

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Antropología, Historia y Humanidades

Convocatoria 2018-2020

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Historia

Discursos y prácticas sobre la maternidad y el parto en la ciudad de Quito,
entre 1950 y 1973

Jenny Kalindy Bolívar Guayacundo

Asesor: Roberto Chauca

Lectores: Ana María Goetschel y Raúl Necochea

Quito, febrero de 2023

A Violeta Killa

Tabla de contenidos

Resumen.....	VI
Agradecimientos	VII
Introducción	1
Capítulo 1. La maternidad y el parto en las Américas: el caso del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	15
1.1. Oficina Sanitaria Panamericana en el concierto internacional del siglo XX	15
1.2. El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: dispositivo para legitimar el conocimiento científico	20
1.3. Las enfermeras y el parto en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre 1950 y 1967.....	22
1.4. La mortalidad materno infantil en el discurso de el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	27
Capítulo 2. La maternidad y el parto en la esfera nacional: el caso de la Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (SEP)	42
2.1. La maternidad a inicios del siglo XX.....	43
2.2. La enfermería y obstetricia ecuatorianas hacia la segunda mitad del siglo XX.....	48
2.3. Revista Ecuatoriana de Pediatría: una herramienta para la difusión de la puericultura	51
Capítulo 3. Maternidad, parto y aborto en la esfera local: el caso de la Escuela de Enfermería y de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador	68
3.1. La enfermera y la obstetriz en el debate de las tesis e informes científicos universitarios en la ciudad de Quito	69
3.1.1. La enfermería, la obstetricia y las funciones de sus profesiones alrededor del parto y maternidad en la ciudad de Quito	75
3.1.2. Trasfondos morales y culturales en los discursos de las enfermeras y obstetricas alrededor de la maternidad y el parto	83
3.2. Historias mínimas del parto en la Maternidad Isidro Ayora y la construcción gradual del lenguaje científico de la obstetricia en torno al parto y del aborto.....	88

3.2.1. Historias sociales y familiares de las pacientes de la Maternidad Isidro Ayora.....	89
3.2.2. El aborto en las historias clínicas de las pacientes de la Maternidad Isidro Ayora	98
Conclusiones	106
Lista de siglas y acrónimos	110
Referencias.....	111

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Jenny Kalindy Bolívar Guayacundo, autora de la tesis titulada “Discursos y prácticas sobre la maternidad y el parto en la ciudad de Quito entre 1950 y 1973” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Historia, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, enero de 2023



jenny.kalindy@flacsoecuador.org
JENNY KALINDY
BOLIVAR GUAYACUNDO

Jenny Kalindy Bolívar Guayacundo

Resumen

Esta tesis para maestría busca recrear el tejido existente alrededor de la maternidad y parto en Quito, Ecuador, durante la segunda parte del siglo XX, a partir del análisis comparado de fuentes médicas del ámbito continental (boletines de la Organización Sanitaria Panamericana), nacional (revistas científicas del Ecuador), y local (tesis y monografías de la Universidad Central del Ecuador). Se indaga sobre los diversos usos que se dio a estas dos categorías vinculadas mediante la lectura crítica de las disonancias y aproximaciones de los discursos y las prácticas que se suscitaron al interior de la contienda desatada entre los actores de la medicina occidental, como lo son los médicos, las obstetrices, los pediatras y las enfermeras. En varias oportunidades se introduce la disputa con los conocimientos de las parteras, y su relación con otros hechos de orden político, económico, y socio cultural. La contienda dentro de la cual se rastrean estos discursos y prácticas se relaciona con los juegos de poder suscitados a lo largo del período de estudio, por parte de los actores involucrados, lo que decanta en negociaciones que transformaron sus propias fronteras para pactar formas de funcionamiento en los procedimientos médicos en torno a la maternidad y el parto. Así, se procura dar cuenta del conjunto de tradiciones y conocimientos médicos, científicos y tecnológicos que se encontraron en juego a la hora de discutir la maternidad y el parto en Quito entre 1950 y 1973.

Agradecimientos

Agradezco al profesor Roberto Chauca, por su incondicional apoyo, paciencia, acompañamiento y guía en la elaboración y culminación de la presente tesis. A la profesora Ana María Goetschel y al profesor Raúl Necochea por el tiempo dedicado a la lectura, análisis y elaboración de aportes a este trabajo, así como por las charlas mantenidas sobre la importancia de fortalecer la investigación histórica alrededor de la salud reproductiva en la región y el mundo, tema que sin duda ha sido mi preocupación desde la juventud.

Por otra parte, agradezco a las profesoras y profesores de la maestría de Historia de FLACSO Ecuador, debido a ustedes logré encausar mi energía en el oficio de historiadora.

Quiero extender un profundo agradecimiento a todo el equipo del Archivo Aurelio Espinoza Pólit y del Archivo de la Medicina de Quito, por su guía y facilitación en el encuentro de fuentes pertinentes para esta investigación histórica.

Agradezco a mis compañeros y compañeras de la maestría por compartir esta aventura juntas, especialmente agradezco a mis amigos Francisco Salazar, Marco Lizano y a mi amiga Sofía Mena por las largas charlas en la terraza de FLACSO donde debatimos múltiples temas y en particular nuestros intereses por la Historia.

Agradezco al profesor Hernán Reyes y al profesor René Unda por confiar en mí, y a mis amigas Yolanda Hernández y Sara Larrea por su incondicional acompañamiento y afecto.

Finalmente, y no menos importante, agradezco profundamente a mi familia, por acompañarme en los momentos de alegría, pero en especial por apoyarme en los momentos más difíciles que tuve que atravesar para cumplir con este reto académico. En particular deseo agradecer a mi madre, María Ofelia Guayacundo López, por inculcarme la importancia de la educación de las mujeres, y a mi padre, Alfonso Bolívar Gacha, por cultivar en mí el ejercicio de la lectura y la autoeducación desde chica. A mis hermanos, Luis, Alfonso, Fabián, Ricardo y Pablo, y a mi hermana Ofelia por todos los esfuerzos realizados para que logre terminar mi carrera. Además, agradezco a mi hija Violeta Killa quien ha sido fuente de

inspiración para el estudio de la maternidad y el parto desde una perspectiva feminista del sur, gracias compañerita de vida por tu paciencia y amor incondicionales.

Introducción

Esta tesis examina los usos que se dieron por parte de la medicina al concepto de maternidad - a través de la práctica del parto- en el Ecuador entre los años de 1950 y 1973. Es necesario recalcar que este período fue seleccionado debido a que no se han encontrado estudios detallados relacionados a este período. Sin embargo, sí existen estudios que, si bien no abordan este tema de manera directa en períodos previos, hacen un acercamiento importante a varios de los temas tratados en esta tesis. Tal es el caso de los estudios de inicio de siglo XX de Kim Clark (2005 y 2012) así como los estudios de la segunda mitad del primer período del siglo XX llevados a cabo por Milagros Villarreal (2018) —que explicaremos en breve. De esta manera es que para esta tesis decidí iniciar el estudio de archivos y documentación a partir de 1950 y extendiendo el análisis hasta 1973, debido también a que el tiempo para la realización de los estudios en archivo me permitieron llegar hasta esta fecha en particular.

Cabe indicar que aquí se estudia la construcción que se hace sobre la noción de maternidad en medios impresos de difusión científica tales como revistas de medicina y por otra parte tesis de enfermería y obstetricia, llegando a ser estos instrumentos impresos en los cuales se materializan dichos discursos y se evidencian las prácticas alrededor de la maternidad y el parto. Estas fuentes pertenecen al ámbito de la difusión (revistas) y validación de conocimientos (tesis y monografías) a través de los cuales se demuestra cómo las ideas sobre la maternidad y el parto se entendieron y practicaron. Se parte de la comprensión de que la maternidad es una construcción social, donde los discursos y prácticas juegan un rol relevante a la hora de posicionar horizontes de sentidos en el ámbito de la cultura y la sociedad. Esto es relevante debido a que los documentos impresos tales como los Boletines de la Organización Sanitaria Panamericana (de aquí en adelante OSP), las revistas científicas producidas tanto por la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (de aquí en adelante SEP) como por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador (de aquí en adelante UCE) y las tesis de enfermería y las monografías de obstetricia de esta última institución educativa son los medios de difusión y validación científica y social de los conocimientos, por medio de los cuales se demuestran el movimiento de dichos discursos y prácticas y su respectiva materialización. En ese sentido, Cristina Palomar sostiene que:

La maternidad no es un 'hecho natural', sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género (Palomar 2005, 36).

Por otra parte, Mónica Bolufer en su artículo “Madres, maternidades: nuevas miradas desde la historiografía” publicada en el 2010 plantea que la maternidad es un hecho que puede ser observado desde múltiples dimensiones. Una de ellas parte de la institución familiar, donde se alberga el mantenimiento, reproducción, transformación del orden social a través de la transmisión de valores, actitudes y creencias. Y, en segundo lugar, puede abordarse desde la experiencia de la relación madre e hijo que condiciona la subjetividad individual.

Adicionalmente, la autora plantea que la maternidad es un campo de estudio que ha sido abordado desde múltiples disciplinas como la antropología, la psicología, los estudios literarios y de cine, sumándose tardíamente la historia a estos análisis. Sin embargo, “el tema desde hace décadas ha devenido un clásico que ha forjado ya una tradición de estudios” (Bolufer 2010, 51). La autora plantea que muchos de los estudios han obviado las situaciones de conflicto y jerarquización que el hecho de la maternidad acarrea en sí:

Desde la Historia el estudio de la maternidad ha estado vinculado en su origen al interés por recuperar los temas de la privacidad, las relaciones familiares, la vida cotidiana, rescatándolos de su supuesta condición de invariables históricos, para inscribirlos en el corazón de las transformaciones -y los conflictos- sociales y culturales. La maternidad, como la paternidad, el matrimonio, los modelos y prácticas familiares, comenzó así a tener cabida desde finales de los 70 entre las nuevas preocupaciones de la demografía histórica, la historia social y la historia de las mentalidades (Bolufer 2010, 52).

Existen otras autoras, fundamentalmente historiadoras mujeres, que han abordado el tema desde la Historia de las Mujeres, manifestando que la maternidad no puede quedarse en los estudios de la vida de lo privado debido a que este tema se relaciona con lo público y la construcción del mundo occidental. Así, Sol Calandria en su artículo “Maternidades en

cuestión: modelos idílicos y prácticas de las madres en Argentina 1892- 1936” publicado en el 2015 plantea que:

La maternidad -como construcción sociohistórica en el mundo occidental fue definida en función de una serie de procesos biológicos tales como la fecundación, el embarazo y el parto, pero se ha extendido más allá de ellos hasta alcanzar prácticas y relaciones sociales que no han estado vinculadas fisiológicamente al cuerpo femenino -cuidado, crianza y cariño-. Esta concepción de la maternidad, que contribuyó a construir a la mujer unívocamente como madre, tuvo recorrido histórico extenso que se encontró relacionado a las mutaciones históricas de la familia como institución (Calandria 2015, 2).

Siguiendo este análisis se deduce que la maternidad a lo largo de la historia ha venido tomando diversas funciones y acepciones de acuerdo con las necesidades de orden público. El presente estudio, por su parte, muestra cómo la maternidad y el parto en el Ecuador a mediados del siglo XX constituyó un campo de conflicto en el cual la atención empírica del parto se opuso a los discursos médicos donde el parto debía ser medicalizado y científica y técnicamente acompañado. Dentro de este proceso, la práctica médica del parto va masculinizándose, ubicando a las mujeres enfermeras en el plano de la asistencia al médico varón que dirige la práctica médica, encontrándose en conflicto con la práctica también científica de las obstetras. Este proceso es evidenciado, como se verá en las próximas páginas, al contrastar los aportes recientes como los de Kim Clark (2005, 2012) y discursos de la época como el vertido en el artículo presentado por el Dr. Carlos Mosquera, subdirector de la Escuela de Obstetricia (955, 198) en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas titulado “La Escuela de Obstetricia de la U. C.”. Este análisis evidencia que, a finales del siglo XIX, la práctica del parto se institucionaliza en Quito con la creación de la Escuela de Obstetricia en 1899 que busca profesionalizar a las mujeres para atender el parto. Sin embargo, ya para mediados del siglo XX esta práctica se encuentra en disputa con jóvenes médicos, en palabras de Carlos Mosquera.

Así, la premisa general de la que parte esta tesis es que la disputa por el control del conocimiento médico es un entramado de relaciones de poder conflictivas y complejas donde se encuentran diversas fuerzas en juego. Estas fuerzas en conflicto se circunscribieron a la

imposición de los proyectos estatales de biocontrol y la medicina como discurso y práctica científica y tecnológica capaz de institucionalizar el parto, así como a relacionarse a otros sistemas -como el educativo- para desarrollar programas que buscaron educar a las mujeres en diversos temas que son asociados a la maternidad. De esta manera aparecen una serie de actores al interior del campo de la medicina que van ocupando distintos espacios, donde el género de sus participantes toma un papel preponderante a la hora de asistir los partos. El problema propuesto en esta tesis busca comprender el proceso por el cual se articula este entramado de fuerzas y conocimientos que se teje en el campo del biocontrol de los cuerpos, así como las relaciones de poder subyacentes en la disputa por la maternidad reflejado en los discursos y las prácticas que han acompañado este proceso en el Ecuador a mediados del siglo XX. Así lo que se estudia es el desarrollo y consecución de un proceso de cerca de dos décadas por consolidar la medicalización del parto en el período indicado.

En líneas generales, esta propuesta explora la tensión existente en la ciencia médica entre los discursos, prácticas y problemas surgidos en la medicina institucional y sus encuentros con el empirismo. El caso es particularmente interesante debido a que muestra cómo es que en la práctica médica se entrelazaron discursos de corte moralista, ideológicos y científicista alrededor del parto y la maternidad, en los cuales se les otorgaba a las mujeres madres un lugar y rol determinados en la sociedad, donde la educación de sus hijos e hijas a través de la puericultura era fundamental. Así, en esta tesis se realiza un ejercicio de orden hermenéutico de las fuentes provenientes de la biomedicina de la época. Es por ello que esta investigación tiene relevancia historiográfica debido a que, como se discutirá en las siguientes páginas, son escasos los trabajos que han propuesto este debate en la biomedicina quiteña respecto del parto y la maternidad a mediados del siglo XX. De lo que se ha logrado indagar, son contados –incluso- los trabajos que abordan la problemática en otras regiones del espacio ecuatoriano.

Las ciencias sociales y la historia aún deben profundizar en la maternidad y el parto como espacios de disputa, siendo esta una pauta que puede servir para futuros proyectos de políticas públicas que apuesten a la salud reproductiva contemplando perspectivas renovadas que armonicen con las necesidades propuestas desde diversas visiones sobre las maternidades y el parto. Esto sólo se puede dar si se entiende y valora los conocimientos que van más allá de la

ciencia médica y, particularmente, cómo esta se entreteje con otros ámbitos al momento de tratar sobre la maternidad y el parto.

Dicho esto, es oportuno mencionar que el estudio sobre el concepto de maternidad no busca argüir en definiciones sobre ella. Todo lo contrario. Se busca estudiar los horizontes de sentidos en los cuales los diversos actores producen lenguajes y supuestos que están implícitos en los sistemas de prácticas sociales, así como las tensiones dadas a través de procesos que permiten la transformación de dichos horizontes de pensamiento. Es decir, no hay una manera unívoca, una sola, una simple definición de maternidad, sino que es un proceso que demandó y sigue demandando negociaciones y tensiones entre múltiples actores.

Cabe aclarar que el objetivo que se persigue con este estudio es indagar en los usos del concepto de maternidad que fueron dados por la medicina institucional en Quito a mediados del siglo XX. Así mismo, se busca establecer los actores, horizontes de sentido, discursos y prácticas elaboradas por la medicina formal, así como por otros actores bisagra como las obstetras, enfermeras y pediatras- alrededor de la maternidad y el parto. Otro objetivo es determinar las relaciones de poder basadas en el género, la clase y de ser posible la étnica que hicieron parte de los procesos de negociación y transformación de los horizontes de sentidos en el entramado de la construcción de las maternidades, tomando en cuenta el panorama global, su influencia local y viceversa. Finalmente, se busca identificar las relaciones imbricadas entre el campo de las maternidades y otras esferas relacionadas al ámbito de lo político, económico, y socio cultural.

El campo teórico que esta propuesta discutirá es el relativo al horizonte de sentido sobre la maternidad y el parto en particular. Para comprender el concepto de maternidad, esta investigación parte de los planteamientos que la historiadora Joan Scott (1996) pone en debate en su artículo “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. Scott trae a colación a Natalie Davis (1975) quien propone que nuestro propósito como historiadoras e historiadores “es descubrir el alcance de los roles sexuales y del simbolismo sexual en las diferentes sociedades y períodos, para encontrar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio” (1996, 267). Así, propone que el “género” debe ser comprendido desde dos entradas diferentes pero que analíticamente se encuentran relacionadas. Por una parte, “el género es un elemento constitutivo de las

relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre sexos; [y en segundo lugar] es una manera primaria de significar las relaciones de poder” (Scott 1996, 289). Es por ello que esta propuesta en relación al “género” se utilizará también para analizar los sistemas de “clases” que se encuentran en juego, debido a que esta noción es utilizada aquí como una “categoría analítica”. Así, las preguntas que fueron resueltas en archivos son: ¿qué representaciones simbólicas invoca la biomedicina respecto de la maternidad, particularmente del parto?, ¿cómo lo hacen? y ¿en qué contextos las presentan? De esta manera, se profundiza en los símbolos de los cuales disponen culturalmente los actores, sus horizontes de sentido, y las múltiples representaciones y usos que el enclave biomédico hace de ella.

Por otra parte, la relación de poder existente en la disputa por la maternidad se ha reducido en muchos campos a una disputa entre médicos hombres y las empíricas. Se hace por ello necesario profundizar en “los conceptos normativos que definen las interpretaciones de los significados de los símbolos, que intentan limitar y contener sus posibilidades metafóricas” (Scott 1996, 289). Dichos conceptos son evidenciados en las doctrinas científicas e ideológicas de la medicina oficial, así como en las de las prácticas empíricas del parto, afirmando significados binarios tales como lo masculino y lo femenino, lo blanco y lo indio, lo occidental y tradicional, que requieren ser analizados a profundidad. Siendo este un campo amplio, este estudio se detiene a observar las nociones expresadas en las siguientes preguntas: ¿cómo se definió a las mujeres dentro de los debates de mediados del siglo XX sobre la maternidad y el parto? ¿Cuál fue el rol y función que se les asignó, y que se buscó normalizar, dentro de dichas prácticas?

En lo relacionado al campo del discurso y las prácticas sobre el parto y la maternidad, las tesis propuestas por Pierre Bourdieu y Michael de Certeau serán tomadas en cuenta para comprender las prácticas y los discursos médicos y de las mujeres en la biomedicina a mediados del siglo XX. Estas serán las fuentes teóricas a través de las cuales se leerá la maternidad como sistema, comprendiendo que tras las líneas se ha encontrado un complejo proceso de negociaciones. Bourdieu plantea “que sólo se puede captar la lógica más profunda del mundo social a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada” (2007, 12). Esta lectura de Bourdieu, a su vez, conlleva a su acepción de práctica con la finalidad de dar cuenta de la realidad social a través de identificar

estas disposiciones en las cuales se encuentran los agentes sociales. Siguiendo al autor, “los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen habitus, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes” (Bourdieu 1991, 88). Es decir, que son los condicionamientos de género, clase y etnia son los generadores de prácticas y representaciones que dispondrían en la arena de lo social a las diversas fuerzas, en este caso, la institución médica, con las prácticas de los diversos actores de la biomedicina y las empíricas, tomando posición concreta en el tablero.

Al respecto Michel de Certeau introduce las prácticas como un campo de análisis histórico, y hace énfasis en los usos que los colectivos dan en determinados espacios y temporalidades y cómo estos incluso van resignificándose a lo largo del tiempo, sufriendo estas prácticas una serie de dinámicos diálogos en el tiempo. La obra de De Certeau permite entender la relevancia del acto de hablar, de enunciar, y luego cómo este es vital para el proceso de diálogo con las fuentes históricas. Así, plantea que al entrar en esta perspectiva se “opera en el campo de un sistema lingüístico; pone en juego una apropiación, o una reapropiación, de la lengua a través de los locutores; instauro un presente relativo a un momento y a un lugar; y plantea un contrato con el otro (el interlocutor) en una red de sitios y relaciones” (De Certeau 2000, XLIV). Siguiendo a De Certeau, interesa explorar ¿cómo operan los sistemas lingüísticos a través de los cuales se tejen ideas y discursos respecto de la maternidad a través de su práctica, en el parto, tanto dentro de la esfera de la biomedicina como de los conocimientos empíricos?, y ¿cómo ellos se transforman con el tiempo?

Dicho esto, la biomedicina ha jugado roles diversos a lo largo de su historia. Virgilio Paredes Borja en su obra clásica “Historia de la Medicina en el Ecuador” publicada en 1963 muestra cómo la institución médica –comprendiendo desde personeros formados para la medicina formal, centros de formación y práctica hasta los lugares de prestación de servicios- ha tenido notables cambios debido a cuestiones de índole política, en un juego en el cual la práctica médica ha sido un instrumento para alcanzar objetivos propuestos por los discursos coloniales y nacionales. Más recientemente, María Zárate (2018) plantea que la lucha por el conocimiento y práctica del parto no puede comprenderse por fuera de una disputa mayor que se visibilizaría desde el Antiguo Régimen al intentar aplacar a un amplio sector de la población indígena que ejercía la medicina informal bajo las denominaciones de shamanes, saca muelas, parteras, entre otros. Eran estos quienes poco a poco debían abandonar sus

prácticas adquiridas empíricamente a través de la instalación de normativas imperiales y locales, siendo las parteras las menos afectadas por dichas normas al no existir un sistema de control y abastecimiento de este servicio que pudiera hacer efectivas estas propuestas. Este punto es importante porque la partera tradicional, o empírica, participaría de una doble esfera de contención tanto en cuanto a su rol como mujer con acceso a conocimientos primordiales, y poder sobre el cuerpo. Por ejemplo, esta disputa por el conocimiento es mencionada para el caso de la medicina peruana del siglo XX por Marcos Cueto, quien menciona que los intelectuales médicos pensaban que no había nada que aprender de la población indígena. Así plantea que:

Esta actitud reflejó los prejuicios coloniales creados por las necesidades de la dominación. El desprecio de la cultura nativa estuvo en función del sistema de estratificación en el cual el indígena ocupaba el último lugar de la sociedad. Para la élite blanca educada, Europa y no el Perú Andino, era la fuente principal de ideas. Esta actitud se mantuvo a pesar del hecho que la población indígena preservó durante siglos, un conjunto extraordinario de tradiciones científicas y tecnológicas” (Cueto 1989, 54-55).

Otro tema importante para tomar en cuenta es que parecería que la biomedicina hace parte de un sistema que la incluye en los proyectos nacionales, regionales y globales. Al respecto, Kim Clark plantea que la primera mitad del siglo XX se vio definida por un gran crecimiento de la ciudad de Quito, escenario en el cual se desataron una serie de epidemias que afectaron a niños y niñas. Esta crisis sanitaria habría impulsado un proyecto específico para las mujeres. Clark argumenta que “personas con proyectos políticos muy distintos estaban de acuerdo en al menos un asunto: que la dimensión más importante de la identidad femenina era la de madre y que el lugar apropiado para las mujeres era la esfera doméstica. Esto fue visto como un asunto de trascendencia nacional” (Clark 1995, 187). Siguiendo este planteamiento, Soledad Varea (2007) reconoce que, si bien un discurso maternalista primó desde inicios del siglo XX, es desde la década de los 80 que el discurso estatal en Ecuador cambia para incorporar a las mujeres a los cánones de la Ilustración, donde la madre ilustrada asume un nuevo lugar en la sociedad debido a que a este nuevo tipo de mujer se le considera una madre madura que podría criar mejor de sus hijos e hijas. Esto derivaría en medidas que podían mejorar las condiciones de las niñas y niños que a inicios de siglo morían, por lo cual se implementaron una serie de programas para conservar la vida de los infantes bajo el discurso

de poblar la nación. De manera similar, De Luna Freire, Bonan y Nakano han planteado para el caso brasileño que:

In the second half of the century [XX], increasingly complex-multi-directional and multifocal medicalization processes started to grow and be reconstituted through social practices and forms that emerged from biomedicine, which was increasingly dependent on technical and scientific innovations, immersed in the economic rationale of late, neoliberal, global capitalism, which it imposed as a regime of truth over life itself (...) a conjunction of forms of power and subjectivization whose substrate is the vitality of the body on its molecular level (De Luna Freire, Bonan y Nakano 2018, 2).

En este contexto, podría decirse que los discursos y prácticas médicas en la segunda mitad del siglo XX, justificaron el control de los cuerpos femeninos a través de técnicas y tecnología biomédica, redes de regulación y producción de subjetividades en las cuales se articulan tanto el pensamiento neoliberal como la globalización. Así, la idea general que, De Luna Freire, Bonan y Nakano plantean es que desde 1960 los medios de comunicación han jugado un papel relevante en la mediación de estas informaciones con la finalidad de internalizar el conocimiento biomédico y la comprensión de la maternidad, así como a la práctica a través de instituciones, obteniendo como resultado un número elevado de mujeres que consumen este tipo de informaciones en el mundo occidental.

Es fundamental comprender que los procesos de globalización y el neoliberalismo son elementos claves para la comprensión de los procesos de medicalización del parto, así como la comprensión socio cultural de la maternidad que se vivieron en el período pos Segunda Guerra Mundial, debido a que es a partir de este momento que se crean una serie de programas y proyectos globales y regionales, a través de instituciones tales como la Organización Sanitaria Panamericana e instituciones de filantropía para la inversión e intervención en materia de salud reproductiva en regiones del hemisferio sur. Estas, a su vez, estarían dotadas de cierto poder basado en la profesionalización que les dotaba el acceso a certificaciones y conocimientos adquiridos en los países e instituciones educativas de alto renombre internacional ubicadas en los países que eran denominados como del primer mundo, y en este período particularmente en relación con los Estados Unidos de América y las

organizaciones médicas internacionales con sede en dicha nación. Así, luego de la Segunda Guerra Mundial, América Latina vendría a convertirse en destinataria de planes y proyectos aplicados por estas instituciones internacionales, lo que resultaría en la implantación de importantes cambios en las matrices educativas, culturales, científicas y tecnológicas locales. Es así que las fuentes con las que se trabaja en esta tesis de investigación son fuentes que certifican o validan de alguna manera el conocimiento al ser parte de instituciones científicas (como las revistas) y de validación de información (como las monografías/tesis de las estudiantes).

Siguiendo esta reflexión, Lossio, Iguñiz y Romero (2018), para el caso de Perú, sostienen que a lo largo del siglo XX la manera en la cual se ha concebido el parto fue cambiando, pasando de ser una práctica que acontecía en el ámbito doméstico para pasar a ser parte de un aparataje institucional a través del uso tecnológico de la ciencia. Dicho proceso aportó en la consolidación de los actores de la biomedicina como “portadores de conocimiento técnico y autoridad no solo sanitaria sino política y moral, y, por otro lado, consolidar una objetivación del cuerpo de la mujer y convertirlo en su especialidad de estudio” (Lossio, Iguñiz y Romero 2018, 944). Este hecho social fue apoyado mediante procesos de posicionamiento comunicacional que sin duda buscaron tener una injerencia en el pensamiento social y de las familias, procurando un efecto educativo en las madres, así como un confinamiento de la práctica en el orden institucional. Al respecto, este grupo de autores sostiene que:

Dichos cambios fueron guiados en las primeras décadas del siglo XX desde los principios del patriarcado por una concepción utilitaria de la mujer que respondía a la construcción de una imagen (que enfatizaba su rol como procreadora), a prejuicios raciales y de clase, exacerbados por procesos de migración del campo a la ciudad y por la industrialización (que llevaban a un trato diferenciado), y preocupaciones poblacionales influenciadas por corrientes como la eugenesia (que requería de una población más sana y fuerte para alcanzar mayor crecimiento económico). Estos cambios contribuyeron a crear un discurso científico que se aplica en detrimento de parteras, curanderos y herbolarios (...) y consolidar un sistema sanitario jerárquico, patriarcal, urbano, dominado por los médicos. A medida que el país se urbanizaba, la élite médica se consolidaba y el acceso a las instituciones de salud dominadas por médicos se expandía (Lossio, Iguñiz y Romero 2018, 944).

En este punto, cabe traer a colación que los instrumentos de difusión impresos a lo largo del siglo XIX como en el siglo XX jugaron un papel central a la hora de posicionar ideas en la discusión pública o en los círculos a los cuales dichas herramientas estaban dirigidas. Así, Jean-Pierre Rioux afirma que estos impresos constituyeron una suerte de red:

de las mediaciones y de los mediadores, en el sentido estricto de una difusión instituida de saberes y de informaciones, pero también, en el sentido más amplio, de inventario de los `transmisores`, de los soportes vehiculares y de los flujos de circulación de conceptos, de ideales y de los objetos culturales (Rioux 1999, 22).

En este contexto, se evidencian una serie de vaivenes en cuanto al rol asignado a la partera - empírica, así como también a las mujeres en la biomedicina -obstetricas y enfermeras- lo cual está relacionado a la diversidad de agentes pugnando por dar sentido a esto que hoy se intenta comprender como maternidad y parto.

Por el lado de la cuestión institucional, llama la atención los diversos roles que ha jugado la Maternidad de Quito desde el siglo XIX. Kim Clark (1995) plantea que esta institución se constituyó en estatal bajo el régimen liberal de la primera mitad del siglo XX, cuando fue encabezada por su primer director, el doctor y obstetra Isidro Ayora, formado en Alemania y en honor a quien pasó a denominarse la Maternidad Isidro Ayora. Pero lo que me interesa en esta investigación es precisamente completar la figura que se forjó alrededor de la maternidad desde dicha coyuntura. Es decir, ¿cuáles eran las prácticas que en esta maternidad se daban alrededor del parto a mediados del siglo XX? ¿qué rol jugaban las obstetricas y las enfermeras en dicha institución? Así como ¿cuál era el papel que los médicos jugaban en él? Estas son el tipo de preguntas que este trabajo de tesis plantea y busca perspectivas y enfoques para sus posibles respuestas.

En cuanto a las fuentes analizadas para elaborar esta tesis, se contó con las siguientes fases: la primera fase fue indagar en fuentes secundarias, que acabo de presentar, las cuales permiten comprender grosso modo la problemática de la maternidad como campo de disputa entre diversos agentes. La segunda fase fue indagar en fuentes primarias con los cuales se van a presentar los argumentos de esta tesis en los siguientes capítulos. La primera serie de estas

fuentes consiste en los boletines de la Organización Panamericana de la Salud, colección que se encuentra en el Archivo de la Medicina de Quito. La segunda serie de fuentes primarias proviene de la Revista Ecuatoriana de Pediatría y la Revista de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, colecciones que están ubicadas en el Archivo Espinosa Polit de Quito. En tercer y último lugar, se tienen las tesis de la Escuela Nacional de Enfermería y monografías de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador que se encuentran en el Fondo Maternidad de Quito del Archivo de la Medicina de Quito. Como se puede apreciar, las fuentes son mayoritariamente revistas de difusión de información de organismos médicos a nivel internacional y nacional; así como documentos que acreditan la profesionalización de enfermeras y obstetrices en Quito.

Esta tesis está organizada en tres capítulos. El primer capítulo aborda la perspectiva de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la maternidad. Así se desarrolla un marco del contexto histórico internacional en el que se presentan los procesos de modernización de los Estados en la región de las Américas, mismos que fueron llevados a cabo con el apoyo de relevantes aportes de organismos y fundaciones internacionales. Para ello se estudia como fuente primaria el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre los años de 1950 y 1967. Uno de los hechos históricos en los cuales se trabaja es el contexto posterior a la Segunda Guerra Mundial donde el poder político, económico y cultural pasaría a consolidarse por parte de los Estados Unidos. En este marco, serían precisamente los Estados Unidos los llamados a apoyar financiera, política y técnicamente el desarrollo y progreso de los Estados latinoamericanos. El apoyo de este país estuvo dado desde el ámbito educativo, pasando por la salubridad de la región. De igual manera se convirtió en un referente en cuanto a los procedimientos adecuados para la atención al parto y la comprensión de la maternidad, poniendo como principal actor a los médicos encargados directamente de atender los partos, así como de entregar el rol a las mujeres enfermeras de acompañar y asistir a estos médicos en dicha tarea. Por otra parte, se indaga en los discursos sobre la mortalidad materno infantil que el Boletín recoge en sus páginas en el período antes mencionado.

El segundo capítulo deja el ámbito continental y dirige su atención hacia lo nacional. En particular, se analiza la sección “Fragmentos” de la Revista Ecuatoriana de Pediatría para rastrear y examinar cómo el flujo de ideas que estaban circulando a nivel continental repercutieron, o no, en el ámbito ecuatoriano. Luego, a modo de contextualización se aborda

los inicios de la Maternidad Isidro Ayora, así como de las políticas llevadas a cabo para diferenciar el rol de la biomedicina en la práctica del parto en oposición al trabajo que habían venido llevando las empíricas en esta materia. Otro tema relevante que es analizado en este capítulo es el rol que fueron jugando las mujeres en la práctica biomédica alrededor del parto, práctica que a inicios de siglo estaría comandada por las obstetrices cuyos estudios académicos se desarrollarían en un período de menos de cuatro años. Finalmente, se profundiza en cómo en la Revista Ecuatoriana de Pediatría hace referencia principalmente a la educación de las mujeres desde la puericultura para que estas puedan al mismo tiempo educar a sus hijos e hijas en diversos ámbitos. Entre ellos se encuentra la relación con la patria que debe mantener la maternidad, donde se demuestra que la medicina siempre estuvo ideologizada. Siguiendo a Clark, la puericultura como disciplina científica ya habría estado instaurada desde inicios del siglo XX así que los argumentos presentados serían una consecución de los esfuerzos de la biomedicina a lo largo del siglo.

Finalmente, el tercer capítulo profundiza aún más el ámbito local y analiza los discursos de las enfermeras y obstetrices anotados en las monografías y tesis que realizaron como requisito para graduarse de la Escuela Nacional de Enfermería y de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador. Estas investigaciones tienen un componente que refuerza el discurso biomédico en la lucha por diferenciarse de las prácticas empíricas alrededor de la maternidad y del parto, haciendo de él un campo netamente profesional. Las monografías de las obstetrices también abordan la relación de su labor con el fortalecimiento de la patria, demostrando la ideologización de la práctica profesional. Así, también se presentan las historias familiares y sociales de las pacientes que asisten a la Maternidad Isidro Ayora entre 1970 y 1973 permitiendo observar que la mayoría de las pacientes eran jóvenes y de familias proletarias. Por otra parte, se analiza el lenguaje médico y su complejidad como un dispositivo de control de los cuerpos gestantes. Adicionalmente, este capítulo aborda un tema que fue recurrente en las fuentes consultadas que es el aborto y su relación con la mortalidad materna en la época. Mediante estas historias clínicas se puede observar *in situ* la práctica médica que en cada caso particular se da.

En suma, a lo largo de esta tesis se muestra el papel que tuvieron los materiales impresos de difusión como de validación del conocimiento a mediados del siglo XX, en la construcción de

discursos y prácticas biomédicas alrededor del parto y la maternidad y su intrínseca vinculación con la arena política, económica y social.

Capítulo 1. La maternidad y el parto en las Américas: el caso del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

El presente capítulo analiza varios artículos publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre los años de 1950 a 1973. Estas publicaciones muestran dos dispositivos en el orden del discurso desde la institucionalidad internacional médica a nivel de las Américas: las enfermeras como agentes para el establecimiento de un orden simbólico alrededor de la práctica del parto, así como para incidir culturalmente en las mujeres pacientes para transformar la práctica del cuidado de sus hijos e hijas.

1.1. Oficina Sanitaria Panamericana en el concierto internacional del siglo XX

Primero, el siglo XX está marcado por procesos de modernización de los Estados en la región de las Américas. Esta modernización vendría dada por la creación de instituciones y procedimientos que las acompañan con la finalidad de obtener un mejor control sobre las poblaciones. Siguiendo a Zandra Pedraza Gómez (2004), en el siglo XX se inician acciones gubernamentales que tendrían como finalidad ser aplicadas sobre las poblaciones para cumplir con presupuestos modernistas, ligadas de aspiraciones de orden y progreso, influyendo así en las representaciones que se tenían sobre el cuerpo. Por su parte, Milagros Villarreal (2018) plantea que en el siglo XX surge “un régimen en el que cobró importancia la sistematización de iniciativas identificadas con el ejercicio biopolítico, dado que el Estado progresivamente asumió, como parte de su terreno de acción, el cuidado, la conservación y potenciación de la población” (Villarreal 2018,17). Este interés moderno se desplegó en un panorama internacional complejo. En este período varios organismos internacionales se crean, uno de ellos es la Oficina Sanitaria Internacional, en la ciudad de Washington, en 1902, misma que se convierte en la Oficina Sanitaria Panamericana dos décadas después. Respecto a este contexto institucional continental Villarreal sostiene que:

Las tareas de dichos organismos estuvieron directamente relacionadas con horizonte económico y político de aquellas décadas. Por una parte, se produjo la penetración y consolidación de la economía capitalista de cara a la cual el desarrollo de circuitos comerciales mundiales -uno de sus puntales- requirió del saneamiento de enclaves y sistemas de transportación. Por otra parte, el panorama bélico impulsó la acción de estos organismos

mediante la intervención profesional de médicos y enfermeras, el suministro de medicina y las labores de socorro civil y militar (Villareal 2018, 18).

En la posguerra se consolida el poder político, económico y cultural de los Estados Unidos sobre Latinoamérica. En este momento la política exterior de dicho país abandona el aislamiento que lo había caracterizado, y se suma, de manera decisiva, a la influencia que tenía Europa sobre el espacio americano. Eric Hobsbawm (1998) señala que para esta época “los Estados Unidos pese a sus numerosas peculiaridades, son la prolongación, en ultramar, de Europa y se alinean junto al viejo continente para construir la civilización occidental” (Hobsbawm 1998, 24). Respecto a la situación particular de la influencia estadounidense en el desarrollo de la institucionalidad médica en el continente, Marcos Cueto señala que:

Cumming dirigió la Organización [Sanitaria Panamericana] en un período en el que se relanzó el panamericanismo como un componente esencial de la relación entre los Estados Unidos y América Latina en el contexto de la posguerra. Una de las transformaciones políticas relevantes en esta relación comenzó al final de la Primera Guerra Mundial (1914-1919) (...) A partir de la posguerra, la economía norteamericana creció como ninguna otra en el mundo, especialmente en comparación a Europa. En los años veinte, Estados Unidos era el principal exportador del mundo y el primer importador luego de Gran Bretaña: absorbía casi el 40% de las importaciones de los 15 países con el comercio más intenso (Cueto 2014, 57).

La Política del Buen Vecino, a través de la cual Estados Unidos actuaría a partir de la década de los 20 y hasta inicios de la Segunda Guerra Mundial, incluyó una serie de relaciones de cooperación que permitieron que jóvenes talentos de la región estudiaran medicina en universidades de este país a través de becas y donaciones. Mientras que, en América Latina “los años comprendidos entre las dos Guerras Mundiales representaron una dura prueba económica y política (...) productos agrícolas como el cacao, que dependían del consumo europeo, colapsaron” (Cueto 2004, 58). La primera parte del siglo XX permitió el despliegue necesario para organizar una compleja red de relaciones internacionales en materia de salud a nivel internacional que sea capaz de alcanzar sus objetivos de cara al ideal de progreso para la región. Así, en la “Conferencia Sanitaria, celebrada en Lima en 1927, se acordó que la institucionalización de las modificaciones propuestas en el Código significaba la creación de ministerios de sanidad” (Cueto 2004, 61).

Cueto (2004) trae una referencia que corrobora la existencia de un interés genuino en mantener una relación entre la Oficina y las autoridades locales de América Latina en la que plantea que John D. Long, el funcionario más destacado de campo de la Organización Sanitaria Panamericana, fue enviado en 1923 a “visitar a las autoridades de salud de Bolivia, Chile, Cuba, Ecuador, Panamá y Perú, donde en poco tiempo aprendió español (...) En Quito y Panamá hizo que los respectivos arzobispados de estas ciudades enviaran una carta con recomendaciones sanitarias a las autoridades religiosas y políticas” (Cueto 2004, 62). Los mecanismos de cooperación, el caso de John D. Long por ejemplo, dan cuenta de relaciones que son intrínsecamente políticas, económicas y culturales. Urgía entonces a la Oficina Sanitaria Panamericana tener contacto con los tomadores de decisiones a nivel local a fin de coordinar el impulso de políticas públicas sanitarias.

A poco tiempo de iniciada la Segunda Guerra Mundial, el organismo de salud de las Américas empezó a celebrar cada 2 de diciembre el “Día Panamericano de la Salud” en conmemoración de la fecha en que se inauguró la Primera Convención en 1902 (Cueto 2004, 67). Al finalizar la Segunda Guerra Mundial el panorama de la política internacional en materia de salud se movió a escala global, surgiendo así la necesidad de crear un organismo que permita la coordinación a nivel global:

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial se inició una discusión sobre la reorganización de la salud internacional. Los Estados Unidos, vencedores de la contienda, promovieron la creación de una organización política internacional única y eficiente, diferente a la Liga de Naciones, que yacía débil y desautorizada ya antes de empezar la Guerra. Esta nueva institución, que acabó siendo Naciones Unidas, planificó la creación de una serie de cuerpos técnicos especializados, con autonomía administrativa, entre los cuales estaba una organización “mundial”, “internacional” o “universal” de la salud (Cueto 2004, 74).

En 1947, Agnes Chagas sería contratada como asesora regional de enfermería para la Oficina Sanitaria Panamericana, lo que le imprimiría a este período un sello particular. Siguiendo a Cueto (2004) Chagas estuvo a cargo de investigar la situación de la enfermería en la región, así como de apoyar a gobiernos y servicios de salud en materia de enfermería. Además, Chagas “logró enlazar el deseo de ascenso social de muchas jóvenes, la profesionalización de la educación superior en enfermería y las necesidades de la administración y la práctica de la

enfermería” (Cueto 2004, 93). Fue una actora determinante en los procesos de profesionalización del parto en este período.

Chagas sintetizó el cambio en una profesión que se feminizó e incrementó en prestigio: antiguamente, cuando se mencionaba la palabra “enfermera” la gente imaginaba a una mujer desaliñada y sin capacitación profesional que trabajaba en los hospitales y que frecuentemente no sabía leer ni escribir. [Chagas continúa] En el presente, sin embargo, es muy probable que el término evoque a una mujer joven y pulcra, bien educada en su práctica, vestida con un uniforme blanco almidonado (Cueto 2004, 93).

En 1951, la Organización Mundial de la Salud realizó una reunión de uno de sus Comités de Expertos en la cual se reconoció por una parte la importancia de capacitar a los doctores, pero se hizo énfasis en dar una mirada a la capacitación de las enfermeras en el mundo. Durante esas décadas, se hizo evidente el importante rol que debían jugar las enfermeras. En ese sentido:

By the 1960s it became evident that training of nurses was hampered by the fact that there were not enough qualified nursing educators. It also became clear that population health depended not just on medical care but also on the need to give advice on the prevention of illness. Many of auxiliary workers and nurses, drawn from local communities, were able to do this more effectively than doctors. (...) The first priorities of WHO were malaria, tuberculosis, venereal diseases, maternal and child health, and environmental sanitation (WHO 2017, 2).

Adicionalmente, la Organización Mundial para la Salud tenía claro que el campo de la enfermería era vital debido a su relación con la maternidad y, específicamente, con los conocimientos alrededor del parto:

[WHO] Was driving by multiple concerns – the shortage of all types of nursing and midwifery personnel, the existence of many different methods for ensuring their adequate supply (including countries applying different approaches within their entities to finding a solution to the shortage of personnel), and the need for training, recruitment and employment standards. The responsibility for advancing midwifery services in the world rested with the nursing sections of the Organization during the early years (WHO 2017, 3).

Como consecuencia de ello, en 1954 se realizó la *WHO Expert Committee on Midwifery Training*. Esta sesión del Comité identificó que cualquier tipo de avance en materia de atención al parto debía ser comprendida en relación a las costumbres, creencias y prácticas tradicionales del lugar en el que se prestaba el servicio. En esta reunión:

three types of midwifery personnel were discussed: the traditional birth attendant, the auxiliary midwifery, and the fully-trained midwife. Noting that in some countries midwifery training was a specialty based on nursing and that this trend was increasing, it agreed that, where possible, midwifery training should be given jointly with nurses (WHO 2017, 10).

Como se puede observar, el rol de las enfermeras tuvo una relación intrínseca con la práctica del parto, y su anclaje con la labor de las obstetras quienes aún seguían atendiendo partos de manera directa, como se evidenciará en capítulos posteriores. Es por ello que los programas, planes y acciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Sanitaria Panamericana a mediados del siglo XX estarían enfocados en fortalecer las capacidades asociadas con este particular. Adicionalmente, cabe recalcar que en este período los procesos de urbanización jugaron un papel fundamental en el despliegue del trabajo que las enfermeras realizaban debido a la proliferación de hospitales en las ciudades. Así:

As the century progressed, a combination of societal forces pushed birth into the hospital. With the onset of industrialization, the social environment and work patterns of families changed, such that extended family and female friends were no longer available to attend home births. Urbanization, with its crowded and often unsanitary living conditions, gave an added impetus for moving childbirth from home into the rapidly increasing numbers of hospitals (...) In addition, the rapidly expanding medical science of the era offered new options at a time when death in childbirth was a frightening, too-common expectation for women and their families (Rinker 2000, 101).

En este contexto, cabe observar que las enfermeras jugaron un rol fundamental en acercar a las mujeres a la práctica del parto hospitalario. Para ello la enfermera debía estar entrenada de tal manera que se convirtiera en productora y transmisora de un conocimiento científico que tuviera alcance y contacto con la población.

1.2. El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: dispositivo para legitimar el conocimiento científico

El discurso biomédico sobre la maternidad es un constructo que se ha ido transformando a lo largo del tiempo de acuerdo al contexto histórico que cada momento demanda. Al respecto, Freire, Bonan y Nakano (2018) plantean que:

The early decades of the twentieth century witnesses the development and legitimation of medical knowledge geared towards the rational rearing of children, by spreading the rules of puericulture, or infant hygiene, and getting women to observe them, constituting what has been called “scientific motherhood” [...]. At that time, however, getting pregnant, navigating pregnancy, and even delivering a child were largely experiences that took place away from medical regimes [...]. By the end of twentieth century, this had changed dramatically: contraceptive technologies call for rational birth control; with effective diagnostic methods, pregnancy should be detected at an early stage; news of pregnancy immediately prompts a quest for medical services, where it is the object of technological interventions are part of the “natural” birthing environment; and public health services aspire to attain 100% coverage of prenatal services and professionally assisted delivery (Freire, Bonan y Nakano 2018, 2).

Abonando a este marco, estos procesos de medicalización y pedagogización del cuerpo femenino están articulados al desarrollo científico y técnico, al pensamiento neoliberal y a la globalización como tal. De esta manera, las prácticas reproductivas vienen acompañadas de regímenes técnicos y tecnológicos que se internalizan en las decisiones que adoptan las mujeres para mantenerse sanas durante y después del embarazo.

Dicho esto, instituciones como los medios de comunicación y la educación no son ajenos a dichos procesos, debido a que son estos precisamente los encargados de difundir y reproducir conocimientos que influyen en la construcción del pensamiento y la cultura. Freire, Bonan y Nakano (2018) dan luces al respecto, planteando que desde 1960 diferentes medios como programas de televisión y revistas han mediado estos procesos desde varias perspectivas:

With its great potential to present, amplify, circulate, and give meaning to social change, the media is important for translating new knowledge and propagating new norms [...]. Especially at times of “cultural revolution” -namely, in the post-War decades- it has been mediator of negotiations of meaning [...]. Women’s magazines have been particularly important for showcasing, translating, and providing information about medical and scientific news for women from different social classes and propagating ideas, values, practices, and products relating to their bodily, sexual, and reproductive experiences [...] (Freire, Bonan y Nakano 2018, 3).

Si bien dichos medios de comunicación se expandieron teniendo en mente un público de consumidoras femeninas, otro tipo de dispositivos de comunicación fueron desarrollados desde el ámbito mismo de la institucionalidad médica. Uno de ellos es el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Si bien su metalenguaje se encuentra dedicado a un grupo restringido de lectores, en este caso los agentes de la salud en la región, continuó siendo un medio de difusión de ideas y programas que permitieron asentar el parto hospitalario en su vínculo con el quehacer de las enfermeras y obstetrices, así como de comprender la maternidad.

Así, la Oficina Sanitaria Panamericana como institución internacional interesada en promover su labor también generó su propio medio de comunicación a través de un boletín que se mantendría publicando a lo largo del siglo XX. El primer Boletín se publicó en 1922, y este recabaría los aportes de notables científicos en materia de salud pública. Para 1951 el Boletín tendría una periodicidad mensual, sería gratuito para las autoridades de la región, sus artículos serían reconocidos como originales y un dato interesante estaría asociado a su crecimiento: “1.446 páginas y 7.400 ejemplares de los cuales, 7.115 eran para suscriptores y, de ellos, 6895 se distribuían en las Américas. El Boletín adquirió un carácter más científico” (Cueto 2004, 90). El Boletín alcanzaría un posicionamiento relevante a nivel internacional y sería objeto de colección a la postre. En suma, el Boletín se convirtió en una ventana abierta que permitiría observar los planes, programas, investigaciones, conferencias, resoluciones y demás temas concernientes a la labor desempeñada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Entre 1950 y 1967 el Boletín publicó una serie de artículos relacionados con la labor de la enfermería en la región, como veremos a continuación. Por medio de estos casos, se evidencia, por una parte, la relevancia que la Organización Sanitaria Panamericana dio a esta

área de la salud pública. Por otra parte, permite observar los imaginarios que en este período circularon alrededor de la enfermera y su relación con el parto.

1.3. Las enfermeras y el parto en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre 1950 y 1967

Como se ha visto, la Oficina Sanitaria Panamericana puso en la arena internacional a las enfermeras como actor relevante a la hora de hablar de maternidad y práctica del parto. Esto se va a materializar por medio de varios programas que incluirían la promoción de congresos de enfermeras para trabajar en materia obstétrica, apoyos para la reforma de currículos educativos de las escuelas de enfermería, y financiamientos para el desarrollo de planes nacionales direccionados a obtener mayor cobertura territorial de la salud, incluidos los relacionados con materia obstétrica. Un ejemplo de los programas llevados a cabo es el de formación de enfermeras. En 1952, se llevó a cabo un curso que fue denominado “Primer Curso para Instructoras de Enfermería”, en México. En el informe elaborado por Hilda Lozier, la asesora en enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana, reporta que el curso incluiría entre las materias Enfermería Obstétrica, entre otras. Adicionalmente, plantea la “modernización del plan de estudios en las escuelas de enfermería, especialmente en lo que se refiere a la integración en la enseñanza de los conceptos sociales y de higiene” (Lozier 1952, 655). Por otra parte, los planes de enfermería y planes educativos para profesionalización se propagarían en lo local. El Boletín presenta una serie de artículos relacionados con ello en el período de estudio. Entre ellos se tienen el artículo titulado “Plan de Enfermería” de la enfermera jefa de Servicios de Salud Pública, secretaria de Salubridad, Educación y Asistencia Social de los Estados Unidos, Lucile Petry Leone, quien presentaría la relevancia de un plan para que se puedan medir los resultados de las acciones emprendidas en materia de enfermería. Así, menciona que hay tres tipos de pacientes, y las mujeres gestantes entrarían en el tercer grupo: “Y tercero, necesitan saber cómo mantenerse bien y prevenir enfermedades y lesiones” (Petry 155, 312).

Por otra parte, varios esfuerzos evidencian la existencia de una clasificación entre las enfermeras para la Oficina Sanitaria Panamericana: las enfermeras profesionales y las enfermeras empíricas. Al respecto, Agnes Chagas, jefe de la sección de enfermería de la OSP,

en su artículo publicado en 1952, en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, titulado “La educación de enfermeras en América Latina” manifiesta que:

Se encuentra una serie de variaciones e interpretaciones del término “enfermera”. Sin embargo, un reciente estudio de escuelas de enfermeras en América Latina señala un hecho alentador: en este hemisferio se comprende ya que la enfermera empírica (...) está muy lejos de ser una verdadera enfermera y este concepto ha trascendido tanto que ha sido fundada en todos los países por lo menos una escuela de enfermeras (Chagas 1952, 48).

La disputa simbólica y en la práctica por la enfermería seguiría siendo un hecho a mediados del siglo XX. Por otra parte, en el cuadro IV del artículo de Chagas, se muestra el programa educacional de 68 escuelas de enfermería en Latinoamérica, y afirma que sólo 19 de 25 escuelas que pudo evaluar en la región reciben enfermería obstétrica como experiencia práctica. Adicionalmente, Chagas enumera las mayores insuficiencias de las escuelas de enfermería, entre las cuales destaca que:

- (1) Nueve escuelas no enseñan artes de enfermería, por lo que resulta prácticamente imposible en un todo para las estudiantes aprender enfermería;
- (2) Veintiséis, o sea el 50 por ciento de las escuelas, o no proporcionan suficiente experiencia en los cuatro campos básicos para enfermería (medicina, cirugía, pediatría, y obstetricia) o no disponen de supervisión por una enfermera graduada durante el entrenamiento (Chagas 1952, 56).

La observación de Chagas plantea un panorama en el cual los esfuerzos internacionales por promover la enfermería deberían ser arduos en materia de salud pública para alcanzar sus objetivos a nivel local. De ahí las atenciones que Chagas daría a las negociaciones con autoridades locales y sanitarias, como ya se ha mencionado. Para la jefe de enfermería de la OSP, entonces, la arena de la cultura se convierte en el campo de disputa del sentido sobre la enfermería:

Si los administrativos de hospital, en su capacidad de miembros del Comité Asesor de las escuelas de enfermería, pudieran hacer ver a las autoridades gubernamentales y público en general, especialmente a las jóvenes con educación básica requerida, la gran diferencia que existe entre la enfermera moderna y la antigua, carente ésta de todo programa educacional (...) rendirían un servicio inapreciable a la profesión de enfermería (Chagas 1952, 57).

Queda claro, por otra parte, que también en este período hay una disputa latente por el sentido de lo que es la enfermera, como ya se ha observado con anterioridad. Pero abonando a esta discusión en las esferas internacionales en el ámbito institucional también se buscaba promover una representación de la enfermera que respondiera a sus intereses. Así, en 1956 se llevó a cabo la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, cuya temática fue “Las enfermeras: su educación y su misión en los programas sanitarios”, en la que les reconocieron ciertas funciones esenciales como:

Actuar como educadora o consejera sanitaria de los enfermos y de sus familias en los hogares, en los hospitales o sanatorios, en las escuelas y en las fábricas o talleres. La enfermera mantiene con los enfermos y sus allegados una relación asidua e íntima, mientras los médicos deben optar por una postura más distante y objetiva, así la enfermera puede ganar confianza de las familias, lo que la coloca en situación muy favorable para comunicar en un lenguaje sencillo ciertas nociones científicas que sus interlocutores podrán comprender, aceptar y poner en práctica. (OMS 1957, 273).

Otro acercamiento que se hace en lo relacionado a la enfermera es la proyección de una figura materna en el hospital. Así, en 1952 Catherine McClure planteó que:

La enfermera, doctor o educador sanitario es una autoridad para el paciente de cualquier edad Tanto para el niño como para el adulto enfermo que a menudo vuelve a caer en la niñez, el médico es una figura paterna y la enfermera una figura materna. Si el médico o la enfermera se muestran autoritarios y egoístas en lugar de ser paternos y generosos, aumentarán la tensión mental y la ansiedad del enfermo y se agudizarán en él los sentimientos de inutilidad e inferioridad (McClure 1952, 157).

En estos dos últimos extractos se puede observar las formas en las cuales se promueve observar a la enfermera como una madre atenta y al médico como un padre distante, buscando reproducir en el espacio del cuidado de la salud la figura de la familia nuclear basada en la moral y el amor donde existen evidentes jerarquías y roles asignados a sus integrantes.

Este particular abre la discusión del papel que los hombres intentaron adquirir en la práctica del parto a lo largo de la historia, en particular en el siglo XX, y de cómo se intentó que las mujeres pasen a ocupar un papel secundario en esta práctica a través de la introducción de la enfermera como asistente del médico en el parto, pero que sin embargo siguió siendo un campo de disputa pues la realidad rebasaba estos intereses. Al respecto Borges, Sixto y Sánchez plantean que:

Casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el siglo XX, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la Medicina (Borges, Sixto y Sánchez 2018, 1).

En este extracto se observa que se dieron intentos por reducir la esfera de la práctica del parto a una práctica masculinizada. Sin embargo, esto continuó siendo un terreno de disputa pues a pesar de que los hombres tuvieron una importante injerencia, en particular desde la llegada de Isidro Ayora, luego de culminar sus estudios en ginecología en Alemania, en la tarea de atender los partos, las mujeres desde la obstetricia continuaron con esta práctica como se verá en capítulos posteriores.

Por otra parte, McClure (1952) explica que “ocasiones tales como embarazo, parto, puerperio, edad infantil, accidentes ocurridos en la niñez (...) son otras tantas situaciones provocadas de inquietud y ansiedad ante las cuales el paciente se siente incapacitado y desvalido” (McClure 1952, 160). Esta perspectiva podría aclarar la situación en la cual se encuentra una mujer en etapa de gestación en relación con la institución sanitaria. Es decir, que se da por sentado que una mujer en etapa de gestación se siente incapaz de poder enfrentar la situación en la que se encuentra y por ello se justificaría la intervención del profesional médico calificado. Al

respecto McClure (1952) manifiesta que: “toda persona enferma o víctima de traumatismo, ya sea tratada en su hogar o en el hospital, entra en una nueva fase experimental de su vida que podrá soportar mejor, si cuenta con la asistencia de alguien capaz de comprender sus ansiedades y temores naturales” (McLure 1952, 161). Por su parte. Glete De Alcantaro plantea que:

La enfermería, como función social, ejerce una cierta acción, al mismo tiempo que está sometida a la reacción de otras fuerzas sociales. Desde este punto de vista, una escuela de enfermería, enraizada en una colectividad, ejercerá influencia sobre otras instituciones sociales y contribuirá a la transformación de las normas de conducta y de las actitudes en favor de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (De Alcantaro 1955, 435).

Este extracto del “Plan de Estudios de las Escuelas de Enfermería”, publicado en 1955 por Glete De Alcantaro, por entonces directora de la Escuela de Enfermería de Riberão Preto, en São Paulo, Brasil, reconoce a la enfermería como un dispositivo para el control de la población, y en particular la resalta como herramienta de transformación de normas de conducta y actitudes. De Alcantaro explicará que la enfermería es una profesión que se relaciona con los problemas cotidianos y con necesidades humanas motivo por el cual estaría expuesta definitivamente al ambiente social, justificando de esta manera la necesidad de la interdisciplinariedad de esta profesión, relacionándola con la situación geográfica, demografía, estadística, económica, comunicativa y sociológica. Asimismo, admite que “Cuando una estudiante adquiere ideales, hábitos, actitudes, maneras de pensar, habilidades manuales que no poseía al ser admitida en la escuela, podemos decir que su comportamiento se ha modificado” (De Alcantaro 1955, 436) y así las enfermeras estarían preparadas para mantener el vínculo con el paciente, o la mujer gestante. Además, De Alcantaro señala que “hasta el momento nuestras escuelas han seguido un programa de enseñanza semejante al de las escuelas de los hospitales de los Estados Unidos, trasplantado, en 1923, por un grupo de enfermeras norteamericanas” (De Alcantaro 1955, 437). Esto demuestra la relevancia de la profesionalización de la enfermería a nivel continental, así como el movimiento de mediana duración que marcaría el siglo XX en tanto que los centros de referencia educativos para Latinoamérica pasarían del polo europeo al polo norteamericano en materia de salud, y varios otros campos.

1.4. La mortalidad materno infantil en el discurso de el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

Como se ha visto, los temas relacionados a la planificación fueron relevantes a la hora de establecer estrategias institucionales a nivel internacional y nacional, con la creación de estrategias de gran impacto o planificaciones de las escuelas de enfermería a lo largo y ancho de las Américas. No podía decirse lo contrario de la planificación para los programas sanitarios que aparecieron para superar las problemáticas de la época. Uno de los discursos que acompañó estas planificaciones es el relacionado con la mortalidad materno infantil, debido a la influencia que la estadística ya tenía para esta época. El discurso de la mortalidad materno infantil aparece en el Boletín reiteradas ocasiones a lo largo del período estudiado en varios países de la región y, aunque no se publicaron artículos sobre este tema para el caso ecuatoriano, era a través de este dispositivo que se estudiaban y justificaban los planes y programas a implementarse. Esto se ve con mayor claridad en el artículo “La preparación de la estudiante de enfermería en aspectos de atención materno infantil en Colombia” de Pepa Ferro, publicado en el Boletín de 1967, donde la autora plantea que:

A fin de lograr una mejor comprensión de los problemas que demandan el máximo esfuerzo y habilidad de las enfermeras dedicadas a la atención materno infantil en Colombia, conviene presentar algunos datos estadísticos muy escuetos pero muy elocuentes:

- Las tres causas principales de mortalidad materna son las infecciones del embarazo, parto y puerperio; las toxemias del embarazo y del estado puerperal, y las hemorragias durante el embarazo y el parto.
- La tasa de mortalidad materna es de 2.4 por 1,000 nacidos vivos.
- Aproximadamente el 30% de la mortalidad total (todos los grupos de edad) y el 49% de la mortalidad registrada en menores de cuatro años se produce en niños menores de un año (Ferro 1967, 536).

Como se observa, en Ferro la argumentación estadística, aunque escueta es elocuente, y constituye en sí una prueba para implementar programas y planes por la salud y vida de las

mujeres gestantes. Bajo este locuaz argumento estadístico la biomedicina adquiere legítima posición para la acción en materia del proceso de gestación sobre el cuerpo de las mujeres. Dicho de otra manera, el campo intelectual de la biomedicina, en su acepción como “sistema de relaciones entre posiciones, obras, instituciones y un conjunto de agentes” (Altamirano 2008, 9), alcanza para ese momento, en nombre de la ciencia y la civilización, los argumentos necesarios para justificar su intervención directa sobre los cuerpos. Y de esto deriva su importancia como campo en la definición de macro políticas en materia de población y desarrollo. Sin embargo, Ferro reconoce que:

Es necesario dirigirse también a las estudiantes de enfermería, futuras compañeras de trabajo, a quienes cabría preguntar si han analizado las estadísticas, según las cuales el 65% de los partos ocurridos en todo el territorio de Colombia es atendido por comadronas que, en su mayoría, son analfabetas y carentes de las nociones más elementales de higiene, y cuyos cuidados, casi siempre no sujetos a guía o control alguno, pueden entrañar serio peligro para la madre y el niño. Esas mismas estadísticas indican que en algunos sitios del país los partos atendidos por comadronas llegan aproximadamente al 90 por ciento (Ferro 1967, 537).

Ferro muestra que para el caso colombiano en 1967 el parto medicalizado todavía no se había institucionalizado, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo en el ámbito internacional. En este particular, interesa resaltar la aparición de la figura de la comadrona como la antagonista de la biomedicina, así como el dato estadístico que presenta respecto del alto porcentaje en la práctica del parto que se daba por fuera de las instituciones sanitarias, lo que refleja el interés en registrar la participación de un actor que, aunque dominante, actúa por fuera la institucionalidad médica formal. En el artículo, Ferro se pregunta a sí mismo el por qué de esta situación. Y a modo de respuesta manifiesta que:

Pareciera que aun no se ha logrado totalmente inculcar ciertos conceptos a quienes han decidido dedicarse a la enfermería materno infantil. Esos conceptos se refieren a la condición humana de la madre y a la necesidad de tener presente en todo momento que esa condición debe ser inviolable, lo que requiere considerarla en primer término en cualquier etapa de la atención de enfermería (Ferro 1967, 537).

Aquí la autora deja entredicho que la respuesta a la posible incapacidad de cubrir a más población en la atención del parto sea debido a una escasa interiorización por parte de las enfermeras de lo que significaría el proceso de gestación para las mujeres. Si esta perspectiva es viable, es posible también que la relación de las comadronas con las mujeres gestantes sea el factor que hace que las éstas en su mayoría prefieran ser atendidas en sus casas y no en una institución médica, poniendo en el campo de fuerzas factores culturales que serían parte de este hecho.

De manera similar, María Hernández, enfermera de Salud Pública y subdirectora de Enfermería Sanitaria de la Dirección General de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, manifestó en 1964 que:

Es sabido que en la República Mexicana un gran número de partos los atienden personas carentes de preparación académica y que, en muchos casos, no están capacitadas para llevar a cabo esta función, lo que crea un problema de salud pública que, pese a su importancia, no ha sido bastante estudiado. El haber trabajado en los programas de control y adiestramiento de comadronas, los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, y por lo tanto, el haber tenido ocasión de constatar la gravedad que en nuestro medio rural alcanza la deficiente atención obstétrica, despertó una inquietud por conocer el problema en las zonas urbanas y muy en especial en la Ciudad de México (Hernández 1964, 155).

Este testimonio ratifica que la presencia de las comadronas, o mujeres no profesionales que atienden el parto era latente, y evidentemente era una preocupación que se asociaba a los índices de mortalidad materna e infantil, al ser partos que no estaban médicamente acompañados y por lo tanto no contaban con métodos que no eran de confianza de la biomedicina. Adicionalmente, Hernández plantea que:

El hecho de que el 33,3% sean atendidos por comadronas, en relación con los datos obtenidos sobre vigilancia prenatal, hace pensar seriamente en la necesidad de destacar la importancia de la atención del parto por profesionales, en las diferentes instituciones oficiales, de seguridad social o particulares, donde reciben las madres la atención prenatal. Ahora bien, el número de

partos atendidos por comadronas (33,3%), en una zona donde se cuenta con las facilidades médicas e institucionales, resulta una cifra excesiva (Hernández 1964, 158).

Como se puede apreciar, las estadísticas en distintos países latinoamericanos apuntaban a que las tasas de atención del parto por fuera de los sistemas de salud eran elevadas. Y era a través de estas herramientas estadísticas que los programas y planes de salud pública justificaban su accionar sobre la población, es decir el control de los cuerpos de las mujeres y su inducción a nuevas formas de concebir la maternidad y la práctica del parto, estas como prácticas de la biopolítica y de saberes especializados puestos al servicio del estado para ejercer control sobre la población, es decir prácticas de la gubernamentalidad. En este marco se muestra la necesaria relación que se debía establecer desde la oficialidad médica con las comadronas, con quienes ciertamente existía una suerte de contienda. Pero, por ello mismo, se hacía necesario conocerlas y registrarlas en un intento por absorberlas o relegarlas de la institucionalidad oficial que se estaba construyendo alrededor de la idea del parto. En este sentido, el estudio de Hernández muestra, con mayores detalles, que las madres que han acudido a comadronas pagaron entre 100 y 150 pesos, y los motivos por los que acudieron son múltiples:

Factores culturales, 86, 3%; factores económicos, 4,8%; por urgencia, 2,7%; y en un 6,2% no se pudo precisar el motivo debido a que el esposo fue quien decidió en la última instancia quién debía atender el parto. (...) Las madres se resisten a acudir a las instituciones hospitalarias por no tener quien se encargue de sus hijos y del cuidado del hogar; en cambio, la comadrona atiende en muchos casos el hogar y lava la ropa, por lo cual es considerada un miembro de la familia, en tanto que los titulares, al decir de ellas, “solo atienden el parto, cobran y no se les vuelve a ver”. La atención del parto por la comadrona es también una tradición familiar; así en Tacuba, hay una comadrona de mucho prestigio que ha atendido a tres generaciones, por lo cual sus clientes la siguen buscando, a pesar de ser una anciana de 90 años, sorda y reumática. (...) Se encontró que algunas madres preferían a la comadrona por la importancia que dan al nacimiento de sus hijos y por las “artes mágicas” de que se valen para protegerlos de “futuros daños”; por ejemplo, entierran el cordón umbilical en la casa, para que la criatura, cuando sea adulta no abandone el hogar; también entierran la placenta, para que no se pudra y evite enfermedades al niño (Hernández 1964, 159).

Los factores culturales, como explica Hernández, serían los de mayor influencia a la hora de tomar una decisión respecto del lugar al cual acudir para atender el parto, y lo que la misma autora plantea como curioso es que este índice sea tan elevado a pesar de estar ubicados geográficamente en un lugar con las facilidades para atender a un parto institucionalizado. Por otra parte, los factores que explican la situación en favor de las comadronas se relacionan al estatus que ellas adquirirían en el contexto comunitario, en particular, su valor y el respeto que se tenía por sus conocimientos, lo cual hacía de estas ancianas actores fundamentales para la continuación de la vida en los pueblos mexicanos. Comprender esto, permite observar en el tiempo que la disputa por la práctica del parto tiene un largo recorrido. Sin embargo, es en este período, a mediados del siglo XX, cuando se refuerza la necesidad por institucionalizar y/o formalizar la maternidad y el parto en particular en Latinoamérica con la finalidad de controlar el ritual íntimo del nacimiento de un nuevo ser.

Al respecto, Nilo Vallejo, jefe de la División de Educación para la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Pública del Perú, y José Cebrián, educador sanitario de la Unidad de Salud de Magdalena, en Lima, en su artículo titulado “Una experiencia educativa con madres en el Perú”, publicado en 1960 plantearon que:

Para poder interesar e inducir a la gente a adoptar determinadas actitudes y prácticas en relación con el cuidado de su salud, es imprescindible tomar en consideración sus creencias, sus aspiraciones, costumbres inveteradas y formas de comportamiento, de tal suerte que la acción educativa realizada por el equipo de salud pública se vea facilitada por la actitud receptiva de las personas a las que se trata de enseñar (Vallejo y Cebrián 1960, 238).

De esta manera, se observa en el caso peruano, tal como se había presentado en el mexicano, la particular característica que se le estaba asignando al naciente rol de la enfermera como supuesta “traductora” y/o “mediadora” entre la cultura popular y la cultura médica formal.

Volviendo al caso mexicano presentado por Hernández, ella también consultó a las entrevistadas las causas para reusarse a asistir a los servicios médicos y en orden de relevancia respondieron que:

- 1.- Por temor a las instituciones médicas por experiencias negativas propias o de familiares en cuanto a la atención del parto.
2. Por mal trato del personal médico y de enfermería durante la atención prenatal.
3. Por evitar la donación de sangre que requieren las instituciones.
4. Por haber sido atendidas previamente en su hogar.
5. Por no tener con quien dejar a sus hijos durante su permanencia en las instituciones.
6. Porque en las instituciones no permiten la entrada de familiares cuando ocurre el parto (Hernández 1964, 160).

Las respuestas que se observan aquí dan muestra de que la población entrevistada tiene motivaciones claras para no asistir a un parto institucionalizado, mostrando que la propia enfermera en el territorio estaría enfrentándose a la necesidad de transformaciones culturales importantes de la población para conseguir los fines pertinentes asignados por la medicina.

Para que la enfermera pueda convertirse precisamente en esa figura que ayudaría a reducir el número de pacientes que continuaban atendiéndose en los márgenes de la oficialidad de los hospitales, se le debía proveer de una sólida formación académico-institucional que le ayudaría a crear y transmitir confianza entre dichos pacientes. Al respecto, para el caso colombiano Ferro plantea que:

Teniendo en cuenta las necesidades de madres y niños en Colombia, es necesario que el curso básico de enfermería prepare a las alumnas lo suficiente en este aspecto, incluyendo además la atención del parto, a fin de permitirles actuar con seguridad en esta fase de la obstetricia. (...) Se supone que esta preparación incluye el conocimiento de las razones, el alcance y las implicaciones de la consulta prenatal y la asistencia del parto, así como del cuidado integral de enfermería que requieren tanto la madre como el recién nacido (Ferro 1967, 537-538).

En estas líneas, Ferro muestra la relevancia de la formación de la enfermera en materia obstétrica. Pero lo clave es que, aunque la atención y asistencia al parto son una parte central de la obstetricia, Ferro sostiene que su formación no debe solo reducirse a ello y más bien debe mirar hacia el “cuidado integral” de la madre y del recién nacido. Ese rol más abarcador de la enfermera aparece también mencionado por el Asesor Regional en Higiene Materno Infantil de la OSP y de la OMS, Alfred Yankauer, quien en 1966 mencionó que:

La maternidad, la crianza de los hijos y su alimentación son necesidades biológicas y culturales, y no manifestaciones patológicas. Dado que algunas de las prácticas que reflejan estas necesidades pueden contribuir al desarrollo de una enfermedad, una de las funciones del personal consistirá en influir en estas prácticas (Yankauer 1966, 496).

Yankauer reconoce en este extracto que las enfermeras en particular se convierten en un ejército en la región capaz de influir en la práctica de la maternidad, la crianza de los hijos y su alimentación, es decir, en la cultura de la sociedad de la época. Así, la enfermera se convierte no solo en una agente para atender el parto o para disminuir la mortalidad materno infantil en dicha circunstancia, sino que llegó a constituir un bastión de la institucionalidad con poder de alterar las costumbres de su época. Al respecto, Yankauer sostiene que:

El embarazo, el parto y las enfermedades de la madre y del niño son acaecimientos que, en mayor o menor grado, obligan a la madre a buscar ayuda y consejos de otras personas, de conformidad con sus tradiciones y creencias. La población que trata de obtener esta ayuda es “temporalmente seleccionada” (Yankauer 1966, 499).

En este extracto Yankeuer nuevamente pone en discusión el tema de la influencia que la enfermera puede tener en las mujeres en gestación debido al interés que estas últimas tendrían en ampliar su conocimiento al respecto. Sin embargo, deja claro que las tradiciones y creencias juegan un papel importante a la hora de seleccionar a qué lugar acudir. Y deja un indicio de que esta situación es pasajera al mencionar que la población que trata de obtener información desde la biomedicina aun es reducida o seleccionada pero que en breve crecerá, lo que justifica las planificaciones y programas que se multiplicarán en este período.

Hay múltiples aristas para el análisis de la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Varias perspectivas en cuanto a lo que sucedía en la región fueron vertiéndose en el período de estudio, siendo esta fundamental para enfrentar la pugna por la práctica del parto y el control de los cuerpos en gestación. Del mismo modo, el análisis de las mortalidades materna e infantil se constituyeron en el argumento estrella para justificar la aplicación de una serie de programas regionales y locales que desde la biomedicina fueran capaces de enfrentar esta realidad, y así acercar a las mujeres a la institución médica. Era esta una estrategia para mitigar estas muertes de mujeres, recién nacidos y niñas y niños que podrían ser evitables a través de ciertas prácticas médicas que disciplinan a las mujeres a través de una suerte de pedagogía de la maternidad y el parto, y donde el uso de la estadística en la medicina cobraría un rol relevante como se evidencia para implementar transformaciones culturales, médicas, técnicas y científicas en este campo. La mortalidad materna y la mortalidad infantil tienen un vínculo que conlleva a educar a las mujeres para evitar dichas muertes que podían prevenirse. Para ello, las enfermeras jugaron un rol relevante debido a que su relación maternal con las pacientes permitiría un vínculo emocional a través del cual se haría una transferencia a las madres para cualificar la experiencia del cuidado de sus hijos e hijas recién nacidas, convirtiendo a la enfermera en un agente de comunicación directa con las pacientes capaz de producir estas transformaciones debido a su formación profesional y a su acercamiento por su condición de mujer.

Dicho esto, cabe contrastar esta realidad con los índices de natalidad en la región de las Américas en la época. Para ello Verhoestraete y Puffer en 1957 plantean que:

Los niños constituyen una proporción muy alta de la población. El 35% aproximadamente de la población mundial corresponde a menores de 15 años. Sin embargo, en esto hay diferencias en las diversas partes del mundo. Mientras que el 28% de los habitantes de los Estados Unidos y Canadá son menores de 15 años, en los países de América Latina ascienden al 40% de la población total (Verhoestraete y Puffer 1957, 215).

El reporte de Verthoestraete y Puffer da cuenta de la situación demográfica de América en este período, mostrando un importante contraste en la población menor a 15 años existente en América Latina y Estados Unidos y Canadá. Los autores afirman que existe un importante número de pobladores menores de 15 años a Latinoamérica, convirtiéndola así en un foco de atención importante, pues, como se verá en el capítulo siguiente y como en este mismo capítulo se evidencia por los discursos presentados, podría decirse que esta elevada tasa de natalidad corresponde al ejercicio reproductivo a sus ojos excesivo que determinadas poblaciones de la región presentaron en este período.

Pasando al tema de la mortalidad infantil, para el caso ecuatoriano, Luis Camacho, subdirector del Departamento Nacional Materno Infantil del Ecuador, y Jerjes Vildosola, Consultor de las Naciones Unidas para la Dirección General de Estadística y Censos del Ecuador, publicaron en 1958 un artículo titulado “Algunos aspectos de la mortalidad infantil en el Ecuador” donde plantean que:

Se ha querido restar importancia a la mortalidad infantil como índice del estado sanitario, alegando que está formada por dos grupos: de 0 a 1 mes y de 1 a 12 meses. Este último grupo es el afectado casi exclusivamente por los factores ambientales exteriores, mientras el primero comprende las defunciones cuyas causas se relacionan con factores inherentes al embarazo y especialmente al parto. Esto, no obstante, debe recordarse que, en magnitud, los riesgos de uno a doce meses de edad, en los países de bajo nivel sanitario y cultural, son bastante mayores que durante el primer mes, pese al mayor riesgo natural de los primeros días de la vida y a la, por lo general, mala atención del embarazo y del parto. Tan es así que, en dichos países, la mortalidad infantil está constituida por dos tercios de mortalidad tardía (1 a 12 meses) y un tercio de mortalidad precoz o neonatal (0 a 1 mes) (Camacho y Vildosola 1958, 1).

Camacho y Vildosola explican que las defunciones de 0 a 1 mes estarían relacionadas con el embarazo y el parto, además de plantear una fragilidad natural de los primeros días de vida en los humanos que puede verse afectada por la mala atención de los mismos. La mortalidad infantil, como se observa, es un elemento que coadyuva al discurso biomédico sobre la práctica del parto institucionalizado. A esto se suman los problemas que las instituciones, como el Registro Civil, tenían para poder incorporar los datos de la totalidad de la población:

no es tampoco muy de fiar el número de menores de un año que se inscriben en el Registro Civil, ya que, al estudiar las cifras correspondientes a 1954, se obtuvo la casi evidencia de que el registro de defunciones no es completo, y es sabido que, cuando ocurre tal fenómeno, la mayor proporción de las defunciones no inscritas corresponden especialmente a recién nacidos, por quienes existe naturalmente menos interés en hacer trámites legales de inscripción (Camacho y Vildosola 1958, 2).

Los autores develan que todo este sistema se ha armado como parte de una red alrededor de la enfermería, y que sin duda recae también en el área de la estadística. La mortalidad infantil y el registro de este índice demográfico serían una ocasión relevante para mejorar los sistemas de recolección de información sobre población. De igual manera, Camacho y Vildosola explican que la tasa de mortalidad infantil puede aparecer con determinados hallazgos pero que es necesario comprender por qué esos datos han sido alcanzados. Para explicar esto de mejor manera proveen el siguiente ejemplo:

Se puede ver que sólo Chile tiene un índice de mortalidad infantil superior al de Ecuador, y es sabido ya que aquel presenta una de las tasas más altas conocidas, y no seguramente por ser esta la realidad, sino más bien porque en Chile la recolección de datos demográficos es mucho más completa que en muchos países, cuyas tasas de mortalidad son más bajas según las estadísticas (Camacho y Vildosola 1958, 2).

Este ejemplo, permite observar que aun siendo tan fiables las estadísticas de ciertos índices, hay particularidades locales que hacen que los procesos de recolección de la información sean diferentes a la hora de obtener cifras. Ahora bien, los autores en su estudio presentan también los motivos por los cuales la población no registra la defunción de menores y concluyen que:

1. Ignorancia y despreocupación del poblador rural acerca del registro de defunción.
2. Aislamiento del poblador rural de los lugares donde existen oficinas de registro civil. Este aislamiento, debido a la falta de vías de comunicación y de medios de transporte, es mucho más marcado en el litoral o costa durante la época lluviosa -de diciembre a mayo-

en que los escasos caminos existentes se vuelven intransitables y las inclemencias del clima casi imposibilitan el ir a una oficina de registro civil y volver a inhumar un cadáver dentro de las 24 horas que prescribe el Código Sanitario. Además, el clima tropical, caluroso y húmedo, obliga a un entierro inmediato.

3. Como los nacimientos se pueden registrar tardíamente y el comprobante del registro civil se exige para el bautizo se comprende fácilmente que el subregistro de defunciones sea mayor que el de nacimientos (Camacho y Vildosola 1958, 4).

De esta manera, los autores observaron una realidad que desde su perspectiva pone la responsabilidad de la recolección de información sobre las defunciones en la ignorancia y aislamiento de los pobladores rurales debido a factores externos como la comunicación y el clima, entre otros, lo que hace difícil confiar en las estadísticas de defunción. Todo esto, entonces, sería una parte de una serie de obstáculos que complejizaban la labor que se les estaba asignando a las enfermeras en su lucha contra las estadísticas inconsistentes sobre la mortalidad infantil. Pero que las estadísticas presentaran dichas inconsistencias no significaba que los casos de mortalidad infantil hayan sido inventados.

Por otra parte, el artículo titulado “Datos de mortalidad materna e infantil como base de la planificación de programas”, que fue publicado en 1957 por Luise J. Verhoestraete y Ruth Puffer, miembros del equipo de la Oficina Sanitaria Panamericana plantea que “para planear los programas de higiene materno infantil es necesario tener una visión clara de los principales problemas sanitarios de la infancia y la niñez y de la mortalidad materna” (Verhoestraete y Puffer 1957, 215). El tema de la mortalidad infantil se presenta en los artículos como un motor en la biomedicina donde la mortalidad materna, aun siendo aparentemente un tema relevante, se podría decir que este actuaba como un tema bisagra para garantizar la vida de los futuros niños y niñas, anteponiendo de esta manera la vida de los neonatos y recién nacidos a la propia vida de las madres. Sobre la mortalidad materna los mismos autores plantean que:

Las defunciones debidas a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se consideran defunciones maternas. Para incluirla en este grupo, la causa de defunción debe ser conocida y registrada cuidadosamente por la persona que extiende el certificado. Por esta razón, en

lugares carentes de personal médico es difícil obtener esta certificación (Verhoestraete y Puffer 1957, 221).

En este particular, las defunciones maternas deben ser registradas a través de un procedimiento que se encuentra mediado por la biomedicina. Es particularmente interesante observar que a través del índice de mortalidad se muestra que la biomedicina se ha convertido en un factor hegemónico a la hora de acompañar los procesos del nacimiento como el de la muerte. Los autores adicionalmente explican que:

En la América Latina, a pesar de una deficiente notificación, la mortalidad materna es todavía alta en comparación con las tasas alcanzadas en varios países. (...) las causas de mortalidad materna, las tasas por 1.000 nacidos vivos de las tres principales causas específicas en seis países: infección, hemorragia y toxemia. Las tasas de mortalidad debidas a infección puerperal son muy bajas en los Estados Unidos, Suecia y Australia en los años 1950-1952, si bien las toxemias siguen siendo una causa importante. En contraste con esto, la infección es aun la causa predominante de defunción materna en Chile, México y Colombia (Verhoestraete y Puffer 1957, 221).

Los autores dejan por sentado que en América Latina la mortalidad materna es un problema debido a sus altas tasas, y concluyen que la principal causa de mortalidad materna en esta época sería la infección. Sobre esto plantean que:

La infección, y, tal vez la hemorragia, parecen ser por el momento, desde el punto de vista de la salubridad pública, los puntos de enfoque del programa de asistencia materna en los países de la América Latina, puesto que se pueden prevenir las defunciones por infección (Verhoestraete y Puffer 1957, 224).

La evidencia de que la mortalidad materna se debe a las hemorragias, como primera causa, podría estar velando situaciones por las cuales las mujeres presentaban dichas hemorragias, lo cual normalmente conducía a su muerte. Este podría ser el caso de un aborto en curso, proceso que ha sido iniciado y puede decantar en hemorragia o infección. En este marco, el

índice de mortalidad materna es un marcador que permite comprender ciertas realidades pero que no necesariamente permiten observar otras perspectivas. Así el aborto, que se discutirá con más detalle en los próximos capítulos, pasa a ser un tema que se encuentra vinculado a la maternidad y al parto, debido a que es una realidad asociada al proceso de embarazo cuando se presentan de manera espontánea o incluso inducida, introduciéndose, así como parte del proceso de la maternidad. Por otra parte, Verhoestraete y Puffer (1957) muestran qué tipo de síntomas debe tomar en cuenta la enfermera para combatir la mortalidad materna. Sin embargo, las madres -más allá de ser relegadas al rol de pacientes en caso de la mortalidad materna- se convierten en un agente de transformación y cambio que junto a la enfermera pueden combatir la mortalidad prenatal infantil.

Adicionalmente, Camacho y Vildosola (1958), autores ecuatorianos, indicaron que las causas de mortalidad infantil sí podían rastrearse y definirse:

Las condiciones ambientales en que se crían los niños menores de un año en el país son muy desfavorables, traduciéndose esto en el primer grupo de causas de muerte de los menores de un año sean las enfermedades infecciosas y parasitarias (...) El segundo grupo de causas de muerte son las mal definidas y desconocidas (...) [esto] nos muestra que quizás el problema más importante del Ecuador sea la falta de atención médica, especialmente en zonas rurales. El cuarto grupo de causas de muerte está formado por las enfermedades propias de la primera infancia, entre las cuales la debilidad congénita y la prematuridad contribuyen en alta proporción. Por fin, las enfermedades del aparato digestivo constituyen el quinto grupo de causas de defunción de menores de un año. Esto nos indica la necesidad de enseñar a las madres ecuatorianas los principios fundamentales de puericultura y alimentación infantil, y sobre todo de defender y patrocinar la lactancia materna entre las madres de las ciudades, en donde se está generalizando muy rápidamente la lactancia artificial (Camacho y Vildosola 1958, 6).

En las palabras de Camacho y Vildosola se hacía necesario para el cuidado prenatal e infantil el desarrollo de un tipo de experiencia íntima de las mujeres—ya sean las enfermeras o las mismas madres de familia—quienes se convertirían en actores vitales para interceder en procedimientos para transformar la cultura y los hábitos diarios del cuidado de la primera infancia. Así, el cuidado prenatal e infantil, aunque empieza a ser localizado dentro del rol que debía jugar la naciente enfermera profesional, es un tipo de conocimiento que no

pertenece privativamente a la esfera de los “expertos”, sino que queda en un ámbito que podría denominarse de “aficionado”, el cual podría ser compartido tanto por enfermeras, que no eran consideradas tan expertas como los médicos, y por las mismas madres de familia. No obstante, las madres se mantienen como un actor fundamental para la reducción de los casos de mortalidad materna, según las fuentes analizadas.

El discurso de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, entonces, serían herramientas útiles para argumentar la ejecución de una serie de programas de formación y aplicación de determinadas perspectivas respecto del cuidado materno, el parto y el cuidado infantil, siendo al mismo tiempo observadoras de la realidad, pero al mismo tiempo develando una parte que en ella misma se oculta. De este modo, permite dilucidar en los silencios ciertos paisajes como el de las comadronas o el aborto como realidades que saltan a la vista cuando se habla de las enfermeras y su relación con la obstetricia.

Así, las enfermeras en el período de estudio de este capítulo constituyeron parte de un complejo entramado político, económico, social, y cultural donde la biomedicina desde la arena internacional y nacional impusieron una agenda de biocontrol de los cuerpos gestantes para influir en las normas de cuidado y alimentación de los recién nacidos, así como de las madres. Este sistema contó con financiamientos que provenían particularmente de la Oficina Sanitaria Panamericana y del gobierno de los Estados Unidos para garantizar que esta estructura científica occidental se superponga en las estructuras colectivas de los pueblos de la región, y contó con el apoyo de los estados de la región para impulsar programas y planes locales. La disputa por la práctica del parto y la maternidad, reflejada a través de las páginas del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre 1950 y 1967 muestra en la escena dos actores femeninos que se encontrarían en el centro de la disputa. Por una parte, se encuentran el personal científico biomédico que estaría comprendido por un médico tratante y una enfermera asistente, siendo el médico la figura paterna y la enfermera la figura materna en la práctica, silenciando a través de sus páginas el rol de las obstétricas en este tablero. Por otra parte, estarían las parteras en las Américas. Y aquí un debate fundamental se encuentra tras la estrategia de profesionalización de las funciones de las comadronas, pues se buscaba a través de la biomedicina eliminar la figura de comadrona o partera, pero no sus funciones, es decir, domesticar a las comadronas y entregar estas funciones a las enfermeras. Y así, lo que se

buscaba era que las enfermeras, por medio de la profesionalización del conocimiento de la puericultura, ocuparan el lugar tan importante que tenían las parteras en las culturas locales.

Es evidente que en este período se vive un impulso importante de la enfermería por parte de organizaciones como la Organización Sanitaria Panamericana, impulso que resuena con programas, planes, y proyectos locales a lo largo y ancho de las Américas. Los diagnósticos presentados dan muestra de la necesidad de invertir en este campo si se desea alcanzar con los ambiciosos objetivos de la Organización, siendo uno de los más importantes la institucionalización del parto.

Así, el análisis de la situación de la maternidad y del parto en el caso de las Américas se convierte en una base relevante para comprender los movimientos internacionales que tienen incidencia en las agendas nacionales, y en particular en la arena de la salud local. Esto no quiere decir que el movimiento de influencia sea unívoco, ni que los objetivos internacionales se apliquen sin mayores alteraciones en territorios nacionales, sino que más bien es un movimiento de doble vía donde ambos espacios se ven afectados mutuamente. De esta manera, el análisis del capítulo siguiente permite observar estos movimientos de los discursos y de las prácticas en el campo nacional, a través del análisis de la Revista Ecuatoriana de Pediatría, herramienta de difusión de la SEP, y así evidenciar estos diálogos entre lo internacional y lo local. Allí se observará cómo, tras cada discurso, existen intereses que se encuentran en un juego y que pugnan por posicionar las nociones de maternidad y parto como verdades en este caso científicas, a pesar de que muchos de los criterios vertidos correspondan a pensamientos vinculados a intereses de posicionar versiones morales e incluso políticas que son expresadas desde el área de la salud.

Capítulo 2. La maternidad y el parto en la esfera nacional: el caso de la Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (SEP)

Este capítulo analiza varios artículos publicados en la Revista Ecuatoriana de Pediatría, órgano oficial de difusión y comunicación de la SEP, entre los años 1950 y 1967.¹ Estas publicaciones muestran discursos que, avalados por dicha organización científica, proponen un orden desde el cual las mujeres gestantes son vistas como pacientes que deben ser instruidas en materia de maternidad y parto con la finalidad de disminuir la mortalidad materna infantil. Así, los temas que se abordan en las páginas de esta revista son variados, destacándose entre ellos los siguientes: puericultura como disciplina científica, fertilidad del trópico, comparación de la función de las madres de la Grecia clásica con las madres del trópico, cambio de patrones culturales de las mujeres, roles de las niñas y los niños en la sociedad, herramientas farmacológicas para mejorar la etapa pre natal y pos natal, herramientas de la medicina popular para la maternidad, educación política para las madres y, finalmente, la ideologización de la maternidad.

Además de los contenidos arriba mencionados, este capítulo intenta establecer un diálogo entre las revistas de corte internacional, en este caso el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana del capítulo anterior con la fuente nacional que es la Revista Ecuatoriana de Pediatría. Al mismo tiempo, incluye una contextualización con antecedentes que permiten una mejor comprensión del análisis que se hace de esta época, partiendo de la fundación de la maternidad de Quito y el desarrollo de la obstetricia nacional desde la primera mitad del siglo XX para culminar con las imágenes que se construyeron y difundieron de la pediatría por medio de la Revista Ecuatoriana de Pediatría desde los 1950s. Así los actores de la biomedicina que son analizados a través de estas revistas de difusión se convierten, como ya se ha dicho, en agentes culturales que buscaron la transformación de las conductas de las madres gestantes y madres en torno al cuidado de sus hijos e hijas influyendo así en el proceso de la maternidad como del parto. Un hecho fundamental es que la Revista Ecuatoriana de Pediatría estaría encargada de difundir entre la sociedad médica a nivel nacional cuestiones de corte científico, pero al mismo tiempo de corte moral e ideológico en

¹ Este corte temporal fue realizado debido a que en los archivos donde reposan estos documentos se encontró información desde el año 1950 hasta 1967. Luego de esta fecha no se encontraron más fuentes con el nombre exacto de la revista.

torno al cuidado de las y los infantes; mientras que el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana estaría a cargo de difundir una serie de propuestas de políticas más continentales, así como de estudios científicos en las Américas.

2.1. La maternidad a inicios del siglo XX

A inicios del siglo XX nace la Maternidad Isidro Ayora, institución de carácter público, desde donde se inician planes para modernizar la práctica del parto en el Ecuador. En este marco, la Revolución Liberal protagonizó el proceso de modernización del Estado en el cual se seculariza la educación, la salud y otras áreas de la administración pública, y por lo tanto es apartada del control de la Iglesia Católica, con la finalidad de difundir las nuevas habilidades que se requerían para modernizar el sistema político y económico del Ecuador (Clark 2012, 17). Al respecto de los regímenes liberales de inicios del siglo XX, Enrique Ayala Mora (2008) manifiesta que “el sostenimiento de la exportación cacaotera y del comercio de importación trajeron consigo un proceso de acumulación cada vez más significativo de capital, al mismo tiempo que más estrechas vinculaciones con el mercado mundial” (Ayala 2008, 43). Este proceso de globalización a nivel mercantil sería el inicio de otros procesos globales de control de los cuerpos a través de instituciones que más adelante aparecen tales como la Organización Panamericana de la Salud, misma que buscó tener un grado de influencia sobre las políticas locales en torno a diversos temas, uno de ellos el de la salud reproductiva, y como se verá más adelante, incluiría también ciertos argumentos vertidos en la Revista Ecuatoriana de Pediatría en torno al tema de la maternidad y del parto.

Volviendo a inicios del siglo XX, la economía primaria agroexportadora se basó en el cacao y tendría su declive décadas más tarde. En este amplio marco, Kim Clark (2012), plantea que la Facultad de Medicina abre la carrera de obstetricia en 1899, para que las mujeres se profesionalicen e incorporen al naciente estado moderno. Es decir, que las mujeres debían hacer un cambio en sus roles a nivel profesional para calzar en las nuevas demandas que el Estado impulsaba en materia de salud materno infantil. En 1920, se expide la Ley de Boticas y la Sanidad, que no fue sino un llamado a defender a los profesionales de la salud donde: “with protecting the rights of licensed medical practitioners against those whose training was

not recognized by Ecuador's universities and then, through their university credentials, by the state" (Clark 2012, 120). Sin embargo, Clark menciona que los informes de la Sanidad demuestran que esto tuvo un efecto diferente en los sectores rurales, y argumenta que quizá no había muchos profesionales practicando la medicina en sectores rurales, y por eso es que los informes de Sanidad se concentraron mayoritariamente en los centros urbanos (Clark 2012, 120). De esta manera se explican los primeros cambios que a inicios del siglo XX se empiezan a dar en la modernización de la medicina y su penetración en ciudades, así como en sectores rurales. Más adelante se verá cómo la Revista de la SEP impulsa con claridad estos principios que ya desde este momento se fueron entretejiendo al interior de la medicina en el Ecuador, y en particular en la ciudad de Quito. Lo que queda claro es que los argumentos vertidos en la Revista serían una suerte de devenir y refuerzo de una serie de políticas y procesos de institucionalización de la maternidad y del parto que se venían gestando desde inicios del siglo XX.

En 1909, Isidro Ayora regresa de Alemania, donde realizó estudios avanzados de medicina, lo que lo convirtió en el primer médico especializado en obstetricia en Ecuador. En enero de 1910, Ayora es nombrado director de la Maternidad, y gestiona reformas para el sistema de clases prácticas de estudiantes en la Maternidad, que se habían iniciado luego de tres años de la apertura de la Maternidad en 1902. Asimismo, la renovación del currículo de obstetricia en la Universidad derivó en el incremento del número de años de estudio de tres a cuatro (Clark 2012). Isidro Ayora es, entonces, responsable de que el campo de la obstetricia sea manejado por médicos debido a que el objetivo de la Maternidad era brindar una atención efectiva a los pacientes. De acuerdo con Clark, para cumplir con esta finalidad Ayora necesitaba contar con personal competente:

that is, physicians and medical students who possess the knowledge and practical experience necessary for the scientific exercise of obstetrics, not the empirical kind, so fatal in its results. A midwife, especially one of ours, is not capable of deciding what to do in a difficult case, much less treat it (Clark 2012, 125).

En este contexto, Ayora propone que la Maternidad se convierta en una escuela de formación

para obstetrices como política para evitar que cometan negligencias en el campo cuando no están bajo supervisión de un médico. Mientras esto sucedía, Ayora crea la primera experiencia de clases de enfermería en la Maternidad, con la finalidad de que sean estas profesionales las que asistan a los médicos más no que compitan con ellos, planteando que: “advanced nations such as the United States have suppressed the profession of midwifery; instead they have created the profession of Nurse, to intervene in births as an assistant to the physician” (Clark 2012, 126). Un giro en materia de obstetricia y enfermería se estaría gestando en el país, giro que estaría mirando a los Estados Unidos como referente a seguir en las políticas públicas en materia de salud. Al mismo tiempo se buscaría eliminar la obstetricia para dar paso a las enfermeras, situación que no logró llegar a concretarse con éxito pues las obstetrices seguirían en el campo de la atención del parto hasta nuestros días. Al respecto, Clark (1995) plantea que uno de los argumentos esgrimidos por los médicos, en la primera mitad del siglo XX, para apartar a las mujeres de la práctica estaba asociado a que las parteras y obstetrices profesionales eran las facilitadoras de los abortos producidos en las mujeres. Así, Clark (1995) recoge las palabras del médico Luis Domínguez en el II Congreso Médico Ecuatoriano, celebrado en octubre del 1930 en la ciudad de Guayaquil, donde argumenta que:

La mayor parte de los abortos criminales, completos o incompletos, venidos a nuestra Maternidad, han sido llevados a cabo por parteras tituladas y sin título, para quienes, el mejor negocio, es la práctica del aborto criminal. Por todos estos motivos, soy del parecer, que se cierre las puertas de la Universidad para toda mujer que elija el estudio para obstetriz... (Domínguez, 1931:228).

Así mismo, Goetschel (2021) plantea que, en la primera mitad del siglo XX, los debates sobre aborto si bien no eran en centro de las discusiones de la comunidad biomédica, estuvieron presentes.

El aborto sería (...) una práctica bastante extendida, en la que intervendrían tanto médicos como personas empíricas; también sería una actividad habitualmente clandestina. En todas las descripciones, los lugares en los que se practica el aborto son sucios, corrompidos, propios del bajo mundo. Así, el discurso médico se confunde, muchas veces, con el discurso moral y la

crónica roja. (...) La documentación examinada permite colegir que existía una pugna entre los conocimientos empíricos y los científicos, así como entre las prácticas médicas y empíricas. Se puede ver en todo esto la incidencia del positivismo sobre las formas de administrar el cuerpo de las mujeres y de la niñez, pero también como estos discursos estaban atravesados por aspectos morales (Goetschel 2021, 31).

Por otra parte, Clark (2012) plantea que, en 1929 Consuelo Rueda Sáenz, graduada de obstetricia le propone al director del Servicio de Sanidad Pública abrir un programa para el cuidado materno e infantil que permita a las mujeres tener acceso al servicio y no pagar por ello, porque de lo contrario se arriesgaba la vida de las mujeres por no contar con servicios especializados. Para ello, Rueda Sáenz propone que se pida un certificado de nacimiento firmado por obstetrices, a fin de financiar el pago por este trabajo. Adicionalmente, Rueda argumenta que la mortalidad es causada solamente por las empíricas, las practicantes no licenciadas, y que, más bien, la obstetricia era una ciencia complicada que debía practicarse por manos científicas (Clark 2012, 112). El desarrollo temprano de la Maternidad y del programa de obstetricia y enfermería coincide con un momento particular en el cual el Estado ecuatoriano asume el rol de protector social. Al respecto, Milagros Villareal afirma que:

El ciclo de gobiernos devenidos de la Revolución juliana de 1925 sentó una política transformista de corte social que favoreció a las reivindicaciones de los sectores medios, canalizando una legislación y una institucionalidad atenta a sus demandas. En esta coyuntura, la salud pasó a ser una importante arista social. Por ello, la Constitución de 1929 promulgó 'la asistencia, higiene y salubridad pública, especialmente en lo que respecta a los trabajadores, obreros y campesinos, en cuyo mejoramiento y beneficio procurará el Estado (Villareal 2018, 22).

Como parte de este contexto de asistencialismo estatal y el interés en la salubridad pública, en 1935, el Servicio de Sanidad Pública propuso un programa que tenía el objetivo de garantizar el bienestar de los infantes ecuatorianos en la etapa prenatal, natal y pos natal. Para garantizar la ejecución de este programa se requirió incorporar en los equipos sanitarios a obstetrices y enfermeras, de modo que ellas se ocupen de los nacimientos en aquellas zonas donde no

existía la presencia de médicos. Clark menciona que 610 médicos fueron desplazados a nivel nacional, aunque ninguno estuvo ubicado en la zona amazónica. Los lugares en los que se llevaron a cabo las actividades de la práctica del nacimiento fueron oficinas provinciales de salud pública y también de las gobernaciones. Adicionalmente, argumenta que Hortencia Delgado, quien estaba entrenada como obtetriz y enfermera, fue asignada para trabajar en Pujilí, provincia de Cotopaxi. Sin embargo, Delgado escribe al director en Quito explicando que desea ser trasladada a Salcedo que está más cerca de Latacunga, debido a que:

Pujilí was two leagues' distant from the hospital in the provincial capital of Latacunga, and since there was not a physician any closer than that, if one of her patients were to die, she would surely be blamed by all of the 'ignorant people of this place' (...) Besides, the local population [en Pujilí] had apparently made it to Cevallos that they had no need for a professional midwife, since they already had experienced parteras available locally, who had served them well for many years (Clark 2012, 129).

En las palabras de Hortencia Delgado se pueden apreciar las negociaciones que ya existían en la primera mitad del siglo XX en torno a las nuevas formas de enfrentar la práctica del parto en el Ecuador andino. Por un lado, ella misma era formada de manera oficial en obstetricia y enfermería, y de allí su necesidad de ir a una zona como Salcedo que no contaba con personal adecuado para dichas labores. En cambio, ella consideraba que Pujilí ya contaba con dichos servicios gracias a las parteras de Cevallos, que, aunque no eran formadas de manera oficial, sí contaban con un reconocimiento legitimado por su comunidad que les otorgaban los años dedicados a dichas actividades.

Clark desarrolla una tabla comparativa, en base a los registros de nacimiento que fueron exigidos ser firmados por un médico y obstetra en caso de no existir médico, y encuentra que en Tulcán, El Ángel, San Gabriel, Ibarra, Otavalo, Latacunga, Ambato y Riobamba los partos fueron atendidos por empíricas y mayoritariamente en la categoría sin asistencia, presumiendo así que estos partos pudieron ser llevados a cabo por parteras, es decir que en la primera mitad del siglo XX aún se requería del empirismo de las parteras para cubrir la demanda de mujeres en etapa de gestación (Clark 2012, 131). Como se evidencia, existen varios actores alrededor

de la práctica del parto a inicios del siglo XX. En el campo de la biomedicina se encuentran médicos, obstetrices y enfermeras, y por otro lado las empíricas, las parteras. Estos dos grandes grupos coexistían durante la primera mitad del siglo XX debido a que se necesitaban mutuamente. Como veremos más adelante, esta situación va a experimentar algunos cambios durante la segunda mitad del siglo, los cuales van a profundizar la condición subalterna y minoritaria de la práctica de las parteras, aunque esto no impedía que la coexistencia con el mundo médico oficial o profesional se mantenga de una manera más discreta.

2.2. La enfermería y obstetricia ecuatorianas hacia la segunda mitad del siglo XX

En 1942 se funda la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador. Siguiendo a Villareal, la Escuela habría sido el fruto de la agencia de varios organismos nacionales y extranjeros, manifestando que “fue establecida mediante la colaboración y las atribuciones del Ministerio de Previsión Social, de la Asistencia Pública, de la Universidad Central, de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Rockefeller Foundation y de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos” (Villareal 2018, 16). La fundación de esta Escuela y la situación en general de la enfermería a mediados del siglo XX estuvo marcada por un panorama político con fluctuantes cambios. Ayala Mora (2008) argumenta que:

El gobierno de Galo Plaza (1948-1952) realizó un esfuerzo de modernización del aparato del Estado y de readecuación de la economía ecuatoriana a las condiciones de predominio de Estados Unidos que se consolidaba en la posguerra. El tercer velasquismo (1952-1956), que fue el único que el caudillo concluyó regularmente, desarrolló un plan de construcción vial y educativo, pero frustró una vez más a sus electores porque no desarrolló reforma importante alguna. La administración de Camilo Ponce (1956-1960), pese a que fue producto de un triunfo de la derecha tradicional, no pudo ser la vuelta al siglo XIX, sino que constituyó más bien un gobierno de tono liberal (Ayala 2008, 49)

De igual manera, Manguashca y North (1991) manifiestan de manera general que la segunda mitad del siglo XX presentó una serie de problemáticas que afectaron a los estratos más vulnerables del Ecuador. Así:

El período de 1950 – 1970 es asociado también con una serie de problemas económicos y sociales, consecuencia en gran parte de la urbanización y la creciente diferenciación social.

Los más importantes de estos problemas se relacionaron con desempleo/subempleo; déficit comercial y fiscal; malnutrición asociada con estancamiento de la producción de bienes alimenticios; desigualdades crecientes en la distribución de ingresos, etc. (Maiguashca y North 1991, 111-112).

Dicho esto, queda comprendido que los inicios del siglo XX marcan una etapa fundamental en la comprensión positivista de las ciencias, lo cual se manifiesta con claridad en la carrera de la salud pública en el Ecuador, con la creación de programas y planes para delinear lo que sería la práctica del parto en la segunda mitad del siglo XX, que fue una época convulsionada en términos sociales, económicos y políticos. Un factor que se encuentra presente a lo largo del período es la posible relación con los Estados Unidos, misma que se dio en programas de cooperación en otros países de la región latinoamericana como se evidenció en el capítulo anterior, así como de organismos internacionales y fundaciones estadounidenses. Como lo manifiesta Villarreal (2018) que jugaron un papel primordial a la hora de crear y financiar instituciones en materia de salud, tales como la Escuela Nacional de Enfermería.

Adicionalmente, una serie de actores marcan el campo de la salud materna e infantil a partir de mediados del siglo XX, donde la comunidad biomédica cuenta con herramientas culturales -como las revistas- que ayudarían a moldear los imaginarios en torno al deber ser del cuidado de los recién nacidos, de niñas y niños, así como del proceso de nacimiento. Los mensajes transmitidos por las revistas van variando de acuerdo a cambios ocurridos con los mismos campos de conocimientos. Así, en el siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX las obstetras jugaron un papel primordial en el campo de la práctica del parto en el Ecuador, siendo la formación obstétrica un proceso que cambió para la mitad del siglo XX. Por ejemplo, aumentaron los años de formación para ejercer la profesión de la medicina obstétrica en Ecuador, se fue limitando la práctica de las empíricas para que el ejercicio de la práctica del parto sea cada vez exclusivo de los médicos, y esto bajo un discurso internacional para la reducción de la mortalidad materno infantil. Así, es que la comunidad biomédica a través de sus revistas y boletines difunden sus ideas y pensamientos con la finalidad de incidir en la cultura de las Américas. Por un lado, como vimos en el capítulo anterior, el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana era el órgano difusor de políticas internacionales acordadas alrededor del deber ser de la enfermería en torno a la maternidad y al parto de acuerdo a las nuevas normativas e intereses internacionales, y en el cual aparecen las enfermeras profesionales como actor relacionado de manera directa con la práctica obstétrica. Mientras

tanto, en Ecuador la Revista Ecuatoriana de Pediatría –y otras contemporáneas como la Revista de la OSP y la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas— muestran un tejido particular al dedicarse más bien a socializar ese discurso profesionalizante desde diversas aristas para que las madres desde la puericultura aprendan del cuidado de sus hijos e hijas.

No obstante, es importante precisar que existen variables entre el Boletín y la Revista aquí analizadas, es decir, puntos de encuentro y desencuentro. Entre los encuentros se tiene que la formación académica para el ejercicio de la obstetricia es fundamental, analizando así la posibilidad de que sean las propias comadronas y/o parteras quienes se eduquen para ejercer de esta manera informada la profesión, y también la necesidad de la creación de escuelas de enfermería en toda la región. Otro punto de encuentro es que se pensaba que las mujeres gestantes eran incapaces de enfrentar ese proceso solas o acompañadas de comadronas, por lo que se requería de la intervención médica para ello, y se observaba a la enfermera como una educadora capacitada para inducir o influir acciones en el comportamiento de las madres gestantes, así como en el cuidado de sus hijos e hijas, a través de la puericultura. De igual manera se encuentran divergencias entre las dos publicaciones, una de ellas es en torno a los resultados que se muestran en estos documentos impresos. Por ejemplo, hemos visto que el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana muestra que es posible que las mujeres no acudan a los servicios públicos de salud debido a una posible preferencia por ser atendidas en casa y no en un servicio externo. Mientras tanto, veremos que la Revista Ecuatoriana de Pediatría no refiere informaciones al respecto en las secciones analizadas; y por otra parte la Revista de la OSP, contemporánea a la anterior, incluye congresos y programas que fueron impulsados para capacitar y formar a enfermeras con la finalidad de enfrentar los nuevos retos de la segunda mitad del siglo XX que estarían asociados a la asistencia de los médicos. Por su parte, la Revista de la SEP no incluye pasajes al respecto, posiblemente debido a que no es un órgano difusor directamente de la obstetricia en el país sino de la pediatría.

Uno de los artículos que fue encontrado en torno a la obstetricia en Quito data de 1955, y fue localizado en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas donde se publicó un artículo intitulado “La Escuela de Obstetricia de la U. C.” escrito por el Dr. Carlos Mosquera, subdirector de la Escuela de Obstetricia, en que deja de manifiesto que la obstetricia es un campo de médicos jóvenes:

Dentro de este campo de especialidad, crece y florece una ciencia antigua como el mundo y flamante como la juventud; una verdadera corriente de Médicos jóvenes se especializan en ella para siendo útiles, prestar su contingente generoso y benéfico a la madre y al niño; saben que así hacen su profesión y lo que es más ayudan y amparan a su manera, en su forma, a la estructuración de nuestro pueblo. (...) nada tan grande ni tan sublime como la labor del obstetra, a él está encomendada una significativa tarea en la existencia, la sociedad mira complacida su función, el empirismo poco a poco va desapareciendo y cede paso a la clase médica especializada, al mismo tiempo que deja al margen a quienes hacen o creen que la obstetricia es un arte manual y mecánico (Mosquera 1955, 198).

Este extracto es un indicio para profundizar en la medicina obstétrica que, para 1955, evidencia un desplazamiento importante del rol que cumplían las mujeres obstetras de inicios del siglo XX, pues a mediados del mismo siglo serían los hombres médicos obstetras y jóvenes quienes estarían destinados a la práctica del parto. Así, se demuestran las fronteras difusas que la oficialidad médica buscaba demarcar, entre el empirismo de las parteras, como actor femenino, y el conocimiento del profesional obstetra, como actor masculino. Por otra parte, siguiendo el argumento de Mosquera, se observa un velado interés por erradicar el empirismo, argumento que estaría en consonancia con la OSP como se vio en el capítulo anterior en las páginas del Boletín de la OSP.

2.3. Revista Ecuatoriana de Pediatría: una herramienta para la difusión de la puericultura

Aquí voy a analizar en particular la sección denominada “Fragmentos” que era parte de la Revista Ecuatoriana de Pediatría, órgano difusor de la SEP. La sección “Fragmentos” consiste en una serie de reflexiones cortas de dos a tres párrafos donde se analizan los siguientes temas: puericultura como disciplina científica, la fertilidad del trópico, el cambio de patrones culturales de las mujeres, los roles de las niñas y los niños en la sociedad ecuatoriana de la época, las comparaciones que se hacen de las funciones de las madres de la Grecia clásica con las madres del trópico ecuatoriano, las herramientas farmacológicas para mejorar la etapa pre natal y postnatal, herramientas de la medicina popular para la maternidad, la educación

política para las madres y la ideologización de la maternidad. El autor de esta sección fue el Dr. Falconí Villagómez, director de la revista. Uno de los primeros temas que es abordado en la sección “Fragmentos” es el de la puericultura, en el cual el Dr. Villagómez plantea que:

Puericultura quiere decir cuidado del infante. Pero en el sentido integral, como quiere el médico nipólogo. Pues no basta preocuparse por el aspecto fisiológico del que acaba de nacer, sino interesarse también por la época de la concepción, a fin de protegerlo de morbos hereditarios o de sustraerlo al medio ambiente, si existen peligros de contagio. En este sentido su estudio se confunde con la eugenesia, que quiere decir buena raza u óptimo origen, bajo el punto de vista biológico (Villagómez 1955, 123).

El autor plantea que la puericultura se dedica al cuidado del infante. Es necesario observar que la puericultura ha estado presente en el discurso biomédico a lo largo del siglo XX, promoviendo así procedimientos orientados al cuidado infantil que se sobrepone a otros conocimientos relacionados con el cuidado infantil que se encuentran por fuera de la institución médica. Cabe mencionar que la puericultura fue una preocupación de los gobiernos que se evidencia incluso en los planes educativos, desde la llegada del gobierno Juliano y posteriores. Al respecto, Goetschel (2007) plantea que “en el discurso de esos años se decía que `la primera de las obligaciones era el cuidado de la vida`” (2007, 114) y así aparece la protección de la maternidad como un eje en la planificación de políticas públicas y programas donde la protección de la mujer, la maternidad y la infancia se convirtieron en prioridades. Goetschel (2007) también argumenta que si bien la idea de que:

la mujer estaba destinada al hogar puesto que era la que engendraba a las futuras generaciones (...) [pero] ya no se trataba únicamente de una imagen virtuosa, llena de atributos morales y con capacidad práctica para manejar el hogar. Si bien esos aspectos habían sido señalados como indispensables para las madres en los antiguos libros de conducta, ahora ellas debían ser conocedoras de los últimos avances de la ciencia sobre nutrición y puericultura, nuevos conocimientos que empezaron a implantarse en los colegios femeninos (2007, 116)

Las fuentes analizadas muestran que, a mediados del siglo XX, quienes estarían directamente implicadas en la enseñanza del cuidado de las y los infantes serían las enfermeras pues, como

se ha visto en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, las enfermeras cumplían un rol maternal con la paciente en gestación, así como con las recientes madres (McClure 1952, 157).

Por otra parte, Villagómez (1955) propone que la puericultura y la eugenesia se llegan a confundir debido a que ambas, de alguna manera, buscan el mejoramiento racial, y en el caso de la puericultura esto se resolvería a través de modificar los imaginarios de las mujeres frente al cuidado del infante. Lo realmente relevante para este período se encuentra en que la biomedicina -encabezada por médicos- sería la llamada a plantear cómo es que se debe cuidar a los recién nacidos y a las niñas y niños en general, dejando en un segundo plano la opinión de las propias mujeres. Profundizando en ello, Villagómez plantea que:

Conviene, pues, orientar a las madres que conciben y hacer algunas consideraciones frente a la fertilidad del Trópico. ¿Qué importa que las madres proletarias hayan dado a luz hasta doce vástagos, si sólo subsisten dos o tres? Es la natalidad incontrolada en el terreno humano como en el geográfico, que no se cansa de dar frutos sin tregua hasta ofrecer especies degeneradas o raquíticas. ¿De qué vale ufanarse de una densidad de población, si es a costa de la que menos cuenta en su haber biológico, y no sólo bajo el aspecto corporal sino también bajo el aporte psíquico, pues es sabido que los beocios crecen siempre en mayor número que los atenienses!

¿Para qué entonces el esfuerzo penoso de tantas madres abnegadas, de tantas entrañas desgarradas, en cumplimiento de la sentencia bíblica: creced y multiplicaos? (Villagómez 1955, 123).

Aquí se observa que para Villagómez los beocios estarían relacionados a las mujeres proletarias, lavanderas, y menestralas, asignando así una conducta que se presenta en las mujeres de la costa ecuatoriana. Es interesante que en estas líneas aparezca el concepto de 'fertilidad del Trópico', planteándose como un proceso de reproducción humana indiscriminada de las madres proletarias, y entrando ya a las arenas del biocontrol con este discurso. Posiblemente este fenómeno demográfico que en palabras de Villagómez se presenta como fertilidad del trópico servía para dar cuenta de los altos índices de natalidad de menores de 15 años que, como habíamos visto, se presentaba en el Boletín de la OSP, donde se explica que Latinoamérica excede en 5 puntos al porcentaje mundial que es de 35%, y en

12 puntos a sus vecinos de Estados Unidos y Canadá (Verhoestraete y Puffer 1957, 215). Villagómez (1955) justamente se encuentra preocupado de los altos índices de natalidad que este grupo de mujeres presenta, en el caso ecuatoriano, debido a que el fruto de ello son lo que él denomina especies degeneradas. Así, este discurso médico esconde tras las líneas un programa de corte eugenista que buscaba que las mujeres proletarias procreen en menor cantidad, notando así la distancia que el autor hace entre la clase médica y la clase proletaria a la hora de actuar frente a la reproducción humana. Sin embargo, en este fragmento se desconoce en su totalidad las causas por las cuales este hecho era considerado una realidad.

Pero, en otro “Fragmento” publicado en la misma revista del año 1955 el doctor Villagómez amplía este tema:

Averiguad a cualquier lavandera o menestrala, cuántos hijos ha tenido y cuántos le sobreviven actualmente, y os sobrecogeréis de espanto. Ha perdido más o menos pronto el 75% de sus criaturas. No es una simple hipótesis. Es el resultado de nuestras investigaciones y del reflejo de las historias clínicas. Y si la supervivencia está asegurada en la campiña, en otros pueblos, debido a la bondad del clima, en el litoral ecuatoriano se agrava ese problema, contando con la insalubridad del campo, con la rusticidad de los montubios y con la falta de medios de asistencia. Por más que el habitante del agro tropical siga reproduciéndose con una efusión que desborda los límites de la maternidad, como fruto de la libidine exaltada de aquel macho.

A la terrible cosecha que hace la muerte en nuestros niños se opone la fuerza generatriz del pueblo, las inagotables canteras de la raza. Parece que en sus matrices se trabajará obstinadamente noche y día, para producir frutos resistentes. De igual modo que se quiere sembrar un cacao inmune a `la escoba de la bruja`.

No obstante, esa sangría irreparable, nuestro país se puebla. Aumenta merced al impulso vital que es uno de los maravillosos y ocultos resortes de la Biología (Villagómez 1955, 146).

El autor reconoce, de esta manera, que el 75% de los hijos e hijas de dichas mujeres han fallecido, según sus estudios sin referencia alguna. Sin embargo, si revisamos los argumentos esgrimidos en el Boletín de la OSP respecto de la mortalidad infantil, Camacho y Vildosola plantean que la mortalidad infantil se vincula de manera directa con situaciones relacionadas al embarazo y en un segundo lugar con situaciones relacionadas al ambiente externo

(Camacho y Vildosola 1958, 1). Esto parecería estar en consonancia con los argumentos presentados por Villagómez en este último “Fragmento”, en particular cuando menciona que la mortalidad infantil podría deberse a la insalubridad del campo y a la falta de medios de asistencia del parto. Por otra parte, el argumento de Villagómez (1955), muestra un sesgo cultural contra el pueblo montubio al afirmar que uno de los problemas en torno a la mortalidad infantil sería la rusticidad tanto de los habitantes costeños como de las tierras que habitan, poniendo de manifiesto una supuesta mezcla de la insalubridad de la costa y de la libidine exaltada por sus pobladores. Dicho esto, se evidencia que la puericultura se piensa más como una estrategia utilizada para cambiar los patrones de comportamiento social y cultural de ciertas mujeres en torno al cuidado infantil, y de ahí la necesidad de presentar la puericultura como un tema de salud pública. Así, Villagómez apelaba a la importancia de que se aplique la puericultura en la educación:

Es necesario fomentar el cultivo de la Puericultura. Que las adolescentes escolares y las futuras madres, además del maquillaje, el arte de vestir y los pasos coreográficos, tengan nociones claras de dietética, higiene y crianza de los niños. Que sepan cuando deben y cuando no deben llamar al médico pediatra (Villagómez 1953, 30).

Este extracto, muestra claramente un sesgo en materia de género debido a que se presenta una generalización en torno a las prácticas de las mujeres jóvenes y adultas de la época, al afirmar que estas no cuentan con nociones claras en torno a la maternidad, y más bien su conocimiento estaría dado al uso de maquillaje, el interés por la vestimenta y la reproducción de pasos coreográficos, ubicando así a las mujeres en la reproducción superficial de prácticas de consumo que buscaban estereotiparlas. De esta manera, se deduce que el hecho de ser madre no es algo natural, sino que es un conocimiento capaz de ser transmitido, lo que devela el intento por construir otra forma de ser madre, y donde el ser madre se puede y debe ser enseñado y aprendido por las mujeres. Entonces surge la pregunta ¿quién debe enseñar a las mujeres a ser madres? Y se concluye a través del texto que son los médicos hombres -como el propio doctor Falconí Villagómez - quienes deberían estar encargados de ello. Si se siguen los postulados del Boletín de la OSP se deduce que también existen otros agentes de la biomedicina de la época tales como las enfermeras quienes serían las llamadas a enseñar a las mujeres gestantes y nuevas madres a ejercer el cuidado de sus hijos e hijas de una manera

‘adecuada’ a la propia ciencia debido a que este actor jugaría un rol preponderante a la hora de ganar la confianza de las pacientes (OMS 1957, 273 y De Alcantaro 1955, 435).

Por otra parte, en Villagómez (1953) observamos que el autor tiene en alta estima el discurso de la puericultura al plantear la relevancia fundamental de que las mujeres aprendan de dietética, higiene y crianza de los niños. Esto, por una parte, invisibiliza el rol que las mujeres jugaban en la economía del cuidado de la época, y por otra parte parece buscar extraer el cuidado de los niños y niñas del campo del empirismo y convertirlo en una ciencia. Lo interesante en la propuesta del autor se encuentra en su planteamiento donde la puericultura se convierte en una disciplina y como tal, debe ser transmitida y enseñada por especialistas de la biomedicina. Por ello, el ser madre —en la diversidad que esto conlleva— dejaría de estar en la arena del campo de conocimientos y saberes de las mujeres para pasar a ser una ciencia de hombres, y en el mejor de los casos esta información sería transmitida a través de las enfermeras. Entonces, las madres ya no son madres por sí mismas, sino que tienen que ser enseñadas a ser madres, por hombres o mujeres de ciencia, lo que permite demostrar que la maternidad no es una condición esencial, sino que es una construcción social y cultural mediada en contextos concretos. Esto se va produciendo al mismo tiempo que se intenta definir y separar las funciones de las enfermeras profesionales de las de las empíricas, lo cual significa que tanto lo de las enfermeras como lo de la puericultura es parte de una estrategia mayor, de la biopolítica, que busca desligar a las mujeres de los que eran sus campos de conocimiento, y educarlas para dos fines: uno ser mujeres de ciencia capaces de transferir los conocimientos científicos de la puericultura y en segundo lugar para que las mujeres puedan ser madres. Lo que implica, a su vez, que los hombres iban a convertirse en los definidores y controladores de lo que las mujeres debían y tenían que conocer—particularmente en relación a la maternidad.

Cabe mencionar que la visión de Villagómez en torno a las mujeres se va develando cuando analizamos sus posturas sobre la construcción social y cultural del género. Así, por ejemplo, tenemos el siguiente fragmento publicado en 1954 en el que expresa con mayor libertad sus reflexiones al respecto:

A fin de evitar mistificaciones de carácter de acuerdo con el sexo, la niña deberá dedicarse a sus muñecas y menajes de cocina, mientras al niño se le obsequiará con pelotas y bicicletas. Pero alguien podrá objetarnos que en la `era deportiva y festival` en que vivimos –como califica Ortega y Gasset al siglo actual- dichas ideas pueden aparecer retrógradas, ya que la mujer moderna aspira a convertirse en as del volante en su automóvil y en ágil amazona en su Pegaso. No somos extremistas hasta el punto de vetarle estas aficiones deportivas, pero a precio de que no destruyan la raíz de feminidad en ellas, de que no las esterilice para el hogar más tarde, convirtiéndolas en frívolas o en aviadoras brevetadas, pues estas profesiones son incompatibles con su sexo y con las funciones de la maternidad (Falconí Villagómez 1954, 170).

Falconí Villagómez esencializa el papel de las mujeres en la maternidad, al mencionar que el carácter femenino, sus aficiones y los juguetes de las niñas que vendrían a ser parte de la estrategia de educar a las mujeres, de la cual se ha venido hablando. El fragmento introduce la perspectiva de Falconí Villagómez en torno a los siguientes temas: la mujer moderna, los roles de género, la estética y finalmente, la matriz occidental donde la maternidad deja de ser un hecho propio de las mujeres, para convertirse en una ciencia o disciplina que debe ser transmitida y enseñada por hombres a las mujeres, sin embargo se ha visto que las enfermeras y las obstetrices estarían jugando un rol central en esta suerte de pedagogización de la maternidad y el parto en la época. El autor plantea su posición con respecto al concepto de mujer moderna y deja notar su perspectiva en torno a lo que sucedía en la época. Así, se muestra la idea de mujer moderna asociada a ciertas prácticas como manejar auto, y practicar deportes, manifestando que estas prácticas pueden ser nocivas y poner en peligro las funciones de las mujeres en la maternidad, así como la feminidad, concluyendo con el riesgo que esto conlleva al esterilizar a las mujeres para su práctica en el hogar. Es relevante este argumento en la medida que permite observar el contexto de la época en torno a las ideas que se estaban debatiendo a nivel social frente al rol de las mujeres en la maternidad. El discurso del Dr. Falconí Villagómez podría decirse que denota y confronta al menos dos estereotipos de ser mujer, a saber, la mujer del hogar quien mantiene la raíz de la feminidad versus la mujer moderna. Así el autor prosigue:

Los griegos de la antigüedad sabían la influencia que tenían la belleza de modelos escogidos sobre el espíritu de sus mujeres grávidas y seleccionaban para sus alcobas las mejores

reproducciones de las esculturas de su época, como queriendo imprimir una esterotipia viva sobre los seres en plena gestación (Falconí Villagómez 1954, 170).

Aquí, J. A. Falconí Villagómez pone en evidencia su pasión por Grecia clásica y utiliza los recursos artísticos de esta cultura para compararlos con aquello que sucedía a mediados del siglo XX en este territorio. Así, promueve modelos que -como él los llama- son escogidos para representar a las mujeres en gestación en la Grecia clásica y contrastarlos con la figura materna del trópico, en particular la figura materna de las mujeres proletarias, como ya se ha mencionado. Profundizando en ello, Falconí Villagómez plantea que:

El culto de Ilitia pasó a Roma. Cerca del *Forum Olitorum* tenía el templo consagrado a las mujeres encinta. Un autor tan documentado como Castiglioni, dice que para invocar su protección las mujeres jóvenes y las más honestas matronas se sentaban sobre la estatua de Priapo. Uterina, Mena y Rumina eran divinidades menores, que presidían las funciones del parto.

Hitia era llamada Fecunditas en Roma y tenía un templo dedicado a la reproducción. Sus hierofantes, llamados Lupercus, celebraban sus fiestas rituales cubiertos de pieles de machos cabríos y provistos de varas, con las que azotaban a las mujeres. A veces salían del templo y flagelaban a la plebe, entre las que vagaban confundidos uranístas y lesbianas. Por este motivo, Juvenal se mofaba de ambos y escribía: En vano Luperco les golpea los lomos con sus varas: Ellos, quedarán sin prole. Ellas, morirán estériles (Falconí Villagómez 1954, 181).

Falconí Villagómez muestra en esta cita que en la Roma antigua el culto a la maternidad era precisamente eso, un culto, es decir, estaba ritualizado. No se dejaba nada al azar. Y eso es justamente lo que Falconí Villagómez proyectaba hacer mediante la puericultura.

Esta mirada de la puericultura como conocimiento que se puede definir científicamente, y que a su vez lo hace transmisible, aparece también en la publicidad de la Revista Ecuatoriana de Pediatría donde se presentan dos casos particulares como herramientas para mejorar las etapas pre y pos natal de la maternidad. Es el caso de la publicidad de productos importados que se presentan en la Revista, los cuales se presentan como herramientas que las mujeres

necesitaban conocer y dominar para mejorar tanto la etapa pre como pos natal. Así, la Revista Ecuatoriana de Pediatría difundió marcas registradas en el extranjero, y les otorgó un importante espacio que promovía la prescripción y consumo de los mismos como parte de la estrategia de puericultura para el cuidado de niñas y niños. De esta manera, se muestra no solo un vínculo mercantil entre la pediatría y las empresas internacionales, sino también como acuerdos políticos en torno al tipo de tratamiento que se debe dar tanto a las mujeres gestantes como a los recién nacidos como herramienta pedagógica e instructiva de cuidado. Así se tiene el caso de la empresa Nion Corporation² que oferta entre sus productos Hierro y Calcio para el consumo de las mujeres en etapa de gestación, como también a la empresa Biolac³ que produce leche en polvo para el consumo de los recién nacidos convirtiéndolos así en dispositivos de biocontrol que las mujeres debían conocer y dominar para mejorar su maternidad.

En un artículo publicitario de Nion Corporation de 1951 que fue titulado: “Calcicaps con Hierro en el embarazo y la lactancia”, se plantea que:

La anemia que tan frecuentemente se desarrolla durante la preñez, intensifica cualquier otra Anemia que puede haber existido anteriormente. La administración del Hierro debe continuar después del parto para que tenga un efecto significativo. Definitivamente se ha aumentado la proporción del crecimiento lineal y desarrollo óseo, atribuyéndose este aumento y desarrollo al uso suplementario del Calcio y la Vitamina D. (...) La estructura de los dientes caedizos es afectada por la dieta de la madre durante el embarazo y la lactancia (Nion Corporation 1951, 18).

Este extracto del texto muestra que el consumo de Calcicaps permite prevenir la anemia en las mujeres, y como efecto reduce la posibilidad de la caída de dientes en las mujeres gestantes y que dan de lactar a sus crías, hecho que debía ser conocido por las mujeres gestantes con la finalidad de prevenir los sucesos mencionados. Adicionalmente, el artículo plantea que:

² Ubicada en Los Ángeles, California, Estados Unidos de América.

³ Ubicada en Nueva York, Nueva York, Estados Unidos de América.

El Calcio (...) es el elemento principal en la formación de la estructura ósea y dental de un niño. Es también indispensable para la coagulación de la sangre. La marcada tendencia hacia la Anemia Hipocrónica durante el embarazo, hace que el Hierro sea un suplemento dietético importante (Nion Corporation 1951, 17).

Más allá de la verosimilitud científica que el argumento esgrimido aquí tenga en lo relativo a la descalcificación que puede suscitarse en una mujer gestante, es evidente que Nion Corporation, se ancla a la gubernamentalidad de la época, haciendo uso de conocimientos especializados para promover un nuevo orden en las prácticas de la maternidad, así Nion Corporation haciendo uso del discurso médico promovía el consumo de sus productos asociado al cuidado de las mujeres en gestación, observando así el objetivo persuasivo que se halla detrás de él. Aquí se observa la incorporación de productos importados que desde la biomedicina podrían ser recetados a mujeres gestantes, niñas y a niños recién nacidos, por lo que las experiencias maternas pudieron verse influidas por dichos anuncios publicitarios en su conducta hacia el autocuidado, debido a que la audiencia de la revista era la comunidad de pediatras en el país, y al no ser las mujeres gestantes, es evidente que los pediatras estarían persuadidos a transmitir dichas informaciones a sus pacientes que estaban en gestación, convirtiendo a la comunidad de pediatras en un agente de la biomedicina capaz de intermediar entre las empresas internacionales estadounidenses y la instrucción de las mujeres gestantes en los procesos de puericultura.

Otro caso es el de Biolac. El anuncio publicitario que presenta el producto neoyorquino en 1953 es particularmente contradictorio. Primero se presenta con el título: “Biolac... la fórmula que ofrece las ventajas de la leche materna” y posteriormente desarrolla una serie de argumentos que según la empresa su producto posee. Así, menciona que Biolac:

1. Es fácil de prescribir (...). 2. Es un alimento completo: suple nutrición equilibrada. (...). [y aquí lo contradictorio con el título de su artículo] 3. La grasa y proteína han sido ajustadas para mayor digestibilidad. El contenido de grasa en Biolac ha sido reducido y los glóbulos de grasa han sido homogeneizados para facilitar la digestión y para que se asemeje más a la leche humana. (...). 4. Modificado y enriquecido para satisfacer todos los requisitos. (...). Biolac, el

alimento equilibrado que tanto gusta a los niños, es un alimento que usted puede recomendar con entera confianza. (...). Biolac, es leche pura de vaca, modificada (Biolac 1953, 6).

Este extracto del artículo de Biolac, muestra el discurso empresarial asociado claramente a la pediatría, y su estrategia de persuasión para la prescripción médica de una leche que se propone tener las ventajas de la leche materna, a través de la modificación de leche de vaca, mostrando aquí una contradicción en su discurso. Es decir, es leche pura, pero, al mismo tiempo, modificada. Nuevamente estas explicaciones del producto serían un discurso levantado con el posible propósito de proveer a los pediatras de información que debería ser transferida con una suerte de fin educativo a las madres gestantes para garantizar el consumo del mismo, así como la salud de los y las infantes. Dicho esto, queda claro que mientras Calcicaps estaba destinado a las madres gestantes -o a quienes continúan dando leche materna a sus hijos-, Biolac estaba destinado los infantes.

Ahora, más allá de los discursos presentados por ambas empresas estadounidenses en la Revista Ecuatoriana de Pediatría, cabe preguntar ¿qué motiva a los pediatras a difundir este tipo de informaciones? y ¿qué efectos tuvo sobre las mujeres la práctica de la prescripción de este y otro tipo de productos asociados al horizonte de sentidos de la maternidad? Así como, ¿cuáles fueron los efectos de la introducción de estos productos en la práctica de la pediatría? Por una parte, la relación existente en el ámbito comercial entre el desarrollo de la pediatría y el desarrollo de insumos para el consumo materno infantil es clara, así como es clara la interacción que se da en esta arena del conocimiento científico de intercambio entre Ecuador y Estados Unidos, sin descartar la posibilidad de que existan otros países que en este momento se encuentren desarrollando productos de este tipo y los comercialicen como herramientas para el cuidado de las mujeres gestantes y sus hijos y hijas en el país. Y, por otra parte, se observa un proceso de educación de las mujeres en cuanto a la gestación con la finalidad de mejorar su salud y la de sus hijos e hijas. Así se introducen dispositivos de biocontrol de corte científico que promueven el cuidado de mujeres, niñas y niños. Dicho proceso de enseñanza sobre la alimentación de las y los niños dista de los argumentos que fueron vertidos en el Boletín de la OSP, particularmente en el artículo de Camacho y Vildosola (1958, 6), quienes plantean –en el caso ecuatoriano- que precisamente las mujeres deben ser instruidas para “defender y patrocinar la lactancia materna” debido a un elevado

índice de mujeres que habían optado por la lactancia artificial, situación que da cuenta del avance mercantilizado de la lactancia. Hay que anotar que las perspectivas médicas no fueron iguales en torno al tema de la lactancia y la leche artificial y esto estuvo en disputa desde inicios del siglo XX, donde, por ejemplo, el pediatra quiteño, Carlos Andrade Marín abogaba sobre la protección de las mujeres, en 1929:

Andrade Marín propuso la promulgación de leyes para la protección de mujeres, incluyendo aquellas que se orientaban a proteger sus trabajos cuando ellas estuvieran embarazadas: permitirían el descanso en las semanas justo antes y después del parto y las madres podrían dar de lactar a sus hijos durante el día laboral. Por último, argumentó que el gobierno debería remunerar a las mujeres por dar de lactar a sus hijos: “toda madre debe ser la nodriza pagada de su hijo” (Clark 1995, 191).

Por otra parte, un ejemplo del vínculo de la salud pública y los procesos de instrucción sobre la maternidad, es la relación tejida alrededor del recetar o entregar leche en polvo a las madres de escasos recursos. Así, Vallejo y Cebrian, para el caso peruano, manifiestan que “como el nivel socioeconómico de una proporción de la población que la Unidad sirve es muy bajo, el Gobierno Peruano, con la colaboración de UNICEF, distribuye gratuitamente leche en polvo a los niños cuyo estado nutricional lo requiera” (Vallejo y Cebrian 1960, 238). Este caso abre la puerta a un pacto por introducir dispositivos –a sus ojos- nutricionales para el cuidado materno infantil que estarían vinculados a avances científicos en materia de salud a nivel mundial, aplicada a la salud pública de un territorio en particular, donde las mujeres proletarias, o de nivel socioeconómico bajo son el foco de aplicación de estas herramientas de manera gratuita, demostrando con ello la relación de biocontrol ejercida por los estados y la biomedicina sobre los cuerpos de las mujeres gestantes y sus hijos e hijas. Esto, a su vez, implica vincular el uso de dichos productos al desarrollo de puericultura como un conocimiento que se puede transmitir e inculcar y que desde la planificación se busca imponer no sobre todos los sectores sociales sino sobre unos en particular.

Asimismo, además de productos derivados de la biomedicina, la revista también se preocupó por transmitir conocimientos de la llamada “medicina popular” destinados a atender el campo de la maternidad. Así, en otro de los “Fragmentos” publicado en la revista del año 1955, el

doctor Falconí Villagómez presenta varias recetas basadas en el conocimiento indígena bajo la autoría de un médico ficticio denominado Dr. Remedio. Así, presenta un documento de archivo sin mayores referencias en las que se presenta el procedimiento. El título de este documento es: “para que paran las que lo desean”:

Tiéndose por cosa cierta que si la mujer que no pare (por tener la madre llena de malos humores) se purga una vez a dos, y más fuere menester, y haciendo lo que aquí diré, vendrá a parir. Tome cuatro meses arreo (quince días en cada uno, una onza de zumo de salvia, y una poquita de sal mezclada con él). Justamente con esto, beba el agua cocida con salvia, y en estos cuatro meses tome cada día de este lamedor. Tomen un cuartillo de zumo de salvia, y cuando no hallaren tanta, cuezan la cantidad que pudieran en dos cuartillos de agua y quede en uno y cuélenla y dos libras de azúcar, y cueza a fuego manso y espume, y quede en punto de lamedor. Este dicho lamedor y el agua cocida de la salvia es muy bueno para todas las enfermedades del cerebro, para las pasiones de nervios y para la perlesía y para los que escupen sangre. Las que deseen parir hallarán remedio en la cura del mal de madre, en el capítulo once del libro primero. Sea aviso a la mujer casada que desea parir, que aquellos días que hace la cura, se abstenga de la comunicación del marido. Porque si Dios fuere servido, que le aproveche la cura, hace mucho caso haberse abstenido (Falconí Villagómez 1955, 149).

Como se muestra en este fragmento, el uso de las plantas –en este caso la salvia- tienen un valor relevante en la medida que es a través de ellas que se llega a obtener el beneficio de la cura para que paran las que lo desean. Esta ayuda para parir antes de tiempo podría ser una inducción al aborto, y podría haber estado dirigida justamente a esas mujeres proletarias y costeñas que se embarazaban sin mayor cuidado y muchos de sus hijos fallecían infantes, tal como Falconí Villagómez lo expresó en otros escritos, ya mencionados, de sus “Fragmentos”. Si se recapitula los discursos vertidos en el Boletín de la OSP se puede verificar que una de las causas de mortalidad materna está asociada a infecciones y hemorragias que podrían ser el resultado de un aborto autoinducido (Ferro 1967, 536 y Verhoestraete y Puffer 1957, 224). A pesar de ello, la Revista Ecuatoriana de Pediatría estaría presentando informaciones para que sus lectores conozcan métodos que quizá desde la medicina popular fueron conocidos para terminar con un embarazo en curso. Otro remedio que se publicó en la sección “Fragmentos” en torno a la maternidad es el “remedio para echar la criatura que está muerta y las pares.

Tomem cuatro granos de myrra molida del tamaño de un garbanzo, desátenlos en uno o en agua coida, y con ellos echará la criatura muerta y las pares” (Falconí Villagómez 1955, 149).

La presentación de este tipo de informaciones en la revista parece un hecho paradójico, pues como se ha visto con antelación, la queja permanente del Dr. Falconí Villagómez se da en torno a las malas prácticas que sucedían alrededor del parto que se realizan por practicantes empíricas. Sin embargo, en este caso todas estas medicinas y procedimientos han dejado de ser simplemente empíricos y, más bien, se han medicalizado al ser publicadas en una revista médica oficial e incluidas en el artículo escrito por un doctor, en este caso Falconí Villagómez. Siguiendo esta reflexión, es interesante observar cómo Falconí Villagómez comprende la práctica médica en el “Fragmento” publicado en 1954 en honor a un médico amigo, el Dr. Coronel:

Hay hombres que irradian un magnetismo personal, una especie de ectoplasma fluídico que se desprende de sus individualidades y que les capacita para las empresas grandes, así en la conducción de pueblos como en el pastoreo de hombres. Cuando esa propiedad llega a adquirirla los políticos se convierten en los providenciales de sus patrias; en los grandes de la Historia. Cuando llegan a poseerla los médicos, son capaces de curar por imposición de manos; se transforman en taumaturgos de leyenda. El Dr. Coronel era uno de ellos.

Asombra, en efecto, pensar cómo los médicos de antaño con tan escasos recursos terapéuticos, sin penicilina y sin sulfas, pudieron obtener verdaderas curaciones y alcanzar notoria fama, cuando aún no disponían de remedios siquiera indispensables como el quenopodio y la emetina. Lo que prueba el resorte médico a que aludíamos enantes. Por eso en nuestro arte se han mezclado dioses y hechiceros. Hombres y demiurgos. Y Esculapio era humano y divino al mismo tiempo (Falconí Villagómez 1954, 181).

En este “Fragmento” el autor plantea que el médico es capaz de irradiar un magnetismo que cura “por imposición de manos”, argumentando que en su arte se han mezclado dioses y hechiceros haciendo de su oficio un acto divino. Además, el autor rememora a los antiguos médicos que curaban y alcanzaban fama sin conocer herramientas que en ese momento ya existían tales como la penicilina. Este discurso místico sobre la labor del médico da cuenta de una perspectiva en la cual el médico es prácticamente elevado a categoría divina por su don

de sanación, y siguiendo su argumento parece que se refiere a los hombres médicos. El problema que se encuentra a este discurso es su distancia con lo que la ciencia plantea, pues estas cuestiones místicas no ocupan lugar alguno en ella. Esto, entonces, permite evidenciar que el manejo del discurso médico se acopla a distintas finalidades, y en este caso, el valor de este discurso es posicionar a los hombres médicos como entes divinos diferentes del resto del pueblo, y que serían, como los políticos, “providenciales de sus patrias”. De esta manera, este discurso es un indicativo de la posición inherentemente superior que adquirirían los médicos hombres, quienes así estarían facultados para educar a los otros sectores de la sociedad, particularmente, a las mujeres en lo relacionado con la maternidad.

Por otra parte, el Dr. Falconí Villagómez presenta un nuevo “Fragmento” en 1953 en el que podemos apreciar una mirada más global del pensamiento del autor en torno a la maternidad y su especial importancia al vincularse con la política. Así, hace un llamado a las mujeres de América con el siguiente planteamiento:

Alimentadles con vuestra propia sangre, limitando la encina secular que nutre por su propia a la bellota. La leche es sangre blanca y añadirle otra extranjera es bastardearla, decía Fray Luis de León, autor de una interesante obra: Manual de la Perfecta Casada, que, según Gregorio Marañón, debería figurar en toda canastilla de novia. (...) Es preciso despertar en vuestros niños la noción de una conciencia ibero-americana, acostumbrándoles a mirar a América como una patria racial e idiomática, estimulando el sentimiento nacional, a despecho de ideologías disolventes, y como corolario del derecho de la propiedad privada individual (Falconí Villagómez 1953, 185).

Aquí, el autor muestra tres temas de relevancia: primero, el tema de la leche materna y su consumo; en segundo lugar, el Manual de la Mujer Casada de Fray Luis León; y, tercero, la relevancia de inculcar a los niños y niñas una ideología basada en el iberoamericanismo estimulando el sentimiento nacionalista en ellos, es decir en las niñas y los niños, través de la educación de las madres. Primero, el autor plantea que el consumo de leche es fundamental y al introducir leche extranjera en la alimentación infantil se está bastardeando la misma, así establece una metáfora donde la leche extranjera se refiere a ideologías disolventes extranjeras que atacaban la conciencia iberoamericana y al derecho de la propiedad privada

individual. Es decir, la leche extranjera se refiere a la presencia del comunismo y socialismo en la región. De este modo, el autor enfatiza el rol de las madres como educadoras y formadoras de los niños y niñas contra esta presencia extranjera. Sin embargo, este discurso es curioso debido a que la Revista Ecuatoriana de Pediatría contiene publicidad enfocadas a difundir el mercado de leche en polvo en el país, lo cual hace que sea contradictoria la postura de la Revista en torno al tema. Sin embargo, esta también puede ser una metáfora para referirse a la defensa de un hispanismo o ibero-americanismo frente a lo extranjero, donde Calcicaps y Biolac pasan a ser parte de los aspectos científicos, en ese entonces esgrimidos, para mejorar científicamente la salud prenatal y post natal.

Volviendo al extracto que presenta la visión del Dr. Falconí Villagómez respecto al rol de la maternidad y la educación que debe ofrecerse a los niños y niñas a fin de promover un discurso identitario ibero americano, nacionalista y en pro de la propiedad privada, se clarifica que el autor hace un uso ideológico de la maternidad para educar a las mujeres. Por otra parte, este discurso posiciona a Falconí Villagómez como difusor de la cultura nacionalista, como un referente de opinión política al interior de la SEP y, por lo tanto, como su portavoz oficial para opinar frente al deber ser de las madres y su educación.

Finalmente, se presenta un “Fragmento” en el cual el Dr. Falconí Villagómez resuelve la pregunta ¿de dónde vienen los niños?:

Nacen vuestros niños al pie de una pirámide maya, en las faldas del Pichincha, en las orillas del Guayas, no lejos del templo solar del Cusco, al amparo de un monolito totémico del Tahuantinsuyo, realizando por medio de vosotras, y, tras gestación fecunda y dolorosa, el más grande milagro que hay sobre la tierra, al decir de Henry Barbosse. Y cuando respuestas de vuestros quebrantos y fatigas, os interroga el resto de los pequeñuelos por la procedencia del recién venido, ¿qué respondéis a vuestro turno? No hace falta que les digáis la verdad desnuda, pues a tan tierna edad no la entenderías ni es parecido que se la confiéis tan pronto. Pero les contestaréis seguramente que lo trajeron de Europa las cigüeñas. Poético el mito, pero doblemente falso. Pues si en el viejo Continente existen esas aves, aquí sería preciso reemplazarlas con otras, de acuerdo con nuestra zoología ambiente. ¿Por qué no sustituirlas con los cóndores, aves heráldicas de más rancio abolengo y que decoran el escudo de nuestra

nacionalidad? (...). Y si no queréis agregar que los trajeron de las altas cumbres, de los volcanes extintos con cimeras de nieves impolutas, decidles que vinieron del mar. Del mar, del que nuestros antepasados vieron emerger los primeros hombres blancos, antes de que América fuera partida en dos por el genio de los yanquis. Del mar que es una fuerza cósmica, generadora de vidas y energías latentes y que no desmentiría aquella versión indígena, pues en su plankton nutritivo guarda el secreto de existencias rudimentarias, que antes fueron fundamentales para la especie humana (Falconí Villagómez 1954, 135).

En este fragmento publicado en 1954 nuevamente se muestra la ideologización de la maternidad en el pensamiento del Dr. Falconí Villagómez. Así, su discurso de la maternidad y de la temprana infancia se entremezcla con tintes localistas, nacionalistas, y hasta neoindigenistas. Este fragmento, entonces, se relaciona con el ejercicio de la maternidad, cuando plantea cómo es que se debe enseñar la gestación a las y los niños. Además, su propuesta de mantener el cuento de las cigüeñas, cambiándola por cóndores, refleja cómo confluye lo ideológico y lo médico en el pensamiento del autor. Dicho esto, podría comprenderse que el discurso médico del doctor Falconí Villagómez estuvo normalmente vinculado a sesgos ideológicos, a pesar de que en apariencia fue exaltado bajo el argumento de pertenecer al mundo de lo científico y, en consecuencia, a la verosimilitud de sus discursos.

A modo de conclusión podría decirse que el Dr. Falconí Villagómez, como director de la Revista Ecuatoriana de Pediatría, se encuentra situado en una posición privilegiada. Esto se evidencia a través de las posturas planteadas en los discursos de la sección “Fragmentos” que él redactó. Por una parte, su rol como autoridad médica, como director de una revista, y las diversas informaciones que presenta dan cuenta de su posición, pues a través de su discurso se reflejan distancias y acercamientos paradójicos con ciertos sectores de la población y no con otros. El horizonte de sentidos que tiene el Dr. Falconí Villagómez en torno a la maternidad comprende conceptos como: puericultura, mujer moderna, educación, concepción, gestación, nacimiento y cuidado de la infancia. Este horizonte de sentidos demuestra que el discurso médico científico estuvo siempre ideologizado, evidenciando que esta ideologización no hace más o menos científico este discurso. Finalmente, en este horizonte de sentidos se refuerzan los roles de mujeres y hombres de la época, bajo el argumento de que es necesario la protección de la infancia y su cuidado para reducir la mortalidad infantil. Falconí Villagómez

está interesado en dos aristas, por una parte, la conducta de las madres frente al cuidado de niños y niñas y, por otra parte, el vínculo que elabora entre la maternidad -como estrategia de crianza- para influir en el plano ideológico de las mujeres madres, y de lo que ellas debían inculcar en la niñez ecuatoriana. Estos procesos de enseñanza que buscaron influir en la arena social y cultural dejan ver que la comunidad de pediatras vendrían a ser un agente clave a la hora de transmitir estos discursos sobre la puericultura a las madres gestantes y a las recientes madres, agregando así un actor más al concierto de la biomedicina en su labor por cambiar los patrones de conducta de las mujeres –a diferencia del Boletín de la OSP que claramente expresa que las llamadas a desenvolver esta tarea son las enfermeras profesionales, y las obstétricas. Sin embargo, es necesario anotar que el debate sobre qué actores debían estar vinculados al cuidado y enseñanza sobre la maternidad y el parto empezó a inicios de siglo XX:

en 1916, cuando el Dr. Isidro Ayora intentó suprimir el puesto de Matrona en la Maternidad, la Junta de Beneficencia no aprobó su propuesta, basándose en `una necesidad social y en el deber en que la Junta cree encontrarse de proteger al elemento femenino que se ha preparado para el ejercicio de una profesión liberal`. En 1922 se estableció la primera escuela de enfermeras dentro de la Maternidad (trabajaron específicamente con mujeres y niños), dirigida por Frida Schwarz, una enfermera profesional traída de Alemania con este propósito. En 1929 hubo 15 estudiantes en la Maternidad; pero, en 1930, esta escuela fue cerrada (Clark 1995, 197).

Capítulo 3. Maternidad, parto y aborto en la esfera local: el caso de la Escuela de Enfermería y de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador

Este capítulo presenta los discursos de las enfermeras y obstétricas de Quito que quedaron registrados en las monografías y tesis de estudiantes de la Escuela de Enfermería y de Obstetricia de la UCE. Las estudiantes de obstetricia realizaron sus prácticas en el Internado Rotativo de la Maternidad Isidro Ayora, como parte de los requisitos que regían para obtener los respectivos títulos profesionales entre 1970 y 1973. Mientras tanto, las estudiantes de enfermería realizaron sus tesis en diversos temas, pero aquí se rescatan los que tienen relación directa con la maternidad y el parto entre 1970 y 1973. En este marco se examinan siete

informes de las estudiantes de enfermería y seis de las estudiantes de obstetricia. Cabe mencionar que estos dos actores de la biomedicina, las enfermeras y las obstetricas, fueron seleccionadas debido a que en el espacio quiteño son dos actores claves que prestan servicios a la hora de atender el parto como se ha venido discutiendo en capítulos anteriores, y son mujeres las que ejercen estas profesiones. Adicionalmente, los estudios aquí presentados abordan temas relacionados con el presente estudio y se encuentran presentadas dentro del período de análisis de esta tesis, pero presentan una mirada mucho más focalizada en el espacio y habitantes de la capital ecuatoriana. Del mismo modo, estos informes dan cuenta de cómo desde la práctica local se pusieron en marcha los discursos y planes del ámbito nacional e internacional que fueron encontrados en el Boletín de la OPS así como en la Revista de la SEP.

Cabe indicar que se encontraron varios indicios en los estudios del Internado Rotativo de las obstetricas y de las tesis de enfermería sobre el tema del aborto y fueron incorporados debido a su vínculo directo con la maternidad, al ser el aborto una práctica que relacionada al proceso de gestación. Así, vale recordar que en los archivos que hemos analizado de la Revista de la OPS se encontraron temas relacionados con la mortalidad materna de cual derivan situaciones alusivas al aborto y en el Boletín de SEP también vimos que se encontraron “Fragmentos” relacionados con la medicina popular para realizar abortos. Es por ello que se encontró de vital importancia incluir este tema pues se obtuvieron más referencias al tema en las tesis e informes que son objeto de análisis en este capítulo.

3.1. La enfermera y la obstetrica en el debate de las tesis e informes científicos universitarios en la ciudad de Quito

Esta sección profundiza en las diversas acepciones que se dieron en torno a la enfermería y la obstetrica en la ciudad de Quito a inicios de la segunda mitad del siglo XX. Para ello se introducen varios extractos de los trabajos que tanto enfermeras como obstetricas presentaron para culminar sus carreras como profesionales en dichas ciencias.

Como ya se ha visto, Cueto (2004) menciona a Agnes Chagas, la asesora regional de enfermería para la OSP, quien colaboró con varios artículos en el Boletín de la OSP, trabajó

en la síntesis de cómo la profesión de enfermera se volvió prestigiosa a mediados del siglo XX, cuando la enfermera sería ya vista como “una mujer joven y pulcra, bien educada en su práctica, vestida con un uniforme blanco almidonado” (Cueto 2004, 93). Así, se ha visto que para este momento la enfermera habría sido transformada en términos culturales a través de los esfuerzos internacionales por profesionalizar la práctica de las enfermeras y de obstetras gracias al establecimiento y fomento de instituciones educativas universitarias.

Un primer elemento para considerar es el mismo concepto de enfermera manejado por las estudiantes de la Escuela de Enfermería de la UCE. Por ejemplo, las estudiantes Julia Cartagena, Adrila Aguirre y Elvia Miño, en su trabajo titulado “Valoración de la actividad académica de un grupo de profesoras de enfermería” y publicado en 1972, plantean que la enfermera es “aquella que obtuvo un título de Enfermera, en un período de tres años, y su preparación fue preponderantemente práctica” (Cartagena, Aguirre y Miño 1972, 7), lo que denota con claridad que en el terreno local ya se había instaurado la profesionalización de las mismas. Por otra parte, un año más tarde, las estudiantes María de Lourdes Velasco, Violeta Villacrés y Laura Mata en su publicación de tesis intitulada “Acción de la Enfermería en las relaciones emocionales de las mujeres gestantes” manifiestan que la “enfermera es la estudiante de cuarto año de una Escuela de Enfermería, próxima a egresar” (Velasco, Villacrés y Mata 1973, 3) demostrando nuevamente que esta profesionalización habría avanzado en cuanto a incrementar un año más en su formación profesional para el ejercicio de la misma como enfermeras. Así mismo, las estudiantes, Myriam De Salina, Alba Padilla y Elvia Lizano en el mismo año presentarían su tesis titulada “Evaluación de la técnica aséptica para la atención del parto” donde manifiestan que la “enfermera es aquella profesional que ha obtenido su título en una Escuela de Enfermería” (De Salina, Padilla y Lizano 1973, 4). Finalmente, las estudiantes Mariana Flores, Rosa Burneo y Lourdes Muñoz, en el mismo año, presentaron su tesis intitulada “Estudio Comparativo entre las Actividades que Enfermeras y Licenciadas realizan y los postulados de la Política de Educación de Enfermería en el Ecuador” donde definen su propia ocupación de la siguiente manera:

Enfermera.- Es la profesional que ha completado sus estudios secundarios y realizado en instituciones educativas universitarias de enfermería en el país, el Primer Ciclo de la carrera que la capacita, a través de una sólida base científica y humanística, para ofrecer una adecuada

atención de enfermería al individuo, familia y comunidad en todas las fases del ciclo salud-enfermedad, utilizando el método de solución de problemas de enfermería, y asumir determinadas funciones administrativas y de enseñanza (Flores, Burneo y Muñoz 1973, 3).

Con esta ampliación de la construcción del discurso de la enfermera de las estudiantes de enfermería de la ciudad de Quito se hace un punto de inflexión con lo que antes había sido visto como enfermera. En estas tesis se hace alusión a que esta profesional debía haber culminado los estudios secundarios y universitarios, dotando así a la enfermera de una serie de formaciones científicas y humanas que la ubicarían como un actor capacitado para actuar en la esfera de la biomedicina, en áreas que van más allá de la tradicional forma de comprender a la enfermera de épocas anteriores que la ubicaban únicamente en el ámbito del cuidado del paciente. Las estudiantes Flores, Burneo y Muñoz inclusive relacionaron a la enfermera con áreas como la administración, la enseñanza e incluso la investigación:

Es tradicional creer que la Enfermería profesional debe permanecer todo el tiempo a la cabecera del paciente. Ciertamente su primordial objetivo es proporcionar un buen cuidado asistencial, pero también necesita conocer la participación que le corresponde en funciones administrativas, de enseñanza y de investigación (Mariana Flores, Rosa Burneo y Lourdes Muñoz 1973, V).

Siguiendo este argumento, las autoras profundizan en la importancia del área de investigación que la enfermería moderna debe abarcar:

La Investigación en Enfermería se hace inminente considerando que es necesario producir un cambio de actividades y opiniones en profesionales de enfermería formados con métodos tradicionalistas y en otros profesionales acostumbrados a mirar en la enfermera únicamente como la colaboradora del médico, sin darle el profundo significado que ha alcanzado la enfermería en el momento actual (Flores, Burneo y Muñoz 1973, 5).

Así, queda clara la consonancia existente entre los esfuerzos que fueron realizados por la OSP a la hora de posicionar a la enfermera como un actor científico avalado por su formación

profesional rigurosa a través de la academia universitaria, compaginándose así esta transformación cultural y científica en la comprensión de lo que es una enfermera en la ciudad de Quito con lo que Chagas manifestaba en el Boletín de la OSP en 1952 en cuanto a la trascendencia que tenía el concepto de enfermera gracias a los esfuerzos llevados a cabo por las escuelas de enfermería en el América Latina (Chagas 1952, 48).

Dicho esto, se comprendería que para este período la enfermería ya no solamente se habría distanciado del antiguo concepto que se tenía de ella y que la catalogaba como empírica, sino que estarían reclamando un lugar acorde con los avances de la biomedicina, ubicándolas, así como un actor más simétrico junto a los médicos. Esto debido a que se afirmaba que no solamente eran colaboradoras de los médicos, sino que su labor va mucho más allá en cuanto a los aportes científicos que pueden generar a través, en este caso, de la investigación en enfermería.

Este distanciamiento entre la enfermera empírica y enfermera moderna fue posible gracias a procesos complejos de avances sociales, culturales, científicos e incluso económicos que son abordados con mayor exactitud por las estudiantes Isabel Echeverría, Leonor Balarezo y Gloria Hidalgo, quienes afirmaron lo siguiente:

Al comienzo del siglo XX las enfermeras poseían una preparación diferente. La opinión pública sobre la enfermería era influenciada negativamente por esta falta de preparación de las enfermeras, a quienes se les enseña sólo procedimientos relativos a varios tipos de tratamiento, se les adiestra sin estimular y usar la razón. Con esta preparación inadecuada las enfermeras conocían poco del verdadero valor del cuidado de enfermería y por consiguiente los esfuerzos se dirigían solo al cuidado físico del paciente, descuidando otras necesidades del mismo. Los descubrimientos científicos en medicina, así como en estudios sociales, la elevación del nivel de vida, la revolución industrial, el incremento rápido de la población han provocado una verdadera revolución en el campo (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 9).

Dicho esto, queda claro que a partir de la segunda mitad del siglo XX se dio un quiebre que derivó en calificar, mediante un manifiesto menosprecio, como empírica la labor que habían

estado cumpliendo las enfermeras, a diferencia de los nuevos conocimientos adquiridos que trajo consigo, a su vez, una nueva comprensión de lo que esta profesional debía hacer. Uno de los campos en los cuales se empezó a considerar que la enfermera se había profesionalizado era la esfera de lo emocional, lo que le permitía comprender mejor a sus pacientes y así brindar un mejor servicio acorde con las necesidades de la época. Así, por ejemplo, se sostiene en la tesis de las estudiantes Velasco, Villacrés y Mata, según las cuales:

Desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial el estudio de los factores sociales y psicológicos en salud y enfermedad han sido enormemente desarrollados; lo cual ha influido en las acciones de enfermería que pretenden actualmente asegurar el cuidado de la persona no únicamente del aspecto físico si no también en la esfera emocional aspecto un tanto descuidado por otros profesionales debido a la socialización de la Medicina. (Velasco, Villacrés y Mata 1973, IV).

Por otra parte, dichos esfuerzos alrededor de ampliar la comprensión de la enfermería parecerían haberse dado paralelamente con las escuelas de obstetricia en Quito, en otros ámbitos. Al respecto, la estudiante de obstetricia Yolanda S. de Fonseca, en la introducción a su monografía de 1972, plantea lo siguiente:

La presente Monografía recoge conocimientos y experiencias adquiridas a través de cuatro años en el campo de la Obstetricia y de la Ginecología, experiencias que nos han permitido llegar a un conocimiento cabal de la estructura humana, de sus funciones y de sus necesidades biológicas, para ir de esta manera despojando al campo empírico y poco tecnológico en que estuvieron envueltas estas ciencias, para caminar al descubrimiento de nuevas modalidades técnicas que nos permitan un mejor control y una eficaz atención tanto a la madre en gestación como al ser que se prepara para entrar a una nueva fase de su desarrollo biológico (Fonseca 1972, 1).

El extracto aquí presentado permite observar como se va materializando la distinción entre conocimientos “científicos” y conocimientos “empíricos” que tanto el Boletín de la OSP y la Revista de la SEP referían al pensar en la formación profesional de la enfermera y de la obstetrix desde mediados del siglo XX. Fonseca asume que gracias a sus estudios en el

Internado Rotativo ha obtenido una visión completa del cuerpo humano, lo cual le permite, a ella y a las otras agentes de su profesión, distanciar a las “ciencias” de la obstetricia y la ginecología de los conocimientos “empíricos”. En particular, ella afirma haber obtenido los conocimientos técnicos que le permitían mejorar la atención de la madre gestante, así como el control del proceso de crecimiento y nacimiento del feto.

Siguiendo este argumento, se hace presente un reconocimiento explícito de la obstetricia como un elemento que debe observarse desde una perspectiva moderna para su tiempo, donde la categoría “moderna” toma un significado que dota de un valor superior a la obstetricia en oposición a una concepción “no moderna” o “antigua” como carente de todo programa de educación (Chagas 1952, 57). Por otra parte, podría también comprenderse la categoría “moderna” en una acepción exclusiva a lo “nuevo”, donde explícitamente se traería esta categoría para plantear la existencia de una nueva manera de concebir la obstetricia, como a continuación lo plantea Marilú Valverde de Páez, quien propone que:

La moderna concepción científica de la Obstetricia, como rama de la Ginecología y que trata de la reproducción humana, hace imperativo el que las nuevas profesionales tengamos una visión más clara y más cabal de la misión que estamos llamadas a desempeñar (Valverde de Páez 1973, 10).

En esta cita, Valverde de Páez reflexiona sobre la modernidad frente a la cual se posiciona a la obstetricia, y propone que este sentido de “moderno” se relaciona a la mayor precisión y completitud de las perspectivas y conocimientos que esta disciplina otorga a sus “nuevas profesionales”. Asimismo, se plantea a la obstetricia como un campo de estudio que hace parte de la ginecología, es decir una rama de la medicina que atiende en concreto a la reproducción humana. Sin embargo, como se ha visto, la Maternidad Isidro Ayora se encarga de la atención exclusiva del sistema reproductor femenino, particularizando en este sentido el proceso de gestación que se da en el cuerpo humano de las mujeres que son aptas para reproducirse. Así podría comprenderse que la enfermería tiene una visión más pragmática, mientras la obstetricia presenta una visión totalizante, es decir, que no se enfoca solo en el parto, sino que atiende todo el proceso pre y pos natal de manera directa, situación que buscaría ser subsanada a través de la formación para enfermeras en materia de obstetricia para

atender partos –tal como lo había mencionado Ferro (1967, 537-538) en el Boletín de la OSP unos años antes.

3.1.1. La enfermería, la obstetricia y las funciones de sus profesiones alrededor del parto y maternidad en la ciudad de Quito

A mediados del siglo XX la enfermería y la obstetricia ya estuvieron posicionadas en los textos científicos universitarios como profesiones calificadas de “modernas”, las cuales se presentaban como distanciadas de diversas funciones y conocimientos que estos actores de la biomedicina habían jugado a inicios del siglo, gracias a múltiples esfuerzos impulsados tanto desde el plano internacional como el local. En este sentido, la tesis de las estudiantes Echeverría, Balarezo e Hidalgo trae a colación los pasajes de la *International Nursing Review* escritos por Dorothy Looff en 1961, donde menciona que “la OMS está interesada en realizar investigaciones en el campo de la enfermería y mejorar el nivel de educación y cuidado. La OMS y el consejo Internacional de Enfermeras conjuntamente está tratando de promover mejores intereses de la enfermería profesional en todo el mundo” (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 10). Al respecto cabe recordar que la OMS en este periodo trabajó para mejorar los servicios de enfermería y obstetricia a través del reclutamiento, entrenamiento y el avance en lo estándares de empleo de estas profesionales (WHO 2017, 3).

Así, la enfermería estuvo influenciada por “la medicina moderna y los adelantos en el campo de la Salud Pública; el aumento en la demanda de los servicios de enfermería; y la posición que ocupe la enfermería en la sociedad” (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 11). A continuación, las estudiantes rescatan los argumentos de la Lcda. Georgina de Carrillo, Máster en Enfermería, en su obra publicada en 1970 e intitulada “Requerimientos Profesionales de Enseñanza”, donde se plantea que la:

Enfermería es una ciencia en evolución que implica una interacción de persona a persona, empática y frecuente; busca un máximo bienestar bio-psico-social posible del hombre a través de la realización de funciones propias o autónomas y médico delegadas, para lo que se requiere acción de conjunto y utilización de recursos. Se trata de un cuidado integral

progresivo y continuado a las personas a quienes se da este servicio. (Carrillo 1970, citado por Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 11).

Este extracto introduce el cuidado integral de las pacientes, donde la esfera bio-psico-social se constituiría en un complejo proceso de asistencia para lo cual se cuenta con procedimientos propios de la enfermería. Con respecto al cuidado integral, las estudiantes Velasco, Villacrés y Mata proponen que:

la enfermería reza la responsabilidad que la sociedad le impone: brindar atención integral a toda persona que la necesite. Por tanto, la enfermera que labora en un Servicio de Admisión debe convertirse en una verdadera guía o anfitriona de las pacientes gestantes que ingresan a una unidad hospitalaria para atención del parto, debe ofrecer orientación y consejo ya que está capacitada para ello y además conoce los problemas y reacciones humanas; su contacto con las pacientes le permite comprender y ayudar con la eficiencia indispensable (Velasco, Villacrés y Mata 1973, 1).

Como se evidencia en esta cita, el cuidado integral fue una de las funciones primordiales de la enfermería en la época, mismo que se daba desde el ingreso hasta la salida de la paciente en atención hospitalaria del parto. Además, las autoras introducen la orientación y consejo que las enfermeras daban, pues contaban con capacitación para ello. Cabe mencionar que la Escuela de Enfermería de la UCE contaba con una cátedra denominada Materno Infantil donde se abordaban temas relacionados con el “crecimiento y desarrollo, enfermería en obstetricia, enfermería en pediatría y enfermería en salud pública” (Cartagena, Aguirre y Miño 1972, 8). Así, las enfermeras estaban capacitadas para enfrentar este reto del cuidado tanto de la madre gestante como de los infantes, y a su vez enseñar a las madres sobre puericultura como ya se ha visto en la Revista de la SEP, donde el doctor Falconí Villagómez devela la necesidad de formar a las madres en saber, por ejemplo, cuándo llamar al pediatra o cómo evitar los peligros del contagio del medio ambiente en el que habitan las y los recién nacidos (Falconí Villagómez 1955, 123 y Falconí Villagómez 1953, 30). Esto fue posible gracias a que la enfermera podía “infundir gran confianza a la mujer preocupada, con su actitud calmada, profesional y objetiva. A menudo el apoyo y la comprensión espirituales del personal de enfermería tienen mayor valor que los medicamentos” (De Chancay, Regalado y

Nolivos 1972, 7). Esta confianza que la enfermera infundía era aprendida en las escuelas de enfermería, lo cual se demuestra cuando las estudiantes Velasco, Villacrés y Mata (1973) plantean que:

En Enfermería más que en ninguna profesión de la salud, actualmente, se hace imprescindible que la profesional reconozca y se profundice hacia el área emocional de la persona; vale decir que, con una mirada general, con su observación capte todo un mundo de emociones que serán expresadas de diferente manera: el aspecto facial, gestos, expresiones y su apariencia total. (María de Lourdes Velasco, Violeta Villacrés y Laura Mata 1973, 4).

Como se puede notar, la arena de lo emocional de las pacientes en gestación era valorado en este momento histórico por la enfermería, y podría deducirse que la ciencia de la enfermería fue la llamada a hacerlo de entre los diversos agentes de la biomedicina, al ver a la enfermera como una madre y al doctor como un padre, donde ella es la que asiste desde lo afectivo y el médico desde una visión mucho más objetiva como vimos lo había mencionado la Organización Mundial de la Salud (OMS 1957, 273). Hasta cierto punto, esto podría entenderse como una manera de humanizar el parto hospitalario y como una estrategia para acercar más a las mujeres a los centros hospitalarios que en este período preferían atender sus partos todavía con comadronas y parteras debido a que ellas les inspiraban confianza, como vimos lo constataba el Boletín de la OSP (Hernández 1964, 159). Esta estrategia fue inducida a través de las escuelas de enfermería, como lo demuestran las estudiantes Echeverría, Balarezo e Hidalgo al plantear que “es responsabilidad de la enfermera educadora presentar a la estudiante de enfermería los métodos para solucionar los problemas de enfermería y desarrollar en ella conciencia de las necesidades del paciente y de la familia, comprensión y apreciación de las mismas” (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 10) dando a entender que a través de la enseñanza, las enfermeras serían formadas para acceder a transformaciones culturales en cuanto a la práctica del parto de las mujeres en la ciudad de Quito, y quizá a nivel nacional, por medio de la comprensión de la importancia que jugarían ellas a la hora de observar a las necesidades no solo físicas sino también emocionales de pacientes y de sus familias.

Así mismo, las obstetricas vendrían a jugar un rol bastante cercano al de las enfermeras, con la diferencia de que ellas estaban preparadas de manera general para atender un parto durante el proceso pre y pos natal, tal como lo plantea la estudiante de obstetricia Marilú Valverde de Páez:

la obstetrica moderna debe comprender que está llamada a desempeñar un papel muy importante, como: consejera en los aspectos: dietéticos, alimenticio, higiénicos, emocionalmente o fisiológicamente hablando; control en el aspecto fisiológico de la madre, la implantación del feto, el desarrollo normal de la vida intrauterina y finalmente la asistencia técnica en el proceso de alumbramiento y puerperio (Valverde De Páez 1973, 14).

Este extracto del discurso introductorio de la tesis de la autora muestra que el sentido “moderno” de obstetrica a mediados del siglo XX involucraba la función de generar un vínculo con la madre como consejera, lo que implica, entonces, una relación interpersonal mucho más cercana con la paciente. De igual manera, como se ha visto en el Boletín de OSP, este vínculo más cercano con la mujer gestante y las recientes madres también sería una labor de las enfermeras que trabajan en el área obstétrica donde “la enfermera mantiene con los enfermos y sus allegados una relación asidua e íntima” (OMS 1957, 273). El objetivo de esto era alcanzar un lenguaje mucho más cercano a sus pacientes y así generar la confianza para que ellas transformen sus prácticas en torno al parto y la maternidad y así también reducir tensiones y la posible ansiedad en la que se encuentran al enfrentar este proceso humano (McClure 1952, 157).

Sin embargo, aunque la inclusión del aspecto emocional y el lazo personal eran aspectos nuevos e importantes de la obstetrica “moderna”, no eran los únicos. En este sentido, la estudiante Valverde De Páez también sostuvo que:

El problema de la perpetuación de la especie humana obstéricamente hablando puede ser tomada desde el período de la concepción, gestación hasta el alumbramiento. En cada una de estas fases hay un verdadero proceso biológico complejo que exige la presencia de un profesional especializado, médico u obstetrica, para: guiar, conducir, aconsejar, dirigir y controlar hasta el feliz alumbramiento y su puerperio (Valverde de Páez 1973, 12).

Como puede observarse en este extracto, la concepción de la obstetricia moderna estaría asociada a un proceso profesional que exige ser guiado, conducido, aconsejado, dirigido y controlado por médicos y obstetrices, mismo que empezaría en la concepción finalizando no solo en el alumbramiento sino en el puerperio. De esta manera, la gestión profesional del proceso reproductivo sería lo que dota de un carácter moderno a la obstetricia. Esta atención y control del proceso de gestación sería la fundamental diferencia entre los actores de la biomedicina y de las comadronas y/o parteras. Es decir, desde la oficialidad se construye una imagen según la cual la partera y/o comadrona solo conocen el parto, y nada más. Mientras tanto, los médicos y las obstetrices profesionales se presentan como conocedores del proceso total que incluye lo pre natal, el parto y lo pos natal, es decir, todo el proceso reproductivo. Esta vendría a ser la clave para entender la distinción que los organismos y su puerperio” (Valverde de Páez 1972-1973, 12), de donde se deduce que su papel de consejera podía haber recaído en una serie de valoraciones morales y culturales de orden subjetivo de cada profesional. médicos oficiales intentaron crear alrededor del parto. De allí que, según Valverde de Páez, el rol de la obstetriz sería el de “guiar, conducir, aconsejar, dirigir y controlar hasta el feliz alumbramiento

Dicho esto, la tesis de las estudiantes de enfermería Velasco, Villacrés y Mata trae a colación los argumentos de Solomon E. Asch (1964, 190-209) donde plantea que el estudio de las emociones por parte de la enfermería continuó siendo un eje fundamental a la hora de atender a las mujeres que deben ser admitidas en los centros hospitalarios para la atención del parto. Del mismo modo, esto sería parte de la comprensión bio-psico-social de la que ya se ha venido hablado en este capítulo en torno a la configuración moderna de la enfermería, la cual deviene en una disciplina que:

da orientación a la enfermera para hacer viable una interacción social saludable y aprender la expresión de una emoción, representada por llanto, risa, temblor, fatiga, etc. (...) Con la información anterior, se puede reconocer fácilmente que en el proceso de Admisión a una institución de salud, es imperativa la presencia de una enfermera conocedora del individuo como un ser bio-sico-social, ya que es uno de los momentos más críticos por el que una persona atraviesa para una hospitalización (Velasco, Villacrés y Mata 1973, 6).

Así, se observa que el rol de la comunicación entre la enfermera, la paciente y sus familias es imprescindible, notando que la comunicación no verbal pasó a ser un área de estudio necesario por parte de las enfermeras con la finalidad de cumplir su rol de comprensión de la subjetividad de las personas a su cargo desde el ingreso hospitalario. Este hecho permitiría que el cuidado que las enfermeras realizaban de sus pacientes sea llevado a un nivel más profundo que el mero hecho de comprender los cambios fisiológicos y el comportamiento biológico de la mujer gestante. Al respecto, las estudiantes María De Chancay, Zoila Regalado y Lupe Nolivos proporcionan el siguiente argumento:

El cuidado se expresa atendiendo al otro, acompañándole, ayudándole, protegiéndole, poniendo atención a sus reacciones, salvaguardándole del peligro que pueda causarle daño, proveyendo para sus necesidades o deseos con consideración en lugar de un sentido del deber, con respeto e interés en lugar de indiferencia. (...) La misión principal de la enfermera es proveer o ayudar al enfermo de todo lo que su higiene personal necesita. La higiene incluye, prácticas físicas que protejan la salud y el bienestar del individuo, lo mismo que las que predisponen a la salud mental y a sus reacciones y hábitos emocionales. La enfermera debe tener una clara visión de sus propios sentimientos con respecto de su papel femenino antes de que pueda con éxito proporcionar ayuda, guía y cuidado físico para su paciente femenina (De Chancay, Regalado y Nolivos 1972, 6).

En este extracto las autoras se concentran en lo que entenderían como el rol de la enfermera centrándose en el cuidado, manifestando que esta función sería todo lo contrario a la indiferencia, es decir que la protección de la paciente sería el objetivo final de su profesión. Esta protección vendría dada por la atención a la higiene de la paciente, lo cual incluye la atención a su salud mental, donde comprender sus propios sentimientos como prestadora de salud sería fundamental para poder apoyar a la paciente.

Como se puede ver, las estudiantes hacen referencia a la condición femenina de la enfermera, situación que la acercaría a las pacientes gestantes por su condición de ser mujer. Queda claro que estas estrategias de cuidado que la enfermera emplea para atender a la madre, con la finalidad de cumplir su rol, no nacen del simple hecho de ser mujer, sino que esto vendría a

ser un potenciador de su rol profesional, debido a que todas ellas habrían sido entrenadas para ello mediante procesos de formación universitaria, mismos que son rescatados en los documentos científicos o tesis que las estudiantes han elaborado para obtener su titulación en dicha profesión. Dicho esto, la mayoría de los partos fueron atendidos por mujeres a lo largo del siglo XX, las cuales no necesariamente eran profesionales de la salud (Borge, Pérez y Sánchez 2018, 1). Sin embargo, aquí se evidencia que dentro del campo de la biomedicina el acompañamiento de las mujeres enfermeras, así como de las obstetrices, fue una estrategia para que sean las mismas mujeres, pero ya en la órbita de la profesionalización biomédica, las que continúen manteniendo una relación directa con la práctica del parto en distintas esferas – en el caso de las enfermeras mediante el acompañamiento a los médicos y en el de las obstetrices, mediante la atención directa de este proceso humano femenino. En cuanto al tema del cuidado, este sería un área central de la formación “moderna” de las enfermeras, lo que se contradice con lo planteado por el doctor Carlos Mosquera, subdirector de la Escuela de Obstetricia de la UCE, cuando manifiesta que esta vendría a ser una labor de médicos hombres jóvenes (Mosquera 1955, 198). Al contrario, dos décadas después, estudiantes quiteñas de dicha carrera indican que este cuidado que impartían vendría de la mano con la enseñanza que ellas proveían a las mujeres en gestación y nuevas madres donde “la enfermera debe informar a la mujer gestante, acerca del proceso de parto y además, que cada parto es diferente y que las necesidades individuales varían. Es bueno también mantenerle informada al esposo y hacerle saber a la madre que él está afuera” (Velasco, Villacrés y Mata 1973, 13).

Del mismo modo, se observa que estos aprendizajes que la enfermera recibía como parte de su entrenamiento no eran simplemente librescos o, si se quiere decir, teóricos, sino que requerían también de su experiencia práctica, ya sea en las salas de operaciones o en la de partos donde actuaba. Un ejemplo de ello es presentado por las estudiantes De Chancay, Regalado y Nolivos respecto de la atención a la cicatrización del periné luego de una práctica de parto:

Durante el puerperio, la enfermera debe emplear su conciencia quirúrgica al máximo, pues resulta absolutamente necesario ya que poseyendo experiencia de técnica de quirófano y de cuarto de partos, la enfermera obstétrica no debe tener dificultad para asegurar la asepsia en todo momento para evitar infecciones y favorecer la cicatrización del periné; se supone que debe observarse una técnica escrupulosa en su ejecución. Los tratamientos más nuevos o

recientes, así como las técnicas, se desarrollan todos los días y es responsabilidad de la enfermera mantenerse bien informada (De Chancay, Regalado y Nolivos 1972, 8).

Finalmente, las enfermeras debieron estar capacitadas para acompañar en el cuidado del parto en las más diversas condiciones. Hemos observado que la revista de la SEP muestra que las mujeres de la ruralidad montubia estaban expuestas a una serie de factores ambientales propios de la costa ecuatoriana que desfavorecían el cuidado prolijo que desde la medicina se hacía en torno al cuidado del parto (Facconi 1955, 146). Mientras tanto, el Boletín de la OSP muestra las diversas situaciones por las cuales las mujeres preferían no asistir al parto hospitalario develando entre estas causas que ya habían sido atendidas previamente en su hogar e incluso que tenían desconfianza hacia el personal médico (Hernández 1964, 160). Estas situaciones sin duda hicieron que el objetivo de cumplir con alcanzar el 100% de las prestaciones de servicio de parto hospitalario (Freire, Bonan y Nakano 2, 2018) se vea abatido por las diversas realidades que las enfermeras y obstetrices encontraban entre las madres gestantes que habitaban en el territorio de la ciudad de Quito y en otras partes del país. Así, las estudiantes Chancay, Regalado y Nolivos traen a colación los argumentos de Mac Bookmiller y George Bowen, en su obra publicada en 1959 e intitulada “Enfermería Obstétrica”, donde argumentan que:

Una paciente obstétrica tiene derecho a la mejor asistencia posible de enfermeras. Pero la mejor asistencia posible no puede lograrse para todas las pacientes a menos que se defina, cómo es la mejor asistencia posible en el momento y el sitio donde la paciente es atendida. Por desgracia no todas las mujeres gozan de lo mejor en comida, alimentos y alojamiento; por ello la comprensión cabal de la frase ‘la mejor asistencia disponible’ debe hacer a la enfermera alerta y capaz de adaptarse a diversas circunstancias para satisfacer ampliamente las necesidades de sus pacientes (Chancay, Regalado y Nolivos 1972,7).

Esta cita muestra que, la atención y cuidado de las mujeres en etapa de gestación y en proceso de alumbramiento no siempre contaba con los servicios adecuados para que las pacientes sean atendidas en las diversas latitudes del país. De ahí deviene la necesidad de que las profesionales en enfermería estuvieran capacitadas no solo, como habían dicho, en cuanto a la teoría entendida en el sentido más literal, sino que requerían dominar y aplicar sus

conocimientos pragmáticos, los cuales les facilitarían adaptarse y acompañar los partos en las más diversas situaciones, incluso en situaciones donde quizá los servicios médicos y hospitalarios eran deficientes o inexistentes. En suma, las funciones y roles de las enfermeras y obstetrices fueron destinadas al cuidado integral de las pacientes en gestación y la atención pre y pos natal, respectivamente. Estas funciones ya no eran simplemente las prácticas empíricas asociadas al parto que se les habían asignado desde inicios del siglo XX. Más bien, además del bagaje teórico que recibían en los salones de clases de educación superior, se requería un nivel de acercamiento subjetivo y emocional, así como la experiencia adquirida en las salas de operaciones y de partos con las mujeres gestantes y nuevas madres a fin de generar acercamientos y un nivel de confianza que permitieran llevar a las mujeres a los servicios de salud y hospitalarios y atenderlas con eficiencia a pesar de las diversas dificultades que pudieran experimentar en el transcurso de su labor.

3.1.2. Trasfondos morales y culturales en los discursos de las enfermeras y obstetrices alrededor de la maternidad y el parto

Las estudiantes de enfermería y obstetricia presentan varios argumentos ligados a las motivaciones que tenían para estudiar dichas profesiones, a partir de los cuales se analizan sus discursos que estarían ligados a cuestiones moralistas, nacionalistas y también discursos asociados al sufrimiento, el dolor y el amor que conllevaría el parto y la maternidad. Así, las estudiantes Echeverría, Balarezo e Hidalgo citan a Bertha Harner y Virginia Henderson en su obra publicada en 1959 y titulada “Tratado de Enfermería Teórico Práctico” donde mencionan que “la enfermería ofrece satisfacciones inmensas e inmediatas al deseo humanitario de ser útil al prójimo. Es indudable que muchas enfermeras en todas las edades han escogido esta profesión por los más elevados motivos” (Heger y Anderson 1959, citado por Isabel Echeverría, Leonor Balarezo y Gloria Hidalgo 1972, 9). En esta cita se evidencia la motivación de ser útil al prójimo exaltando así la labor de la enfermera en cuanto al cuidado y asistencia que realiza para con sus pacientes, deduciendo que la atención del parto sería una causa noble por la cual actuar en la vida y servicio hacia los demás. En efecto, las estudiantes citan al Dr. Joaquín Mena Soto de la UCE en su obra publicada en 1965 e intitulada “Universidad, Historia, Orientación”, donde manifiesta que “la profesión es el ángulo desde el cual se ve el mundo con el florecimiento de sus características físicas y morales, sus imperativos de cultura y altibajos de la justicia” (Isabel Echeverría, Leonor Balarezo y Gloria

Hidalgo 1972, 6). En consecuencia, asumir la enfermería como profesión implicaba actuar como educadora y consejera de los enfermos, de las pacientes y sus hogares –tal como se había indicado en el Boletín de la OSP (OMS 1957, 273)— y esto, a su vez, resultaba en una manera útil de contribuir mediante la transformación de la cultura local. De este modo, la utilidad de la función social de la enfermera serviría para penetrar en la sociedad e influir en las instituciones, así como en la transformación de los patrones de conducta de las mujeres (De Alcantaro 1955, 435). Al mismo tiempo, se asumía como una profesión que promovía la justicia social por medio de la extensión de la práctica hospitalaria del parto a las mujeres proletarias que todavía no se encontraban a gusto dentro de la órbita biomédica tradicional (Falconí Villagómez 1955, 146).

Por otra parte, la estudiante de obstetricia Yolanda S. De Fonseca vincula su actividad obstétrica al apoyo a la consolidación de la patria ecuatoriana. Así, la autora plantea que su quehacer profesional estaría inspirado en servir a la patria:

Que esta monografía sea el primer punto de partida y referencia para medir la constante entrega al estudio y disciplina a que debe someterse quién anhela servir a través de la sociedad a la Patria y a la Humanidad toda, con la entrega total de los conocimientos adquiridos y con la suprema responsabilidad que entraña la profesión escogida (Fonseca 1972, 2).

Como se puede observar en este párrafo, Fonseca plantea que desde su trabajo como obstetriz ella está encaminada a servir a la patria y a la humanidad, mostrando así el alcance social y cultural que tenía la obstetricia más allá del campo propio de la medicina. Dicho esto, los avances científicos en el campo de la biomedicina beneficiarían a toda la población, por ende, a la nación como un todo. Por otra parte, Marilú Valverde De Páez, otra estudiante de obstetricia, también trae a colación el tema de la patria, vinculándolo esta vez al cuidado de la obstetriz, debido a que serían las mujeres madres que estaban bajo su supervisión las llamadas a estimular y direccionar en sus hijos e hijas el compromiso patriótico (Valverde de Páez 1973, 14). Este fin nacionalista y/o patriótico que se va delineando alrededor de la obstetricia y, más específicamente, de la maternidad, aparece también en el caso del doctor Falconí Villagómez cuando plantea que las madres son las llamadas a despertar y estimular la conciencia iberoamericana en sus hijos e hijas, observando a América como su patria racial e

idiomática (Villagómez 1953, 185). Así, categorías como la patria, las Américas, y lo nacional aparecen en los discursos vertidos tanto en las monografías de las estudiantes de obstetricia como en la Revista de la OSP, por lo que podría denotarse que las ciencias del cuidado y tratamiento del parto y la maternidad, como parte del proceso de formación de las profesionales en biomedicina, no estaban exentas de establecer puentes con procesos de construcción ideológicos a través de la puericultura.

Por otra parte, la noción de la maternidad como un espacio que trasciende lo estrictamente médico también se presenta en la monografía de Patricia Narváez de Espinoza, asociando esta categoría a un espectro relacionado con el sufrimiento, el dolor y el amor:

Os ofrezco el sufrimiento convertido en placer, de todas las mujeres en el momento de ser madre.

Os ofrezco, el deseo convertido en pureza, os doy el amor perpetuo de los seres al tener un hijo.

Os ofrezco, la satisfacción sublime de contemplar de cerca a Dios, de tener en mis manos la gracia que el Señor confiere al amor humano.

Os ofrezco, las primeras lágrimas de las estrellas nacientes que con su inocencia salen a jugar en un mundo triste y oscuro y que con tanta pureza alegra a la tierra.

Aquí me tenéis.

Soy vuestro amor, convertido en carne, soy vuestra obra y siendo así es vuestro todo.

Mis alegrías, mis dolores y mi triunfo (Narváez 1973, 1).

En esta introducción la autora da cuenta de un discurso en el cual la maternidad podría verse asociada a categorías como placer, deseo y amor en contraposición al discurso que propone el sufrimiento como centro del proceso de maternidad, y en particular del parto. Por otra parte, tiene una connotación religiosa al referirse a Dios y al Señor como agentes no humanos que se presentan en el nacimiento a través de la práctica del parto y frente a la cual el servicio de las obstetras se encuentra aliado. Por otra parte, se presenta una visión pesimista del mundo al referirse a este como triste y oscuro, mismo que es alimentado de alegría con la llegada de

seres inocentes como lo serían los recién nacidos. Dicho esto, la autora cierra su discurso planteando un vínculo existente entre los progenitores y sus creaciones –los nuevos niños y niñas que llegan al mundo- al poner su caso particular como ejemplo explicativo de cómo el amor se convierte en carne, siendo esta una obra que contiene alegrías, dolores y triunfos.

Volviendo al tema de la maternidad, las estudiantes Velasco, Villacrés y Mata citan a Ricardo V. Gavensky en su obra publicada en 1968 e intitulada “Parto sin Temor y Parto sin Dolor” donde plantea que:

Muchas perturbaciones psicológicas del embarazo dependen de las distintas sociedades y culturas. Así en las sociedades que consideran que el embarazo debe acompañarse de náuseas, vómitos y el parto acompañado de sufrimiento, la mayoría de mujeres sufren de estas perturbaciones. En cambio, en otras sociedades que no rodean de ansiedades y peligros a ese estado, la gravidez y el parto transcurren sin incidentes” (Velasco, Villacrés y Mata 1973, 11).

En este extracto las autoras plantean, a través de Ricardo V. Gavensky, que los supuestos estragos del embarazo e incluso el sufrimiento que se presume sentirían las mujeres la práctica del parto estarían asociados a factores culturales. Este argumento cultural podría explicar el por qué de la existencia de elevados índices de mujeres que atienden sus partos y cuidados en la gestación a través de comadronas y/o parteras a pesar de los peligros a los cuales podrían enfrentarse en este proceso, como lo menciona Ferro en el Boletín de la OSP (Ferro 1967, 537) e incluso el propio doctor Falconí Villagómez cuando plantea que no sirve de nada traer tantos niños y niñas al mundo si van a morir por las condiciones en las cuales son recibidos (Falconí Villagómez 1955, 123). Así, el factor cultural sería la manera como se pone en evidencia uno de los temas más relevantes a la hora de ejercer la profesión de la enfermería y la obstetricia, y de ahí la necesidad de que estas profesionales sean formadas en cuestiones relacionadas a la transformación de conductas en las madres y arraigadas al estudio de las emociones, como ya se ha discutido anteriormente.

Abonando a esta discusión, las estudiantes Matilde Mancheno, Norma Molina y Mariana Ruiz plantean que:

La vida hogareña infeliz, la pérdida de carrera, el temor al parto, el temor a las responsabilidades de la maternidad, y otros factores de carácter semejante pueden influir en la mente de la mujer que presenta inestabilidad emocional. El deseo consciente de tener niños, quizá esté ligada al temor inconsciente de ser madre; este conflicto le hace incapaz de ajustarse síquicamente y los síntomas de náusea y vómito matutinos se agravan como manifestación del rechazo inconsciente del embarazo, o como un método para escapar psicológicamente de sus problemas (Mancheno, Molina y Ruiz 1972, 8).

Las autoras manifiestan que el rechazo inconsciente del embarazo sería un eje central en la experiencia que habitan en sus cuerpos las mujeres gestantes, debido a que este rechazo podría ser el catalizador de múltiples estragos que vendrían a ser efecto del mal manejo de sus emociones y problemas que podrían suscitarse frente a un embarazo, como la pérdida de la carrera universitaria, un hogar con dificultades, el desconocimiento del proceso de gestación y del parto en sí, así como de las responsabilidades que conlleva asumir la maternidad. Así, se evidencia que el conocimiento sobre el proceso de gestación, el parto y la maternidad eran un factor fundamental a la hora de enfrentarse al embarazo, la maternidad y el parto, donde nuevamente el factor de transformación cultural a través del ejercicio de la profesión de enfermeras y obstetras fue preponderante con la finalidad de que las mujeres observen la maternidad en su conjunto a partir de nuevas lógicas y perspectivas. En este punto, vale detenerse a observar que el enfrentamiento a transformaciones culturales en el orden de la maternidad estuvo también ligado a los procesos de formación que las enfermeras y obstetras debían ejercer sobre sus pacientes, y también a las subjetividades de sus maestras, mismas que estarían influidas por el orden cultural, histórico, social, económico e incluso político de la época. Así, se observa que este fenómeno cultural, con las misivas respecto de la patria y el nacionalismo por ejemplo, sin duda fueron efecto del momento político de la pos guerra con el Perú por el paso a la Amazonía, así como de los fines moralistas y de justicia social imbuidos en los programas de los centros de formación de obstetricia y enfermería en Quito, como ya fue notado en los artículos de Villagómez y en las tesis de varias estudiantes de dichas profesiones durante las primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX.

3.2. Historias mínimas del parto en la Maternidad Isidro Ayora y la construcción gradual del lenguaje científico de la obstetricia en torno al parto y del aborto

Esta sección analiza las historias clínicas que las estudiantes de obstetricia presentan en sus monografías para graduarse. Las historias clínicas vienen a ser los documentos de registro de las pacientes obstétricas que fueron recibidas en la Maternidad Isidro Ayora y a través de ellas se busca mostrar el tipo de información que era de relevancia para la biomedicina en el período de 1970 a 1973. Así mismo, se muestra cómo este tipo de información vendría a ser parte de la construcción del lenguaje científico sobre el parto acorde a la época. La información contenida en las historias clínicas también permite hacer un acercamiento a la historia social y familiar de las pacientes, así como a su historial médico en torno al proceso de gestación y al parto. Estas historias clínicas fueron un dispositivo utilizado como parte del proceso científico de atención hospitalaria del parto, mismo que permite conocer a los diversos actores inmiscuidos en la atención de las pacientes y saber el estado de los procedimientos que se debían aplicar a cada una de ellas. Podría también inferirse que dichas historias clínicas fueron parte de los procedimientos que se impulsaron para diferenciarse de los procedimientos de las parteras y/o comadronas, tal como lo plantea Ferro en el Boletín de OSP pocos años antes (Ferro 1967, 537). Además, cabe mencionar que varias de las historias clínicas que a continuación se presentan evidencian los abortos que las pacientes tuvieron, así como casos de abortos en curso. Esta información es relevante para el presente estudio debido a que el aborto constituye la interrupción del embarazo, y esta situación, a su vez, se relaciona con los índices de mortalidad materna, argumento que, como ya se ha visto en el Boletín de la OSP, fue utilizado para fortalecer la presencia de la biomedicina, en particular de las ramas de la enfermería y obstetricia profesionales en la ciudad de Quito y en las Américas.

Dicho esto, es importante comprender cómo la biomedicina entendía el proceso de gestación a partir de las monografías de las futuras obstetras. Así, la estudiante Marilú Valverde de Páez en su monografía publicada en 1973 y titulada “El feto en las diferentes etapas de gestación” plantea que:

Desde el punto de vista metódico legal, es importante que el médico sea capaz de calcular con más o menos exactitud la edad de embriones, fetos y niños prematuros (...) En las dos

primeras semanas de gestación suele darse el nombre de huevo al producto de la concepción; entre la tercera y quinta semana (período en el cual se desarrollan los diversos órganos y el producto adquiere forma determinada) se conoce con el nombre de embrión; después de la quinta semana se denomina feto. Otros autores denominan de distinta manera la edad gestacional así: llaman embrión el producto de la concepción hasta las nuevas semanas de la última menstruación, con un peso de cinco gramos y una longitud del cráneo calcáneo de cuatro centímetros. A partir de estas dimensiones, peso y edad se llama feto. Feto inmaduro de cinco a mil gramos de peso, feto prematuro de mil a dos mil quinientos gramos y feto maduro de dos mil quinientos gramos en adelante (Valverde de Páez 1973, 15).

En esta cita la autora introduce el lenguaje científico de la obstetricia para comprender qué es lo que estaría formándose durante las distintas etapas de la gestación de un nuevo ser humano. Así, se observa en breve las periodizaciones que desde el discurso biomédico se establecieron para delimitar el período de gestación. Adicionalmente, se infiere del texto el uso de tecnologías de las cuales la biomedicina hace uso al momento de mencionar longitudes y pesos para definir, primero, al embrión y, luego, al feto. Esto significa que la estudiante de obstetricia debía dominar el lenguaje médico necesario para su campo de estudio, así como el uso de tecnologías para el control de los procesos reproductivos y del parto hospitalario con rigurosidad y precisión.

3.2.1. Historias sociales y familiares de las pacientes de la Maternidad Isidro Ayora

Las historias sociales y familiares que se recogen en las historias clínicas presentadas en las monografías de graduación de las estudiantes de obstetricia que realizaban sus prácticas en la Maternidad Isidro Ayora de Quito permiten observar brevemente, pero con detalles, el contexto social y familiar de las mujeres pacientes que asistían a la institución. Esta información era un eje central en la labor que el personal médico realizaba debido a la relevancia que en este período se le dio al estudio de factores sociales y psicológicos de las pacientes en materia de salud (Velasco, Villacrés y Mata 1973, IV). Al respecto, hemos observado que el Boletín de la OSP reconocía que el contexto en el cual se desarrolla un embarazo podría haber sido un detonante de situaciones psicológicas y emocionales en las pacientes (McClure 1952, 160). Por ello, este tipo de información permitía, tanto a enfermeras

como obstétricas, saber cómo manejar cada caso particular de acuerdo a las necesidades individualizadas de cada paciente a fin de garantizar el cuidado integral de las mismas, tanto físico como emocional, que en este período se buscaba instaurar a nivel continental mediante la atención hospitalaria del parto (Ferro 1967, 537-538). Asimismo, estas historias clínicas no sólo eran una herramienta sino un dispositivo de control para garantizar la transformación de la cultura de las mujeres frente al parto y el cuidado de los infantes, al ser la maternidad el lugar de encuentro entre las profesionales y las mujeres en gestación o nuevas madres que debían ser familiarizadas con los conocimientos impartidos desde las instituciones universitarias (Isabel Echeverría, Leonor Balarezo y Gloria Hidalgo 1972, 10).

Al respecto, las estudiantes Yolanda S. De Fonseca y Margarita Santamaría presentan en sus monografías varias historias clínicas. A pesar de enfocarse en el mismo tipo de paciente – mujeres que ya han dado a luz—las historias difieren en cuanto a su forma y contenido, lo cual podría haber respondido a esfuerzos internos institucionales por mejorar cualitativa y cuantitativamente el tipo de información que buscaban registrar en las historias. Así, Fonseca (1972) muestra el caso del parto de la paciente Gladis Murillo:

Niño de Gladis Murillo, número de Hospital de la madre 2494, fecha de parto 16 de marzo de 1972, hora de nacimiento 0:10am.

Historia Familiar y Social: Madre, 24 años G.1, P.1, sana aparentemente, instrucción secundaria, ocupación quehaceres domésticos.

Padre: 32 años, sano aparentemente, instrucción secundaria, ocupación chofer.

Vivienda: una pieza con servicio higiénico en zona urbana (Fonseca 1972, 10).

Aquí Fonseca muestra un registro de información que incluye el nombre de la madre, el número de identificación que el hospital le da a la madre y la fecha y hora en la que ocurrió el parto. Es decir, información básica sobre el nacimiento. Por otra parte, esta historia clínica incluye brevemente datos de la denominada “historia familiar y social” de la madre en la que se muestra que tanto ella como su pareja tenían instrucción secundaria, es decir que no eran analfabetos, y por lo visto el sustento de su hogar sería el oficio de chofer de dicha pareja. Adicionalmente se observa el tipo de vivienda que habitaban, argumentos que permiten inferir

que es una familia proletaria que esperaba a su primer hijo. En todo caso, estos datos reflejan parte del objetivo de las enfermeras y obstetras modernas por conocer y desarrollar una conciencia de las necesidades sociales y culturales de la paciente y de su familia, como hemos observado en algunas de las tesis de las estudiantes de enfermería (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 9).

Otra historia clínica que presenta la misma estudiante Fonseca es el de la paciente María Simbaña, a quien también se le asigna un número de identificación y se registra la fecha y hora del nacimiento de su hijo:

Niño de María Simbaña, número de Hospital de la madre 2705, Fecha de parto 20 de marzo de 1972, hora 10:48am.

Historia Familiar y Social: Madre 23 años, gesta 2 para 2, uno nació muerto. Analfabeta, ocupación doméstica. Sana aparentemente.

Padre. - 26 años sano aparentemente, instrucción primaria, tractorista agricultor.

Vivienda una pieza con servicio sanitario en su lugar de trabajo (Fonseca 1972, 15).

En este caso, la “historia familiar y social” muestra que la paciente no contaba con instrucción educativa y que su pareja realizaba labores asociadas al campo, lo que indica que esta pareja habitaba en un sector rural cercano a la ciudad y que, del mismo modo que en el anterior caso, eran una familia proletaria. En este caso se evidencia la muerte de uno de los niños que estaba por nacer, situación que sin duda habría generado algún grado de conmoción psicológica tanto en la madre como en el padre. Pero, la historia clínica no evidencia el tipo de tratamiento que las enfermeras dieron en relación al soporte emocional que habría requerido este caso en particular, tal como se supone debían proceder de acuerdo a las instrucciones de las instituciones médicas continentales (OMS 1957, 273).

Ambas historias clínicas muestran un registro de información al menos básica que las obstetras y enfermeras realizaron, a más de su tarea de cuidar de las madres y recién nacidos, lo que les permitía llevar registros estadísticos sobre las condiciones en las que las

pacientes enfrentaban la maternidad. Sin embargo, queda en duda el nivel de injerencia que las profesionales tenían en cuanto al tipo de información que se debía recolectar en dichas historias. Esto da cuenta de que la investigación en obstetricia y enfermería, a pesar de ser un área de interés de la OSP como de las mismas estudiantes, no se habría llegado a cimentar con mayor profundidad en el terreno local, pues queda descubierto, al menos a través de las historias clínicas presentadas aquí, que no se profundizaba en mayor medida en la vida de las pacientes. Finalmente, ambos casos también denotan el uso del servicio de la Maternidad por parte de mujeres jóvenes, que se ocupan de los quehaceres domésticos y que viven en condiciones similares, independientemente del nivel de instrucción que hayan alcanzado. Esto contrasta con la visión del doctor Falconí Villagómez, quien 20 años antes, argumentaba que las mujeres proletarias tenían múltiples partos y cuyos frutos serían normalmente llevados a la muerte o padecerían por falta de servicios básicos (Falconí Villagómez 1955, 123). Entonces, las historias mostradas por Fonseca demuestran que la Maternidad Isidro Ayora de Quito atendía a mujeres de diversas procedencias, pero en particular a las proletarias, quienes tenían esta opción para acceder al parto medicalizado más allá de la opción de parteras y/o comadronas.

Por otra parte, la monografía de la estudiante Margarita Santamaría también presenta historias clínicas de mujeres que fueron atendidas en la Maternidad para dar a luz. Sin embargo, a pesar de que esta monografía estudia historias clínicas de 1970 a 1972, muestra un registro de información en un formato diferente y con varios datos adicionales en comparación a las historias clínicas presentadas por Fonseca. Así, los nuevos datos que se incluyen son por una parte la talla del recién nacido y el estado civil de la pareja que recibió al recién nacido. La primera historia clínica muestra el caso de la paciente Fabiola Cárdenas:

Nombre:.....Fabiola Cárdenas

Fecha de parto:.....26 de Junio de 1972.

Hora de nacimiento:.....7:40 pm.

Talla del R.N.:.....49 (...)

HISTORIA FAMILIAR: Padre 29 años

 Madre 22 años

Estado civil. Casados

Gesta 2 para 2

Salud anterior.- Buena

HISTORIA SOCIAL:

Padre.....Chofer

Madre.....Costurera

Vivienda. Una sola pieza con servicio sanitario (Santamaría 1972, 40).

Esta historia clínica registra el nombre de la paciente, la fecha y hora del parto, así como la talla de recién nacido. Y, como se aprecia, a diferencia de la monografía de Fonseca, la historia familiar y social ha sido desagregada en dos categorías distintas en el trabajo de Santamaría. Mientras que en la “historia familiar” se revela la edad de los progenitores que también son jóvenes, el estado civil, la cantidad de niños, así como la salud de la madre, en la “historia social” se registran las ocupaciones de los progenitores y el tipo de vivienda que habitan, así la única diferencia entre estas historias clínicas es la del registro de la talla de la recién nacida y el estado civil de los padres. Asimismo, en esta ocasión ya no se registra a la madre con un número de identificación. Ambas situaciones son evidencia de un cambio en la manera de registrar la información. Sin embargo, el contenido de las historias familiares y sociales presentadas por Fonseca y por Santamaría significan un punto importante de coincidencia, debido a que las enfermeras y obstetrices se verían avocadas a atender, en su mayoría, casos de mujeres proletarias y jóvenes en la Maternidad Isidro Ayora. Esta labor vendría a concordar con la labor que se esperaba que las enfermeras desempeñaran en este período, relacionada sobre todo con los más altos sentimientos de justicia social y moral. Asimismo, este sería el espacio ideal para transformar la cultura de las mujeres, que se discutía en las tesis de enfermería (Echeverría, Balarezo e Hidalgo 1972, 6), en torno al cuidado de sus hijos e hijas para evitar la mortalidad tanto materna como infantil. Por otra parte, la condición de jóvenes que tenían estas usuarias de la Maternidad permite inferir que en las generaciones de madres quiteñas de inicios de los 1970s existía una apertura para acudir y atenderse a centros hospitalarios. Esto debido a que mientras más joven se era, más factible era que cambien los estereotipos formados en torno al parto medicalizado, pues como se ha visto, uno de los temores para que las mujeres no asistan a las instituciones médicas a

practicar el parto “era el temor a las instituciones médicas por experiencias negativas propias o de familiares en cuanto a la atención del parto” (Hernández 1964, 160).

La monografía de la estudiante Santamaría incluye otras historias clínicas, las cuales registran con mayor detalle el momento del alumbramiento. Así, se puede observar el caso de la paciente Rosa Rivadeneira Zaavedra, quiteña de 20 años, quien se ocupa de los quehaceres domésticos, casada, quien con un embarazo de 40 semanas ingresa a la maternidad para dar a luz a su hijo. En este caso se observa con mayor detalle como el lenguaje médico en materia de obstetricia se va elaborando paso a paso desde el ingreso de las pacientes hasta el proceso de alumbramiento:

HORA: 7:20 pm. Paciente comienza período expulsivo, comienza con pujos, distención de vulva periné esfínter anal, presión de polo cefálico contra vulva específicamente a los labios mayores. Se procede a realizar la episiotomía se desprende polo cefálico hace el hipomocleo en el pubis, rotación externa confirmando posición derecha dicha anteriormente, inmediatamente se desprende el cuerpo fetal de la madre.

HORA: 7:30 pm. Parto Normal. Niño masculino. APGAR 8.

ALUMBRAMIENTO: Espontáneo placenta completa tipo Sohults hemorragia 200 cc. Se administra una ampolla de Ergotrate I. V.

Episiorrafia previa anestesia local con 10 cc. De Xilocaína, la sutura se hace con cargud mucuosa y músculo con surgeet y piel puntos sueltos.

PUERPERIO INMEDIATO. - Paciente en buenas condiciones:

T.A. 120/80 P. 64 x'

Globo de seguridad de pinar xx

En estas condiciones paciente sale de sala de partos

(Santamaría 1972, 47).

A diferencia de las historias clínicas mencionadas arriba, la de la paciente Rivadeneira Zaavedra incluye términos técnicos que le permiten a la estudiante Santamaría definir cada momento del parto de la paciente, así como las diversas partes de la anatomía de la madre y

del feto. Otro dato relevante es la inclusión de los fármacos suministrados a la paciente, demostrando así el conocimiento en farmacología que las enfermeras y obstetrices debían manejar para la atención del parto. Finalmente, se observa la práctica de una episiotomía como parte del procedimiento de alumbramiento, lo que implica el uso de un lenguaje especializado por la medicina obstétrica que, en su afán por alcanzar un conocimiento cabal y gestión del proceso de alumbramiento, excluye a las pacientes atendidas en la Maternidad, las cuales parecen provenir de familias con niveles de acceso mínimos a la educación. Así, el lenguaje de la obstetricia se presenta también como un dispositivo de control del parto y de los cuerpos gestantes al ser los actores de la biomedicina los únicos al interior de la institución sanitaria que podían gestionar dicho lenguaje, el cual a su vez era resultado del *corpus* de conocimientos que giraban sobre el funcionamiento del cuerpo de las mujeres en gestación y de los fetos que eran impartidos a través de cátedras universitarias como la de Materno Infantil (Cartagena, Aguirre y Miño 1972, 8).

De esta manera, historias clínicas como las de Rivadeneira Zaavedra implicaban un alejamiento a las pacientes de tener una experiencia cercana a su proceso personal de gestación, y, al mismo tiempo, permite que el conocimiento al respecto de la maternidad repose exclusivamente en el personal profesional médico, que incluye a enfermeras y obstetrices. Dicho esto, hemos visto que el Bolelín de la OSP fomentaba el hecho que las mujeres gestantes buscaran consejo de otras personas “profesionales” para comprender de mejor manera el embarazo, el parto y las enfermedades de la madre y del niño (Yankauer 1966, 499). Entonces, el desarrollo de este lenguaje especializado obstétrico derivaba en el distanciamiento de las mismas pacientes; siendo este un factor por el cual, en sectores rurales y quizá también en la propia ciudad de Quito, las mujeres gestantes preferirían no atender sus partos en instituciones médicas.

La monografía de otra estudiante, Teresa Sánchez, presenta también historias clínicas, aunque con un formato distinto a las que se han analizado hasta ahora, describe las condiciones pos parto además del proceso mismo de alumbramiento. Sin embargo, mantienen el lenguaje médico del que ya se ha hablado. Así se observa, por ejemplo, en el caso de la paciente Norma Paulina Pancho, quien ingresa a los servicios de la Maternidad el 13 de julio de 1972 a las 10:15am con un diagnóstico provisional de embarazo a término:

Anamnesis:

Edad: 16 años.- Ocupación: lavandera.- E. C.: casada.- Ciclo 30x4.- F.U.M.: se desconoce.-
Gesta 1.- Pare 1.

EXAMEN FISICO:

Estado General: Bueno. (...)

Examen Obstétrico: Edad del embarazo: 40 semanas.- Feto vivo: 140 latidos x'

Contracciones uterinas: cada 5' x 20''. Situación: longitudinal.- Posición: derecha.-

Presentación: cefálica.- Altura de la presentación: fija.- Membrana: rota.- Hora de iniciación
de labor: hace 8 horas. (...)

CONDICIONES POST PARTO: T.A.: 110/80.- P.: 76 x'.- T.: 36.5.- Pasa a sala de puerperio
(Sánchez 1972, 22).

En este extracto de la historia clínica de la paciente Pancho se muestra el nivel de control que a través de la obstetricia se alcanza sobre el cuerpo de la madre gestante. Así, se observa cómo a través de las historias clínicas se registra hasta los más mínimos detalles del cuerpo de la paciente, del feto a lo largo del proceso de alumbramiento e informaciones posteriores al mismo, lo que permitía observar cualquier anomalía pos parto que requiriera de atención y cuidado especial. Este caso, al igual que el anterior presentado por Santamaría, da cuenta de la complejidad del lenguaje médico obstétrico, así como de la prolijidad que tanto enfermeras como obstetrices debían dominar al atender el parto hospitalario. Esto significaba que no bastaba con conocer los lenguajes médicos obstétricos, sino que se debía saber gestionarlos. Esto habría sido resultado de los cambios que se dieron a mediados del siglo XX con el aumento de los años de educación universitaria, así como de cursos intensivos que la OSP había impulsado en la región tanto para enfermeras como para obstetrices para desarrollar la formación en medicina obstétrica (WHO 2017, 3-10). Asimismo, la diferenciación creada a través del desarrollo del lenguaje médico obstétrico evidencia, por una parte, prácticas renovadas que se alejan del empirismo de inicios del siglo XX y, por otra parte, justifican el ascenso de una nueva clase médica especializada. Asimismo, mientras que, a mediados del mismo siglo, la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas se había pronunciado a favor de la exclusividad masculina en relación a la modernización de la obstetricia (Mosquera 1955,

198), las monografías aquí analizadas de inicios de la década de 1970 indican que este siguió siendo un campo de ejercicio profesional eminentemente femenino.

Finalmente, la monografía de la estudiante Santamaría presenta otra historia clínica que nuevamente difiere en forma y contenido en relación con las que se han presentado arriba. Este es el caso de la paciente Lorgia Cargua, cuya historia clínica es particularmente interesante porque muestra al embarazo como una enfermedad y, así mismo, registra datos adicionales que no han sido recogidos en las otras historias clínicas como el lugar de nacimiento y residencia de la paciente, así como varios antecedentes familiares:

Anamnesis general: Nombre.....Lorgia Cargua
 Edad.....20 años
 Lugar de nacimiento...Chone
 Lugar de residencia...Quito desde hace 2 años
 Ocupación.....Q.D.
 Estado civil.....casada

Fecha de ingreso.- 20 de marzo de 1972 Hora: 6:30 am.

Antecedentes familiares: Madre de 40 años de edad.

 Padre de 45 años de edad.

 Hermanos 9.

 Todos vivos y sanos aparentemente (...)

Enfermedad actual: Embarazo a término, hipertensión arterial, edema XX.

Diagnóstico inicial: Embarazo a término.

 Pre-eclampsia (Santamaría 1972, 32).

Esta historia clínica de la paciente Cargua excluye la información relacionada con los datos de su pareja, únicamente indica que está casada, y en su lugar incluye información de la madre, padre y hermanos de la paciente. Tampoco muestra el tipo de vivienda en la cual habitaba con

su pareja y en su lugar presenta información que evidencia que la paciente habitaba en Quito desde hacía dos años, es decir que seguramente era migrante del campo a la ciudad. Por otra parte, la historia clínica revela que la paciente se dedicaba a los quehaceres domésticos. Lo que llama la atención de esta historia clínica, finalmente, es que se trate al embarazo a término como una enfermedad, a diferencia de las anteriores historias clínicas.

Esto demuestra que las historias clínicas que se usaban para registrar a las pacientes que asistían a la Maternidad fueron cambiando permanentemente entre 1970 y 1973, lo cual permite deducir que el manejo estadístico basado en el registro de la información de las historias familiares y sociales de las pacientes era un campo que aún no era lo suficientemente sólido. Esto podría ser el resultado de la disputa que todavía impregnaba la configuración de los campos de la enfermería y la obstetricia en los 1970s, es decir, la necesidad que tenían las estudiantes de dejar de ser vistas como simples colaboradoras de los médicos y, más bien, presentarse como profesionales capacitadas para incluir nuevas aristas de análisis en las historias clínicas dentro de los procesos de investigación (Flores, Burneo y Muñoz 1973, 5). Recordemos que estamos todavía en medio de un proceso formativo. Tan solo veinte años antes, como hemos visto, representantes de la Oficina Panamericana de Salud habían hecho reconocimientos a los esfuerzos que las escuelas de enfermería estaban realizando con el objetivo de diferenciarse de las parteras y/o comadronas (Chagas 1952, 48).

3.2.2. El aborto en las historias clínicas de las pacientes de la Maternidad Isidro Ayora

Esta sección examina los casos de abortos que fueron registrados en las historias clínicas incluidas en las monografías de las estudiantes de obstetricia. Como antecedente cabe mencionar que el aborto, a mediados del siglo XX, era entendido como la expulsión del producto de la concepción y podía darse desde el inicio de esta hasta el séptimo mes. Así, el aborto podía producirse tanto de manera espontánea como provocada (Boissiere 1956, 814). Si esta práctica no se realizaba de manera adecuada y oportuna podía ser un determinante para la muerte de la mujer en estado de gestación debido a hemorragias e infecciones que podían surgir posteriormente al aborto, las cuales se encontraban entre las principales causas de mortalidad materna de la época (Ferro 1967, 536).

Al respecto, las estudiantes de enfermería Matilde Mancheno, Norma Molina y Mariana Ruiz traen a colación el trabajo presentado por Oswaldo Egas en la Conferencia sobre Mortalidad Materna Infantil en 1965 titulado “Situación de Salud en el Ecuador”, donde se muestra que la mortalidad materna en el año 1965 había alcanzado al 2,6% de mujeres gestantes (Mancheno, Molina y Ruiz 1972, 2). Por otra parte, las estudiantes de enfermería Myriam De Salinas, Alba Padilla y Elvia Lizano rescatan el “Plan Nacional de Protección Materno Infantil 1973-1977” elaborado por la División Nacional de Salud del Ministerio de Salud del Ecuador en 1973, según el cual:

La mortalidad materna presentó en 1971 una tasa de 2.03 por mil nacidos vivos. Esta cifra, a pesar de ser más baja en el país todavía puede considerarse como elevada y si se compara con la de otros países.

La tasa en mención ha descendido en los últimos años, así, su valor fue de 2.7 en 1961, sin embargo, todavía es muy elevado, pues actualmente muere en el país, una mujer por año de cada 650 que se embarazan en el mismo período de tiempo (De Salinas, Padilla y Lizano 1973, 5).

Como se puede ver en ambos trabajos de tesis, la mortalidad materna era un tema de preocupación para la biomedicina a nivel local, así como lo era a nivel continental según el Boletín de la OSP de 1957, el cual manifestaba que en América Latina la mortalidad materna era alta en comparación con otras regiones del orbe (Verhoestraete y Puffer 1957, 221). De esta manera, la mortalidad materna pasó a convertirse en un elemento importante al interior de los discursos biomédicos utilizados para justificar la medicalización del parto, con el objetivo de preservar la vida de las madres, y, así, el aborto era una realidad que enfermeras y obstetras debían conocer y enfrentar.

La monografía de las estudiantes Salinas, Padilla y Lizano plantea varias causas de muerte materna en Ecuador:

Las causas de muerte materna son en su mayoría prevenibles y son el resultado de la toxemia gestacional, accidentes hemorrágicos, la sepsis y de modo especial el aborto provocado.

Pudiendo señalar que quizá el medio ambiente es factor condicionante más notable en los riesgos que afectan a la salud de la madre, quizá debido al reducido ingreso económico, a la condición de las áreas rurales, al analfabetismo, a la limitación de recursos profesionales y otros (De Salinas, Padilla y Lizano 1973, 6).

Este discurso plantea que el aborto provocado era una de las principales causas de muerte materna. Las autoras argumentan que las condicionantes para que sucedan estas causas de mortalidad materna estaban asociadas a situaciones ambientales y de contexto, que con probabilidad afectaban las condiciones para la realización de abortos en sectores rurales, así como entre mujeres con escasos recursos, con una mínima educación, o incluso analfabetas. Al respecto, el Boletín de la OSP había mostrado que el problema más importante en Ecuador era la falta de atención médica, particularmente en zonas rurales (Camacho y Vildosola 1958, 6), lo que evidentemente era un agravante de los cuidados que se requerían en torno a los abortos. A pesar de esta situación, llama la atención que el doctor Falconí Villagómez en sus “Fragmentos” plantee la práctica del aborto a través de métodos de la medicina popular (Falconí Villagómez 1955, 149), ya que, si bien era un hombre de ciencia de la época, esto denota una visión pragmática en tanto que aboga por dicha solución ante la mencionada falta de medios de asistencia médica y la supuesta alta tasa de reproducción en sectores rurales del Ecuador, principalmente (Falconí Villagómez 1955, 146). Sin embargo, este particular “Fragmento” del Dr. Remedio donde Falconí Villagómez muestra una receta de la medicina popular para inducir un aborto, se contradice con su postura en el Congreso Ecuatoriano de Protección Social a la Infancia de 1944, once años antes de dicha publicación, donde argumenta que “se plantea la necesidad de tratar los abortos criminales, la ilegitimidad en el Ecuador y las `medidas represivas contra el curanderismo, la brujería y el empirismo en el cuidado de los niños” (Goetschel 2021, 31).

Por su parte, la estudiante de obstetricia Sophia Yen Ching Chiy plantea en su monografía que:

Evaluar la frecuencia del aborto es muy difícil ya que se ha extendido el aborto criminal, en la que las mujeres se hacen provocar el aborto para evitar la descendencia, esta clase de abortos se encuentran en mayor cantidad en los centros urbanos que es de un diez y siete por ciento de los embarazos.

El aborto espontáneo considerado como una enfermedad ya que es involuntario es menos frecuente. La mayoría de los abortos ocurren en el segundo o tercer mes del embarazo, los abortos de menos de dos meses pasan desapercibidos (Ching Chiy 1973, 15).

Como se puede ver en este extracto, se corrobora la distinción establecida en el discurso médico de la época entre aborto provocado y espontáneo –con mayor incidencia del primero. Sin embargo, lo que queda sin explicarse es a través de qué métodos los abortos inducidos o provocados se realizaban, quiénes eran las personas que ayudarían a inducir un aborto, y la incidencia de terceros en la toma de dicha decisión. En relación a las causas de los abortos espontáneos, Ching Chiy distingue entre dos tipos: influencia de agentes externos –como infecciones, intoxicaciones y enfermedades crónicas— y problemas anatómicos –lesiones uterinas, anaxiales y ovulares. Esta información da cuenta de un nivel riguroso de conocimiento sobre la anatomía y el sistema reproductivo femenino que las obstetras debían conocer para poder detectar el porqué de los abortos espontáneos y los inducidos.

Dicho esto, Ching Chiy define diversas categorías de aborto según la época o mes en que ocurre y los diversos procedimientos involucrados en cada tipo y/o etapa:

- a.- En el primer mes expulsa mezclado con sangre interpretándose como un simple retraso menstrual.
- b.- En el segundo mes expulsa el huevo completo con superficie erizada de vellosidades a veces se retiene la caduca, pero luego sale por simple exfoliación.
- c.- Tercero y cuarto mes hay expulsión completa en un solo tiempo o en dos tiempos primero el feto y luego la placenta.
- d.- El quinto y sexto mes en dos tiempos por fusión de la caduca o refleja y verdadera las cuales se rompen y dan salida al (feto) líquido amniótico y feto (Ching Chiy 1973, 17).

Este extracto demuestra que las estudiantes de enfermería y obstetricia obtuvieron conocimientos pormenorizados sobre el proceso de gestación, lo que les permitió transmitir dicha información en las historias clínicas que analizaremos más adelante. El uso de un complejo lenguaje obstétrico es también relevante para que las estudiantes demuestren su capacidad para gestionar los procedimientos necesarios para atender de manera efectiva casos de aborto en curso. Y tener este conocimiento detallado era crucial, además, dada la regularidad de casos de abortos presentados en la Maternidad Isidro Ayora. En efecto, la estudiante Santamaría hace un balance de los casos de mujeres que ingresaron al servicio de la Maternidad entre febrero y junio de 1972. Fueron en total 397 casos, de las cuales el 13,19% habían tenido entre 1 y 4 abortos, lo que evidencia la familiaridad con este tipo de situaciones que las estudiantes debían dominar y solucionar (Santamaría 1972, 25-38).

Siguiendo con la monografía de la estudiante Ching Chiy, hemos visto como se presenta la evolución del aborto como un asunto procesual. Es decir, cada uno de los eventos en la gestación es medido como parte de un proceso que está claramente informado de una serie de conocimientos biomédicos. Es decir, determinados por un lenguaje y terminologías especializadas, pero también por determinadas técnicas de observación que permiten que el médico o la obstetrix reconozcan los diversos tipos o categorías de aborto. Con respecto a las etapas del proceso de aborto, la autora plantea que:

Quando el aborto empieza a producirse observamos pequeñas contracciones uterinas que motiva desprendimiento de corion con producción de pequeñas hemorragias en este momento nos encontramos en un aborto amenazante.

Al continuar en la evolución del aborto encontramos la mitad o un poco más de la inserción del huevo, completamente desprendida lo demás que compromete la vida del feto, la hemorragia es mayor, encontramos el cuello ligeramente dilatado, en donde empieza a insinuarse el polo inferior de huevo nos encontramos en este momento con un aborto incipiente, los tratamientos en este momento ya son insipientes.

A partir de este momento si el aborto progresa tiene lugar a la total expulsión del huevo que puede ser con rotura de la bolsa de aguas y la consiguiente expulsión del feto, o bien puede ser la salida entera del huevo, aquí nos encontramos con el aborto consumado que puede ser completo o incompleto (Ching Chiy 1973, 18).

En este extracto, la estudiante demuestra nuevamente un conocimiento pormenorizado de los distintos momentos del aborto que pueden ser notados a través de la observación de la expulsión del “huevo” y de los diversos fluidos y cambios anatómicos del cuerpo de la madre que la acompañaban. Nuevamente, la relevancia que tuvo en conocimiento de cada etapa de la gestación y del aborto para las profesionales de la Maternidad era crucial, como lo plantea Marilú Valverde de Páez: “desde el punto de vista médico legal, es importante que el médico sea capaz de calcular con más o menos exactitud la edad de embriones, fetos y niños prematuros” (Valverde de Páez 1973, 15).

Dicho esto, las historias clínicas en su mayoría informan únicamente el número de abortos que las pacientes tuvieron más no las razones ni circunstancias, a excepción de un caso particular en el cual una paciente ingresa con un aborto en curso por lo que se procede a realizarle un legrado. Este caso aparece registrado en la monografía de Yolanda S. De Fonseca cuando presenta la historia clínica de la paciente Teresa Arrollo:

Señora Teresa Arrollo de 35 años, casada, Nacionalidad Ecuatoriana.

Motivo de consulta: Tumoración Hipogástrica, Metrorragia.

Anamnesis Fisiológica, Ginecológica y Obstétrica

Menarquía: 12 años. Gesta 6, para 3, abortos 3 (Fonseca 1972, 17).

Como se observa en esta historia clínica la paciente Arrollo notifica haber tenido 3 abortos. Y como ya se ha mencionado, no se incluye ninguna referencia respecto de cómo se produjeron dichos abortos. Esto podría indicar que las y los prestadores de salud obstétrica preferían mantener esto como un tema netamente de interés médico, es decir, saber si las pacientes han tenido abortos les permitía conocer de alguna manera los posibles riesgos que las pacientes podían tener en los presentes embarazos. De igual manera, la historia clínica de la joven Mercedes Caiza Chana también registra un caso de aborto:

Nombre: Mercedes Caiza-Chana. Número de Hospital 6760.

Admisión: Fecha 21 de Julio de 1972. Hora de ingreso 10 y 50 am

Diagnóstico provisional: embarazo 39 semanas.

Anamnesis: Paciente de 18 años, ocupación quehaceres domésticos, estado civil casada (...)

Gesta 2. Para 0. Abortos 1 (Fonseca 1972, 20).

Casos como el de la paciente Caiza-Chana permiten observar que los abortos registrados en la Maternidad de la ciudad de Quito serían recurrentes y una realidad en casos de mujeres casadas, independientemente de su ocupación, lo que concuerda con la afirmación de Ching Chiy cuando menciona que el aborto, en particular el inducido, sería encontrado en mayor cantidad en los centros urbanos (Ching Chiy 1973, 15).

Por otra parte, a través de la monografía de la estudiante Santamaría se puede observar que las usuarias acuden con variadas situaciones obstétricas a la Maternidad, frente a las cuales las obstetrices actúan en base a protocolos determinados previamente. Así, se tiene el caso de la paciente Asencia Naniuba, de 21 años, nacida en Amaguaña, casada y dedicada a los quehaceres domésticos, a quien se le realiza un legrado debido a un aborto en curso, lo que demuestra que la preparación de enfermeras y obstetrices para este tipo de situaciones:

MOTIVO DE INGRESO: Paciente relata que el día 14 de noviembre sufre una caída aparentemente sin consecuencia, pero al día 25 del mismo mes aproximadamente a las 5am comenzó a perder sangre genital en poca cantidad acompañado de un dolor localizado en hipogastrio irradiado a flanco con escalofrío. Sangre roja rutilante sin coágulos. (...)

EXAMEN INTERNO: Genitales externos normales, periné tónico vagina corta y estrecha. Útero de forma normal, tamaño como de 4to mes de gestación. Cuello reblandecido permeable al dedo en su orificio interno trayecto y orificio externo. Presencia de agua sangre, se palpa restos embrionarios a través del cuello.

DIAGNÓSTICO: Aborto inevitable.

TRATAMIENTO: Dextrosa al 5% en agua.

Penisilina 1'000 000

HORA: 2:30 pm. Se produce ABORTO MODUS PARTO pero persiste sangrado genital razón porque se cree conveniente realizar un LEGRADO bajo anestesia general con surital se encuentra cuello dilatado 2cm. Útero aumentado de tamaño se practica extracción digital de restos de aspecto placentario en pequeña cantidad adheridos a pared posterior. Se analiza placenta y presentar vesículas de aspecto MOLAR se envía a estudio hiatopatológico.

DIAGNÓSTICO: Aborto incompleto / Aborto Modus Parto (Santamaría 1972, 50).

En este extracto de la historia clínica de la paciente Naniuba se muestra el procedimiento de la práctica de la terminación de un aborto en curso, que se inició tras una caída que sufrió. Lo interesante es que podemos apreciar los diversos medicamentos, procedimientos y detalles anatómicos que permiten entender los saberes técnicos y científicos involucrados en la culminación de un caso de aborto.

En suma, en este capítulo se ha visto cómo las enfermeras y obstetrices jugaron un papel fundamental a la hora de enfrentar la maternidad y el parto en la ciudad de Quito de inicios de la década de 1970s. Ellas debían enfrentarse a diversas controversias como equilibrar sus actividades en relación a la labor que realizaban los médicos, y posicionarse como actoras profesionales modernas en contraposición con las parteras y/o comadronas. De igual forma, se observa que los niveles de profesionalización en medicina obstétrica habrían significado mantenerse varios años en instituciones educativas, así como en formaciones especializadas que les permitían cumplir roles técnicos y científicos que vayan más allá del cuidado de sus pacientes para pasar a campos como el de la enseñanza, la gestión y la investigación. Por otra parte, se evidencia que la situación de la mortalidad materna habría estado ligada a la práctica de abortos inducidos y espontáneos y que estos eran realizados en su mayoría en la ciudad, siendo el aborto una situación recurrente entre las pacientes de la Maternidad Isidro Ayora.

Conclusiones

Los procesos de gubernamentalidad y creación de dispositivos de biocontrol alrededor de la maternidad y el parto en la ciudad de Quito, estuvieron presentes a lo largo del siglo XX, mismos que estuvieron asociados a procesos transnacionales, nacionales y locales de gestión cultural y del conocimiento que fueron impulsados por agencias colectivas como organismos internacionales, la comunidad científica biomédica e instituciones de formación universitaria locales. Las acciones impulsadas por estos agentes respondieron al concierto político internacional, donde la pos Segunda Guerra Mundial creó las condiciones necesarias para fomentar la regularización de un programa de biocontrol de los cuerpos gestantes a través de la institucionalización o medicalización del parto a nivel hemisférico. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional, la Organización Sanitaria Panamericana, por medio de su medio de difusión oficial, el Boletín de la OSP, buscaron influir y moldear a nivel continental lo que ellos consideraban debía ser una visión moderna y profesional de la enfermería y la obstetricia en especial relación al conocimiento de la maternidad y el tratamiento del parto. El Boletín de la OSP, en particular, se convirtió en un medio central de difusión de las diversas definiciones y programas que se fomentaron para mejorar, desde la visión biomédica, la salud materna e infantil y fortalecer la institucionalidad de la salud y los centros de formación científica de los prestadores de salud en Latinoamérica. Estos aspectos fueron claves para los efectos de la modernización de la práctica del parto, y la transformación de patrones culturales en torno a la maternidad entre los actores de la biomedicina en la ciudad de Quito.

El Boletín de la OSP se encargó de difundir el perfil de lo que debía ser una mujer enfermera y obstetriz moderna, asociando esta profesión a la pulcritud y educación científica de su práctica. De igual manera se fomentó el entrenamiento académico y formación profesional para enfermeras y obstetrices desde inicios de la segunda mitad del siglo XX, teniendo en la mira la asistencia del parto como uno de sus ejes de trabajo. Producir este cambio era importante debido a que se consideraba que hasta mediados del siglo XX las enfermeras y obstetrices no contaban con una educación y formación rigurosa al respecto, que la práctica del parto seguía siendo una actividad llevada a cabo mayoritariamente por comadronas y

enfermeras empíricas, y que, como consecuencia de ello, la tasa de mortalidad materna e infantil era demasiado alta.

Por otra parte, los extractos del Boletín de la OSP suelen referirse a las comadronas y/o parteras de manera despectiva, buscando diferenciarlas de las profesionales, lo que poco a poco fue generando el ascenso de una nueva clase médica que a través del discurso, lenguaje y prácticas médicas se alejaba de una visión empírica del parto. Esto, a su vez, se constata en los dispositivos utilizados localmente, como las historias clínicas presentadas por las estudiantes de obstetricia de la Universidad Central del Ecuador en sus monografías, las cuales eran un requisito para graduarse y les permitían tener un control de los procedimientos que se aplicaban a las mujeres que asistían a la Maternidad Isidro Ayora. En ese sentido, por medio del discurso elaborado por los diversos agentes de la biomedicina frente a la mortalidad materno infantil se buscó justificar su injerencia en la práctica medicalizada del parto y así desplazar a las empíricas de su labor histórica. Sin embargo, hubo también momentos de disonancia, pues hemos observado que, actores como el Dr. Mosquera (1955) presentaban una definición de la obstetricia como un campo de hombres médicos jóvenes, el estudio de las monografías de las estudiantes de obstetricia que se realizaron entre 1970 y 1973 devela que este campo seguía siendo un campo de la biomedicina donde actuaban mayoritariamente las mujeres.

La profesionalización de la enfermería y la obstetricia estaba, a su vez, relacionada con la intervención y redefinición de los campos de la maternidad, el parto y la puericultura. De esta manera, hemos observado cómo los medios de difusión oficiales y académicos de la biomedicina analizados en esta tesis intentaron crear una disciplina científica que aborde los cuidados de las y los recién nacidos y, asimismo que les enseñe a las mujeres a ejercer su rol de madres, dejando en segundo plano su propia opinión, y poniendo el peso sobre los agentes biomédicos. De manera concreta, la sección “Fragmentos” de la de la Revista Ecuatoriana de Pediatría forjó una visión diferenciada de las mujeres ecuatorianas, pues eran justamente las proletarias, y en particular de territorios costeros, quienes a su criterio tendían a reproducirse de manera indiscriminada, lo que en mayor medida las mantenía expuestas a la muerte y enfermedad. En este marco la puericultura se convirtió en una estrategia para educar a las mujeres en patrones culturales sobre su vida reproductiva, y en torno al cuidado infantil.

Finalmente, se encontraron también argumentos que vinculaban a la puericultura y a la maternidad con discursos de corte moralista y nacionalista, lo cual da cuenta de aspectos sociales y culturales que trascienden lo que entendemos convencionalmente como científico al tratar del proceso de definición de campos de la medicina en el Ecuador de mediados del siglo XX.

En relación al tema de la mortalidad, tanto materna como infantil, un hallazgo importante que aparece —en menor medida en las revistas, pero de manera más recurrente en las monografías—, es el tema del aborto. Lo que se buscaba era delimitar y pormenorizar el aborto para así conseguir un mejor control sobre su procedimiento. Se le consideraba como una práctica que se realizaba de manera inducida y también espontánea, motivo por el cual las enfermeras y obstetrices debían estar capacitadas para atender este procedimiento en búsqueda de no atentar contra la vida de las mujeres que se encontraban con embarazos en curso, viéndolo desde una perspectiva biomédica más que como una discusión moral o jurídica. Respecto al aborto, otro momento de disonancia que observamos, específicamente en la Revista de la SEP, fue la identificación de una serie de apropiaciones que se hicieron por parte de la biomedicina de los conocimientos de la medicina popular respecto a la práctica del aborto con plantas. Esta situación parece ser contradictoria debido a los conflictos que también se presentan con las empíricas y/o comadronas, así como el objetivo de parte del mundo de la biomedicina por contrarrestar la mortalidad materna.

En suma, las fuentes investigadas en esta tesis corresponden netamente a fuentes públicas de orden institucional, las mismas que funcionaron como dispositivos de comunicación para la transformación cultural de la práctica de la maternidad y del parto en el Ecuador de mediados del siglo XX. Tanto el Boletín de la OSP, la Revista de la SEP y las monografías y tesis de obstetrices y enfermeras circularon entre los agentes de la biomedicina y a través de ellos buscaron transmitir nuevas definiciones y prácticas en torno a campos como la maternidad, el cuidado de los niños, el parto y el aborto. De esta manera, la presente tesis aporta al debate historiográfico sobre la medicina y la salud reproductiva de la ciudad de Quito entre los 1950s y 1970s, no solo a partir de las experiencias que sucedieron a nivel local sino también de los diálogos establecidos con organizaciones continentales en torno a la definición de la

maternidad y el parto, así como del rol de las enfermeras y obstetrices encargadas de dichos campos de la medicina.

Lista de siglas y acrónimos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSP: Organización Sanitaria Panamericana

SEP: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría

UCE: Universidad Central del Ecuador

Referencias

- Altamirano, Carlos (dir). 2008. *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.
- Ayala Mora, Enrique. 2008. *Resumen de Historia del Ecuador*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Biolac. 1953. "Biolac... la fórmula que ofrece las ventajas de la leche materna". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (enero a marzo): 6.
- Boissiere, Galtier. 1956. *Nuevo Diccionario Médico Larousse, Tomo II*. París: Larousse.
- Bolufer, Mónica. 2010. "Madres, maternidades: nuevas miradas desde la historiografía". En *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*, 51-81. Barcelona: Icaria.
- Borges Dama, Lareisy, Arahí Sixto Pérez, Rolando Sánchez Machado. 2018. "Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto". *Revista Cubana de Enfermería* 34 (3): 696-706 <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n3/1561-2961-enf-34-03-e1427.pdf>
- Bourdieu, Pierre. 2007. *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*, Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Calandria, Sol. 2015. "Maternidades en cuestión: modelos idílicos y prácticas de las madres en Argentina 1892-1936". *Trabajos y Comunicaciones*. 2da época, no 41: 1-14. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6657/pr.6657.pdf
- Camacho, Luis y Jerjes Vildosola. 1958. "Algunos aspectos de la mortalidad infantil en el Ecuador". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XLV (1): 1-6.
- Chagas, Agnes. 1952. "La educación de enfermeras en América Latina". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XXXII (1): 48-57.
- Clark, Kim. 1995. "Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)". En *Palabras del silencio*, compiladora Martha Moscoso, 183-210. Quito: Abya-Yala/DGIS Holanda/UNICEF.
- Clark, Kim. 2005. "Feminismos estéticos y antiestéticos en el Ecuador de principios del siglo XX: un análisis de género y generaciones". *Procesos Revista Ecuatoriana de Historia* 22: 85-105.
- Clark, Kim (2012). *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador. Modernizing women, modernizing state, 1895-1950*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Cueto, Marcos. 1989. *Excelencia científica en la periferia: Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú*. Lima: GRADE.
- Cueto, Marcos. 2004. *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: OPS.
- De Alcantaro, Glete. 1955. "Plan de Estudios de las Escuelas de Enfermería". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XXXIII (4): 435-439.
- De Certeau, Michel. 2000. *La invención de lo cotidiano. I. Artes de Hacer*. México: Universidad Iberoamericana e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- De Chancay, María, Zoila Regalado y Lupe Nolivos. 1972. "Valoración de la técnica de cuidado perineal en un servicio de maternidad". Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Central del Ecuador.

De Luna Freire, María Martha, Claudia Bonan y Andreza Rodrigues Nakato. 2018. "Medicalization of pregnancy and childbirth in the pages of Claudia 1961 – 1990". *Revista de Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*. Vol. 25. nº4: 2-19.

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DQqyZNyhWmKzNDtD6xcR5kg/?format=pdf&lang=en>

De Salinas, Myriam, Alba Padilla y Elvia Lizano. 1973. "Evaluación de la técnica aseptica para la atención del parto". Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Central del Ecuador.

Echeverría, Isabel, Leonor Balarezo y Gloria Hidalgo. 1972. "Motivaciones de las estudiantes de educación media por la profesión de Enfermería". Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Central del Ecuador.

Falconí Villagómez, J. A. 1953. "De Puericultura (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 30.

Falconí Villagómez, J. A. 1953. "Cartas a las Mujeres de América (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Octubre-Diciembre): 185.

Falconí Villagómez, J. A. 1954. "Cartas a las Mujeres de América (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 135.

Falconí Villagómez, J. A. 1954. "Cartas a las Mujeres de América (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 170.

Falconí Villagómez, J. A. 1954. "De evolución de la Obstetricia (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 181.

Falconí Villagómez, J. A. 1954. "Semblanza de un Gran Clínico (Fragmento)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 181.

Falconí Villagómez, J. A. 1955. "Para que paran las que lo desean". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Abril-Junio): 149.

Falconí Villagómez, J. A. 1955. "De `Puericultura` (Fragmentos)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Julio-Diciembre): 123.

Falconí Villagómez, J. A. 1955. "Mortalidad infantil (Fragmentos)". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Julio-Diciembre): 146.

Ferro, Pepa. 1967. "La preparación de la estudiante de enfermería en aspectos de atención materno infantil en Colombia". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. LXIII (6): 536-538.

Flores, Mariana, Rosa Burneo y Lourdes Muñoz. 1973. "Estudio comparativo entre las actividades que enfermeras y licenciadas realizan y los postulados de la política de educación de enfermería en el Ecuador". Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Central del Ecuador.

Goetschel, Ana María (2007). *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas. Quito em la primera mitad del siglo XX*. Quito: Abya Yala.

Goetschel, Ana María (2021). *Historias de rebelión y castigo. El aborto em Ecuador en la primera mitad del siglo XX*. Quito: Serie Savia.

Hernández, María. 1964. "Atención obstétrica en el IX Subdistrito Sanitario, México, D. F.". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. LVI (2): 155-399.

Hobsbawm, Eric. 1998. *Historia del Siglo XX*. Buenos Aires: Crítica.

Horine, E. F. 1952. "Necesidad y oportunidades de la educación sanitaria orientada a la familia". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XLVIII (5): 392-399.

Lossio, Jorge, Ruth Iguñiz-Romero y Pilar Robledo. 2018. "Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940". *Revista*

de Historia, Ciencias, Saude- Manguinhos. Vol. 25, nº 4: 943-957.

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8kxHzqCQPpshSswyPNHPhhM/?format=pdf&lang=es>

Lozier, Hilda. 1952. "Informe sobre el Primer Curso para Instructoras de Enfermería, México, 1952". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XXXII (2): 645-657.

Maiguashca, Juan y Liisa North. 1991. "Orígenes y significado del velasquismo: Lucha de clases y participación política en el Ecuador, 1920-1972". En *La cuestión regional y el poder*, 89-170. Quito: Corporación Editora Nacional.

Mancheno, Matilde, Norma Molina y Mariana Ruiz. 1972. "Incidencia de Gestosis en un centro maternal de la ciudad". Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Central del Ecuador.

McClure, Catherine. 1952. "La enfermería como arte de comprensión humana". *Oficina Sanitaria Panamericana*. XXXII (2): 154-164.

Mosquera, Carlos. 1955. "La Escuela de Obstetricia de la U. C.". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. (Enero-Junio): 197-198.

Narváez, Patricia. 1973. "Monografía de Internado Rotativo". Monografía para obtención de título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Central del Ecuador.

Nion Corporation. 1951. "Calcicaps con hierro en el embarazo y la lactancia". *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. (Octubre a Diciembre): 17-18.

Organización Mundial de la Salud. 1957. "Las enfermeras: su educación y su misión en los programas sanitarios". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. (Marzo): 271-273.

Palomar, Cristina. 2005. "Maternidad: Historia y Cultura". *Revista de Estudios de Género La Ventana*. nº22: 35-68. <https://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>

Paredes Borja, Virgilio. 1963. *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.

Pedraza Gómez, Zandra. 2004. "El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social". *Iberoamericana IV* (15): 7-19. <https://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/iberoamericana/article/view/1027/707>

Petry, Catherine. 1955. "Plan de enfermería". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XXXIII (3): 312-318.

Rinker, Sylvia. 2000. "The real challenge: lessons from obstetric nursing history". *Journal of the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 29 (1):100-106. doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02763.x

S. de Fonseca, Yolanda. 1972. "Monografía de Internado Rotativo". Monografía para obtención de título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Central del Ecuador.

Santamaría, Margarita. 1972. "Monografía de Internado Rotativo". Monografía para obtención de título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Central del Ecuador.

Scott, Joan. 1996. "El Género: una categoría útil para el análisis histórico". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: PUEG.

Vallejo, Nilo y José Cebrian 1960. "Una experiencia educativa con madres del Perú". *Oficina Sanitaria Panamericana*. XLVIII (3): 238-243.

Valverde de Páez, Marilú. 1973. "Monografía de Internado Rotativo". Monografía para obtención de título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Central del Ecuador.

Varea, Soledad. 2007. "Voces ausentes: maternidad adolescente y violencias en Quito". Tesis de maestría para obtención de título de Maestría en Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Velasco, María de Lourdes, Violeta Villacrés y Laura Mata. 1973. "Acción de la enfermería en las relaciones emocionales de las mujeres gestantes". Trabajo de Investigación

previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería. Universidad Central del Ecuador.

Verhoestraete, Louise y Ruth Puffer. 1957. “Datos de mortalidad materna e infantil como base de la planificación de programas”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. XLIII (3): 215-224.

Villarreal, Milagros. 2018. *La Escuela Nacional de Enfermeras entre 1942 y 1970: una historia sobre las dinámicas de control social*. Quito: Casa Andina.

World Health Organization. 2017. *Nursing and Midwifery in the History of the World Health Organization 1948 – 2017*. Geneva: WHO.

Yankauer, Alfred. 1966. “Planificación nacional y establecimiento de normas de higiene maternoinfantil en América Latina. Integración de las actividades de higiene y atención médica a un nivel funcional”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. LX (6): 496-507.

Yen Ching Chiy, Sophia. 1973. “El aborto”. Monografía para obtención de título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Central del Ecuador

Zárate, María Soledad (2018). *Dar a Luz en Chile: de la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica*. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.