

# Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940

*For the good of the nation:  
scientific discourses endorsing  
the medicalization of  
childbirth in Peru, 1900-1940*

*Jorge Lossio*

Profesor, Departamento de Humanidades/  
Pontificia Universidad Católica del Perú.  
Lima – Provincia de Lima – Perú  
jorgelossio@gmail.com

*Ruth Iguñiz-Romero*

Profesora e investigadora, Facultad de Salud Pública y Administración/  
Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
San Martín de Porres – Provincia de Lima – Perú  
ruth.iguñiz.r@upch.pe

*Pilar Robledo*

Bachiller en Lingüística y Literatura,  
Pontificia Universidad Católica del Perú.  
Lima – Provincia de Lima – Perú  
robledorios@gmail.com

Recebido em 5 out. 2017.

Aprovado em 1 fev. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500004>

LOSSIO, Jorge; IGUÑIZ-ROMERO, Ruth; ROBLEDO, Pilar. Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.943-957.

## Resumen

A lo largo del siglo XX se sucedió una serie de cambios en la forma de concebir el parto que pasó de ser un fenómeno reproductivo natural propio del ámbito doméstico y femenino a un asunto médico y profesional del ámbito institucional. A través de procedimientos como el uso de anestesia, la cesárea, el ultrasonido y otras intervenciones técnico-científicas se han generado rápidas e importantes mejoras y cambios para la salud y vida de la sociedad y las mujeres. La medicalización del parto a comienzos del siglo XX fue parte de un proceso más amplio de construcción del Estado e institucionalización del patriarcado común en la región.

Palabras clave: salud; parto; medicalización.

## Abstract

*Over the course of the twentieth century, a series of changes occurred in the understanding of childbirth, which went from being a natural reproductive phenomenon belonging to the female, domestic sphere to a professional medical matter handled in an institutional setting. Through procedures like the use of anesthesia, Cesarean sections, ultrasound and other techno-scientific interventions, rapid and significant improvements and changes took place in the health and life of society and of women. The medicalization of childbirth in the early twentieth century was part of a broader process of constructing the state and institutionalizing the patriarchy that was common throughout the region.*

*Keywords: health; childbirth; medicalization.*



A lo largo del siglo XX se sucedió una serie de cambios en la forma de concebir el parto que pasó de ser un fenómeno reproductivo natural propio del ámbito doméstico y femenino a un asunto médico y profesional del ámbito institucional (Warren, 2015; Vacaflor, 2016; Villavicencio, 1992). A través de procedimientos como el uso de anestesia, la cesárea, el ultrasonido y otras intervenciones técnico-científicas se han generado rápidas e importantes mejoras y cambios para la salud y vida de la sociedad y las mujeres. La medicalización del parto a comienzos del siglo XX fue parte de un proceso más amplio de construcción del Estado e institucionalización del patriarcado común en la región, en el cual las mujeres pasan a ser supervisadas y educadas para cumplir satisfactoriamente el rol reproductivo asignado (Pieper, 2009).

En este artículo buscamos resaltar cambios claves del proceso de medicalización y profesionalización del parto empujados por los médicos en el Perú que contribuyeron, por un lado, a posicionarse como portadores de conocimiento técnico y autoridad no solo sanitaria sino política y moral, y por otro, a consolidar una objetivación del cuerpo de la mujer y convertirlo en su especialidad de estudio. Esta autoridad dada por la ciencia les permitió subordinar a las madres (acusadas de ignorantes en materia de parto y crianza) y desplazar a las parteras (a quienes se calificó de ignorantes, sucias, de seguir su instinto y prácticas tradicionales sin sustento científico). Los cambios estudiados ciertamente no fueron endógenos al caso peruano. En toda América Latina se vivieron experiencias similares aunque marcadas por los procesos particulares en la construcción de las políticas de cada Estado, como lo han visto diversos autores (Zárate, 2007; Necochea, 2016; Pieper, 2009).

Nuestra hipótesis es 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). Esos cambios contribuyeron a crear un discurso científico que se aplica en detrimento de parteras, curanderos y herbolarios (asociación médicos-ciencia occidental-progreso *versus* parteras-mundo andino-atraso) y consolidar un sistema sanitario jerárquico, patriarcal, urbano, dominado por los médicos. A medida que el país se urbanizaba, la elite médica se consolidaba y el acceso a las instituciones de salud dominadas por médicos se expandía.

Para demostrar dicha hipótesis en este artículo analizamos tesis médicas y artículos científicos sobre el parto. Lamentablemente no se han hallado fuentes que permitan acceder a las voces de las parteras o las parturientas, lo cual nos impide contrastar las perspectivas e intereses de los médicos con aquellas de los otros actores involucrados. Ciertamente la medicalización del parto fue un proceso negociado que no se pudo haber llevado a cabo sin una cierta complicidad de las parturientas que encontraron beneficios en algunos elementos del parto medicalizado (Felitti, 2011). No fue un mero proceso de arriba hacia abajo, a pesar que por las fuentes históricas disponibles pueda darse esta falsa impresión.

Los médicos por supuesto tuvieron intereses variados en relación al parto, el aborto, el crecimiento poblacional, la sexualidad, la anticoncepción, innovaciones tecnológicas, fueros,

entre otros. En este artículo hemos procurado, en lo posible, mostrar esa variedad de ansiedades e intereses que empujaron a una mayor atención al parto. Aunque la medicalización del parto no ha de entenderse solo en términos negativos, ni exclusivo de la presión de los médicos universitarios, sí requiere de problematización dado el impacto en las formas en que se concibe el parto en la vida de las personas hasta la actualidad. Amerita una investigación distinta la relación y el empoderamiento de los médicos frente a la subordinación e invisibilización de otros actores, como las obstetras, las parteras y curanderos.

### **Una concepción utilitaria de la mujer: la práctica médica como salvadora de la nación**

En las primeras décadas del siglo XX, fue lugar común la idea de que el atraso peruano y en parte la derrota en la Guerra del Pacífico se debía al hecho de contar con poca población respecto de la cantidad de territorio y recursos que tenía el país. Además, fue usual el sugerir que dicho atraso respondía a una población considerada mayoritariamente débil y racialmente inferior. En este aspecto, se halló que las altas tasas de mortalidad materna, intrauterina e infantil eran una de las causas principales de dicha realidad demográfica (Necochea, 2016). A partir del uso de estadísticas, avances tecnológicos y estudios científicos, el discurso médico empezó a ejercer presión hacia el Estado, con el objetivo de utilizar sus mecanismos de coerción para lograr un mayor control sobre los procesos del embarazo, parto y puerperio. Aparecieron, por ejemplo, la figura de las visitadoras sociales, las casas de maternidad, los hospitales del niño y los puericultorios. Es decir, esta alianza entre el discurso médico y los mecanismos del Estado transformaron prejuicios de género, raciales y temores poblacionales en políticas públicas (Necochea, 2016).

Para entender la configuración de dichas políticas, en particular en relación al parto, es necesario considerar la concepción que existía sobre el rol reproductivo de la mujer en la sociedad. Como señalara Enrique Seminario (1935, p.1) en su tesis: “Muchas mujeres mueren al realizar la más importante de todas las tareas. Y, sin embargo, 60% de esta mortalidad es prevenible”. De la cita de Seminario se extraen dos ideas. Primero, la noción de la mujer como procreadora, siendo ésta su “función principal”; y, en segundo lugar, la convicción de que con conocimientos técnico-científicos muchas de las muertes que acontecían durante el embarazo y el parto podían evitarse. La noción de la mujer como procreadora no era nueva, pero se convirtió en un tema de preocupación entre los médicos en las primeras décadas del siglo XX, particularmente por el afán natalista y por la percepción que los cambios sociales (asociados a la vida en la ciudad y a la modernidad) estaban llevando a un mayor número de mujeres a negar este rol (Seminario, 1935, p.1).

En ese mismo año de 1935, el doctor Carlos Enrique Paz Soldán (1935, p.437-458) señaló:

Es así como se va formando en Lima, la legión, cada día más numerosa, de las ‘madres prófugas’, con jerarquías diversas, según su grado de cultura. Las hay de todas las variedades... Las más radicales, las prófugas del sexo, caídas en el virilismo, desertoras incurables de su misión. En ellas todo impulso hacia sus naturales funciones, encuentra el freno de una voluntad que las torna indiferentes ante la maternidad y sus prolegómenos... Hay, legión rebelde, satánica, las prófugas del deber, capaces de recurrir a todas las supercherías que les permita el deporte erótico sin sus consecuencias

naturales y que a menudo, por pendientes insensibles, caen en las más extravagantes aberraciones, cuando no buscan, por la quiebra de la conducta profesional, remedio para sus accidentes (énfasis del original).

Esta cita extensa es significativa al resaltar la noción que la mujer tenía una función esencial que era la de tener y cuidar a sus hijos, así como el tono religioso en la fuerte condena moral hacia aquellas mujeres que optaban por no ser madres y el discurso que se utiliza en favor de la medicalización y del control de los cuerpos de las mujeres.

### **Hospital de partos, la Maternidad de Lima**

En el año de 1826 se creó la Escuela de Partos de Lima con un hospital adjunto, la Casa de Maternidad de Lima, dedicado a la atención de gestantes y a los partos, que hasta entonces se realizaban en casas particulares. La promotora y primera directora de la Escuela de Partos fue la francesa Benita Cadeau de Fessel. Según lo visto por especialistas, como la historiadora Lissell Quiroz (2012) y por los propios médicos de los siglos XIX y XX, la fundación de la Maternidad de Lima marcó el inicio de la ciencia obstétrica en el Perú. Según señaló el médico Antenor Seijas (1938, p.16): “Como hecho histórico de importancia anotamos la fundación de la Maternidad de Lima (1826) y Hospital Arzobispo Loayza con el propósito de saber desde qué fecha se asiste a la mujer gestante en forma científica”.

La fundación de la Maternidad de Lima permitió el establecimiento de los primeros parámetros para la atención del parto a partir de dos aspectos. El primero de éstos fue la profesionalización, que implicaba la formación especializada de las mujeres – obstetras – que se iban a dedicar a atender partos. El segundo, fue el discurso de rechazo hacia las parteras, rechazo que pasaría a ser parte de la formación de las obstetras. De manera explícita, este discurso invalidaba y desvalorizaba las prácticas tradicionales de las parteras por considerar que no se regían por principios médicos científicos. De manera implícita, dicho discurso limitaba el acceso de las parteras a la profesionalización en la Escuela de Partos.

Un mayor interés de los médicos por el parto empezó a hacerse más evidente a fines del siglo XIX e inicios del XX, como se puede apreciar por el número de tesis dedicadas al tema. Inicialmente este interés estuvo dirigido hacia los casos considerados complicados y a la viabilidad del uso de las nuevas tecnologías, como la anestesia, en la atención del parto (Campodónico, 1896). El hecho que las tesis se concentraran en los casos considerados complicados no es casual, y refleja una concepción aún predominante a inicios del siglo XX, según la cual el parto era un proceso natural que no requería la presencia de un médico (Chávez, 1883). Es a lo largo del siglo XX que dicha concepción empieza a cambiar como lo veremos a seguir.

### **La progresiva extensión de la presencia médica**

La preocupación por el crecimiento poblacional de la época ofrece un contexto favorable y coincidente con el afán médico por ampliar su autoridad y acción en el campo social, político y asistencial. Al progresivo interés por los procesos de gestación y parto, se le fueron sumando la mortalidad intrauterina y neonatal, estrechamente vinculados a la

problemática poblacional y al desarrollo de la tecnología, que antes rara vez apuntaba en esos campos. Esta preocupación se mantuvo constante a lo largo de las primeras décadas del siglo XX (Necochea, 2016).

Al discurso que culpaba a las parteras por las muertes durante el parto se le sumo el de las muertes perinatales y se incluyó a la madre como responsable de estas últimas. A las madres se les acusó de ignorantes, descuidadas y carentes de educación científica. En 1922, J.M. Barandarián (1922, p.6) señaló:

la mortalidad infantil en Lima y en todo el Perú sigue siendo una de las más elevadas ... los hogares obreros, los hábitos y costumbres de sus habitantes, la promiscuidad en que viven seres de distintos sexos y de distintas edades, la pobreza de la alimentación, la falta absoluta de higiene ... la ignorancia de las madres es en la mayor parte de las veces la culpable de este fracaso pues no supo dirigir la crianza de su hijo, lo expuso a los contagios y perdió un tiempo precioso en ensayar remedios que le indicaron las vecinas, para venir a terminar en un consultorio médico cuando el niño ya estaba moribundo.

Como lo indicó Carlos Enrique Paz Soldán (1950, p.18) en relación al rol de la salud pública: “Los pueblos prosperan por este sacrificio biológico de la mujer. Es su ley inexorable. De ahí que asistir a las madres sea deber social primordialísimo”. Se pensó que la solución a la ignorancia de las mujeres en temas de embarazo, parto y crianza podía estar en la creación de escuelas para madres. Desde niñas podía ir formándose a las futuras madres en temas de embarazo, parto, nutrición y economía doméstica. Según Carlos Enrique Paz Soldán (1916, p.37):

la educación de las madres, la formación de una sólida conciencia sanitaria en las niñas llamadas a ser más tarde los ejes del hogar y las fuentes de la vitalidad de la raza y de la patria, es en la actualidad la labor a que se entregan las ‘escuelas maternas y de economía doméstica’ que llenan ya por cientos los pueblos cultos. En estas escuelas la futura madre de familia, sin los falsos pudores de la educación claustral de antaño, recibe amplias informaciones sobre las funciones de la maternidad. Y al mismo tiempo esa suma de conocimientos capaces de hacerle fácil la vida doméstica con la mayor economía y el mejor confort posible (énfasis del original).

Así mismo, en este esfuerzo se construyó un panorama que antagonizaba a los médicos y las obstetras, de las parteras y otros actores “informales” de la salud. En general se buscó reprimir a los actores no profesionalizados (herbolarios chinos, curanderos andinos, parteras), acusándolos de ignorantes y de empíricos. Como señaló Enrique Seminario (1935, p.6): “La asistencia se hace, en la inmensa mayoría de los casos, por parteras, en medio de comodidades deficientes y sin asomos de asepsia. El parto, en estas condiciones, se aleja mucho de ser una perspectiva de felicidad”.

Entre los reclamos más comunes de los médicos de entonces estaba que la escuela de partos pasara a la Facultad de Medicina; que los partos dejaran de ser atendidos por mujeres que no habían sido formadas por el sistema médico occidental y que la atención no fuera solo en el momento del parto sino que empezara desde el matrimonio. Uno de los efectos de la medicalización fue extender en el tiempo la supervisión médica. Es decir, aparecen nuevos supuestos, como que era deseable y beneficioso para la salud del niño y

la madre que la vigilancia médica empezara desde el matrimonio (médicos reclamaban el certificado de salud pre-matrimonial) y el embarazo (y no solo al momento del parto). Es decir, el matrimonio, el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza de los hijos pasaron a considerarse temas propios de la atención de los médicos.

Por otro lado, este proceso de medicalización llevó también a reformas que en ese momento se entendían como de corte progresista. Por ejemplo, Barandarián (1922, p.10) reclamó la necesidad de dar más días de descanso a la gestante y evitar los trabajos físicos en los últimos meses del embarazo pues se asociaba con un menor peso del feto: “salta a la vista la influencia marcada del trabajo muscular de la gestante en el peso del feto, en tan estrecha relación, que puede decirse que él resuelve el problema del niño nacido débil”. No solo ello, muchas mujeres llegaban directamente del trabajo a dar a luz, lo cual según algunos médicos influía negativamente en el posterior desarrollo del feto y del recién nacido (p.12). Según Barandarián (1922, p.16), las futuras madres requerían un descanso mínimo de cuarenta días antes del parto. Recomendaba también que se ampliara el descanso posterior al embarazo con goce de haber. Reclamó, además, los mismos derechos para las empleadas del hogar, que no solían ser consideradas en las leyes de protección laboral.

López Cornejo (1940, p.5) declaró una “imperiosa necesidad del reposo pre y post natal” y el médico Enrique Seminario (1935, p.6) criticó la falta de protección legal y laboral para las mujeres embarazadas y el caso omiso que hacían de las leyes existentes los empleadores, lo cual nuevamente era preocupante no solo por la salud individual de la madre y el recién nacido, sino por un tema de interés nacional: “sobre la madre reposa el desarrollo colectivo y el engrandecimiento nacional”. Se partía de la idea que la mujer en su categoría de madre ocupaba un rol central en el esfuerzo por alcanzar progreso económico; y que a medida que las mujeres se iban “civilizando” (urbanizando, educando formalmente) iban perdiendo fuerza y resistencia para procesos como el parto, que, aunque naturales, implicaban esfuerzo y dolor. Dentro de esta lógica, el irregular interés del Estado peruano por mantener instituciones destinadas a cuidar de la salud pública, como las maternidades, resultaban preocupantes. Así, Carlos Enrique Paz Soldán (1944, p.67-72) lamentaba la poca cantidad de obstetras (seiscientas en todo el país en 1914, casi todas trabajando en Lima) y reclamó un Servicio Nacional de Maternidad guiado por valores religiosos, científicos y de la medicina social.

Esta época muestra el giro que empieza a tener la cultura del parto, no solo en el Perú, y que coincide con el inicio de la demanda de las mujeres por parir en condiciones seguras, con el menor dolor posible (Felitti, 2011) y con el apoyo de especialistas e instituciones apropiadas para garantizar su bienestar.

### **El aborto como amenaza y debilidad poblacional**

En este contexto en el que interactúan el afán natalista del Estado y el incipiente interés médico por el control del cuerpo femenino a través del parto institucional, se hace más visible el aborto en el debate público. En 1935, *La Reforma Médica* publica el artículo titulado “Abortos criminales”. En el texto apareció la siguiente explicación: “Esta terrible plaga social comienza a extenderse en Lima en forma alarmante. En uno de los últimos días del mes de

febrero, sobre 17 mujeres admitidas en un periodo de 24 horas en la Maternidad de Lima, 13 presentaban señales inequívocas de haberse sometido a prácticas abortivas criminales” (Abortos..., 1935, p.223). Los discursos médicos de las primeras décadas del siglo XX dan cuenta de la percepción sobre una “cada vez más elevada tasa de abortos” (p.223) cuya explicación contribuiría a consolidar una imagen de fragilidad e inferioridad física y moral en la mujer blanca urbana y moderna presente en los discursos médicos.

En contraposición a la debilidad física de la mujer urbana y moderna, la mujer indígena y rural era alabada por su fortaleza física y compenetración con su rol reproductivo. Por ejemplo, como señaló Ricardo Moloche (1908, p.21): “Conocida es la facilidad con que nuestras indias verifican sus partos, muchas veces en medio de una jornada, se detienen apuradas por los dolores de las contracciones uterinas y en breves instantes, media hora, dan a luz y lavan a su hijo y echándose a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen expeditas su camino como si nada hubiera pasado”. En este punto también es interesante anotar, como ya lo han observado Quiroz (2012) y Necochea (2016), que los discursos médicos estaban teñidos de visiones de clase y raza. Se pensaba, por ejemplo, que las mujeres campesinas indígenas tenían una mayor resistencia al dolor que las mujeres urbanas de clase media y que no necesitaban de reposo post parto.

Adicionalmente, el discurso médico no solo se vio alimentado por visiones raciales propias de la época, sino que también contribuyó a fortalecer dichas visiones. Como ejemplifica Seijas (1938, p.13) – unas décadas después de Moloche – al hablar de los abortos espontáneos, más comunes por una debilidad física de la mujer moderna y por la vida propia de la modernidad industrial urbana: “debido a la buena conformación pelviana, la felicidad en el puerperio, a pesar de desconocerse los principios de asepsia y antisepsia, por esa inmunidad natural ... debido a esa organización tosca y poco sensible ... de ahí que el aborto espontáneo debe ser un hecho raro entre los incas”. El discurso de medicalización del parto empieza así a recoger prejuicios de clase y raza, presentes en la noción de que las mujeres andinas rurales eran más fuertes y resistentes al dolor que aquellas que vivían en la ciudad,<sup>1</sup> postulados que se pueden rastrear hasta la actualidad afectando la calidad de atención que ellas reciben en los establecimientos de salud.

La debilidad moral de la mujer se incorpora en el discurso médico preocupado por el número de abortos identificados principalmente en la Maternidad de Lima.

El hecho no es por desgracia infrecuente. El número de abortos asistidos en la Maternidad – y no solo van a buscar ahí asistencia las que presentan complicaciones más o menos graves – va de año en año, en aumento ... Hay en esta cruzada un nobilísimo contenido de bien público que debe mover a las personas de buena voluntad y de corazón generoso para ayudar al Estado en la impostergable labor de prevenir que se produzcan estas fugas maternas (Abortos..., 1935, p.223).

Al referirse a “fugas maternas” se puede ver que el aborto es interpretado como una medida de las mujeres para escapar y rechazar la maternidad, considerada propia de su naturaleza y función principal. Antenor Seijas (1938, p.1), cuya tesis de 1938 pretendía “querer saber el por qué la mujer que vive en Lima ya no quiere ser madre”, asumía primero que el sentido de vida de la mujer era la maternidad: “¿De qué sirve a la mujer limeña su

belleza, sus atractivos, su cultura, si prematuramente ha de ser marchitada por las dolencias de su aparato genital?”. En torno a las causas del aborto criminal dictaminó:

La soltería, las concepciones clandestinas, el abandono, los prejuicios sociales, el rigor con que se trata en el hogar a la hija que sale embarazada fuera de matrimonio, el deseo de llevar una ‘vida ligera’, como dicen las solteras, o el de no envejecer prematuramente, como dicen las casadas, son los móviles más frecuentes por los que se comete esta clase de delitos. Si a esto agregamos la facilidad con que la gestante encuentra el remedio que ha de salvarle del apuro, debemos convenir la frecuencia inusitada con que viene realizándose el aborto criminal entre nosotros (Seijas, 1938, p.54; énfasis del original).

Como evidencia la cita anterior, este tipo de aborto se asoció a dos factores en particular: la pobreza (incapacidad de sostener a los hijos) y la debilidad moral. Cambios en las expectativas considerados propios de la modernidad (la vergüenza/estigma de haber quedado embarazadas siendo solteras) que permitió establecer una asociación entre pobreza, abandono de la pareja y aborto.

Por otro lado, preocupaba a los médicos la aparente “facilidad” con que se podía acceder a la atención de abortos y post-aborto, lo cual irá contribuyendo a crear un discurso que acusa principalmente a las parteras y a las obstetras de ser cómplices en el aborto criminal y posiciona a los médicos como actores clave en la prevención de abortos y muertes durante el embarazo y el parto.

Finalmente, el aborto era condenado por impedir que la mujer cumpliera con su rol de madre pero principalmente por ser un factor de despoblación: “Si en el sentido estricto de la palabra no se puede asegurar que hay despoblación absoluta en el Perú, sí hay derecho para apreciar que presenciamos una despoblación relativa, puesto que el número total de los habitantes no aumenta en la proporción que corresponde a un pueblo joven que dispone de abundantes elementos de vida” (Seijas, 1938, p.1). Como apreciamos en la cita, el aborto generaba preocupación no necesariamente por cuanto a los efectos psicológicos o físicos que podía tener sobre la mujer como individuo, sino en cuanto evidenciaba un cambio o cuestionamiento frente al rol reproductivo de la mujer en la modernidad y su efecto en cuanto al “bien público”, es decir, el efecto negativo en las tasas de natalidad. Así, los médicos se autoproclamaron como la solución a los problemas poblacionales del país.

### **La cesárea y el parto patológico**

Desde los 1930s empieza a aparecer en forma más frecuente en los escritos médicos: la noción de un “parto normal” en contraposición a uno con complicaciones. Además la idea que cada vez eran menos los “partos normales”, es decir, aquellos que en principio no necesitaban de un médico. Siguiendo a Seminario (1935, p.84):

Casi puede afirmarse que cada día son más raros los casos que los fenómenos de la gestación se desenvuelven con normalidad, y aun cuando los trastornos que se presentan en una gran mayoría de embarazos sean transitorios, de poca intensidad y de nula trascendencia para la vida ulterior de la mujer, no por ello dejan de ser desviaciones de lo que debemos considerar como gestación típicamente normal.

Este fenómeno se asociaba a la modernidad, la urbanización y a nuevos espacios en los que incursionaba la mujer (como el empleo en fábricas o en general fuera de casa). Y aunque aún no se considera a la mujer embarazada como una paciente, empieza a sugerirse la idea. Según Seminario (1935, p.90): “La mujer en estado de gestación no es una enferma y sería, por tanto, inadecuado hablar de la terapéutica del embarazo, pero es evidente que la función procreadora coloca a la mujer en un estado de menor resistencia que la hace más vulnerable a toda clase de influjos patógenos”. Es decir, una persona en estado vulnerable y propensa a sufrir de enfermedades.

Dentro de esta lógica de debilidad de la mujer urbana y su vulnerabilidad durante el embarazo y parto se empiezan a usar con más frecuencia, aunque aún con reticencia, procedimientos como la cesárea. Según Ricardo Moloche (1908), la primera cesárea se practicó en el Perú en el año de 1866, en la Maternidad de Lima. En 1900 se efectuó una segunda cesárea, a manos de Alberto Barton en el Hospital de Santa Ana. A partir de entonces empezaría a crecer el número de cesáreas pero de forma limitada. Tal es el caso que en 1924 se registraron 24 cesáreas abdominales y en 1935, treinta cesáreas fueron registradas en la Maternidad de Lima. Fue en los 1930s que el número empezó a crecer significativamente. Sin embargo, aunque había más cantidad de cesáreas, aún se consideraba en las tesis médicas de esos años que debía ser un procedimiento excepcional. Como señaló Enrique Seminario (1935, p.99) en su tesis sobre la mortalidad materna: “la operación cesárea parece haber sido el tratamiento que más seguridades daba a nuestros tocólogos, ya que ha sido empleada 35 veces [en casos de placenta previa]. La cesárea no puede en modo alguno ser considerada como medio de elección en el tratamiento de este accidente, sino como medio de excepción”.

El médico autor de este trabajo, Enrique Seminario, no estaba a favor del uso de la cesárea salvo en condiciones excepcionales y siempre y cuando estuvieran presentes los profesionales capacitados para hacerlo (que usualmente no era el caso) y se practicaran en hospitales con tecnología adecuada. Como señaló:

Soy de opinión que en la Maternidad de Lima no existen las condiciones apropiadas para realizar la cesárea abdominal ... en ninguno de los libros de estadística que he consultado se menciona que se hayan practicado transfusiones de sangre preparatorias a las gestantes que iban a ser sometidas a una cesárea abdominal por placenta previa. En estas condiciones es obvio señalar que la mortalidad operatoria, en esta distocia, tiene que ser considerable, ya que las pacientes no estaban en condiciones de soportar los traumatismos anestésicos y operatorios concomitantes (Seminario, 1935, p.100).

Avances técnicos, como la cesárea que requiere de médicos cirujanos, transfusiones y mayor equipamiento médico, fueron utilizados como argumentos para quitarle más protagonismo a las obstetras en la maternidad y en atención de partos e ir transfiriendo la responsabilidad al médico.

En la investigación hecha por Aragón Peralta en el Hospital Maternidad de Bellavista en el año de 1940, de 16.950 partos, solo 214 fueron por cesárea (1,35%). Bastante más que en 1907, donde de 17.401 partos atendidos en la Maternidad de Lima solo dos fueron por cesárea. Cifras dadas por Aragón Peralta muestran que el rango, desde 1910 hasta 1940,

fue creciendo de un 0,35% en promedio a inicios del siglo XX a un 2% hacia mediados de siglo. Siguiendo a Aragón Peralta (1942, p.6): “vistos los índices de incidencia obtenidos, podemos decir que la operación cesárea abdominal es una realidad como método terapéutico del parto patológico en la maternidad de Bellavista, solo desde el año 1924”.

Al igual que Seminario, Aragón Peralta consideraba que la cesárea solo debía usarse en casos muy excepcionales, cuando estaba en juego la vida de la madre o del hijo (es decir, en “partos complicados”). Entre las razones para optar por la cesárea, se hallaron las siguientes: estrechez pélvica, placenta previa, eclampsia y tamaño del feto. En cuanto a la morbilidad post operatoria, aunque encuentra menores tasas respecto a épocas anteriores, señaló que la ausencia de observación médica, la presencia de las parteras y falta de profesionalización de las obstetras era una causa central de muerte: “los determinantes del mayor grado de mortalidad, mujeres que llegan del centro hospitalario con el carácter de urgencia, en las peores condiciones, sin haber sido conducidas en su gestación por controlados exámenes obstétricos generales, por desidia y falta de cultura de parte de ellas, y más bien atendidas por personas empíricas las más de las veces” (Aragón Peralta, 1942, p.29).

Así mismo, este médico rechazó los partos domiciliarios, posicionando al hospital como el lugar donde debía darse a luz. Según Aragón Peralta (1942, p.33): “evitar el parto domiciliario, al menos en mujeres de nuestro pueblo y asistencia obligatoria de la gestante a los consultorios prenatales”.

Reclamó la necesidad de

despertar la cultura maternológica en nuestras gestantes a fin de que, ya sea voluntaria u obligatoriamente, concurran a los consultorios prenatales, donde a base de exámenes periódicos, se puedan sorprender oportunamente las distocias que puedan presentar, o ya aquella que por antecedentes se sospeche que puedan presentarlas, sean vigiladas estrechamente. Que estos consultorios prenatales, deben estar en íntima conexión con los centros obstétricos, para así un mes antes de la fecha probable del parto envíen a estas gestantes a un servicio especial de ‘parto distócico’ donde serían sometidas a un régimen higiénico-fisiológico, mental y dietético, elevando así el nivel del estado general pre-operatorio de la gestante, repercutiendo además en las condiciones del feto (Aragón Peralta, 1942, p.49).

Otro giro interesante asociado al anterior fue el hecho de considerar a la gestante como una paciente. Tenemos en 1940 la reflexión del médico Luis Alberto Pérez: “durante esta época tiene lugar una serie de fenómenos más o menos acentuados, y que da lugar a que en la mayoría de los casos sea imposible establecer un lindero entre lo normal y lo patológico” (Pérez, 1940, p.35). Es decir, el embarazo como una especie de patología o “momento especial que requería de atención médica”. Siguiendo el médico:

En efecto, en el lapso que dura la gestación y que se calcula de 270 a 280 días tiene lugar una serie de alteraciones anatómicas y fisiológicas en todos los órganos y aparatos de la gestación, que si bien son considerados normales por la mayoría de los autores, también los hay especialistas que no consideran tan fisiológicas estas alteraciones; y por más que la gestación sea una función natural en la mujer, para la que su organismo se halla constituido ... [debido a] las principales alteraciones que tienen lugar en casi todos

los órganos y aparatos de la mujer gestante, ella se encuentra en un estado especial que podemos llamar equidistante de los estados fisiológicos y patológicos, pues no llega a entrar de lleno en ninguno de ellos (Pérez, 1940, p.17).

Es decir, el embarazo requería de observación y atención médica especializada.

Pérez (1940) destacó el creciente número de partos prematuros (asociados a la industrialización y modernidad de la vida urbana) y la necesidad que sean atendidos por especialistas. Exigió la creación de más consultorios prenatales por todo el país, bajo supervisión de médicos especializados, para que vigilen la evolución del parto, en distintas zonas de la ciudad y el país. Siguiendo a Pérez (1940, p.73): “Se debe, a la brevedad posible, establecer consultorios médicos prenatales en los distritos donde puedan concurrir con toda regularidad las mujeres”.

### **Médicos y obstetras: entre la expectativa y la necesidad**

Un estudio sobre la realidad de la asistencia del parto en el Perú, desarrollado por el médico Félix López Cornejo, en 1940, presentó la necesidad de extender la participación de médicos universitarios en el proceso del parto y de la atención al neonato a través de la formación de más centros maternos prenatales, espacios de atención clínica y social para mujeres embarazadas donde se realizaran exámenes clínicos a las gestantes, vigilancia de la evolución del embarazo, despistaje y tratamiento de enfermedades hereditarias (siendo la sífilis su preocupación central), diagnóstico del feto, diagnóstico de las múltiples causas de distocias, instrucciones sobre la higiene de la preñez, difusión de la higiene obstétrica, el valor de la lactancia materna. Haciendo eco a los reclamos que venían dándose desde un par de décadas atrás, defendió la “puericultura intrauterina” como base para “un futuro pleno de progreso salud y bienestar” (López Cornejo, 1940, p.3). Consideró que debía haber protección en aspectos sociales y económicos también, los cuales debían ser asumidos o por el Estado o por las empresas donde laboraban las futuras madres.

Siguiendo a López Cornejo, para mejorar las condiciones del parto era necesario un mayor control sobre las obstetras y asegurarse que su labor se limite a los partos normales. Sin embargo, “las complicaciones de la gravidez, los partos distócicos, el alumbramiento artificial y las enfermedades intercurrentes de la madre y el niño, son accidentes que solo podrían ser atendidos por el médico” (López Cornejo, 1940, p.29). Dado que cada vez eran menos frecuentes los así llamados partos normales, quedaba implícito que la intervención del médico en la atención del parto debía crecer en proporción también.

Aunque se privilegiaba a la atención del parto normal por las obstetras frente a las parteras, la medicalización del parto también va contribuyendo a la consolidación de un discurso crítico hacia su formación y su labor. El discurso médico no sólo se orientó contra las parteras sino también contra las obstetras formadas en la Escuela de Partos y otros actores como las órdenes religiosas, que desde la era virreinal habían participado de forma activa en la salud pública peruana. Como señalara J.M. Barandarián:

enmarcada dentro de un régimen colonial, con una dura disciplina religiosa, en donde reina un ambiente claustal de arrepentimiento y misticismo, la Maternidad de Lima

durante muchísimos años ha llenado la simple función de recibir parturientas ... las religiosas y las personas por éstas educadas, que tienen a su cargo el cuidado de las pacientes, miran con horror y aversión el estado de embarazo (Barandiarán, 1922, p.II).

En cuanto a la situación de las obstetras, López Cornejo enfatizó también problemas asociados con el sistema de salud público, como el incumplimiento de pago por parte del Estado. De acuerdo al autor, en una lógica que venía de tiempo atrás, esta falta de pago y en general las pobres condiciones en las que realizaban su labor hacía que muchas obstetras hicieran mal su trabajo – se equivocaban en la elaboración de historias clínicas y le daban poca importancia a ciertas anomalías (Pérez, 1940) – y que se dedicaran a realizar abortos clandestinos al no poder “resistir económicamente al medio ... entonces muchas se ven obligadas a salirse de los honestos marcos del trabajo profesional útil, para entrar en el campo vedado del aborto” (López Cornejo, 1940, p.47).

En consecuencia, en la jerarquía del sistema médico, las obstetras fueron consideradas por encima de las parteras, pero por debajo de los médicos. De hecho, la reivindicación médica del uso de cesáreas y de la capacidad de diferenciar entre partos normales y patológicos evidencia una oposición y desvaloración al trabajo de las obstetras que se confronta con la necesidad de contar con sus servicios a lo largo del país.

La descripción hecha por el mismo López Cornejo del número y situación de las obstetras en el país evidencia la importancia y necesidad de contar con obstetras capacitadas en la atención del parto a nivel nacional que se mantiene hasta la actualidad. En primer lugar, para 1940, el número de obstetras era muy reducido, de 263 que ejercían la obstetricia en el país, solo 32 eran obstetras titulares contratadas y pagadas por el gobierno a lo largo del país. En segundo lugar, la mayoría de las obstetras se concentraba en Lima y el Callao; en una ciudad como Iquitos – la más grande e importante en el oriente del país – había una sola y en ocho departamentos no había ninguna. Dadas las estadísticas desarrolladas por el propio autor, quedaba claro que la mayoría de las mujeres en el Perú, hasta mediados del siglo XX, seguía y seguiría atendiéndose con parteras, al margen de las expectativas de los médicos (López Cornejo, 1940, p.44).

A partir de dichas estadísticas resultaba impensable la posibilidad de acabar con las parteras, como deseaban muchos médicos. Realidades económicas, sociales, culturales y de atención médica imponían una atención en casa con parteras. El caso de la población campesina andina era el más dramático ya que:

mientras tanto, en el interior del país, nuestra gran mayoría de población indígena que puebla ‘el Ande’ sigue presentándonos el mismo cuadro sombrío de siglos atrás, al no recibir ninguna asistencia en sus partos. Si es verdad que nunca conocieron de la asistencia obstétrica y su único amparo fue siempre la naturaleza que se encargó de adaptar aquel organismo a las rudezas de la vida en el campo y en la altura, por lo cual la india peruana posee una constitución especial, tosca y poco sensible, con una buena composición pelviana que contribuye al parto fisiológico; no por eso podemos dejar de admitir, hoy como ayer, la tragedia del parto distócico, así como las múltiples complicaciones del embarazo y el puerperio con sus secuelas para el binomio peruano, en cuyos casos la madre indígena se encuentra sola con su desgracia (López Cornejo, 1940, p.44; énfasis del original).

Así, como parte de la medicalización del parto, el discurso racial fue superpuesto con el médico y las complicaciones del embarazo independientemente de las ventajas físicas naturales de la mujer andina.

De igual manera, esta descripción nos remite a una realidad socio-económica nacional donde se combinaba la existencia de una población campesina quechua-hablante, que vivía de una agricultura tradicional orientada al consumo interno, junto a una población urbana obrera o profesional, y una creciente población migrante que se desplazaba del campo a la ciudad. Al mismo tiempo, evidencia la indiferencia frente al problema de la asistencia del parto en el Perú que desde 1940 se le atribuye al Estado (López Cornejo, 1940) y que se refleja en las continuas inequidades con las que se sigue brindando la atención del parto en el país.

El afán por lograr que los partos sean atendidos por médicos y obstetras en hospitales o clínicas será una realidad aún lejana en el Perú para mediados del siglo XX. Como señaló Carlos Enrique Paz Soldán (1935, p.444): “El 50% de la población de Lima, de la capital de la República, no puede nacer en los hogares [Hogar de la Madre – maternidades] por la sencilla razón de que no existen”. Algunos años después volvió a señalar: “Cálculos fundados, me autorizan a afirmar que un cuarto de millón de nacimientos es la cifra del país. Ahora bien, de estos 250.000 nacimientos, solo 40.000 y la cifra es excesiva, reciben la atención profesional que estos alumbramientos demandan. Hay más de 200.000 peruanos que afloran en el desamparo, en la miseria, en la insalubridad” (Paz Soldán, 1950, p.70).

Para remediar tal situación, en 1942, se creó la plaza de obstetra en cada provincia, en las plantillas del presupuesto nacional. Esta medida no ha dado los resultados apetecidos. La razón: la carencia de profesionales debidamente preparadas y en el número exigido (Paz Soldán, 1950, p.70). Aunque el crecimiento en las tasas de hospitalización del parto se aceleró desde los 1950s, esto respondió también a otro fenómeno que estaba transformando el Perú, las masivas migraciones del campo a la ciudad y el populismo en la policía, y no a un incremento en la oferta de atenciones, hospitales o personal capacitado para la atención obstétrica guiada por los avances técnico-científicos de la época.

## **Consideraciones finales**

A lo largo del siglo XX, se sucedió una serie de cambios en las prácticas alrededor del parto. De ser asumido como un evento natural, que debía ser atendido en casa, de la mano de la partera y de la familia, pasó a ser considerado un proceso que requería de atención especializada y el uso de tecnologías sofisticadas en una clínica u hospital. Este cambio en la forma de concebir el parto formó parte de un proceso mayor de medicalización que se dio en distintos ámbitos de la vida de las personas. Es decir, situaciones que eran atendidas o resueltas mediante prácticas que formaban parte del conocimiento compartido en la sociedad, fueron convertidos en cuadros patológicos que requerían de soluciones médicas.

En las primeras décadas del siglo XX, el proceso de medicalización estuvo guiado por diversos supuestos y temores. Uno de estos supuestos fue la idea de que para alcanzar progreso económico era necesario y posible hacer crecer la población. Es decir, que la población del Perú era poca para la cantidad de territorios y recursos. Así mismo, que

mucha de esta población era indisciplinada, débil y propensa a enfermedades. Ello podía confrontarse reduciendo las tasas de mortalidad infantil y promoviendo que las mujeres tengan más hijos y cuiden de ellos de forma apropiada.

Otro supuesto era que el rol esencial de la mujer era el de tener hijos y criarlos. Y aunque la mujer era ensalzada en su rol de madre, era considerada ignorante en aspectos centrales del proceso de embarazo, parto y crianza de los hijos. Por ello los médicos, en su mayoría concentrados en Lima y principales ciudades del país, empezaron a reclamar más intervención suya y la formación de escuelas para madres. En este punto, también es interesante descubrir la asociación de raza y clase que aparece en los discursos médicos, pues se consideraba que mientras la mujer urbana de clase media alta era más frágil y necesitada de protección, la mujer campesina andina era más resistente al dolor.

El desarrollo de nuevas tecnologías médicas para responder frente a un aborto o la necesidad de una cesárea contribuyen de manera significativa en la configuración de relaciones jerárquicas y de poder entre médicos, obstetras y parteras y la mujer. La preocupación por un supuesto “aumento” de casos de aborto generó preocupación y rechazo entre la comunidad médica tanto por consideraciones morales, asociadas al catolicismo, como por consideraciones demográficas, es decir, la necesidad de tener más población para tener una economía más desarrollada. Sin embargo, también fue utilizado como justificación para censurar las prácticas de las parteras a quienes se culpabilizó, y descalificar profesionalmente a las obstetras.

Finalmente, la posibilidad de una mayor intervención médica en el parto que aminorara las tasas de mortalidad materna como infantil, permitió justificar la necesidad de reemplazar a los actores que de manera informal y empírica habían venido guiando los partos, por ejemplo las parteras. El discurso contra las parteras fue reiterativo. Se basó en su falta de educación formal, falta de higiene y origen andino. Es decir, las altas tasas de mortalidad intrauterina e infantil podían ser confrontadas, si es que se permitía mayor observación médica, a los procesos del embarazo, parto y crianza de los hijos.

Si bien en la actualidad el proceso de medicalización del parto ha logrado predominar y los servicios médicos y obstétricos han logrado alcanzar a una mayoría de la población, logrando reducir significativamente la mortalidad materna y ampliando las opciones disponibles para muchas mujeres, el cambio en las relaciones de poder entre los actores, basadas en autoridad, género, raza y clase, que se evidencia actualmente en los distintos tipos de violencia que experimentan las mujeres en los establecimientos de salud (Sadler et al., 2016) y en la demanda creciente por “humanizar el parto” (Diniz et al., 2015) en el Perú y en el mundo, requieren de problematización y análisis.

#### AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen a las historiadoras María Elena Arce y Brunella Yzú por sus comentarios y aportes al texto.

#### NOTA

<sup>1</sup> En torno al mestizaje, la visión positiva/negativa del mismo, véase Cosamalón (2017).

## REFERENCIAS

- ABORTOS...  
Abortos criminales. *La Reforma Médica*, v.21, n.203, p.223-225. 1935.
- ARAGÓN PERALTA, Manuel.  
*Algunas observaciones sobre la operación cesárea abdominal en el Hospital Maternidad de Bellavista*. Lima: UNMSM. 1942.
- BARANDARIÁN, José Miguel.  
*Descanso y protección de la mujer embarazada*. Tesis (Bachillerato) – Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 1922.
- CAMPODÓNICO, Esteban.  
*Consideraciones sobre algunos casos de embarazo extra-uterino y sus consecuencias*. Lima: UNMSM. 1896.
- CHÁVEZ, Evaristo.  
*Del uso del cloroformo en los partos*. Tesis (Doctorado) – Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 1883.
- COSAMALÓN, Jesús.  
*El juego de las apariencias*. Lima: IEP; El Colegio de México. 2017.
- DINIZ, Simone et al.  
Abuse and disrespect in childbirth care as a public health. Issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, v.25, n.3, p.377-384. 2015.
- FELITTI, Karina.  
Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina, 1960-1980. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, n.1, p.113-129. 2011.
- LÓPEZ CORNEJO, Félix.  
*Las realidades de la asistencia del parto en el Perú*. Tesis (Bachillerato) – Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 1940.
- MOLOCHE, Ricardo.  
*La Maternidad de Lima: contribución al estudio de la obstetricia*. Tesis (Bachillerato) – Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 1908.
- NECOCHEA, Raul.  
*La planificación familiar en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2016.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique.  
*La demogenia peruana y sus problemas médico-sociales*. Lima: Biblioteca de Cultura Sanitaria. 1950.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique.  
*Los niños*. Lima: Ediciones de La Reforma Médica. 1944.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique.  
La maternidad y la cooperación social. *La Reforma Médica*, n.212, p.437-442, 444, 454-458. 1935.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique.  
La infancia en medicina social. Conferencia pronunciada por el doctor Carlos Enrique Paz Soldán en el curso de Medicina Social de la Extensión Universitaria. *La Reforma Médica*, v.2, n.35-39. 1916.
- PÉREZ, Luis Alberto.  
*Contribución al estudio de los partos prematuros en nuestro medio hospitalario*. Lima: UNMSM. 1940.
- PIEPER, Jadwiga.  
*The politics of motherhood: maternity and women's rights in twentieth-century Chile*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. 2009.
- QUIROZ, Lissell.  
De la comadrona a la obstetriz: nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. *Dynamis*, v.32, n.2, p.415-437. 2012.
- SADLER, Michelle et al.  
Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v.24, n.47, p.47-55. 2016.
- SEIJAS, Antenor.  
*Estadística de los factores etiológicos del aborto en Lima*. Lima: UNMSM. 1938.
- SEMINARIO, Enrique.  
*Contribución al estudio de la mortalidad maternal en el Perú*. Lima: UNMSM. 1935.
- VACAFLOR, Carlos Herrera.  
Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, v.24, p.65-73. 2016.
- VILLAVICENCIO, Maritza.  
*Del silencio a la palabra: mujeres peruanas en los siglos XIX y XX*. Lima: Flora Tristán. 1992.
- WARREN, Adam.  
Between the foreign and the local: French midwifery, traditional practitioners, and vernacular medical knowledge about childbirth in Lima, Peru. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.22, n.1, p.179-200. 2015.
- ZÁRATE, María Soledad.  
*Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. Santiago: Centro Diego Barros Arana; Universidad Alberto Hurtado. 2007.