuntura ambigua y a la vez estimulante para las agremiadas a la hora de perseguir posiciones más definidas en la jerarquía de las artes del curar.

5. La “partera moderna”

¿Qué obstetricia promovían las parteras? ¿De qué tipo de parteras pretendían diferenciarse las obstétricas de la AON? ¿Qué partos proponían desterrar y qué formas de partear era necesario abandonar?

La AON se erigió como una organización asociativa cuando el perfil de la obstetricia se estaba transformando, y con él, las expectativas de los modos de parir. En este sentido, formuló un perfil que diferenciaba a su gremio de un perfil previo desfasado de las necesidades del momento.

Con frecuencia, la bibliografía sobre la obstetricia proporciona una visión que tiende a dividir entre parteras profesionales y parteras tradicionales, es decir, no diplomadas y expertas gracias a la experiencia. Ambos tipos aparecen enfrentados y opuestos en dos extremos de una misma práctica. A las tradicionales se las caracteriza como aquellas que no tienen conocimientos científicos o adquiridos a través de algún tipo de instrucción formal o comprobable; en muchos casos, se las califica como conocedoras empíricas de un acto que por su condición de género sabrían manejar, una

percepción esencialista y una visión algo desfasada para el siglo XX.²¹⁸ Las profesionales por definición eran aquellas educadas según los estándares de la ciencia moderna en escuelas o universidades. En algunos casos se aprecia entre unas y otras una suerte de continuidad, como si formaran parte de una línea evolutiva; en otras miradas, las primeras fueron reemplazadas por las segundas de manera forzada.²¹⁹

En efecto, la AON construyó una serie de imágenes que tenía que ver con sus predecesoras, pero en clave positiva y en continuidad con su presente. El relato sobre los antecedentes del oficio hacía alusión a las comadronas y parteras tradicionales como figuras de su propia genealogía. En la historia de la partería que las diplomadas adoptaron, se destacaban aquellas colegas que, con titulación o no, habían logrado hacerse un espacio en la ciencia obstétrica. Médicos socios y fervientes promotoras de la obstetricia profesional destacaron a esas mujeres del ámbito local e internacional incluso con indulgencia frente a los tropiezos que la tarea cotidiana les había deparado. Tal era el caso de Cecilia Grierson, quien destacó frente a sus consocias de la AON la figura de muchas parteras y comadronas de diferentes ciudades europeas que desde el siglo XVIII se habían desarrollado en el oficio de partear a partir de “*la observación y la experiencia*”. Hasta que la obstetricia se convirtió en ciencia, en términos de Grierson, en el siglo XIX, aquéllos eran los atributos fundamentales para aprender a partear; así explicaba la idoneidad de las grandes parteras de la historia, muchas de las cuales habían logrado aprender el oficio de sus madres, comadronas tradicionales y sanadoras de sus pueblos; en casos más próximos, habían sido mujeres que al acompañar a sus maridos cirujanos o médicos habían conocido el arte del parto.²²⁰

Solían ser retratos románticos, de abnegadas y sacrificadas mujeres que con los conocimientos disponibles en su tiempo y una avezada práctica lograban llevar adelante partos complejos. J. Llamas Massini, constante promotor de la partería moderna y socio de la AON, destacaba a figuras que se habían abierto camino en el ámbito local que consideraba notables en el Río de la Plata. El caso más representativo había sido el de Mme. de Pascal, la primera partera extranjera reconocida por el Consejo de Higiene en la primera mitad del siglo XIX, conocida y experimentada partera que vio frustrada su carrera por un proceso judicial que debió enfrentar luego de un nacimiento trágico que

²¹⁸ Correa, *op. cit.*

²¹⁹ Zárate, *op. cit.*, y Nari *Maternidad...*, *op. cit.*

²²⁰ Cecilia Grierson, “Historia de las obstétricas”, en *Revista Obstétrica*, Año 1, Tomo 1, N° 1, 1903, pp. 10-30.

terminó con la muerte de la parturienta y la inviabilidad del feto. Llames Massini reconocía la injusticia del proceso a Pascal, pues la lectura del juicio varios años después le permitió realizar un diagnóstico certero y contundente: el feto padecía hidrocefalia y ninguna maniobra disponible hubiera podido cambiar el rumbo de ese nacimiento.²²¹

Durante el momento de instalación de la partera diplomada como sinónimo de parto moderno y seguro, y frente a la dificultad que imponía la convivencia de diversos tipos de parteras, el discurso de las diplomadas y de los obstetras tendió a tensar y clasificar las diferencias con sus competidoras contemporáneas. De ese modo, las “falsas parteras”, “parteras de ocasión” y “pseudoparteras” resultaban funcionales para diferenciar, legitimar y promover a la partera moderna, capacitada y acreditada. En este aspecto, la genealogía propia tenía utilidad para vincular la obstetricia moderna a las prácticas previas de mujeres de “altos valores morales” y con capacidad de sacrificio por sus congéneres, que hicieron de la partería una tarea noble y de “cara humanidad”. De esta manera, las parteras irregulares estaban más ligadas a lo oculto y al margen, a las posibilidades de ejercer lo ilegal y en la ilegalidad de los abortos e infanticidios. No era sólo la posesión de un título correctamente obtenido lo que hacía de una obstétrica una noble hacedora de partos; su condición moral también era definitoria. La AON tenía entre sus propósitos originales separar de su asociación a cualquier partera cuestionada, principio que puso en práctica, pero que no siempre fue suficiente para mantener a sus socias fuera de la sombra de los actos ilegales.²²²

Obstetras y diplomadas coincidían en este argumento y se apoyaban mutuamente. No había lugar posible para este tipo de agentes, cuestionables por su capacidad o su condición moral, pero la AON también había detectado que el único asunto complejo no eran esas parteras: un problema mucho mayor significaban aquellas que contaban con la acreditación de rigor pero estaban lejos del paradigma que las integrantes de la asociación pretendían promover.

²²¹ Llames Massini, *op. cit.*

²²² En sus primeros 20 años de funcionamiento, la AON suspendió y expulsó a un puñado de socias; sin embargo, no pudo evitar mantener entre sus filas a parteras implicadas en casos dudosos que no fueron condenadas ni procesadas. Un caso concreto fue el de Juana Gay, que en 1904 facilitó la información a una joven para que pudiera recurrir a una colega para que le realizara un aborto. Juana no fue procesada y tampoco expulsada de la AON. Cf. Archivo General de la Nación, Tribunal Criminal, Legajo N° 153.

La AON utilizaba la noción de “curanderismo diplomado” para describir los casos que consideraba dudosos, pero que no incurrían en ejercicio ilegal de la obstetricia. Aludían así a aquellas integrantes del gremio que habían obtenido una habilitación para partear según los medios establecidos por el DNH y convenidos por la Facultad de Ciencias Médicas, pero en condiciones de dudosa regularidad. Con frecuencia, detectaban y se hacían eco de denuncias sobre mujeres que habían obtenido las certificaciones necesarias para rendir el ingreso a la escuela de parteras de la universidad en condiciones poco claras y que finalmente conseguían la acreditación como parteras.

Esta noción también daba cuenta de la dificultad para definir con precisión las diferencias entre unas y otras; dejaba ver que la acreditación no garantizaba la capacidad de la partera, y revelaba los límites de las reglamentaciones y de las posibilidades concretas del Estado para combatir el ejercicio ilegítimo de partear. Por otro lado, las parteras agremiadas se referían a la existencia de pseudoparteras, es decir, aquellas expertas que ejercían el arte de partear sin título y que lograban trabajar durante muchos años sin problemas gracias a que “el azar” y la naturaleza les habían permitido sortear los riesgos de asistir incorrectamente a una mujer. Reconocían que el público adoptaba esos métodos porque la fortuna no desmentía la eficiencia de un parto tratado de ese modo. En otros términos, admitían que un parto sin dificultades podía desarrollarse con la ayuda de una experimentada no diplomada, e incluso sin una asistencia especial. Contra ese sentido común debieron enfrentarse las parteras diplomadas en la ciudad.

Por otro lado, también figuraban las representaciones de las parteras generadas por médicos y obstetras. En este punto se entremezclaban las nociones más arraigadas sobre la antigua partera o “comadrona” y las proyecciones respecto de lo que la partería debía o podía ser. Las prácticas efectuadas supuestamente por parteras tradicionales o aficionadas eran objeto de comentarios escandalizados y de mofa en un registro que no siempre distinguía con claridad entre diplomadas, no diplomadas, tradicionales comadronas o simplemente parteras accidentales. Pero en el discurso de los médicos la figura de la partera moderna no coincidía en todo con la imagen que perseguían las diplomadas de la AON: era una abnegada mujer que actuaba en cualquier ámbito atravesando zonas inundadas, pantanos urbanos, a veces cargada en la espalda de quien se dispusiera a colaborar, de noche o de día. Eran parteras calificadas que no tenían otra opción que actuar frente a la urgencia, sin posibilidad de examen previo y por una

modesta paga. Pero también mujeres que fácilmente se podían corromper para “resolver entuertos”, es decir, efectuar abortos e infanticidios.²²³

En cambio, para la AON, la partera moderna, la obstétrica, no podía ser otra que la universitaria que se había empapado de la ciencia, un saber que había permanecido en “el empirismo y en la indiferencia, pero que está hoy colocado en una altura tal que bien puede ser considerada una ciencia exacta”.²²⁴ La imagen de la partera moderna que las diplomadas y sus socias promovían buscaba distinguirse por su compromiso con el conocimiento obstétrico. La “empiría” como negación de la ciencia era la línea divisoria entre las antiguas parteras, algunas notables figuras y otras “ignorantes comadres españolas, inmigrantes sin más conocimientos que los de la obstetricia práctica”.²²⁵ Gracias a esta distinción, las “fariseas de la profesión” fueron “expulsadas del templo del saber”, afirmaba Grierson.²²⁶ Pero, sobre todo, el mérito mayor de las diplomadas era interesar a sus colegas por los conocimientos y adelantos de la ciencia obstétrica.²²⁷

La distinción de Grierson que la AON adoptó señalaba dos momentos, entre una ciudad atrapada por costumbres, modos y paradigmas poco sofisticados en cuanto a la higiene y otra moderna, “asaltada por los higienistas”, sus nociones e instituciones, lo cual no implicaba prácticas novedosas para la cotidianidad de los partos normales; más bien lo que había entrado en vigor eran unos criterios sobre la concepción del nacimiento como acontecimiento particular y de la salud de la madre y el niño como consecuencia. Es en este sentido que los partos y las parteras se dividirán entre antiguos y modernos, entre seguros y riesgosos.

La AON expresó bien el interés y las preocupaciones de las parteras diplomadas en torno a diferenciarse de las antiguas y oscuras épocas en las que consideraban que no había ciencia del parto. Pero al interés por el desarrollo de una partería moderna como sinónimo de “científica” se agregó la noción de la partera como profesional capaz de ofrecer libremente sus servicios al público. Las diplomadas se proyectaban en similares capacidades que los médicos para ejercer libremente el parto público. En ese terreno era

²²³ Llames Massini, *op. cit.*

²²⁴ Lanteri, *op. cit.*, p. 136.

²²⁵ Grierson, *op. cit.*

²²⁷ *Ibidem.*

donde la convivencia con parteras de “dudosa condición” devenía en una competencia real. Era interés específico de las diplomadas constituirse como las únicas capaces de garantizar partos seguros. La actuación de parteras ajenas a la profesión podía poner en riesgo definitivo su legitimidad y capacidad para ejercer libremente el arte de parrear. Las “curanderas diplomadas” ponían en cuestión el lugar de las “verdaderas” parteras frente al público y a una obstetricia médica que no siempre valoraba su tarea.

La otra fuente de inquietud y competencia en el mercado del parto eran los médicos dispuestos a tratar a las mujeres embarazadas y los nacimientos. En este punto, la AON no podía coincidir con los obstetras instalados en la universidad, que proyectaban otras funciones para las parteras formadas por ellos, más ligadas al trabajo en las maternidades o como colaboradoras de ellos en los partos públicos.

Las alternativas frente a esto no eran infinitas y se reducían a reforzar el perfil y la proyección de la partera moderna, alentando a sus pares a terciar directamente en el terreno de la ciencia obstétrica. Así, las agremiadas fomentaban la intervención en el discurso científico a través de su propia prensa, de la participación en la “comunidad obstétrica” al menos de modo marginal y reforzando los vínculos con los médicos. De esta manera, perseguían distinguirse y desalentar las sospechas sobre su tarea y desacreditar las ideas respecto de que su oficio gozaba de una libertad exagerada que les permitía invadir con frecuencia el campo de la medicina, como algunos médicos alegaban. De otro lado, las alternativas eran más radicales y tendían a borrar las diferencias entre la obstetricia para médicos y la obstetricia para parteras, llevar la profesión a una sola expresión y desalentar la presencia masculina en los partos. Ambas alternativas circularon en el seno de la Asociación Obstétrica Argentina hasta fines de la década del 10, pero sin lograr concretar una fórmula. El destino de las parteras en la Buenos Aires moderna ya estaba definido: la obstetricia era un asunto de médicos y las parteras estarían cada vez más a la sombra de sus decisiones y dedicadas a ser vigías de la salud de la madre y del niño. Pero el aparato de asistencia a la madre y del recién nacido que la ciudad de Buenos Aires comenzaba a desarrollar las enfrentaría a problemas aún más definitivos que la elite de las parteras diplomadas no pudo prever.

Capítulo 4.

Enfermeras: políticas, crisis y redefiniciones. 1920-1942

A fines de la década del veinte, la ciudad de Buenos Aires contaba con una serie de instituciones, hospitales y escuelas que formaban enfermeras. La mayoría se ocupaba de instruir a su propio personal para dar calificación al cuidado de los pacientes en sus propias salas, como sucedía desde principios del siglo XX. Las escuelas como tales eran pocas; la dependiente del municipio porteño se había proyectado como la única capaz de diplomar regularmente nuevas enfermeras, pero no lograba mantener una matrícula uniforme y sostenida suficiente para cubrir las necesidades de la ciudad. Por su parte, los hospitales porteños habían crecido y ampliado sus instalaciones y presionaban sobre la demanda de personal experto; el cuello de botella que esta situación generaba comenzó a tener repercusión en la década del 30 dentro de las agencias estatales.

La dirigencia de las instituciones ocupadas y preocupadas por formar enfermeras; las directoras y los directores de hospitales y escuelas, y algunas de las propias enfermeras que habían logrado distinguirse dentro del oficio elaboraron diagnósticos, respuestas y propuestas frente a lo que consideraban una crisis en el sector. De esas formulaciones surgieron una serie de ideas y nociones que tendieron a resolver las cuestiones urgentes y anticiparon las reformas definitivas que la enfermería sufriría durante las décadas siguientes cuando el sistema de atención de la salud sufrió reformas definitivas.

1. ¿Enfermeras o mucamas? O los resultados del fracaso de la formación de las enfermeras

El desarrollo de la enfermería en la Argentina se presentaba “lento y dificultoso”. Así lo expresaba Bertha Pullen, nurse de origen norteamericano y directora hasta los años 30 de la escuela de enfermeras Anne Nery, anexa a la Universidad Federal de Río de Janeiro. Pullen visitó Buenos Aires al terminar sus tareas en Brasil y tuvo la posibilidad de observar y evaluar el resultado que las políticas implementadas en el sector habían dado durante las primeras décadas del siglo XX en Buenos Aires.

La comparación fue sorprendente para la visitante. En Río de Janeiro la enfermería profesional había tenido un importante impulso con la misión Parsons – como fue conocida en Brasil– y la instalación de enfermeras norteamericanas por más de diez años con el auspicio económico de la Fundación Rockefeller desde 1921. El primer producto de esa misión fue la escuela de Anne Nery, fundada en 1923, verdadero modelo pedagógico para Brasil durante las siguientes décadas. La cooperación internacional fue estimulada por el Departamento Nacional de Salud Pública, con objeto de llevar adelante un relevamiento de la situación de la enfermería en el país e implementar las reformas necesarias para modernizar la enfermería.

Las colegas de Pullen, en particular quien encabezó la misión técnica, Ethel Parsons, tenían un perfil profesional muy diferente del que circulaba en la región, asociado al modelo británico. La enfermería norteamericana, de la que provenía Parsons, ya en la década del 10 había definido un perfil más vinculado a las tareas como visitadoras en comunidades, trabajadoras en pequeños distritos y menos centrado en las destrezas aplicadas a las tareas en hospitales de gran envergadura y complejidad.²²⁸

El primer obstáculo que la misión Parsons encontró para difundirse, según Luiz Antonio Castro Santos y Lina Faria, tenía que ver con el arraigo de la tradición inglesa y sus tendencias a la uniformidad en el tipo de profesionales “para hospitales” que promovía y el valor que esa tradición le daba al origen de clase de sus agentes, menos ponderado entre las norteamericanas. La idea de una elite profesional compuesta por mujeres de las clases acomodadas en una sociedad jerarquizada como la brasileña –con criterios segregacionistas en términos de raza y clase– habría sido favorable para el asentamiento del modelo británico y, en cambio, configuraba resistencias para la misión Parsons.²²⁹

Sin embargo, las enfermeras de la misión, incluso en contradicción con los objetivos de las autoridades sanitarias de Brasil –que perseguían resolver el problema concreto de formar enfermeras para atender las tareas cotidianas en las instituciones–, actuaron como docentes y promovieron el tipo de enfermería de salud pública que ellas practicaban como visitadoras y no sólo dentro de los hospitales. La renovación

²²⁸ Sandra Beth Lewenson, *Taking Charge. Nursing, suffrage and feminism in America. 1873-1920*, New York, National League for Nursing (NLN) Press, 1996.

²²⁹ Luiz Antonio Castro y Lina Farias, “A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo”, en Luiz Antonio Castro y Lina Farias, *Saúde & História*, São Paulo, Hucitec, 2009, pp. 84 y ss.

profesional de las enfermeras brasileñas no fue lineal y varió sustantivamente entre regiones, en particular entre Río de Janeiro y San Pablo, y la presencia de las norteamericanas no implicó el abandono de la formación de las enfermeras hospitalarias; más bien tendió a complejizar y ampliar la formación de las nuevas actoras.

Al igual que en Buenos Aires, en las primeras décadas del siglo XX primaba una tensión entre las necesidades urgentes del sistema de atención de la salud por tener más personal y mejor calificado y las preocupaciones de orden social que requerían enfermeras capaces de difundir y enseñar normas de higiene y prácticas renovadas a la población en general, y a las mujeres y a sus hijos en particular.

La enfermera visitadora era una figura no del todo novedosa, pero tampoco estaba difundida entre las enfermeras porteñas, y en la década de 1920 fue decididamente absorbida por la visitadora social y sus variaciones. Las necesidades de los hospitales e instituciones y la precaria formación de las enfermeras concentraron la atención de las visitas extranjeras, de las autoridades municipales y de las agentes más destacadas de la ocupación.

Berta Pullen llegó a Buenos Aires luego de varios años de instalada la misión Parsons, y su mirada crítica sobre la situación de las colegas porteñas estaba ligada a esa experiencia. Luego publicó un panorama de la enfermería argentina en *The American Journal Nursing*.²³⁰ En su opinión, la situación de la enfermería no era otra cosa que el reflejo de una sociedad con enormes diferencias sociales y con problemas de orden económico y educacional.²³¹ Observó que las mujeres en la Argentina, como en otros países de América del Sur, tenían “escasas oportunidades de educarse y carecían de derechos políticos”, y para la mayoría “su carrera estaba restringida a la maternidad y al matrimonio”,²³² algo no muy diferente de lo que su par Ethel Parsons había considerado sobre las condiciones locales en Brasil a su llegada.

La visitante recorrió las principales escuelas porteñas: la municipal, dependiente de la Asistencia Pública; la escuela dependiente del Instituto de Medicina Experimental

²³⁰ *The American Journal Nursing* (AJN) es una publicación dependiente de la American Nurses Association (ANA), la principal organización de enfermeras norteamericanas desde la década de 1910, años durante los cuales se fusionaron diferentes organizaciones similares bajo la ANA y confluyeron con el movimiento de mujeres por el sufragio en Estados Unidos y Canadá. La AJN se publica desde 1900. Ver Lewenson, *op. cit.*, cap. 2.

²³¹ Bertha Pullen, “Our South American Colleagues, Argentina”, en *American Nurses Association*, Vol. 40 (1), January, 1940, p. 47.

²³² *Ibidem*, p. 48.

de la Universidad de Buenos Aires, y la perteneciente a la Sociedad de la Conservación de la Fe. También tomó contacto con la organización del cuerpo de enfermeras del Hospital Rivadavia, dependiente de la Sociedad de Beneficencia, y con los cursos impartidos en las escuelas de la Cruz Roja. Señaló el estado de atraso en el que todas ellas se encontraban, los laxos criterios de ingreso –apenas instrucción primaria–, los magros salarios que las nurses graduadas percibían, la débil coordinación entre instituciones y la ausencia de legislación sobre las escuelas de enfermería y sobre la ocupación en general.²³³

La escuela que Pullen había dirigido aspiraba desde sus inicios a un perfil integral o multidisciplinar, que pretendía formar enfermeras capaces de trabajar dentro de los hospitales con los recursos técnicos propios de ese tipo de instituciones y también expertas educadoras de higiene en la ciudad y zonas rurales, a través de campañas o dispositivos similares. Desde esta perspectiva advertía el atraso en las escuelas porteñas.

Buenos Aires no conocía experiencias como la de Río de Janeiro. Durante esos años, en la Argentina existía sólo una escuela con apoyo financiero de la Fundación Rockefeller, la escuela de enfermeras de la Universidad Nacional del Litoral (UNL).²³⁴ En 1940, llegó al país Jean Martin White,²³⁵ una enfermera norteamericana, para ocupar el cargo de regente de esa escuela, experiencia que tuvo pocos años de desarrollo, ya que se inició en ese año y terminó abruptamente en 1943.²³⁶

White coincidió con Pullen en señalar el estado de atraso en el que se encontraba la enfermería en el país. En un tono irónico, afirmaba que “cualquier nurse que superase los 60 años de edad debería sentirse muy a gusto” en el edificio de la escuela por ella dirigida. También se expresó alarmada porque personas dedicadas a la limpieza,

²³³ *Ibidem*, p. 51.

²³⁴ La escuela se creó según la resolución del Rectorado de la Universidad Nacional del Litoral. Resoluciones del Rectorado de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 10 de febrero de 1940. 1° de enero de 1939 al 31 de diciembre de 1940, Santa Fe, Tomo 12.

²³⁵ Jean Martin White llegó a la Argentina en 1939 para crear la escuela de enfermeras de la Universidad del Litoral. Así lo hizo en 1940, en las instalaciones del Hospital Central del Centenario, ubicado en la ciudad de Rosario, anexo de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramas Menores de la UNL. En 1943, la escuela dejó de funcionar abruptamente, motivo por el cual White volvió a Estados Unidos. Ver: Jean Martin White, “A University School in Argentina”, en *AJN*, Vol. 41 (41), June, 1941, pp. 659-662

²³⁶ Comenzó a funcionar el 10 de junio de 1940 y contó con la promoción del Ministerio de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe y el financiamiento de la Fundación Rockefeller. Ver *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1941*, p. 314; *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1942*, y *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1943*, p. 108. Acceso electrónico, julio 2007, <http://www.rockfound.org/>.

“orderlies o maids”, podían ejercer cuidados sobre los enfermos. “Cualquiera era llamado enfermero o enfermera”, afirmaba.²³⁷

White no hacía otra cosa que sostener, más de treinta años después, observaciones similares a las que Cecilia Grierson había realizado sobre las mujeres empleadas por los hospitales porteños en 1910, que eran “llamadas erróneamente enfermeras, siendo en realidad sólo sirvientas de hospital por las funciones que desempeñaban y por su falta de preparación”.²³⁸ Las expertas extranjeras afirmaban que el entrenamiento de sus pares necesitaba un “dramático ajuste y modificación de sus programas” y “un salto de 50 años hacia delante”, ya que tal como se encontraban las enfermeras mantenían condiciones similares a las de sus pares británicas y norteamericanas anteriores a la segunda mitad del siglo XIX.²³⁹

Según Jean White y Bertha Pullen, la presencia de personal empírico era opuesta al nivel de modernización que la profesión había adquirido en otras partes del mundo. La idea de modernidad estaba asociada a la división del trabajo y la especialización laboral.

Una de las características del estado de la ocupación y de la falta de modernización era la convivencia entre las enfermeras diplomadas y las “empíricas”. La presencia de enfermeras sin titulación era una de las cuestiones que más preocupaban a quienes promovían hacer de la enfermería una tarea jerarquizada y calificada. Pullen había comprobado que el salario de las diplomadas no era más elevado que el de las que no lo eran y, por lo tanto, estas últimas constituían una competencia desalentadora tanto para quienes habían obtenido titulación como para quienes quisieran hacerlo.²⁴⁰ Además, agregaba, las “empíricas” usualmente aceptaban condiciones de trabajo mucho más desfavorables que sus colegas diplomadas, sobre todo en el ámbito privado, en el cual trabajaban un número muy elevado de horas.²⁴¹

Las enfermeras norteamericanas se habían dado una estrategia profesional de agremiación y control sobre el ingreso de pares a través del reconocimiento estatal de la actividad. Las asociaciones profesionales habían tenido un rol fundamental en ese

²³⁷ Jean Martin White, *op. cit.*, p. 660.

²³⁸ Cecilia Grierson, “Escuela de enfermeros y masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires”, en José Penna y Horacio Madero, *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta Kraft, 1910, p. 532.

²³⁹ Pullen, *op. cit.*, p. 49.

²⁴⁰ *Ibidem*, p. 51.

²⁴¹ *Ibidem*.

proceso, pero en Buenos Aires la red dentro de la actividad se había demostrado poco efectiva, débil y, en algunos casos, sujeta a relaciones paternalistas. En 1925, se creó la Federación de Nurses de la República Argentina, liderada por Cecilia Grierson. En ella participaban la escuela de la Cruz Roja y la escuela de la Conservación de la Fe, y se unieron algunos médicos.²⁴² Esta institución no logró desarrollar una actividad amplia y su existencia estuvo limitada a la acción de su creadora. Luego, en 1935, se organizó la Asociación Católica de Enfermeras (ACE), impulsada por monseñor Miguel de Andrea desde la Casa de la Empleada Católica, con el apoyo del gobierno de Agustín P. Justo, que rápidamente convalidó su reglamento, en 1936. La ACE convocó especialmente a las graduadas de la Cruz Roja y de la escuela de la Conservación de la Fe,²⁴³ pero la pertenencia religiosa limitaba el ingreso a la nueva organización y se inscribía dentro de las políticas de protección paternalistas sobre las mujeres más pobres implementadas por un sector de la Iglesia.

Por otra parte, aun después de varios años de enseñanza institucionalizada, la enfermería no era una actividad que el cuerpo médico se ocupara o preocupara por estimular a través de sus instituciones. A diferencia de otras profesiones médicas a las cuales los médicos como corporación aspiraban a diferenciar y controlar de algún modo, la enfermería se mantenía al margen, y fueron pocos e infructuosos los intentos durante la primera mitad del siglo XX de la Facultad de Ciencias Médicas de tomar a cargo la formación de sus aspirantes.²⁴⁴ Más bien quedaron en intenciones personales, como la que dio por producto la escuela del Instituto de Medicina Experimental creada por Ángel Roffo en los años 20.

Pullen señaló la falta de comunicación y de coordinación entre las escuelas de enfermería. Los conocimientos impartidos y las prácticas enseñadas en las diferentes instituciones de capacitación no contaban con instancias que les permitieran algún tipo de unificación de los criterios con los cuales se desarrollaba la instrucción de las enfermeras. Tampoco había legislación sobre el ejercicio y el funcionamiento de las escuelas de enfermeras. El caso paradigmático, sin duda, era el de la escuela de la Conservación de la Fe, que en 1921 perdió la homologación de la Asistencia Pública

²⁴² Bertha Pullen, *op. cit.*, p. 51.

²⁴³ Molina, *op. cit.*, p. 145.

²⁴⁴ En diferentes momentos de la década 1920, la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA intentó crear cursos y/o una escuela de enfermería emulando la experiencia de la Escuela de Parteras pero sin éxito.

por no cumplir con las exigencias de extender el tiempo de dictado de los cursos de enfermería y tampoco con los “principios de la organización de Florence Nightingale”.²⁴⁵ Sin embargo, al año siguiente las autoridades de la institución sancionada obtuvieron el reconocimiento del Departamento Nacional de Higiene y sus enfermeras pudieron continuar ejerciendo, incluso en la ciudad de Buenos Aires.²⁴⁶

Todo lo anterior era expresión de la debilidad del cuerpo profesional y de la falta de estrategias de sus miembros, que se expusieron frente a las enfermeras norteamericanas como uno de los obstáculos principales para lograr una *verdadera enfermería*, calificada, moderna y capaz de difundir correctamente la experticia a las novatas. Por estos motivos, las visitantes destacaron la tarea de Annie Maud Williams²⁴⁷ como regente de la escuela del Instituto de Medicina Experimental. Una enfermera inglesa, convocada especialmente por Roffo, que, según las visitantes, hacía posible a la institución mantenerse al tanto de los avances de la profesión. Y con mayor reconocimiento Pullen se refirió a Cecilia Grierson, de quien rescató el perfil profesional que había elegido para su escuela y para el porvenir de la actividad, pero afirmó también que los *sueños* de Grierson no se habían cumplido. Lejos estaba la situación de alcanzar sus objetivos de obtener las características de la enfermería inglesa y norteamericana y lograr una capacitación de alta calificación. La Argentina, a pesar del tiempo transcurrido, debía recuperar la iniciativa de Cecilia Grierson, pues allí estaba el origen de la enfermería profesional. La práctica en los hospitales, la enseñanza a cargo de enfermeras diplomadas y la capacitación técnica eran sinónimos de modernización profesional.²⁴⁸

En la mayoría de los casos, las enfermeras estaban al servicio exclusivo de los hospitales o empresas a las que pertenecían, lo que daba ciertos márgenes de maniobra y autonomía dentro de cada institución para adecuar a sus recursos y necesidades el

²⁴⁵ Alcira Rodríguez Torre Noceti, *Enfermeras Obra de la Conservación de la Fe. Bodas de Plata, Iniciación, fundación, inspección, organización, prosecución y evolución. 1914-1939*. Buenos Aires, Gaspar y Octorino, 1939, pp. 11.

²⁴⁶ *Ibidem*, p. 12. Los registros de la escuela de enfermeras de la orden de la Conservación de la Fe demuestran que las graduadas después de 1921 lograron emplearse en hospitales, clínicas y dispensarios públicos y privados de la ciudad de Buenos Aires. Ver: *Ibidem*, pp. 30-45.

²⁴⁷ La inglesa Annie Maud Williams fue regente de la escuela de enfermeras del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires desde 1923, año en que esa escuela comenzó a funcionar. Había sido convocada por el Dr. Ángel Raffo especialmente para dirigir la institución y tuvo actividad profesional hasta avanzada la década del 40.

²⁴⁸ Pullen, *op. cit.*, p. 51.

personal y desfavorecía la formulación de criterios comunes sobre el rol que se esperaba de las expertas, cuya definición se demoraba. En este sentido, las visitantes coincidían con el tono que las discusiones locales sobre el sistema de atención sanitaria había alcanzado respecto de la necesidad de coordinar y planificar las políticas del sector. Pero además señalaron con cierta anticipación un problema que afectaría luego a la actividad de las enfermeras: la descoordinación y la facultad individual, producto de la ausencia de coordinación, con la cual las escuelas se manejaban. Más adelante, volveré sobre este asunto.

Por otro lado, la centralidad que el hospital tenía para la enfermería y su pedagogía, sobre todo en aquellas escuelas ligadas a los hospitales, facilitaba que las enfermeras se dedicasen en “exceso” y casi exclusivamente a resolver las necesidades particulares y propias de la cotidianidad laboral y perdieran de vista el horizonte y los objetivos más amplios de la “labor social” que tenían.²⁴⁹ La referencia a lo social no era en sentido altruista, sino que se refería al perfil de una enfermería atenta a las cuestiones de salud pública que en Buenos Aires demoraba en desarrollarse.

Por el tipo de instrucción que recibían o por las necesidades concretas del hospital, las enfermeras porteñas vinculadas a los servicios de salud formal estaban casi absolutamente restringidas al trabajo intramuros en los centros de asistencia médica. La acción profiláctica y educativa de las visitadoras frente a *enfermedades sociales* y/o como extensión del servicio hospitalario no estaba a cargo de las enfermeras de la ciudad, sino de otras agentes de formación y extracción social diferentes. Las visitadoras de higiene incorporadas por la Asistencia Pública de la Capital en 1933 tenían un rol desarrollado en la lucha contra las “enfermedades sociales”, como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. Se ocupaban de difundir nociones básicas de puericultura e higiene familiar; el objetivo de su tarea era propagar conocimientos elementales para la conservación de la salud y ejercer un monitoreo de la situación sanitaria de la población. En la ciudad de Buenos Aires, la atención en el hogar funcionó extendidamente como parte de la lucha contra la tuberculosis. Los dispensarios antituberculosos dependientes del municipio utilizaban mucho esta modalidad durante la década de 1930.²⁵⁰

²⁴⁹ Pullen, *op. cit.*, pp. 50-51.

²⁵⁰ Entre 1930 y 1947, las prácticas a domicilio realizadas por enfermeras representaban el 68% de las totales hechas por los dispensarios de tuberculosis de la ciudad de Buenos Aires. Ver: Municipalidad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística Municipal, *Revista de*

El perfil de las mujeres de clase media parecía acercarse al necesario para este tipo de tareas, pues la acción de la visitadora debía ser esencialmente educativa, incidir “en el mismo hogar del paciente, por lo general un ambiente cerrado por la ignorancia y el prejuicio”. Allí debía llevar “su palabra fácil y llana, sintonizando con la humildad del medio y ofreciendo su femineidad a los fines de una tarea diaria que demandaba, para ser proficua, matices y delicadezas”.²⁵¹

En este aspecto, las visitadoras se diferenciaban de las enfermeras, entre quienes posiblemente prevalecieran las mujeres de condición más humilde y no de clases medias. Las sospechas acerca del “ambiente social” del cual provenían las aspirantes a enfermeras y las afirmaciones sobre su “limitada condición cultural”, que hacía necesaria la formación de la “mujer humilde y media del pueblo”, sugieren la presencia mayoritaria de mujeres de sectores populares.²⁵²

Antes de la década de 1920, las visitadoras no tenían un rol formal en el sistema sanitario, pero avanzada esa década recibieron capacitación en dos lugares: la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA y su par del Museo Social. La tarea de las visitadoras fue producto de la iniciativa de mujeres de clases medias que encontraron en la actividad la posibilidad de desarrollar un modo moderno de beneficencia amparado por el discurso de la “medicina social”, que se inclinaba por organizar de manera científica la acción benéfica.²⁵³ De modo similar que a las enfermeras, a quienes se les exigían la abnegación, el sacrificio y la simpatía propios de su género para ejercer su labor, en el caso de las visitadoras se consideró que la “simplicidad y paciencia femenina” facilitaban la posibilidad de “hacerse confidente de la dócil espontaneidad e ingenuidad del humilde”.²⁵⁴

Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1930 a 1937.

Municipalidad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística Municipal, *Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*, Año LII, Buenos Aires, 1939 a 1942.

Municipalidad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística Municipal, *Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, 1944 a 1947. El cálculo es mío.

²⁵¹ Archivos Argentinos de Tisiología, Vol. VII, 1931, pp. 433-435.

²⁵² Se puede ver Ramos Mejía, “Organización de escuelas...”, p. 115; Ángel Roffo, “La enfermera de Cancerología” en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*. Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942, p. 7, y Alcira Rodríguez Torre de Noceti, “Organización de Escuelas” en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*. Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942, p. 114.

²⁵³ Nari, *op. cit.*, p. 189, y Armus, *op. cit.*, pp. 82-83.

²⁵⁴ Luis Boffi, *Misión de la enfermera en la lucha antituberculosa*, Buenos Aires, 1939, p. 9. Diego Armus ha investigado el rol de las visitadoras de higiene en la lucha antituberculosa y

Hace falta aclarar que el perfil de este tipo de asistencia logró diferenciarse en el curso de la década de 1930 conforme la idea de ayuda social se especializó y distinguió de otros tipo de intervenciones del Estado sobre la población. La ciudad contó no sólo con la presencia de las visitadoras de higiene, también estuvieron las visitadoras sociales, con un rol diferenciado de las primeras y más amplio que excedía las cuestiones vinculadas a las salud y enfermedad. En algunos casos tanto unas como otras pertenecían a los mismos dispositivos: maternidades, dispensarios y hospitales; pero al menos en términos conceptuales tendían a distinguirse sus incumbencias. Una tendencia hacia la profesionalización de esos roles resultó manifiesta a partir de iniciada la década de 1930 aunque con frecuencia visitadoras contratadas por la Asistencia Pública porteña compartían sus tareas con otras mujeres que ejercían similares funciones de manera gratuita y como una práctica enrolada en la caridad.²⁵⁵

2. La “crisis hospitalaria” y el personal de los hospitales de la ciudad

Al promediar la década del 30, la mirada estatal sobre las cuestiones de la administración de la asistencia sanitaria en el cual las enfermeras y sus condiciones de trabajo tenían lugar, resultó revitalizada. De modo similar a lo que había ocurrido hacia fines del siglo XIX y principios del XX, la cuestión de la capacitación y condiciones de la enfermería ocupó un lugar en la agenda de la administración de la ciudad. Poco antes de la visita de las enfermeras norteamericanas, las autoridades locales comenzaron a mirar con preocupación la situación porteña.

En diversas oportunidades, las autoridades municipales señalaron que las enfermeras egresadas de la escuela municipal porteña no eran suficientes para cubrir los cargos que la ciudad necesitaba.²⁵⁶ Por otro lado, era una realidad ostensible que las autoridades eran tolerantes con el personal empírico dentro de los hospitales porteños.

también de las maestras y de las filántropas de la elite en la propagación de una cultura higiénica y del cuidado de los niños. Ver Armus, *op. cit.*

²⁵⁵ María Silvia Di Liscia, “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948), en *Historia, ciencias, Saúde*, Manguinhos, Vol. 9 (suplemento), 2002, p. 213. Sobre la profesionalización de la Asistencia Social en la década de 1930 también se puede ver Malena Becerra Solá y Natalia Becerra, “Intervención social en la Argentina de los años 30: la profesionalización de la Asistencia Social” en *Universidad del Atlántico, Historia caribe*, Barranquilla, N° 15, 2009, pp. 130-157

²⁵⁶ El secretario de Obras Públicas reconocía que la escuela de enfermeras Cecilia Grierson, de la ciudad de Buenos Aires, no lograba desde hacía varios años dotar de personal suficiente a los hospitales porteños. Versiones taquigráficas del HCDCBA, 23 de septiembre de 1938, Consejo Deliberante, Buenos Aires, 1938, p. 2574.

En 1935, por intermedio de la Asistencia Pública, se llevaron adelante una serie de exámenes a todas las enfermeras sin titulación que se desempeñaban en los hospitales e instituciones dependientes del municipio. Los conocimientos evaluados tenían como referencia los programas impartidos en la escuela municipal Cecilia Grierson, pero también se tomaron en cuenta la aptitud física de las trabajadoras (talla y peso relativo) y sus antecedentes laborales.²⁵⁷ Con los exámenes implementados, el gobierno porteño logró poner blanco sobre negro una situación inocultable en la década del 30, que contradecía la normativa vigente desde la década del 10 sobre la diplomación para ejercer la enfermería en los hospitales de la ciudad, y reconoció que con sus actos había homologado en los hechos los títulos de enfermeras que no pertenecían a la escuela municipal y había aceptado el ejercicio de enfermeras empíricas. Los resultados de los exámenes dejaron claro que una cantidad importante de sus enfermeras no habían recibido instrucción, y los datos que cada año aportaba la escuela municipal no permitían prever una rápida modificación de esta situación.

Antes de implementar las evaluaciones, la Asistencia Pública debió decidir quiénes quedarían exceptuadas de ese compromiso por poseer previamente un diploma de enfermera. Para esto, se dispuso que quienes poseyeran título de las escuelas de la orden de la Conservación de la Fe, de la escuela del Hospital Británico, de la escuela de la Cruz Roja y de la escuela municipal Cecilia Grierson podrían acreditar su condición de enfermeras y así quedarían exceptuadas de ser evaluadas. De la misma manera se procedió con algunos casos excepcionales de personas que contaban con diplomas de partera o de visitadora de higiene otorgados por la Universidad de Buenos Aires.

El informe elevado a la intendencia luego de realizadas las evaluaciones, entre diciembre de 1935 y junio de 1936, fue contundente en términos cuantitativos y cualitativos. El 24% de las enfermeras en ejercicio no fueron evaluadas, ya que lograron demostrar su formación. En cambio, el 76% restante estaba compuesto por trabajadoras sin titulación distribuidas en los 25 establecimientos de salud porteños (Gráfico N° 4). El resultado de las pruebas de capacidad afirmó que el 49% de las personas empleadas por los hospitales porteños cumplían satisfactoriamente con los requisitos mínimos para mantener su cargo; el 23% estuvo ausente, y el 4% fue desaprobado (Gráfico N° 5).²⁵⁸

²⁵⁷ Ciudad de Buenos Aires, *Memoria del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1936*, Tomo II, Buenos Aires, Secretaría de Obras Públicas, Higiene y Seguridad, 1936, pp. 640-647.

²⁵⁸ *Ibidem*, pp. 643-644.

En otra parte, el informe de la Asistencia Pública agregaba que las pruebas tomadas habían sido superficiales, ya que “A poco de iniciados los exámenes fue evidente que, salvo algunos casos de excepción, si éste hubiera sido ajustado al programa preparado, por cierto simple, el resultado hubiera sido desastroso”.²⁵⁹ Esto inclinó a la mesa examinadora a evaluar los conocimientos exigidos por la práctica cotidiana necesarios para resolver los problemas cotidianos en el hospital. La enfermera “de hospital” o “de sala”, dedicada exclusivamente a las tareas con pacientes internados, no era la única que el sistema de salud porteño requería, pero en las circunstancias vigentes parecía difícil aspirar a otra cosa.

El tema excedía al Poder Ejecutivo y alcanzó al Poder Legislativo de la ciudad. En la agenda de asuntos a tratar por el Concejo Deliberante de los años 1937 y 1938, la necesidad de elevar la calificación y garantizar la composición del plantel de enfermeras porteñas estaba presente.²⁶⁰ Durante esos años, el problema del personal auxiliar –y de las enfermeras en particular– fue planteado como una preocupación entre otras que involucraban a la administración y a las políticas sanitarias. Cómo sostener y organizar el sistema de atención de la salud en la ciudad se discutió en diferentes niveles; se pusieron en cuestión asuntos que fueron desde implementar un sistema de aranceles en los hospitales, discutir su función y funcionamiento y plantear el problema del personal hospitalario y sus condiciones laborales hasta asuntos complejos relativos a la coordinación de la salud y sus instituciones.

El Concejo promovió pedidos de informes, hizo reclamos y formuló denuncias frente al escaso nivel del personal no médico que había en los hospitales y a las condiciones en las cuales desarrollaban su tarea, y con menor ímpetu cuestionó el nivel de calificación de ese personal. Una parte sustancial de estas intervenciones se puede seguir en la interpelación sobre “la cuestión hospitalaria” realizada por el Concejo en 1938 al secretario de Obras Públicas de la Municipalidad, Nereo Giménez Melo.

²⁵⁹ *Ibidem*, p. 642.

²⁶⁰ El Concejo Deliberante elevó en más de una oportunidad al Ejecutivo municipal pedidos de “ampliación del número de enfermeras, mucamas, peones y camilleros en los hospitales”. Versiones taquigráficas del HCDCBA, 1° de julio de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 1042. También se apeló a la aplicación de las ordenanzas pertinentes, en particular la N° 6533, de 1933, que exigía al municipio dotar de todos los materiales humanos y técnicos necesarios para el correcto funcionamiento de los hospitales de la ciudad. Versiones taquigráficas del HCDCBA, *Ibid.*, y versiones taquigráficas del HCDCBA, 18 de octubre de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 2931.

Un resumen de las denuncias realizadas durante la interpelación señala que la falta de enfermeras se adjudicaba a la ausencia de nombramientos de personal de este tipo, a los defectos en la designación de cargos para esos puestos y a la desorganización en el interior del sistema hospitalario.

El edil socialista Rodolfo Rubinstein señaló respecto del número de personal auxiliar que la situación estaba en estricta relación con la desorganización de los hospitales. La designación de cargos era ineficiente y no respondía a las necesidades sanitarias de la ciudad, y la distribución de nurses era equivocada y generaba perjuicios al sistema hospitalario. La apuesta del socialismo estaba orientada a refuncionalizar y reorganizar los recursos hospitalarios.

Respecto de la escasez y las irregularidades en la contratación de personal en los hospitales porteños, Rubinstein señalaba que era frecuente encontrar empleados que ejercían tareas para las cuales no habían sido nombrados, en alusión al personal que ejercía la enfermería, pero que no había sido nombrado en ese puesto. En el mismo sentido, una fuerza política minoritaria de la oposición, pero con muchas intervenciones en los debates del Concejo Deliberante, Concentración Obrera,²⁶¹ presentó en el recinto un proyecto cuyo objetivo era incorporar de manera permanente a las empleadas “suplentes” que los hospitales contrataban. A este tipo de nombramientos se recurría para suplir la falta de enfermeras. En tono de denuncia, el concejal de Concentración Obrera afirmaba que la condición de suplente podía prolongarse por varios años y en algunos casos era realizada sin remuneración alguna. Por este motivo, sostenía que era apropiado realizar un registro de esas empleadas para luego darles prioridad a sus integrantes en el momento en que se produjera una vacante para un puesto definitivo. No tenía relevancia en este proyecto la titulación de quien ocupase el cargo; al contrario, en defensa de esta medida su autor afirmaba al referirse a las empleadas suplentes: “Aunque algunas de ellas no tienen título, la práctica las hace muchas veces más capaces para los distintos servicios hospitalarios que las que puedan ostentar un título”.²⁶²

²⁶¹ El proyecto fue presentado por el concejal José Fernando Penelón, del partido Concentración Obrera, desprendimiento del Partido Comunista en 1927 que primero se denominó Partido Comunista de la Región Argentina, luego Partido Comunista de la República Argentina y finalmente, en 1931, tomó el nombre de Concentración Obrera.

²⁶² Versiones taquigráficas del HCDCA, 21 de octubre de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, pp. 3041-3046.

El representante de Concentración Obrera también expresaba su preocupación por la “proletarización” del personal médico y su tendencia al “bandolerismo”, en directa alusión a la mercantilización de la medicina. Afirmaba que los bajos salarios en los hospitales estimulaban prácticas lucrativas entre los profesionales por fuera de las instituciones, pero valiéndose de ellas, es decir desviando clientela del sistema público al privado o aprovechando la infraestructura hospitalaria para uso propio. José Penelón planteaba un asunto muchas veces sugerido por el gremio médico que afirmaba la competencia que la atención de los hospitales generaba para el ejercicio privado de la profesión, pero al mismo tiempo se afirmaba sobre una idea algo difusa sobre el “concepto social” de la salud y el rol del Estado. De este modo se oponía, como sus pares socialistas, a cualquier tipo de arancelamiento y planteaba una idea general sobre la “salud pública”.

El Concejo no ignoraba la complejidad de las tareas que una enfermera debía realizar, pero frente a la carencia admitía y favorecía la convivencia del personal empírico con el diplomado en igualdad de condiciones. Bajo su conocimiento y anuencia, muchas de las enfermeras fueron nombradas sin que tuvieran ningún título que las acreditase como tales. Para los concejales, el nombramiento de personal en estas condiciones significaba un acto de justicia y aplicación de los *derechos obreros*. Expresaban así una mayor preocupación por las condiciones de contratación, por cierto irregulares, que implicaban la ausencia de sábado inglés, la falta de licencia anual, el incumplimiento de descanso semanal y la irregularidad en los nombramientos.²⁶³

Ahora bien, lo que se discutió en el Concejo Deliberante parecía haber desconocido, o directamente estaba en contradicción, lo formulado en el mismo recinto unos meses antes. A fines de 1937 se había ratificado mediante una ordenanza municipal que “todos los cargos de enfermeras de hospitales, dispensarios y demás dependencias debían ser completados por personal técnico diplomado en la escuela de nurses doctora Cecilia Grierson”.²⁶⁴

El despacho del Concejo reafirmó lo que la ciudad había intentado establecer sin éxito desde 1916 y modificó luego en 1935. Por este motivo, la disposición generó algunas diferencias entre el Departamento Ejecutivo y la Comisión de Higiene del Concejo, autora de la medida. Era un dato conocido por los funcionarios y ediles que el

²⁶³ *Ibidem*.

²⁶⁴ Versiones taquigráficas del HCDCB, 23 de diciembre de 1937, Buenos Aires, Concejo Deliberante, , 1937, p. 3537.

número de graduadas de la escuela Cecilia Grierson no alcanzaba para completar los cargos que los hospitales de la ciudad demandaban; el Departamento Ejecutivo decidió entonces aceptar graduadas de la escuela de la Cruz Roja y de su par de la Conservación de la Fe. La Comisión de Higiene resistió la medida, aunque finalmente aceptó como excepción la incorporación de enfermeras diplomadas en las escuelas propuestas por el Ejecutivo, pero mantuvo su posición respecto de la preferencia de la contratación de enfermeras graduadas de la escuela municipal.

En respuesta a la interpelación y las requisitorias de la oposición, el Ejecutivo municipal sentó posición frente a algunas cuestiones concretas. Respecto del personal “suplente” empleado por el municipio, se ocupó de aclarar que el número no era relevante y que en todos los casos se trataba de personas que cumplían con los requisitos de formación que la ciudad exigía. Giménez Melo afirmó que 111 mujeres (aproximadamente el 14% del total de enfermeras empleadas por el municipio) poseían condición de suplentes.²⁶⁵ En cuanto a la necesidad de ampliar el número enfermeras destinadas a trabajar en los hospitales porteños, la respuesta fue menos evasiva. El Ejecutivo municipal afirmó que era necesario al menos contratar 303 enfermeras más, lo que significaba aumentar aproximadamente en un 38% el número de ellas.²⁶⁶ Con el aumento propuesto, la ciudad de Buenos Aires podría alcanzar la relación de una enfermera cada 20 camas de hospital y superar la situación vigente, que apenas alcanzaba a una enfermera cada 27 pacientes, es decir, una cada 2150 habitantes aproximadamente.²⁶⁷

Evidentemente, el Ejecutivo municipal tenía una postura flexible y contingente ante la situación de escasez de enfermeras en los hospitales. No era la primera vez que ampliaba el criterio de admisión de aquéllas. Ya lo había hecho a través de la Asistencia Pública en 1935, cuando aceptó graduadas de diferentes escuelas porteñas y las

²⁶⁵ Versiones taquigráficas del HCDCB, 10 de agosto de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 3187. La estimación de porcentajes es mía.

²⁶⁶ Versiones taquigráficas del HCDCB, 27 de octubre de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 1791. La estimación de porcentajes es mía.

²⁶⁷ Las estimaciones son mías sobre la base de los datos del Concejo Deliberante y del secretario de Obras Públicas de la Capital Federal y el Cuarto Censo de la Ciudad de Buenos, de 1936. Versiones taquigráficas del HCDCB, 27 de octubre de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 3196, y Versiones taquigráficas del HCDCB, 10 de agosto de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 3187. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, *Cuarto Censo General de 1936, Tomo I, Informe preliminar: Población*, 22 de octubre de 1936, Buenos Aires, 1938.

exceptuó de cumplir con las pruebas de capacidad profesional necesarias para mantener el puesto de enfermera.

El reducido número de enfermeras puso en un dilema a las autoridades municipales, que no encontraron otra alternativa que flexibilizar los requisitos para ocupar esos cargos. La opción de mantener y mejorar en sus puestos al personal sin titulación significó darle continuidad a una situación que venía dándose de hecho desde hacía varios años, pero que resultaba contradictoria con una serie de medidas, demoradas pero en agenda, tendientes a reglamentar el ingreso a la ocupación y exigirles a sus miembros requisitos elementales.

En el Concejo Deliberante podían verse opiniones contrapuestas; por un lado, se señalaba la necesidad de optar por empleadas diplomadas y se celebraban las tareas de la escuela de enfermeras que costaba la municipalidad, ya que aquella había “logrado transformar la fisonomía externa de los servicios con gente joven, culta, dispuesta a atender a los enfermos con palabras cariñosas y modales educados”.²⁶⁸ Pero al mismo tiempo se pronunciaban voces que promovían mantener al personal no diplomado, considerado “suplente”, para ejercer los cargos vacantes. El Concejo Deliberante en su conjunto fue crítico del modo en que se administraba el sistema de salud del municipio y de las condiciones en las que se encontraba, pero no logró expresar una versión única de los problemas ni de las posibles soluciones.

3. Relecturas y redefiniciones del modelo Nightingale. El paradigma de la enfermera profesional

La dinámica que el Concejo Deliberante pudo describir en la década de 1930 era producto del funcionamiento de un sistema permeable a la incorporación y sostenimiento de personal sin instrucción formal y muy alejado de las nociones que las primeras reformas en el sector habían propuesto incorporar en la década de 1910.

Las instituciones habían tenido dificultades para organizar un sistema sostenido que formara enfermeras calificadas como las que Cecilia Grierson y su propia escuela habían propuesto. Grierson había aspirado a un sistema de enseñanza como el que había conocido en Gran Bretaña, que suponía cumplir con las ideas de Florence Nightingale y

²⁶⁸ Versiones taquigráficas de las sesiones del HCDCBA, 23 de septiembre de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 2574.

establecer escuelas dirigidas por enfermeras dentro de los hospitales.²⁶⁹ Propuso esto entre sus pares en diferentes ocasiones: feminizar la enfermería con una selección estricta de sus aspirantes; disponer de unidades escuela en hospitales donde las alumnas estudiaran, hicieran sus prácticas y gozaran de sistema de internado, y especialmente que las escuelas estuvieran dirigidas por *matrons* o enfermeras superiores con independencia de la dirección del hospital. Es decir, escuelas de enfermeras dirigidas por pares en hospitales destinados a formar profesionales mujeres para el servicio de la ciudad y para el público.

Las *matrons* podían garantizar una oportuna selección de alumnas entre las jóvenes “más aptas” y debían tener plena autonomía respecto de las autoridades médicas de los hospitales. Cualquier requisitoria de pacientes o de médicos sobre sus discípulas quedaba bajo la incumbencia de la directora, quien ejercería la jerarquía de un modo inspirado en el sistema de orden militar.²⁷⁰ Esto implicaba un riguroso escalonamiento jerárquico y al mismo tiempo ciertos niveles de independencia respecto de las autoridades del hospital, quienes siempre debían mantener como interlocutoras a las *matrons* o directoras y las jefas de sala o enfermeras “cabas”.

Ese tipo de escuelas, que Grierson había observado en Londres particularmente y las consideraba extensas y difundidas en Norteamérica, se las adjudicaba directamente a la iniciativa Florence Nightingale, a quien consideraba par y con quien se identificaba por su altruismo, empeño y capacidad en la transformación de la educación de sus pares. La enfermera inglesa, creadora de la instrucción de la enfermería moderna, era un modelo que se adecuaba bien a la idea de altruismo, educación y trabajo femenino que Grierson promovía. Para resaltar la inflexión que Nightingale significaba, su difusora en Buenos Aires la comparó con las imágenes de las enfermeras de la era preindustrial que Charles Dickens describía en algunas de sus sagas. Nightingale era una figura contrapuesta y moderna asociada a una profesión noble, sólida en términos técnicos, muy bien remunerada y reconocida por las otras profesiones médicas y por el Estado británico. Esto era fundamental: el reconocimiento de la enfermería como una destreza específica, autorizado mediante un registro estatal y bien pago.²⁷¹

²⁶⁹ Grierson, *Escuelas de Enfermeras...*, *op. cit.*

²⁷⁰ *Ibidem*, p. 41.

²⁷¹ *Ibidem*.

Pero el modelo británico sintetizado en la versión de Cecilia Grierson tuvo su mayor impacto luego de creadas las primeras escuelas, cuando sus resultados comenzaban a ser diferentes de los esperados. Con excepciones, el modelo propuesto nunca se desarrolló plenamente, pero sus imágenes fueron recortadas y reconsideradas para describir las aspiraciones de un oficio que tuvo dificultades para convocar a las mujeres y para hacerse un lugar entre las tareas calificadas y reconocidas en el ámbito sanitario. Entre fines de los años 20 y hasta inicios de los años 40, la lectura de Florence Nightingale fue readaptada y redefinida seleccionando algunos aspectos de ese paradigma. Los elementos de continuidad fueron la feminización de la ocupación y algunos instrumentos relativos a la educación de las futuras enfermeras o nurses.

El modelo británico, o “nightingaliano”, no tuvo circulación sólo en Buenos Aires: en otras ciudades sudamericanas también estuvo disponible, y allí se retomaron especialmente las ideas de “misión” femenina llamada para acudir y atender el dolor ajeno.²⁷² El modelo británico facilitó elementos para construir un *ideal o noción* cuyo ejemplo a seguir era la acción de Florence Nightingale. A la joven inglesa se le adjudicó lograr el justo equilibrio entre la “ciencia y la bondad”, una justa fórmula donde lo erudito no superaba al amor fraternal, una síntesis perfecta entre los conocimientos adquiridos y las condiciones morales y espirituales que harían de la enfermería la más noble de las tareas por su capacidad de entrega al prójimo.

Una Florence Nightingale redefinida circuló a través de manuales de enfermería y de los discursos sobre la profesión, y resultó útil para convocar a las mujeres a una nueva tarea que tenía dificultades para constituirse y encontró en la imagen de la enfermera británica un recurso para crear un pasado común y un futuro compartido.²⁷³ A

²⁷² Maria Lucia Mott, “Reviendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920)”, en *Cadernos Pagú*, Vol. 13, 1999, pp. 327-345.

²⁷³ Se pueden ver: Juana C. Mancusi, *Asistencia de enfermos. Preparación para enfermeros*. Buenos Aires, La semana médica, 1917; Juan Navarro Malbrán, *Manual de primeros auxilios*. Buenos Aires, Imprenta López, 1936; Gustavo Anchutz, *Primeros auxilios*, Buenos Aires, Imprenta López, 1940; Trevor Frank Lawes, *Historia de Nursing*, Buenos Aires, 1941; Luis Boffi, *Manual de la enfermera hospitalaria*, Buenos Aires, El Ateneo, 1950, 4ª edición; Beatrice Edgell, “Obligaciones e ideales de la enfermera”, en *Revista de la Cruz Roja Argentina*, N° 166 y 167, Año XV, 1937. Le Conte-Boudeville, *Manual de la enfermera. Cuidado y asistencia de los enfermos y de los heridos. Enfermedades tropicales*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1934; Gustavo Anschutz, *Primeros auxilios*, Buenos Aires, Imprenta Aniceto, 1939; Florencia Darkin, *La nurse práctica*, Buenos Aires, Ed. Kraft, 1943; Ana Romero de Jáuregui de Posse, *El arte de cuidar enfermos (manual de enfermeros)*, Buenos Aires, Librería Vázquez, 1943; Juan Navarro Malbrán, *Manual de primeros auxilios*, Buenos Aires, Imprenta López, 1936; Juan Navarro Malbrán, *Tratado racional metodizado para la*

las nurses porteñas les correspondía “crear una legión que logre emular a la mujer de la lámpara”,²⁷⁴ iniciadora de la noble profesión que por “su exquisita sensibilidad de corazón a la situación de sus semejantes tomó a cargo la iniciativa de reunir un grupo de otras abnegadas servidoras que dedicaran sus actividades a socorrer a aquellos desgraciados en una empresa llena de peligros y de sacrificios, y esa mujer fue Florence Nightingale”.²⁷⁵

La biografía de la enfermera inglesa se convirtió en un punto de inflexión en la historia de la profesión, pues resultó el símbolo del agotamiento del cuidado improvisado de los enfermos a cargo de mujeres sin formación y el inicio de una tarea con criterios fundamentados en la técnica y los saberes a cargo de enfermeras diplomadas. Ésta había sido la lectura de Grierson, casi contemporánea de su par inglesa, reutilizada en Buenos Aires. Pero lo que después se ensalzó de aquella figura fueron su sensibilidad y abnegación, no sólo por su capacidad de renunciar a una vida sin sobresaltos, sino también por su entrega a la labor en favor de los convalecientes y los enfermos día y noche, de allí su apodo de “la mujer de la lámpara”, por el elemento que Florence utilizaba en la oscuridad de la noche para cuidar a los heridos y acompañar a los moribundos, para mirar a los ojos de los enfermos, ver el sufrimiento ajeno y sentirlo propio.²⁷⁶ Una Nightingale criada en una familia distinguida que abandonó las comodidades y dedicó su vida al cuidado de los enfermos y lisiados víctimas de la guerra de Crimea para luego recorrer los hospitales de los principales países de Europa, donde estudió y se perfeccionó hasta que finalmente se instaló en Londres y creó el servicio de enfermería y la escuela de enfermeras del Hospital Saint Thomas.

El recorte o rediseño porteño de la figura de Nightingale tuvo que ver con las posibilidades que el desarrollo de la enfermería porteña tenía cuando avanzaba el siglo y no lograba instalarse entre los oficios privilegiados por las mujeres. La invocación a Nightingale puede ser interpretada en ese sentido: crear una “historia”, una épica y un

asistencia de enfermos, Buenos Aires, Imprenta López, 1942; Ana Romero Posse de Jáuregui, *El arte de cuidar enfermos*, Buenos Aires, Imprentas Vásquez, 1939; Abraham Abramoff, *Acerca del ejercicio de la profesión de enfermera*, Buenos Aires, 1939, s/d.

²⁷⁴ Eduardo A. Méndez, “Ética y orientación profesional de la enfermera”, en *Revista de la Cruz Roja*, N° 185-186, Año XVI, Buenos Aires, 1938, s/d.

²⁷⁵ “Discurso del presidente de la Cruz Roja Argentina, Dr. Pedro Vignau, pronunciado en la Asociación Cristiana Femenina el 27 de julio de 1939”, en Anchutz, *op. cit.*, p. 1.

²⁷⁶ En el actual edificio del Hospital St. Thomas en Londres se ubica el Florence Nightingale Museum. Allí se puede recorrer la biografía de la enfermera, pero por sobre todo se puede ver la numerosa iconografía que la presenta con la infaltable lámpara en su mano. Esta imagen se repite en el Monumento a Crimea, sito en Waterloo Place, en la ciudad Londres.

“pasado” atractivos para una actividad con escasos marcos de referencia, sin una genealogía propia y con pocos estímulos materiales y simbólicos que alentaran el ingreso a ella.

Esta invocación no fue sólo una singularidad de la ciudad de Buenos Aires. La primera organización asociativa de enfermeras de Brasil operó de un modo similar y también se valió del “modelo nightingaliano”, con similares características para evocar un pasado común capaz de definir la profesión y precisar su campo en los años 30 y 40,²⁷⁷ un modo de generar identidad entre sus miembros a través de la apelación a paradigmas que en ese momento se consideraban universales. Sin embargo, Buenos Aires mantuvo una particularidad: allí no se creó un modelo nuevo, sino que se redefinió uno ya existente y de escasa inserción a partir de ideas previas que circulaban en la ciudad desde la primera década del siglo.

Un discurso –cuyas autoría e invocación correspondieron a los directores y directoras de escuelas y de hospitales– se desarrolló alrededor de la profesión, dirigido a las nuevas candidatas, para naturalizar las características de la enfermera ideal: abnegada, paciente y obediente, llamada a cumplir una misión humanitaria y moral. Ese discurso coincidía en que las mujeres distintivamente poseían valores intrínsecos y ajustados a lo que la profesión de nurse requería:

“Nada mejor podría hallar la inteligencia del hombre, entre las múltiples cosas a quienes la naturaleza dio vida en la tierra, que ese apostolado de la ciencia y bondad depositado en manos de la mujer, cuya sensibilidad especial la coloca en un plano de superioridad sobre el hombre para comprender y aliviar los dolores del cuerpo y del espíritu, poniendo entre las más bellas manifestaciones de su temperamento la paciencia y la dulzura que permiten incorporarla al servicio de ciencia para aplicar esa ciencia con el criterio de la bondad, que es una virtud humana.”²⁷⁸

Al mismo tiempo, prevaleció la idea acerca de que las enfermeras debían tener siempre presente que su entrenamiento técnico no era suficiente ni lo único indispensable para asistir correctamente a sus pacientes, ya que “su palabra y acción

²⁷⁷ Donizete Vago Daecher, “A invenção da ‘Era Nova’”, en *A revista de Annaes de Enfermagem e o processo de construção de um campo de conhecimento da enfermagem em Brasil. 1932-1950*, tesis de doctorado, Campinas, 2003.

²⁷⁸ Beatrice Edgell, “La profesión de la enfermera considerada como vocación”, en *Boletín de Cruz Roja Argentina*, Año VI, 1940, p. 55.

influyen profundamente en el ánimo de los pacientes: tiene, pues, que ser amable, bondadosa y tolerante”.²⁷⁹

En versiones más recargadas, la enfermera nunca debía olvidar que “para el que sufre es tanto más necesaria que la medicina que cura el cuerpo una maternal sonrisa, una frase bondadosa, una piadosa oración, que cura las heridas del alma, que no por invisibles son menos graves y dolorosas”.²⁸⁰

Abnegación, complacencia, cortesía, compasión, ternura, simpatía y comprensión ejercidas con bondad y firmeza caracterizaban a una enfermera. Estas conductas eran naturales y propias del comportamiento de una mujer honrada, se argumentaba que eran intrínsecas a su sexo. Quien le dedicara su vida a cuidar enfermos tendría que:

“[...] poseer esa suavidad y dulzura características del temperamento femenino, que le han de servir para prestar no solamente el socorro físico, sino también el socorro moral tan ansiado por el que sufre... debe animar al enfermo y a las personas que lo rodean, y evitará en su lenguaje hacer disminuir el efecto de consuelo y de bondad de sus palabras”.²⁸¹

Era un discurso que alcanzó claridad sobre algunos aspectos, como las conductas que una enfermera debía respetar y lo apropiado del género de sus agentes, pero que también encontró dificultades para otorgar racionalidad técnica a la práctica de la enfermería. Es en este sentido que algunos autores han definido los inicios de la enfermería profesional como la “domesticación” de una profesión,²⁸² en alusión al trasvasamiento de procedimientos propios de las tareas femeninas en el hogar y la familia a espacios institucionalizados y hacia terceros sin mayores fundamentos técnicos. En el caso porteño, esto hubiera significado ir en sentido contrario a lo que las primeras iniciativas sobre el oficio habían propuesto: dotar de fundamentos “científicos” a las prácticas y técnicas de una profesión que había que crear para que la ejercieran mujeres formadas en el contexto del incipiente desarrollo del sistema sanitario.

²⁷⁹ Edgell, *op. cit.*, p. 53.

²⁸⁰ Rodríguez de la Torre Noceti, *Escuela de Enfermeras... op. cit.*, p. 2.

²⁸¹ Annie Maud Williams, “Ética profesional”, en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942, p. 189.

²⁸² Bet Ehrenreich, Denise. English Deidre, *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, Barcelona, La Sal, 1981.

Por el contrario, la capacitación fue una parte sustancial del paradigma de la enfermería, pero en un contexto muy diferente entre las primeras iniciativas sobre la ocupación para la ciudad y las vigentes dos décadas después. Las condiciones del dispositivo de atención de la salud, más desarrollado y ampliado; el desarrollo de las profesiones médicas con sus especialidades definidas y jerarquizadas, y la segmentación de tareas dentro del hospital así lo señalaron.

En este sentido, las ideas desarrolladas por directores y directoras de escuelas e instituciones porteñas fueron claras sobre cuestiones como el lugar que las nuevas profesionales debían ocupar dentro de las instituciones, y menos definidas respecto del rol técnico al que debían aspirar. La formación adquirió sentido en una jerarquía institucional y de las ocupaciones consolidada, donde las destrezas técnicas estaban atadas a la subordinación funcional dentro de los hospitales. Así se reforzaron la idea piramidal y jerárquica dentro de las instituciones y la separación de esferas de procedimientos: “No les incumbe a las enfermeras juzgar o criticar la obra del médico; su misión es cumplir estrictamente las indicaciones que éste les haga y realizarlas en la mejor forma posible”...²⁸³

Para esto, era necesario ajustar un código ético y de comportamiento de la enfermera que respetase un conjunto de deberes y obligaciones hacia el médico y hacia los pacientes. Con los últimos correspondían entrega, paciencia y rectitud; al médico le debían colaboración a través de su absoluta *obediencia*, en primer lugar; luego seguían la inteligencia y la sabiduría para acatar y saber interpretar sus órdenes. Todo se resumía en la idea de *comportamiento profesional*.²⁸⁴ Así, los manuales de enfermería afirmaban:

“En primer lugar, la enfermera es una colaboradora directa del médico; para ello, debe ser inteligente, culta y estúdiosa. Sigue cursos especiales que dictan las escuelas, lo que ha hecho que esta profesión sea de orden técnico. Al graduarse, previo examen de idoneidad, recibe un diploma que la capacita para desempeñar la profesión. Por todas estas razones, ella, al igual que el médico, tiene responsabilidad profesional. El adelanto de la técnica médica, la práctica de la medicina por equipos y un sinnúmero de cosas más hacen que el médico delegue en sus manos la solución de algunos problemas y el

²⁸³ *Ibidem.*

²⁸⁴ Annie Maud Williams, *op. cit.*, p. 190

cumplimiento de otros: la enfermera debe hacerse, pues, acreedora de esa confianza cumpliendo con perfecta idoneidad todas las indicaciones.”²⁸⁵

La formación de cuadros profesionales respondía a un momento de la especialización de la medicina en el cual se diferenciaban incumbencias y disciplinas y la hospitalización generaba beneficios para la higiene de la ciudad, pero al mismo tiempo exigía modos nuevos de gestionarlos. El curar y el cuidar institucionalizados se separaron en términos técnicos y de sus prácticas, y entre los años 30 y 40 la enfermería se definió como el espacio de los cuidados en una relación subalterna con las ciencias médicas. Los cuidados expertos proporcionados y la ayuda al prójimo podían desenvolverse al compás del progreso de la humanidad y de “la evolución necesaria de la medicina”.²⁸⁶ Una visión del avance jalonado de la ciencia sirvió de fundamento para justificar que, como la medicina, la enfermería requería saberes específicos y posibles de ser adquiridos. De este modo, no había dudas acerca de la importancia que los conocimientos tenían en la formación del cuerpo de enfermeras de cualquier hospital o institución, pero las funciones de ninguna de ellas, por erudición que cualquiera alcanzara, tendrían sentido si no lograban ajustar su comportamiento a la obediencia, la sumisión y la modestia indispensables para su profesión.

Pero el perfil que se estimaba para la joven profesión se manejaba en un registro ambiguo que valoraba la formación profesional, pero la subsumía y condicionaba al carácter natural femenino, que consideraba vulnerable. A las mujeres que optaban por la enfermería se las ubicaba en un plano de superioridad muy asociado al “don de cuidar” que tenían por su condición de género. Sin embargo, se trataba de un atributo que era considerado inestable, pasible de quebrantarse y débil. En el discurso ético sobre la enfermería, la moral femenina no era lo suficientemente fuerte para resistir los riesgos del trabajo fuera del hogar; las mujeres argentinas no estaban en condiciones de exponerse a la vida más allá de sus hogares. Estudiar enfermería ofrecía un refugio, una protección para las mujeres jóvenes, quienes por medio del sistema de internado, o bajo la vigilancia estricta las 24 horas del día en la escuela o en el hospital, verían protegida su moral.

Esa moral debía moldearse con el mayor de los cuidados, custodiarse y atesorarse, pues siempre que las mujeres se encontraran expuestas al trabajo fuera de su

²⁸⁵ Boffi, *op. cit.*, p. 8.

²⁸⁶ *Ibidem*, p. 12.

hogar deberían saber que no sería fácil “saberse conservar recta y pura en un ambiente a veces lleno de ocasiones perturbadoras”.²⁸⁷

Era importante que tanto entre las escuelas y hospitales como entre las propias alumnas se supiera que el camino para lograr ser una “enfermera ideal” era arduo y no estaba exento de dificultades:

“Pretender reformar las conciencias, moldear los sentimientos y encauzar las más bellas y nobles virtudes hacia los derroteros del bien y del amor por nuestros semejantes sin contaminarse en el camino constituye, sin duda, una labor ardua, no exenta de críticas y de los sinsabores propios de cualquiera obra emprendida.”²⁸⁸

La enfermería era una profesión apta para ser ejercida por mujeres; sobre esto no habían surgido diferencias dentro de las voces que conformaron el discurso sobre aquélla. La personalidad femenina y el carácter de las mujeres eran atributos ideales para esta ocupación. Sin embargo, sobre esos mismos valores adjudicados a la naturaleza femenina se abrían dudas. La insistencia en cultivarlos, custodiarlos y exigirlos revela la sospecha sobre la fragilidad de esos valores. Probablemente entre los hacedores de este discurso sonara una alarma que indicaba que no todas las mujeres que se inclinaban por la tarea de cuidar a los enfermos tenían las mismas virtudes ni los mismos objetivos y, por lo tanto, ponían en riesgo el modelo de enfermera por ellos acuñado.

Sistema de internado para una moral de la enfermera ideal

Con mayores o menores limitaciones, las aspiraciones propuestas por el modelo de Nightingale desde principios del siglo XX se mantuvieron como objetivo en las décadas siguientes, aunque muchas de las consignas adquirieron nuevo sentido. La aspiración a un sistema de internado asociado a la feminización e instrucción de la profesión resultó afirmada en este período. Para una correcta formación, se proponían varios meses de entrenamiento teórico y práctico en hospitales donde las alumnas tendrían alojamiento permanente. Este formato era de especial interés para promover la educación moral y disciplinar de las jóvenes y no perseguía facilitar sólo el aprendizaje técnico de los cuidados expertos. Por otro lado, también estaba concebido como el espacio propicio

²⁸⁷ Ramos Mejía, “Organización de escuelas...” *op. cit.*, p. 116.

²⁸⁸ Maud Williams, *op. cit.*, p. 128.

para la instrucción de mujeres hacia mujeres, es decir, de una enseñanza dirigida por enfermeras, aunque algunos de los cursos podían ser impartidos por médicos bajo un pretendido control estricto de las estudiantes.

En el internado se podía vigilar la disciplina y se formaba la moral de las alumnas, y hacía más fácil contribuir con la orientación de sus conductas. Se consideraba que esto favorecería la tarea de disciplinar a las estudiantes y permitiría que los hospitales contaran con mano de obra a bajo costo a través de las alumnas enfermeras. Las instituciones de la Sociedad de Beneficencia y el Instituto de Medicina Experimental fueron las que mejor aprovecharon esta modalidad; en cambio, los hospitales dependientes del Estado municipal no lograron pleno funcionamiento del sistema, aunque aprovecharon las prácticas de las alumnas de enfermería en sus salas a través de la “sala escuela”.

Hasta avanzada la década del 40 primaba la idea de que al menos cada escuela de enfermeras “debía tener un hospital para sus prácticas y funcionar en él por medio de salas escuela de diferentes especialidades; esto trae la ventaja de la economía del personal rentado y de una práctica intensiva de parte de la alumna... el concepto moderno de escuelas de enfermeras sostiene que el hospital está al servicio de la alumna y la alumna, al servicio del hospital”²⁸⁹

Pero el beneficio económico no era el único fundamento del sistema de internado y del hospital escuela, pues las diferentes versiones lo consideraban favorable para crear un *ambiente propicio* capaz de dar lugar a una personalidad medida, recatada, discreta y obediente. En el internado:

“cada alumna tendrá un cuarto sola. La casa será amplia, con jardín, cancha de tenis y pileta, aulas y salón biblioteca. Es importante llenar las horas desocupadas de las alumnas con distracciones al aire libre. La gimnasia debe formar parte del plan de vida”²⁹⁰

Alcira Rodríguez de la Torre Noceti, directora de la escuela de la obra de la Conservación de la Fe, afirmaba que bajo el sistema de internado:

“...la aspiranta estará bajo la constante vigilancia de la autoridad encargada [...] se le rodea del ambiente de confort y alegría de espíritu que debe acompañar a formar su vocación y alternar su dura misión con la sala de lectura, música y baile, llegará así a

²⁸⁹ Ramos Mejía, “*op. cit.*”, p. 18.

²⁹⁰ *Ibidem.*

una completa formación que redundará no sólo en beneficio propio sino en el del enfermo”.²⁹¹

Por su parte, Ángel Roffo, de la escuela del Instituto de Medicina Experimental, institución que desarrolló el sistema de internado dentro de las instalaciones del hospital, sostenía que el objetivo del hogar escuela era que se desarrollasen los estudios teóricos indispensables para un correcto desempeño profesional. De acuerdo con esto, afirmaba que “la vida del hogar modula el espíritu, la moral y los ideales de estas mujeres cuya función ha de ser tan útil a la sociedad...”²⁹²

El sistema de internado era la manera de recrear un ambiente de dedicación y concentración para las estudiantes, pero a la vez era el mejor modo de moralizar e inculcar valores que se consideraban poco desarrollados entre las mujeres que aspiraban a ser enfermeras. Era objetivo del internado dar lugar a:

“...una nueva personalidad en un ambiente en el cual las aspirantes se van formando y donde, como en una hermandad laica, van asimilando su vida al medio que las rodea, adaptando su espíritu a las disciplinas que han de formar su carácter definitivo”.²⁹³

Se consideraba que los hogares escuela favorecerían el desarrollo de conductas apropiadas y correspondientes con la higiene física y mental de las alumnas, y moldearían con rigor disciplinar la personalidad obediente que exigía la vida de la enfermera. Esta modalidad permitió que se evaluaran “capacidades” como la “serenidad”, la “ternura” y la “obediencia”.²⁹⁴ Los códigos disciplinares reforzaron estas cuestiones; algunos de ellos prohibían “toda conversación en escaleras y corredores”, “pasearse con otras compañeras” y “dirigirse por el nombre o apodo y tutearse”.²⁹⁵

Además, el internado aislaba a las alumnas de su ambiente familiar, “pues éste, por bueno que sea, llenará su mente con mil cosas ajenas a las de su dedicación hospitalaria y no permitirá que se afirme definitivamente el carácter de la enfermera”.²⁹⁶ La personalidad de la joven, desde muy temprano y a lo largo de toda su etapa de educación, se desarrollaría con exclusiva dedicación a sus tareas dentro de la escuela.

²⁹¹ Rodríguez Torre de Noceti, “Organización de escuelas”...*op. cit.*, p. 112.

²⁹² Roffo, *op. cit.*, p. 6.

²⁹³ *Ibidem*, pp. 6-7.

²⁹⁴ María Elena Ramos Mejía, *Plan de Unificación de todas las escuelas de enfermería*. Buenos Aires y “Organización de Escuelas de Enfermeras en la República Argentina”, *op. cit.*, p. 122.

²⁹⁵ *Ibidem*, p. 118.

²⁹⁶ Roffo, *op. cit.*, p. 9.

De este modo podría salvaguardársela de distracciones y de las posibles perturbaciones externas a su misión, frente a las cuales se consideraba a estas mujeres incapaces para sobrevivir sin que se alterasen sus condiciones morales.

La formación del carácter era una consigna fundamental de la instrucción y parte explícita de los objetivos de las escuelas.²⁹⁷ Los contenidos teóricos que dieron consistencia a la técnica propia de la enfermería eran una parte importante de la formulación de los programas de enseñanza, pero aquellos vinculados con el orden actitudinal y que excedían los conocimientos técnicos, es decir, los de tipo moral y disciplinar, movilizaban una constante preocupación dentro del discurso autorizado acerca de la enfermería. Directivas de escuelas y médicos ubicaban allí las dudas y los temores acerca de las aspirantes.

El internado venía a resolver las tensiones alrededor del carácter y la conducta de las candidatas a enfermeras, sobre cuyos origen, condición y capacidad de entrega a la profesión pesaban siempre sospechas. Por otro lado, las encargadas de velar por la formación moral y disciplinar de las futuras enfermeras eran enfermeras superiores, *matrons*, que dirigían la educación de las alumnas y la organización de las casas de internado y pretendían mantener esa autoridad dentro de los hospitales. Era distintiva en la formación de la enfermería la dirección de pares mujeres. La instalación de escuelas en los hospitales tendía a favorecer esta situación; allí, las *matrons* pretendían dirigir a sus alumnas sin interferencias de otras voces, como las de médicos o autoridades del hospital. La dificultad principal para establecer esa modalidad era que la mayoría de los hospitales funcionaban como ámbito de prácticas, pero estaban limitados para la instalación de casas de enfermeras. Las únicas escuelas que lograron esto fueron la del Hospital Británico, la del Instituto de Medicina Experimental y la de la Sociedad de Beneficencia. En todos los casos eran instituciones que tendían a formar enfermeras para la autoprovisión de personal y con características muy diferentes entre sí.

²⁹⁷ El reglamento de la escuela del Instituto Experimental expresaba entre sus objetivos, en cuarto lugar, el ítem "Formación del carácter". Ver: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nurses del Instituto de Medicina Experimental, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1938. La misma fórmula se repetía en la escuela municipal Cecilia Grierson. Allí se afirmaba que se aprobaría sólo a aquellas mujeres que hubieran "adquirido el concepto de deber profesional y sentido de la dignidad moral, que aunados a sus conocimientos han de llevar a una actuación plena de dignidad, de decoro, de honestidad y de cabal concepto del deber". María Angélica Olivera y Juana Isabel Colmero, "Síntesis de la reglamentación de la escuela de nurses Cecilia Grierson de la Municipalidad de Buenos Aires", en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, op. cit., p. 129.

4. Coordinación y unificación de las escuelas y cursos de enfermería

La enseñanza de la enfermería en Buenos Aires se mantuvo en gran medida dependiente de las instituciones y de los hospitales que alojaban cursos y escuelas de formación. Esto reforzó el perfil hospitalario de la enfermería diplomada, pero en un esquema heterogéneo y poco coordinado en materia de conocimientos e instrucción. En definitiva, la educación de las enfermeras no escapaba a las circunstancias generales que el sistema sanitario experimentaba en la ciudad de Buenos Aires. Descoordinación, falta de unidad de criterios y, en muchos casos, fragmentación y superposición de jurisdicciones eran frecuentes. A menudo, las enfermeras que pretendían trabajar en la ciudad debían enfrentar situaciones confusas e irregulares producto de las indefiniciones administrativas. Esto sucedía, por ejemplo, cuando el Concejo Deliberante rechazaba la contratación de alguna enfermera con el argumento de que ésta no se había graduado en la escuela municipal Cecilia Grierson y por lo tanto no cumplía con la reglamentación en curso. El Concejo parecía ignorar las disposiciones del Ejecutivo municipal, que aceptaba a las graduadas de las escuelas reconocidas por el Departamento Nacional de Higiene.²⁹⁸

Pero la ciudad procuraba mantener la centralidad y el papel rector de la escuela municipal Cecilia Grierson tanto para revalorizarla como para ubicar el grueso de las políticas que marcarían la tendencia en enfermería durante los años siguientes.

Para rejerarquizar la escuela, en 1939 y 1940 la administración municipal solicitó al Departamento Nacional de Higiene que los títulos de la escuela dependiente del municipio fueran reconocidos para el ejercicio fuera de la jurisdicción de la ciudad de Buenos Aires. Para dotar aun de mayor reconocimiento y legitimidad a estos diplomas se solicitó a la Universidad de Buenos Aires que controlara, por medio de la Facultad de Ciencias Médicas, la calidad de los exámenes que se tomaban a las alumnas.²⁹⁹

La situación de la calificación y la escasez de enfermeras comenzó a ser cuestionada en el interior de las instituciones de formación de nurses con mayor

²⁹⁸ La ordenanza que estaba vigente era la N° 9157. Versiones taquigráficas del HCDCB, 23 de diciembre de 1937, Concejo Deliberante, Buenos Aires, 1937, p. 3537.

²⁹⁹ José Tobias, *Los problemas de la administración sanitaria y Asistencia Pública de la Capital Federal como fueron encarados en el periodo 1938-1940*, Buenos Aires, 1942, p. 495.

precisión. Señales efectivas de ello surgieron a principios de la década de 1940 y tomaron fuerza definitiva algunos años después con la renovación de la gestión en salud iniciada por el peronismo.

Durante el Primer Congreso Panamericano de Enfermería, celebrado en la ciudad de Santiago de Chile en 1942, se dieron cita varios directores de escuelas de enfermeras de la ciudad de Buenos Aires. Estuvieron presentes la regente de la escuela municipal Cecilia Grierson, su par de la escuela de la orden de la Conservación de la Fe y el director y la regente de la escuela del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires. La relevancia de este encuentro radica en que se trató de uno de los pocos momentos de intercambio de experiencias laborales y profesionales durante el período. Allí se hicieron públicos los consensos que hasta entonces no habían logrado convertirse en formulaciones expresas ni en posiciones propositivas de lo que se pretendía de las escuelas de nurses y de sus graduadas. En primer lugar estaba la necesidad de establecer una coordinación entre instituciones, sentido en el cual se pronunciaron las autoridades de las escuelas porteñas presentes en el congreso.

Las ideas de coordinación y de unidad de criterio en la formación de las enfermeras y de su rol en el sistema sanitario formaban parte de las comunicaciones de las escuelas porteñas. Pero la que logró desarrollar y proponer un modelo de organización para todas las escuelas fue María Elena Ramos Mejía, regente durante la década de 1940 de la escuela municipal Cecilia Grierson. Este plan tenía varios puntos en común con el vigente en la escuela dirigida por ella, en particular lo relacionado con la organización y la dirección de las escuelas, y seguía muchas de las recomendaciones elaboradas por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1936, publicadas en 1940 en la Argentina.³⁰⁰

Ramos Mejía adelantó en el Primer Congreso Panamericano de Enfermería el proyecto que presentaría en 1947, cuando se incorporó a las actividades de la Comisión de Cultura Sanitaria creada por la gestión inaugural en salud dirigida por Ramón Carrillo a través de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, surgida un año antes. En esta segunda oportunidad denominó el proyecto Plan de Unificación de todas las Escuelas de Enfermería, y fue insertado como una parte sustancial del informe de la

³⁰⁰ Cruz Roja Argentina, "Proposiciones relativas a la organización de una escuela de enfermería", en *Revista Oficial de la Cruz Roja Argentina*, N° 206, Año XVIII, pp. 52-55.

comisión con el objetivo de ofrecer una guía para la homogeneización de todas las escuelas del país, que nunca fue aplicado.

Lo sugerido en 1942 para la ciudad de Buenos Aires y luego para el resto del país fue muy similar y era un diagnóstico de la situación de la enfermería hasta la década del 40 y sus posibles alternativas. En ambos casos los objetivos eran coordinar y homogeneizar la organización de las escuelas de enfermeras y modificar los planes de estudio vigentes.³⁰¹ Los cambios propuestos expresaban el agotamiento de un modelo de enfermeras que se caracterizaba por una formación elemental que ya no respondía a las necesidades sanitarias. Además, las propuestas de reforma pusieron en cuestión el rol pasivo de las autoridades y del Estado en la coordinación y el control de la formación de las enfermeras.

La primera disposición en común entre los proyectos de 1942 y 1947 afirmaba la necesidad de unificar el tiempo de los cursos de enfermeras a tres años de duración, divididos en una parte práctica y otra teórica con una carga horaria equivalente. La escuela del municipio porteño cumplía con esto; la perteneciente a la orden de la Conservación de la Fe proponía dos años de curso para nurse y un año adicional para la especialización en enfermería hospitalaria³⁰². En cambio, la carrera en la escuela perteneciente al Instituto de Medicina Experimental duraba dos años. Esta última compensaba esto con programas muy extensos y de mayor carga horaria, ya que gozaba del sistema de hogar escuela en el hospital.³⁰³ Las escuelas de la Sociedad de Beneficencia tenían planes similares.

Sobre los requisitos de ingreso a las escuelas, también había coincidencia entre los dos proyectos de Ramos Mejía. Las aspirantes debían tener excelente estado de salud y condiciones físicas inmejorables, que implicaban determinados peso y altura. Para comprobar esto se les practicaban exámenes y pruebas de agilidad. Se recomendaba que tuvieran educación previa, en lo posible estudios secundarios completos. En caso contrario, se tomarían exámenes de ingreso para comprobar el nivel de lectura, escritura y conocimientos sobre matemáticas. Se recomendaba una etapa de

³⁰¹ María Elena Ramos Mejía, "Organización de escuelas de enfermeras" en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942 y Ramos Mejía, María Elena, *Plan de unificación de todas las escuelas de enfermeras*, Buenos Aires, 1947. (mimeo)

³⁰² Rodríguez Torre de Noceti, "Organización de escuelas" *op. cit.* pp. 111-114.

³⁰³ Ángel Roffo, "La enfermera de cancerología", en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942, pp. 5-10.

selección, momento en el cual la directora de la escuela debería prestar especial atención al carácter de la aspirante a fin de averiguar si se adaptaría a las exigencias que una nurse debía cumplir. Cuando resultara necesario, una visitadora social se ocuparía de conocer a la familia de la aspirante, con el fin de tener una noción más clara del ambiente que la rodeaba. Se imponía como requisito de ingreso tener entre 20 y 35 años, y no podían ser mujeres casadas; en el caso de ser viudas, eran aceptadas, pero se prefería que no tuvieran hijos.

Algunos criterios no eran nuevos, sino que más bien era una continuidad de las aspiraciones iniciales de la enfermería moderna: convocar a mujeres de clases acomodadas, capaces de dedicar parte de su vida a una actividad considerada altruista, como la enfermería. Las escuelas porteñas coincidían bastante en este punto. En todos los casos se buscaba que las aspirantes fueran mujeres jóvenes que no tuvieran compromisos familiares y que no estuvieran casadas.³⁰⁴

La tercera disposición idéntica entre los proyectos era la referida a la organización de las escuelas. Se indicaba la utilidad del sistema de hogar escuela, en lo posible en el hospital, y de la dirección de las instituciones a cargo de enfermeras. El sistema de internado, se afirmaba, garantizaba la concentración de las estudiantes en sus tareas. Además, esta modalidad facilitaría las horas de práctica en los hospitales y haría posible que las jóvenes sin recursos económicos tuvieran menos dificultades para estudiar. En todos los casos, las escuelas estarían dirigidas por enfermeras diplomadas, que ejercerían el rol de jefas e instructoras en las salas de hospital y en las aulas. Además, seleccionarían a las estudiantes y coordinarían junto a los médicos las tareas de práctica hospitalaria y los cursos teóricos.

El sistema de internado era una versión de la casa de enfermeras en el hospital. Esto tampoco era nuevo y sólo se había desarrollado en la escuela del Instituto de Medicina Experimental y, desde sus inicios, en el Hospital Británico. Sin embargo, todas las instituciones aspiraban a concretarlo. La escuela de la obra de la Conservación de la Fe edificaba sus primeras casas para el alojamiento de estudiantes en el partido de

³⁰⁴ Rodríguez Torre Noceti, *Enfermeras obra de la Conservación de la Fe. op.cit.* p. 10, y María Angélica Olivera y Juana Isabel Colmero, "Síntesis de la reglamentación de la escuela de nurses Dra. Cecilia Grierson, de la Municipalidad de Buenos Aires", en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Universidad Nacional de Santiago de Chile, Santiago, 1942, p. 129. Respecto de la edad, en todos los casos el ingreso era posible a partir de los 18 años, con la excepción de la escuela del Instituto de Medicina Experimental, que aceptaba mujeres desde los 17 años. Roffo, *op. cit.*

San Fernando, muy próximo a la Capital Federal y a la sede donde se impartían las clases teóricas, en el barrio de Palermo. Todas las demás, sin tener en cuenta las dependientes de la Cruz Roja, mientras desarrollaban el sistema disponían de *salas escuela* en hospitales, de becas para los mejores promedios y de un pequeño estipendio mensual para sus estudiantes que garantizara la disponibilidad de sus alumnas. Los planes de estudio pretendían contar con la presencia de las alumnas a lo largo de todo el día, incluyendo guardias de 10 horas por las noches en las salas de hospital.

Los proyectos que se conocieron en la década de 1940 coincidieron en mantener la enseñanza en manos de enfermeras y preservaron una relación independiente respecto de otros miembros involucrados en la enseñanza. Si bien se recomendaba que los conocimientos especializados fueran impartidos por médicos a instancias del correcto y ajustado entrenamiento práctico de las futuras profesionales, el control cotidiano debía quedar en manos de las instructoras. Esto se repetía toda vez que se especulaba con la posibilidad de implementar el sistema de internado en el hospital; se destacaba que éstos debían funcionar bajo la vigilancia de la directora de la escuela de enfermeras. Las internas debían contar con un edificio a una distancia prudente del principal, de modo tal que las alumnas pudieran desarrollar allí su vida fuera de las horas de trabajo. Pero en todo caso este tipo de modalidad debía funcionar de manera independiente del resto de la administración hospitalaria.³⁰⁵

La autoridad de las enfermeras superiores sobre el resto del plantel –alumnas practicantes o enfermeras novatas– podía ser vista como un foco de conflictos dentro de los hospitales, en particular con los médicos. Sin embargo, la separación de esferas de intervención dentro del hospital no inquietaba especialmente a aquéllos, quienes consideraban afirmada su autoridad en ese ámbito. Ángel Roffo, director del Instituto de Medicina Experimental, afirmó en varias oportunidades: “No hay que formar eruditas. Cuando la enfermera sabe más de lo que necesita, es un peligro, pues ya tiende a invadir el terreno del médico”.³⁰⁶ Al mismo tiempo, señalaba que las enfermeras debían tener

³⁰⁵ Ver: Cruz Roja Argentina, “Proposiciones relativas a la organización de una escuela de enfermería”, en *Revista de la Cruz Roja Argentina*, *op. cit.*, y Rodríguez Torre de Noceti, “Organización de escuelas” *op. cit.*; María Elena Ramos Mejía, “Organización de escuelas de enfermeras”, *op. cit.*; María Angélica Olivera y Juana Isabel Colmero, “Síntesis de la reglamentación de la escuela de nurses Dra. Cecilia Grierson de la Municipalidad de Buenos Aires” *op. cit.* y María Elena Bruno, “Escuela de enfermeras de la obra de la Conservación de la Fe”, en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Santiago, Universidad Nacional de Santiago de Chile, 1942.

³⁰⁶ Roffo, *op. cit.*, p. 8.

acotado su espacio en las salas, y debían “aprender bien una sola cosa, y es saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico”.³⁰⁷ Para las enfermeras superiores, la fusión entre prácticas correctas y conocimientos técnicos fundamentados daría por resultado una enfermera que no obedeciera ciegamente; por el contrario, sería una enfermera capaz de acatar órdenes con inteligencia y con la razón.

Por su parte, las enfermeras directoras de las escuelas porteñas custodiaban las prerrogativas que habían obtenido, pero aspiraban a alcanzar mayor autonomía y reconocimiento y reforzaron el orden jerárquico dentro de las salas “hacia abajo”, es decir, sobre las enfermeras novatas y alumnas. Reclamaban que se ubicase la profesión en un lugar destacado dentro de los oficios sanitarios y pretendían aumentar su capacidad dentro del sistema hospitalario y de sus escuelas manejando con exclusividad el internado y participando de las decisiones dentro de los establecimientos mediante la supervisión de las alumnas. Una aspiración de las directoras y regentes era obtener “servicios de enfermería” dentro de los hospitales de modo similar al de otras especialidades médicas; éstos serían espacios dirigidos por enfermeras desde los cuales podrían dedicarse al monitoreo de las alumnas sin la intervención médica, y a través de ellos proyectaban la igualdad con otros servicios de especialidades médicas. El aislamiento y el desinterés en los que se desarrolló la educación de las nurses inesperadamente les había otorgado una independencia dentro de sus escuelas que no estaban dispuestas a perder ni a delegar en los médicos; por el contrario, aspiraban a colocar la actividad a la par de otras profesiones de prestigio.

En el plan de Ramos Mejía, darle lugar a la enfermería dentro de las ciencias y oficios técnicos era promover la organización de un comité controlador compuesto por la directora de la escuela, el director del hospital, un jefe de sala de cirugía, un jefe de sala de clínica, un jefe de sala de maternidad, un jefe de sala de niños y un médico interno.³⁰⁸ Cada comité, una vez lograda la unificación de las escuelas, estaría integrado a una comisión nacional de escuelas de enfermeras organizada a modo de cuerpo colegiado y compuesta por las autoridades sanitarias del todo el país. Esto último nunca llegó a establecerse y en la práctica fueron las directoras e instructoras dentro de los hospitales las que ejercieron el rol de regentes y coordinadoras.

³⁰⁷ *Ibidem*, pp. 8-9.

³⁰⁸ *Ibidem*.

La cuarta disposición del proyecto de 1942, también sostenida más adelante, se refería a los contenidos teóricos y técnicos a impartir por las escuelas a quienes desearán obtener el título de “enfermera diplomada”. Se proponía ampliar algunas de las asignaturas dictadas en ese momento y agregar otras. Los contenidos ya conocidos se clasificaron en dos grandes órdenes. Por un lado, aquellos relativos a la higiene y al orden general dentro de las salas y habitaciones de hospital, todo lo que más adelante se conocería como “arte de la enfermería”: correcto aseo de los cuartos, de la ropa de cama y de los utensilios que entraban en contacto con el paciente. Se pretendía que las enfermeras manejaran normas de higiene básicas capaces de garantizar la asepsia; sólo así se podrían realizar curaciones e intervenciones directas sobre los enfermos y heridos. Para esto se planificaron en los nuevos programas cursos de bacteriología y de higiene general para que las futuras nurses adquirieran elementos teóricos indispensables para este tipo de actividades. Todo esto debía acompañarse con varias horas de dedicación a los ejercicios prácticos que avalaran correctos procedimientos.

Un segundo orden de conocimientos se relacionaba con la detección de las señales y signos de alarma, que la enfermera debía reconocer, interpretar y observar en los pacientes a fin de anticipar complicaciones en el estado de aquéllos y de este modo facilitar la tarea del médico. Los saberes específicos de la clínica basados en conceptos de fisiología, anatomía, patología y conocimientos básicos sobre enfermedades infecciosas seguirían siendo impartidos como parte de las herramientas elementales sobre medicina curativa y preventiva para que las enfermeras pudieran reconocer los síntomas de las enfermedades y realizaran un correcto seguimiento de ellas. También se mantenían las materias que se referían a las especialidades médicas, como ginecología, clínica médica y cirugía. A lo largo de cada curso, las estudiantes realizarían una parte importante de ellos de modo práctico para desarrollar correctamente procedimientos de diferente nivel de complejidad en las distintas áreas del hospital, desde las salas de cirugía hasta las de cuidados generales.

Las asignaturas que las propuestas de 1942 y 1947 agregaron al plan vigente en la escuela municipal Cecilia Grierson tenían por objetivo atender la salud mental de la población, y la higiene pública, de los ámbitos laborales y del hogar. Incluso se incorporó la asignatura Legislación Laboral. Es decir, las incorporaciones fomentaban aspectos propios de la medicina preventiva y de la tarea social más allá de la tarea en el hospital (Cuadro N° 1). Para reforzar estos aspectos, fue visto como oportuno que las estudiantes realizaran prácticas fuera del hospital; de este modo, tomarían contacto real

con las situaciones concretas que hacían peligrar la salud de la población y podrían comprometerse con tareas de orden social. Ya no se trataba de solucionar los problemas de la salud, como los programas anteriores perseguían; ahora la enfermera podía convertirse en un agente sanitario capaz de prevenir enfermedades y en una herramienta eficaz para propalar una cultura higiénica positiva y preventiva.

Este nuevo sesgo que los planes de reforma tomaron se fue asentando entre la primera versión de 1942 y la de 1947. En la segunda oportunidad, María Elena Ramos Mejía presentó su plan de manera más desarrollada y propuso que quienes prefirieran realizar la especialización en enfermería en “salud pública” deberían agregar nueve meses más de estudios teóricos y 11 de prácticas a los tres años del programa. Era opcional y el objetivo era fomentar un perfil nuevo entre las enfermeras, con ejercicio especializado en tareas de prevención dentro de dispensarios públicos, fábricas y talleres, escuelas y campañas vinculadas a la prevención y atención de la salud. En el cuarto año de estudios se incorporaban asignaturas como Educación Sanitaria, Medicina Preventiva, Higiene y Protección del Niño, Enfermedades Venéreas, Enfermedades Profesionales y Legislación Social. La autora del proyecto proponía unificar en la enfermería todas las acciones, dentro y fuera de los hospitales y dispensarios, que tendieran a tratar y mantener la salud de la población. Insistía en que de esta manera la enfermería se convertiría en una única profesión cuyas integrantes fueran capaces de ejercer como visitadoras de higiene, enfermeras de hospital o enfermeras de salud pública.³⁰⁹

Un curso similar había tomado la enfermería en lugares tan próximos como Chile y Brasil; mientras la mayoría de las escuelas de la Argentina promovían una educación destinada a cumplir funciones curativas dentro de los hospitales, en los países vecinos esto se había modificado. La principal escuela paulista en Brasil preparaba desde la década del 20 a sus enfermeras para actuar dentro y fuera del hospital y aspiraba a que sus graduadas reemplazaran lentamente a las visitadoras de higiene, y en los años 40 las enfermeras gaúchas tenían formación como sanitarias.³¹⁰ Chile contaba con un desarrollado servicio de enfermería sanitaria y de apoyo de los centros de salud descentralizados, que funcionaban desde fines de la década del 30 gracias a la ley de

³⁰⁹ Ramos Mejía, “Organización de escuelas...” *op. cit.*, p. 117.

³¹⁰ Ver: Luiz Antonio Castro y Lina Farias, “A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo”, en Luiz Antonio Castro y Lina Farias, *Saúde & História*, São Paulo, Hucitec, 2009.

medicina preventiva, pilar fundamental del sistema nacional de salud, que desarrolló una importante red de servicios preventivos para toda la población además de los servicios curativos.³¹¹

El criterio que se imponía en el pensamiento de María Elena Ramos Mejía ya no se ceñía a la idea de la enfermedad sólo como un problema médico ni a la medicina como una práctica exclusivamente curativa. La asistencia social y la sanidad se aproximaron en los años 40, y en este contexto el pensamiento médico y sanitario desde diferentes sectores se involucró en las discusiones sobre la necesidad de unificar los servicios de asistencia médica y social y de contemplar la medicina como una práctica no sólo curativa. Esto había sido parte de los mencionados debates sobre la “cuestión hospitalaria” en el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires a fines de la década de 1930. En los primeros años de la década de 1940 esta cuestión se mantuvo vigente y fue tópico común de médicos de diferentes vertientes ideológicas.

Al referirse al rol de las enfermeras y su relación con el sistema de atención médica y social, se pudieron escuchar versiones encontradas entre quienes afirmaban que era necesario el desarrollo de un sistema “médico-social” cuyos funcionarios e instituciones se unificaran en instituciones concretas, entre ellas las enfermeras y servicios de enfermería,³¹² y los que defendían la necesidad de vincular la medicina con los problemas sociales, pero diferenciando competencias y funciones. En este último caso, se apelaba a distinguir las tareas de las visitadoras sociales, siempre acompañadas de un cuerpo de profesionales de diversas ramas de las ciencias sociales, pedagógicas y educacionales, de las realizadas por las enfermeras sanitarias o visitadoras de higiene. Estas últimas debían ser siempre colaboradoras del médico, ya fuera en la escuela o en el hospital.³¹³

³¹¹ Ver Susana Belmartino, “Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970”, en Diégo Armus (comp.), *Avatares de la medicalización en América latina, 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005, pp. 101-144. Y Cf. María Soledad Zarate Campos, *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitaria en Chile*, Santiago, Universidad Alberto Hurtado, 2008.

³¹² Juan Lazarte, *Problemas de medicina social*, Buenos Aires, Americalee, pp. 116 y ss.

³¹³ Abelardo Yrigoyen Freire, *Problemas de sanidad y asistencia social*, Santa Fe, Universidad Nacional de Santa Fe, 1943, pp. 307-320. Yrigoyen Freire fue ministro de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe entre 1939 y 1943. Reivindicó los cursos de visitadoras de higiene social creados por el profesor de la Universidad de Buenos Aires Manuel Carbonell en 1924, destinados a las tareas del “servicio social de hospital” para el seguimiento de los recién nacidos una vez externados y para la prevención en escuelas frente a enfermedades infecciosas. *Ibidem*, pp. 310-311.

En el orden de la administración de los servicios de enfermería, los proyectos de unificación y coordinación proponían una fórmula que articularía las diferentes partes involucradas. En sintonía con las preocupaciones sanitarias de la época, Elena Ramos Mejía ofrecía un modelo conceptualmente similar a los que se habían discutido en esos años en el Concejo Deliberante porteño. En sus dos proyectos, proponía formar una comisión municipal o nacional, según el caso, para coordinar las escuelas de enfermeras. Esa entidad estaría constituida por las directoras de las escuelas, destacadas personalidades médicas, las principales autoridades de la administración de la salud (el director de la Asistencia Pública en 1942 y el secretario de Salud en 1947) y el decano de la Facultad de Ciencias Médicas, en caso que las escuelas pertenecieran a universidades. Todas las autoridades sanitarias, incluso las directoras de escuelas de enfermeras, formarían parte del organismo de control, sin exclusión de aquellas que no pertenecieran al sector público.

La complejidad de la coordinación entre hospitales, escuelas y autoridades agregaba un grado de dificultad al diseño de un organismo de administración. En la versión de Ramos Mejía, éste sería autónomo y no dependería de ninguna autoridad, y su funcionamiento sería colegiado. En este sentido, se repetía la misma dificultad que el sistema sanitario porteño había enfrentado a la hora de discutir sobre los posibles modos de coordinar la atención hospitalaria. El significado dado a la idea de coordinar no era claro a comienzos de la década de 1940, pero sí lo fue más adelante a nivel nacional, cuando la tendencia en la administración fue centralizar normativamente los servicios de salud.

En síntesis, las modificaciones que proponía María Elena Ramos Mejía en 1942 y que reiteró en 1947 mantenían rasgos de continuidad con las escuelas con las que ya contaba la ciudad: la mayoría de los cursos tenían la extensión que Ramos Mejía recomendaba; los requisitos de ingreso no variaban en mucho de lo propuesto, y las escuelas estaban dirigidas por enfermeras diplomadas. No se había logrado avanzar con el sistema de internado, pero esto no obstaculizaba que las alumnas realizaran sus prácticas en las "salas escuela". Las incorporaciones más resonantes se encontraban en los programas, que, a juicio de Ramos Mejía, merecían un drástico ajuste y una actualización que ampliara el perfil de la enfermería, y en la administración de un sistema con tendencias a homogeneizar la educación de sus pares.

Los proyectos de reforma aspiraban a una enfermería que, según afirmaban, era dominante en los países del mundo que habían desarrollado un sistema de salud pública

con criterios preventivos y no sólo curativos. En 1947, Elena Ramos Mejía eligió iniciar su propuesta de *Plan de unificación para todas las escuelas de enfermería del país* con la expresión de una colega francesa, Mlle. Chaptal:

“La profesión de la enfermera, como todo verdadero oficio, exige un aprendizaje auténtico. Cuando una profesión encierra al ejercerla un peligro cualquiera, debe ser reglamentada. Cuando, por otra parte, es de utilidad pública, es necesario que el Estado intervenga y la ponga bajo su vigilancia.”³¹⁴

Ponía en claro que el compromiso del Estado debía llegar a todas las escuelas de enfermería, incluso a aquellas no dependientes directamente de él. Se trataba de una necesidad advertida desde hacía tiempo. La desarrolló María Elena Ramos Mejía en 1942, pero había sido señalada tiempo antes sin tanta precisión. Las ideas de coordinación y planificación estaban en el vocabulario de quienes participaban de las cuestiones vinculadas con la administración sanitaria y con el ejercicio y enseñanza de la enfermería. Bajo esta premisa demorada en su ejecución, pero adelantada en su formulación, la tarea de la administración sanitaria, más adelante durante el gobierno peronista, sería centralizar y unificar la formación de las enfermeras.

Una nueva etapa en el orden de las preocupaciones sobre la enfermería se inició avanzada la década de 1930. Casi al unísono, el Ejecutivo porteño, el Poder Legislativo de la ciudad y las principales figuras vinculadas a la formación de enfermeras coincidían en que algo no estaba resuelto en ese orden, a pesar de los adelantos que se habían promovido en la etapa anterior iniciada a fines del siglo XIX y con extensión hasta los años 20.

Una parte de las preocupaciones fueron promovidas por el clima general alrededor de las cuestiones vinculadas a la provisión de servicios de salud en la ciudad, a la atención en los hospitales y a las condiciones laborales de su personal. Pero otra parte fue impulsada por las voces más comprometidas con la formación de personal diplomado en enfermería, sobre todo por quienes tenían funciones o interés en ese

³¹⁴ Mlle. Chaptal, *Morale professionnelle de l'infirmiere*, París, A. Poinad Ed. Citado por Ramos Mejía, *Plan de unificación de todas las escuelas de enfermería*, op. cit., p. 1.

orden. Ésta era una característica de las preocupaciones sobre la cuestión: la situación del cuidado experto en los hospitales en general no suscitaba gran inquietud entre el grueso de las direcciones médicas hospitalarias ni de las autoridades sanitarias; eran más bien preocupaciones específicas de un sector y marginales dentro de la generalidad de las preocupaciones sanitarias. Sólo en coyunturas críticas, como en los años 30, la formación de este tipo de personal resultó un tema de interés más extendido.

En lo específico, se pudo ver que a partir de nociones previas se repusieron los elementos que formularon un ideal de la enfermería, pero con sentidos diferentes de los inicialmente agitados a fines del siglo XIX y principios del XX. La condición de género de la enfermería en los años 40 tenía asociaciones profundas con el carácter dócil y amable, abnegado y sacrificado adjudicado naturalmente a las mujeres, y se desdibujaban las nociones técnicas que habían caracterizado el modelo inglés. En la versión porteña, ese modelo concebía la enfermería como una tarea de mujeres, pero no la subsumía a la condición de género, sino que más bien desarrollaba aspectos técnicos de un saber que consideraba positivo para las mujeres.

Se trataba de una reformulación adaptada a las condiciones de una ocupación que no había resultado ajustada a las expectativas iniciales y que era poco atractiva para las mujeres convocadas. En esto hubo clara continuidad entre las primeras proyecciones y las vigentes en los años 30 y 40. Se esperaba convocar a mujeres jóvenes, con educación previa y de clases medias, pero resultaba evidente que esto no se había cumplido y las mujeres que se acercaban al trabajo de cuidar no lo hacían por que fueran altruistas.

Pero esa particular continuidad tuvo efectos ambiguos: por un lado no conformaba a las figuras interesadas dentro del sector, y por otro resultaba funcional a la economía de los hospitales y del conjunto de la ciudad. Una dotación de mujeres no siempre reconocidas materialmente o en condiciones irregulares suponía problemas y beneficios al mismo tiempo. Esto entorpecía cualquier impulso calificador sobre la ocupación y la mantenía como una tarea poco apreciada incluso por sus agentes.

Desde el seno de las escuelas porteñas surgieron las opciones de cambio y *aggiornamiento* más alineadas al perfil moderno de la ocupación y con mayores compromisos para el Estado, pero manteniendo continuidades notables, como la feminización, la subordinación operativa y la educación autónoma pero coordinada. Una propuesta en muchos sentidos adelantada, pero con proyección hacia los años siguientes.