

Medicina, eugenesia y género: el aborto terapéutico en las mujeres con tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930

doi: 10.15446/achsc.v45n1.67556

Medicine, Eugenics, and Gender: Therapeutic Abortion in Women with Tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930

Medicina, eugenia e gênero: o aborto terapêutico nas mulheres com tuberculose. Buenos Aires, 1920-1930

MARÍA LAURA RODRÍGUEZ*

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Universidad Nacional de Córdoba

Córdoba, Argentina

* laurarodriguez@conicet.gov.ar

Artículo de investigación

Recepción: 19 de enero del 2017. Aprobación: 18 de abril del 2017.

Cómo citar este artículo

María Laura Rodríguez, “Medicina, eugenesia y género: el aborto terapéutico en las mujeres con tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 45.1 (2018): 191-213.

[192]

RESUMEN

Se analiza el aborto terapéutico como un recurso médico orientado teóricamente a salvaguardar la salud y la vida de la mujer gestante enferma. El artículo se aproxima a esta problemática considerando la asociación entre “tisis y embarazo” a partir de discursos y experiencias clínicas publicadas por un conjunto de obstetras, ginecólogos y tisiólogos que trabajaban en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires entre 1920 y 1930. Así, se abordan saberes, discursos, criterios y prácticas terapéuticas, que muestran cómo se fueron definiendo tendencias conservadoras respecto a la gestación y a los órganos genésicos femeninos, bajo una agenda eugénica positiva que no priorizó la salud de estas enfermas. El texto muestra de qué manera dichas tendencias se moldearon a partir de valores y normativas anclados en la desigualdad de género.

Palabras clave: (Autor) tramas de género, tuberculosis; (Thesaurus) aborto, eugenesia, mujer.

ABSTRACT

The article analyzes therapeutic abortion as a medical resource theoretically aimed at safeguarding the health and life of a sick pregnant woman. It addresses the issue by considering the relation between “tuberculosis and pregnancy”, on the basis of clinical discourses and experiences published by a group of obstetricians, gynecologists, and tuberculosis specialists who worked in the hospitals of Buenos Aires between 1920 and 1930. The knowledge, discourses, criteria, and therapeutic practices discussed here show how conservative tendencies were gradually defined regarding gestation and female reproductive organs, according to a positive eugenic agenda that did not prioritize the health of the sick women. The paper shows how those tendencies were shaped on the basis of values and norms grounded in gender inequality.

Keywords: (Author) gender plots, tuberculosis; (Thesaurus) abortion, eugenics, women.

RESUMO

Analisa-se o aborto terapêutico como um recurso médico orientado teoricamente a salvar a saúde e a vida da mulher gestante doente. Este artigo se aproxima dessa problemática ao considerar a associação entre “tuberculose e gravidez” a partir de discursos e experiências clínicas publicadas por um conjunto de obstetras, ginecologistas e tisiologistas que trabalhavam nos hospitais da cidade de Buenos Aires entre 1920 e 1930. Assim, abordam-se saberes, discursos, critérios e práticas terapêuticas que mostram como foram sendo defendidas tendências conservadoras a respeito da gestação e dos órgãos genésicos femininos, sob uma agenda eugênica positiva que não priorizou a saúde dessas doentes. O texto mostra de que maneira essas tendências foram moldadas a partir de valores de normativas fundadas na desigualdade de gênero.

Palavras-chave: (Autor) tramas de gênero, tuberculose; (Thesaurus) aborto, eugenia, mulher.

Doncella, no te cases
Casada, no procrees
Madre, no lactes
 AFORISMO DE PETER¹

Introducción

[194]

El crecimiento demográfico y la aceleración económica de la Argentina entre finales del siglo XIX y la Primera Guerra Mundial, impulsados por su inserción en la economía internacional y el extraordinario flujo de inmigración ultramarina, exacerbó procesos de modernización diferenciales en el interior de su extenso y heterogéneo territorio.² En una rápida metropolización, la ciudad puerto de Buenos Aires pasó de 1,7 millones de habitantes en 1914 a 2,3 millones en 1930.³ Estas dinámicas hicieron que los asuntos de la higiene y las enfermedades sociales se configuraran como algunos de los problemas más acuciantes a resolver. Los médicos, insertos como agentes públicos de poder, procuraron y materializaron diversas soluciones como respuestas a sus preocupaciones por la salud y por la perfección física y moral de la sociedad nacional.⁴

Desde una impronta positiva y preventiva propia de los años 20, y aun cuando se comenzaron a enfocar en las patologías crónicas o endógenas, persistió un interés prioritario por las enfermedades infectocontagiosas, que asociaban las patologías a la posibilidad de transmisión digénica⁵ a la descendencia. En el repertorio de los desvelos eugénicos de aquella época, no solo se reconocían el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual (entre las que se destacaba la sífilis) y la tuberculosis; también aparecían imbricadas las preocupaciones por los desvíos morales de hábitos y

-
1. Domingo EliceGUI, "Algunas consideraciones sobre el aborto terapéutico", *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* VI.1 (1922): 61.
 2. Mirta Zaida Lobato, "Introducción", *El Progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, t. 5, dir. Mirta Zaida Lobato (Buenos Aires: Sudamericana, 2000) 11-13.
 3. Alejandro Cataruzza, *Historia de la Argentina 1916-1955* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2009) 92.
 4. Diego Armus y Susana Bemartino, "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*. *Nueva Historia Argentina*, t. 7, ed. Alejandro Cattaruzza (Buenos Aires: Sudamericana, 2001) 285-287.
 5. Se refiere a las teorías que avalan que los individuos, al reproducirse biológicamente, pueden transmitir a sus descendientes caracteres perjudiciales o considerados como tales para la especie humana.

conductas, las cuales respondían a las patologías físicas, favorecedoras de desórdenes en el proceso de reproducción. Como explicó Dora Barrancos respecto a estas cuestiones, si bien los varones estaban en el foco, “era mucho más acentuada la vigilancia ejercida sobre las mujeres”.⁶ En efecto, alrededor de su cuerpo y su vida se condensaron visiones morales y nociones médicas que consideraban que la “degeneración” y el “perfeccionamiento de la raza” se iniciaban en la mujer.⁷ No debemos soslayar que la naturalización de la reproducción femenina como principio de alteridad de la mujer se fundamentó en valores e instituciones fundantes como el Código Civil argentino de 1869-1870, que subordinaron a la mujer al poder del varón.⁸

[195]

En este trabajo se discuten los complejos entramados entre medicina, eugenesia y género, poniendo en perspectiva un conjunto de producciones académicas y reuniones científicas que tematizaron el recurso del aborto como posible camino para tratar a las tuberculosas gestantes entre la década de 1920 y principios de los años 30. En distintos momentos del análisis consideramos aquellas interpretaciones sobre la expansión de prácticas médicas orientadas por un ideario eugenésico negativo en la Argentina de la época.⁹ En este sentido, estamos de acuerdo con Armus¹⁰ en que la enfática defensa de los abortos —y también de las esterilizaciones y prácticas anticonceptivas— como medio para impedir y alejar a los tuberculosos del mundo de la reproducción, no habría llegado a superar el registro de los discursos. En este renglón se asoma un problema central que remite a las distancias y vinculaciones entre discursos y prácticas. No consideramos, como señaló Armus, que el talón de Aquiles de aquellas lecturas se asocie a un número

-
6. Dora Barrancos, “Contrapuntos entre sexualidad y reproducción”, *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*, t. I, comp. Susana Torrado (Buenos Aires: Secretaria de Cultura de la Nación, 2007) 476- 477.
 7. Marcela Nari, *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940* (Buenos Aires: Biblos, 2004) 108.
 8. Josefina Fernández y Daniela Hernández, “La devolución de las cacerolas: representaciones sobre la mujer en la construcción de la Nación Argentina”, *Moralidades y comportamientos sexuales, Argentina, 1880-2011*, eds. Dora Barrancos, Donna Guy y Adriana Valobra (Buenos Aires: Biblos, 2014) 131-137.
 9. Yolanda Eraso, “Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentine Women in the 1930s”, *Bulletin of the History of Medicine* 81 (2007): 793-822.
 10. Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, cultura y tuberculosis en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: EDHASA, 2007) 252-253.

escaso de historias clínicas halladas, las cuales, como evidencias empíricas, no alcanzan a dar cuenta de la extensión de ese tipo de prácticas médicas negativas, violentas y coactivas.¹¹ Estos tipos de prácticas médicas fueron decididamente escasas en las pacientes tísicas embarazadas, porque imperaron indicaciones y criterios terapéuticos que desalentaban las intervenciones limitantes de la reproducción.

[196]

De acuerdo con las publicaciones difundidas en revistas de amplia circulación como la *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* (RAOG) y *La Semana Médica* (LSM), los obstetras, ginecólogos y tisiólogos que durante nuestro periodo de estudio consideraron la asociación entre tuberculosis y embarazo, y quienes muchas veces trataron a estas enfermas en los hospitales porteños, convergieron alrededor de pautas y tecnologías conservadoras de la gestación y de la capacidad reproductiva. A pesar de que la reforma del Código Penal Argentino de 1922, a partir del artículo 86 inciso 1, legalizó el aborto terapéutico para aquellos casos donde estaban en riesgo la vida o salud de la mujer,¹² en la agenda médica predominaron discursos y prácticas inmersos en una matriz eugenésica local definida por su corte positivo y ambientalista.¹³

No obstante, las indicaciones que orientaban los criterios y decisiones terapéuticas no privilegiaron la salud ni la vida de estas enfermas, priorizando valores y visiones androcéntricas ancladas en la identificación de la mujer con un rol ideal de madre reproductora. En esa dirección, reconocemos el valor de aquellas interpretaciones que señalan que las categorías médicas están atravesadas por maneras de comprender los fenómenos socioculturales, organizando así no solo la percepción, sino también las pautas concretas de la atención médica.¹⁴ De este modo, esas tendencias conservadoras, cristalizadas en prácticas que promovieron la continuidad del embarazo —así como algunos abortos médicos que se decidieron para túbiculosas—, se hallaron imbricadas con tensiones de género propias de la relación entre

11. Diego Armus, “Eugenesia en Buenos Aires: discursos, practicas, historiografía”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 23 [suplemento] (2016): 149-169.

12. Eduardo Soria, “El aborto eugenésico en el Código Penal Argentino (1853-1922)”, *EA-journal* 1 (2009): 1-28.

13. Nancy Leys Stepan, *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005) 116-117.

14. Clara Gilligan, “Como para llenar un formulario. Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia”, *Estudios Sociales de Estado* 2 (2016): 210-225.

saber y poder. Es decir, estas mujeres gestantes fueron un objeto preferencial de intervención y dominación,¹⁵ en línea con nociones y normativas estereotipadas que condensaban y estimulaban las desigualdades de género.

Indicaciones teóricas, criterios y caminos terapéuticos

Solo excepcionalmente es posible mostrar algún obstetra o ginecólogo porteño que haya publicado nociones o experiencias clínicas descartando la conveniencia de interrumpir el embarazo en algunos casos donde el estado gestante complicaba la salud o ponía en riesgo la vida de la mujer, eventualmente sana o enferma.¹⁶ Claro está que para estos médicos, que en su gran mayoría ejercían en hospitales y maternidades de la ciudad de Buenos Aires, la expresión “en algunos casos” respondía a situaciones muy precisas. Desde tiempo antes, y después de la legalización del aborto terapéutico en 1922, estos mismos especialistas en medicina de la mujer, así como algunos fisiólogos que identificamos estudiando y tratando casos de embarazo en tuberculosas pulmonares, venían desaconsejando la conveniencia o utilidad de este recurso.

Cuestionar los criterios de la medicina europea de la época fue una constante en la argumentación de las posturas locales. Según las referencias porteñas, existía una división tajante entre pautas abstencionistas en materia de gestaciones tuberculosas, representadas predominantemente por los franceses, y aquellas otras ligadas a un intervencionismo sistemático, defendidas por algunos médicos italianos y alemanes. Desde el ámbito vernáculo, los criterios europeos fueron vistos como predefinidos, propios de esquemas rígidos que no podían, dado el conocimiento de la época, sostenerse en evidencias objetivas. Partiendo de un panorama determinado en términos de incertidumbre, exaltaron el valor de una postura *ecléctica*, flexible, que crearía condiciones para sortear los vacíos de la medicina, dándole preeminencia a la interpretación del profesional tratante, quien decidiría el camino terapéutico más conveniente para cada tísica en particular. Claramente los médicos valoraron que sus decisiones se formaran caso por caso, en gran parte porque

[197]

-
15. Elizabeth Badinter, *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX* (Barcelona: Paidós, 1981) 121-200.
 16. Para 1919, entre las distintas situaciones mórbidas que teóricamente habilitaban la interrupción del embarazo, se contaban la anemia perniciosa grávida, los vómitos incorregibles, las albuminurias, las lesiones vaginales y perianales, las cardiopatías, el cáncer, la diabetes y la tuberculosis pulmonar. Armando Frers, “Aborto terapéutico”, *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia* III,5 (1919): 430-451.

reconocían las ineficacias y dudas de la medicina de la época para tratar y curar la tisis. Para Ferns, obstetra del Hospital Rivadavia y director de Maternidad y de la Escuela de Parteras de La Plata, era “inútil toda discusión tendiente a pronosticar la marcha o terminación de la enfermedad [ya que] nada hay en la clínica que nos indique de una manera segura que tal enferma va a llegar a la curación o que tal embarazo no será obstáculo para ello”.¹⁷

[198]

Este mismo panorama legitimaba lecturas disímiles y potencialmente discordantes. En la década de 1920, el destacado tisiólogo Alejandro Raimondi y su colega Tristán González reconocían que en los establecimientos donde se asistía a embarazadas tuberculosas “se hablaba a favor de una terapéutica conservadora”, pero al mismo tiempo explicaban que “para unos el embarazo es una causa de agravación de la lesión y para otros no. Unos dicen que cuanto antes se interrumpa el embarazo mejor para el éxito terapéutico, los otros exigen la discusión de cada caso”.¹⁸ Sin embargo, no vemos debates académicos ni divisiones entre los obstetras y los ginecólogos, dos grupos de profesionales que desde principios del siglo xx se encontraban unidos en estrategias y espacios asociacionistas comunes, como la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Posiblemente este relativo consenso se deba a que fueron preeminentes las decisiones terapéuticas abstencionistas, las que en definitiva protegían el producto de la gestación y de la función genésica de los órganos genitales femeninos.

Estas pautas formaban parte de un ideario obstétrico de medicalización de la reproducción biológica, propio del contexto de progresiva consolidación de estos procesos durante la década de 1920.¹⁹ Dichas pautas también habrían penetrado y definido las decisiones de los ginecólogos y de los tisiólogos que definían el tratamiento de las tuberculosas embarazadas como un objeto de estudio e intervención. En este ámbito, no corroboramos la crítica más general que sostenía la obstetricia sobre el excesivo intervencionismo de la ginecología porteña.²⁰

17. Ferns 433.

18. Alejandro Raimondi y Tristán González, “Tuberculosis y embarazo. El neumotórax artificial en el embarazo y en el parto”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* IX.5 (1925): 387-388.

19. Nari 111.

20. Liberatio, “La Enseñanza de la Obstetricia. Concepto de la especialidad. Clínica profesional. Clínica profesional. Deficiencias. Sus causas probables. Necesidad de una reforma”, *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia* II.2 (1918): 193-201.

De todas formas, la tónica dominante no estaba atravesada exclusivamente por esos valores de protección de la vida y la capacidad gestante, ni estaba ligada a remediar los problemas del decaimiento poblacional, cuestión dominante en algunos diagnósticos de la década de 1930.²¹ Más bien, los especialistas impulsaron una suerte de vigilancia profesional sobre las posibles intervenciones en embarazadas mórbidas. A pocos años de haber fundado la RAOG (1917), el doctor Beruti se mostraba como un decidido defensor de tratar a cualquier embarazada enferma, susceptible de la recomendación de aborto médico entre especialistas en medicina de la mujer y en las patologías pertinentes a cada caso.²² Asimismo, para mediados de 1930, Juan B. González, profesor de Clínica Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, asesoró al Ministro de Gobierno de la Provincia de Córdoba a propósito de la introducción del aborto médico en las leyes provinciales. En ese sentido, recomendó reforzar los protocolos y la experticia profesional, corroborar de la forma “más fehaciente posible de [la] incompatibilidad del embarazo y la vida o salud de la madre” e incorporar los acuerdos definidos en el Código de Moral Médica, discutidos y aprobados en el Congreso Médico de Chile de 1928, donde, entre otros puntos, se promovió la participación de al menos dos facultativos en la resolución del asunto.²³

[199]

La formación del criterio terapéutico, aunque se hacía caso por caso, estaba orientada y mediada por un conjunto de indicaciones teóricas que en concreto definían la preeminencia de vías expectantes y terapias alternativas al aborto. La interpretación “optimista” de Ferns sobre los amplios beneficios que reportaba interrumpir el embarazo se completaba con premisas que apuntaban solo a algunos tipos de lesiones en evolución. Si se trataba de una tuberculosis pulmonar crónica, “ante la cual el organismo ya ha hecho su sistema de defensa con largos periodos de salud aparente”,²⁴ se debía subordinar la conducta a la marcha clínica que el nuevo estado sucesivo le imprimiera a la enfermedad. Unos años más tarde, el médico del servicio de ginecología del Hospital Rawson, Elicegui, directamente caracterizó a la tisis

21. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno infantil, Argentina 1900-1960* (Buenos Aires: Biblos, 2013) 36-37.

22. A. Frers y J. Beruti, “Aborto terapéutico. Sesiones de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, 16 y 17 de octubre de 1919”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* III.6 (1919): 480-482.

23. Juan B. González, “El aborto terapéutico con motivo de un proyecto de ley de la provincia de Córdoba”, *La Semana Médica* XLI.2 (1934): 177-178.

24. Ferns 444.

[200]

como una enfermedad en la cual los peligros de muerte para la madre son “contingencias de futuro”.²⁵ En esos términos se desdibujaban las indicaciones sobre la conveniencia de interrumpir el embarazo cuando las lesiones eran de posible curación, punto central de las observaciones recogidas, por ejemplo, por el doctor Bustos Morón en el Hospital Alvear.²⁶ Otros discernimientos, como los de Elicegui, recortaban la conveniencia de abortar en casos de tuberculosis avanzadas ya que en ellos —a diferencia de las cardiopatías graves que podían esperar curarse con el aborto—, la potencialidad de su muerte no justificaba sacrificar la vida del hijo.

Paralelamente, mientras la medicina occidental venía creando y probando distintas terapéuticas para tratar la tisis, las enfermas incipientes (pacientes para quienes, hipotéticamente, la intervención habría sido altamente recomendable) se convirtieron en el objeto privilegiado de experiencias clínicas que respaldaban el alcance del neumotórax artificial. En 1921, el futuro director del Dispensario Público Nacional Antituberculosos, Fonso Gandolfo, apuntó a esta tecnología como un método de elección para las gestantes con “lesión pulmonar unilateral [y una] indicación relativa en aquellas bilaterales a gran predominio de la lesión de un lado”.²⁷ Para 1925, el trabajo de Raimondi y González fundamentaría la utilidad del neumotórax como alternativa al aborto por razones médicas, señalando la confusión que aún persistía al observar que ciertas embarazadas tuberculosas desmejoraban luego del parto, cuando en realidad solo se trataba, aclaraban, de “la brusca descompensación por descenso del diafragma”.²⁸

Vale la pena decir que estas lecturas y propuestas no eran enteramente originales. Las dinámicas de reposicionamiento de la medicina alemana y francesa luego de la Gran Guerra²⁹ fueron un marco ideal para la difusión de estudios y experiencias clínicas sobre caminos terapéuticos, en este caso alternativas preferidas al aborto. Para los franceses, en la tuberculosis “pulmonar en evolución es del mayor interes intentar la realización del

25. Elicegui 54.

26. Remigio Bustos Morón, “El aborto terapéutico en la tuberculosis pulmonar”, *Revista Argentina de Ginecología y Obstetricia* II.5 (1918): 427-428.

27. C. Fonso Gandolfo, “El neumotórax en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y embarazo”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* V.6 (1921): 455.

28. Raimondi y González 387-388.

29. Magali Romero Sá y André Felipe Cândido da Silva, “La revista médica de Hamburgo y la revista médica germano-ibero-americana: diseminación de la medicina germánica en España y América Latina (1920-1933)”, *Asclepio* LXII (2010): 7-34.

neumotórax bilateral”.³⁰ Del lado alemán, fueron defendidas las experimentaciones desarrolladas desde hacía varios años en la clínica de señoras de Heildelberg, con mantenimiento de reposo y alimentación e irradiaciones débiles de rayos Roengen sobre el pulmón.³¹ Hasta cirujanos como el italiano Alfieri, autor de un método que conseguía en un mismo paso quirúrgico el aborto y la esterilización, apoyaba los sanatorios como opción para las mujeres en “buenas condiciones sociales”.³²

[201]

En Buenos Aires también se materializaron este tipo de vías alternativas, especialmente vehiculizadas a partir de sanatorios, hospitales y dispensarios, algunos orientados especialmente a tísicas embarazadas y a sus hijos. En 1925 la capital de Argentina ya contaba con la Primera Maternidad Sudamericana para tísicos y un plan que, además de disponer de un hospital para enfermos graves y otro para curables, incluía cinco dispensarios en distintos barrios con visitadoras de higiene, una maternidad y un sistema de colocación del recién nacido con preventorios.³³ La importancia dada a la infancia como futuro de las naciones desde comienzos del siglo xx se cristalizó a mediados de la década de 1920 en exitosas campañas de profilaxis antituberculosas del recién nacido.³⁴ Entre 1928 y 1935 la Asistencia Pública municipal alojó a más de mil niños hijos de madres tuberculosas. Claro está que el descenso de la mortalidad tuberculosa infantil no puede desligarse de la masiva administración de la vacuna BCG a los hijos de madres tuberculosas, ni de la terapéutica conservadora que predominaba para tratar a estas embarazadas.

Tales intervenciones se respaldaban en nociones sobre la transmisión de la tisis madre-hijo de tonos neolamarckianos.³⁵ A pesar de que no fueron explicadas en los estudios sobre aborto las conexiones entre la medicina

30. E. Sergent, “Tratamiento de la tuberculosis del postpartum por neumotórax bilateral”, *La Semana Médica* XXXIII.34 (1926): 891-892.

31. Sociedad Alemana de Ginecología, “Informe de la XX sesión celebrada en Bonn en junio 1927”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* XI.5 (1927): 258-272.

32. E. Alfieri, “Conducta terapéutica en los casos de tuberculosis pulmonar complicando el embarazo”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* X.4 (1926): 289-299.

33. Leopoldo Bard, “Las enfermedades sociales”, *La Semana Médica* XXXII.47 (1925): 1316-1319.

34. Armus, *La ciudad* 86-87.

35. La eugenesia interpretada en clave neolamarckiana asumió que las características morfológicas y funcionales de los individuos pueden ser modificadas por el medio social y ambiental y así transmitidas hereditariamente. Stepan 94-97.

[202]

de América Latina y Argentina con la de Francia,³⁶ los estudios franceses publicados en la prensa científica local relativizaban los efectos determinantes de la herencia, argumentando que no había fórmulas matemáticas para prescribir el aborto en materia de tuberculosis porque si bien “la herencia existe [es] imposible de determinar la frecuencia”.³⁷ Desde estas premisas, a lo largo de toda la década de 1920, la medicina porteña se refirió a la heredabilidad de la tisis deslizando aquellas interpretaciones reconocidas por la historiografía sobre unos hijos de tuberculosas que nacerían sanos aunque con debilidad congénita.³⁸ No es un detalle menor que fuera Fonso Galdolfo, uno de los ideólogos de la Sociedad Eugénica Argentina, el defensor del uso del neumotórax sosteniendo como uno de sus propósitos la acción social de salvar “la vida de niños que hubieran sido sacrificados a pesar de haber nacido vivos y sanos y sin taras orgánicas”,³⁹ aunque siempre se insistía en separar a los hijos de la madre. Asimismo, en un mundo de conocimientos genéticos en transformación en el que circulaban numerosas e inciertas teorías de la herencia, cuando nuestros especialistas interpretaban las hipótesis que desde el descubrimiento del bacilo de Koch venían respaldando la existencia de un virus capaz de atravesar la placenta sana,⁴⁰ aceptaron la existencia del “Calmette virus filtrante”, pero no respaldaron “conclusiones definitivas [que permitieran] modificar los principios de profilaxis ya clásicos.”⁴¹

Tramas eugénicas y tensiones de género

El temor por las consecuencias sociales de la rápida modernización de la ciudad de Buenos Aires generaba diagnósticos y propuestas alejados de aquella matriz transformista. En este contexto, es necesario preguntarnos hasta qué punto el aborto en gestantes enfermas de tuberculosis puede ser interpretado dentro del abanico de estrategias eugénicas para controlar la reproducción de estas enfermas y así proteger a la sociedad del nacimiento de elementos digénicos. Para responder, precisamos aclarar algunas

36. Stepan 81-82.

37. Claude Girard, “Contribución al estudio de las relaciones de la tuberculosis y de la puerperalidad”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* VII.6 (1923): 460.

38. Armus, *La ciudad* 81.

39. Fonso Gandolfo 455.

40. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 8.9 (1929): 899-959.

41. R. Bustos Morón, “La transmisión intrauterina de la tuberculosis y los nuevos conceptos sobre el virus filtrable”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* XII.5 (1928): 287-288.

simplificaciones persistentes cuando se piensan las distancias y las vinculaciones entre discursos y prácticas médicas orientadas a las gestaciones en tísicas. Como ha planteado Armus,⁴² durante los años 20 y también en las décadas siguientes, aunque era usual que los médicos se refirieran al aborto en tísicas como un derecho, y hasta como un deber asociado a “expulsar frutos malsanos”, difícilmente podamos asociar este tipo de énfasis con prácticas concretas. Las escasas historias que podrían avalar la sospecha de unos médicos que se las habrían ingeniado para practicar abortos terapéuticos con argumentos eugenésicos deben insertarse en un contexto de procesos bien definidos y asentados en las fuentes de estos años. Las nociones de retirar los elementos digénicos de la sociedad no integraron el proyecto accionado por el higienismo para resolver los problemas de época. Por el contrario, las nociones que fueron aprehendidas asociaron “la procreación, natalidad, puericultura y protección de la primera infancia en sus conexiones con la sociedad” a los beneficios de la “higiene y la medicalización del embarazo”.⁴³ “La debilidad congénita, las enfermedades hereditarias, la degeneración [constituían] una cuestión de Estado, como lo constituye el analfabetismo y la despoblación”.⁴⁴

[203]

En materia de aborto médico, en 1919 se pautó seguir las ideas que ya habían sido debatidas en la Sociedad de Ginecología de Suiza, excluyéndose cualquier indicación “derivadas de la higiene de la raza”.⁴⁵ Al respecto, resulta evidente el tipo de contenido que le dio Gregorio Aráoz Alfaro a las ideas y prácticas eugénicas cuando “como representante del país en las comunicaciones oficiales de la Oficina Sanitaria Panamericana de la OPS”⁴⁶ difundió estadísticas e informes sobre el impacto de la educación higiénica y la política sanitaria en la prevalencia de la tisis en mujeres y niños en la Buenos Aires de la década de 1920.⁴⁷

42. Armus, “Eugenesis” 160.

43. Lazaro Serlin, “Sobre un libro de eugenesis”, *La Semana Médica* XXVII.25 (1920): 828-832.

44. Juan B. González, “La maternidad moderna: institución pobladora por excelencia y escuela práctica de Eugenia. El valor económico del hombre”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* XV.3 (1923): 227.

45. Frers y Beruti 482.

46. *Boletín* 900-901.

47. Es más, en 1934 Alfaro se opuso explícitamente a las esterilizaciones eugénicas en la Conferencia Panamericana sobre Homicultura y Eugenesis, realizada en Buenos Aires. Andrés H. Reggiani, “Depopulation, Fascism, and Eugenics in 1930s Argentina”, *Hispanic American Historical Review* 90.2 (2010): 283-318.

[204]

Tampoco encontramos indicios que sugieran que estos médicos ocultaban propósitos secretos, asociados, por ejemplo, a prácticas de aborto con fines eugenésicos sustentados en meros alegatos sobre los peligros para la salud y la vida de la mujer tuberculosa gestante. Los argumentos sobre aborto en enfermas tísicas deben leerse enmarcados en un tiempo donde aún no se había impuesto definitivamente la posición abstencionista para las tuberculosas embarazadas, cuestión que surge con el advenimiento de los antibióticos a mediados del siglo xx.⁴⁸ Antes de ese momento, más allá de las visiones dicotómicas sobre las posturas europeas, incluso los franceses, reconocidos abstencionistas, consideraban la conveniencia de interrumpir el embarazo, aunque solo reparaban en casos de riesgo grave para la vida, mostrando el escaso valor otorgado a la salud de la mujer.⁴⁹

En el plano local, la oposición del médico Ricardo Schawarcz al aborto en estas enfermas, más allá de la defensa de sus principios católicos, devela una agenda compleja y persistente. Su estudio estadístico, orientado a demostrar que cuando los abortos artificiales fueron descartados como práctica dominante en 1935 en el Hospital Tornú no hubo un aumento en la mortalidad de la “parturienta tuberculosa”,⁵⁰ constituyó a la vez un respaldo con evidencias al criterio devenido con la nueva dirección del hospital y una evidencia de que la discusión de la época era relativamente permeable a reconocer la utilidad del aborto como camino terapéutico.

Reconociendo la complejidad de los procesos en estudio, entendemos que si bien el aborto no constituyó una práctica de eugenesia negativa, es decir orientada a limitar la transmisión hereditaria de caracteres degradantes de la raza nacional, no por ello la implementación de este recurso (o su limitación en la praxis) habría sido ajena a dinámicas de poder o discrecionalidad médica sobre el cuerpo y la vida de las enfermas. Las fuentes consultadas señalan que cuando “se decidían” o “se aconsejaban” terapéuticas a seguir, cualesquiera que fueran, aparecía la potencia coactiva del médico tratante. Específicamente nos referimos a su mirada androcéntrica permeando la

48. Jorge Hiriart, Jorge Varas y Julio Jiménez, “Tuberculosis en el embarazo”, *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 1.2 (2006): 140-144.

49. Según Hartemann, la medicina, durante los años que corrían, se había flexibilizado demasiado en el uso del aborto terapéutico abarcando situaciones de amenaza para la salud hasta ser implementado por “consideraciones sociales tales como la violación”. Hartemann, “El abuso de aborto terapéutico”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* XI.4 (1926): 299-300.

50. Armus, *La ciudad* 252.

definición de cada una de las pacientes y sus tratamientos, de toda mujer enferma y embarazada.

No es un detalle que en las fuentes prácticamente no se diga nada sobre el consentimiento de las pacientes frente al aborto (salvo algún comentario descalificador),⁵¹ a pesar de ser una condición requerida, al menos desde la reforma penal de 1922.⁵² Este escenario de poder permite entender, como señaló Barrancos, que habrían sido escasas las posibilidades de que los profesionales del sistema público admitieran las causales de aborto legalizadas en la reforma penal de 1922, resistencias que la autora focalizó en los casos de mujeres idiotas o dementes embarazadas por abuso sexual (inciso 2, artículo 86).⁵³

[205]

Como podemos ver, antes y después de que el aborto terapéutico fuera legal por esa misma reforma, los especialistas en medicina de la mujer se mostraron cautelosos frente a la posibilidad de hacer tratamientos por esta vía. Por ejemplo, desde mediados de la primera década del siglo xx se venía proponiendo la intervención de una autoridad oficial sanitaria, y en la sesión de 1919, el doctor Beruti propuso la implementación de la denuncia obligatoria previa al aborto donde debían constar los fines terapéuticos perseguidos con la intervención.⁵⁴

Las preocupaciones legales quedarían zanjadas en 1922 y otras parecieron tomar protagonismo. Cuando los cuestionamientos morales y de ética médica aparecen en los discursos médicos, se hallan minimizados o neutralizados por un discurso que parece priorizar la salud de la mujer gestante. Aunque se conoce que los médicos católicos intentaron subvertir las posiciones en el campo científico a favor de cualquier tipo de aborto,⁵⁵ cuando se habló directamente de estas cuestiones se insistió en que a lo sumo se “pierde un embrión sin

51. Ciertos renglones del registro académico legitimaron la misión de los especialistas, mientras presentaban a sus pacientes como ignorantes de la razón científica, tan dependientes y prejuiciosas que, según decían esas voces profesionales, a veces habían requerido del consentimiento de la autoridad eclesiástica para salvarse a sí mismas gracias a un aborto terapéutico.

52. Soria 12.

53. Barrancos, “Contrapuntos” 485.

54. Frers y Beruti 482.

55. Ana María Teresa Rodríguez, “Médicos, Iglesia y Estado. Tensiones entre discursos, políticas y prácticas. Sobre la construcción política de los cuerpos generizados en la Argentina de los años 30-45”, tesis de maestría en Estudios Sociales y Culturales (La Pampa: Universidad Nacional de La Pampa, 2005) 27.

[206]

derechos ni deberes formales”, y que “el conflicto entre la necesidad práctica del aborto y la religión solo atañe a la madre y cuando más a los familiares”.⁵⁶ En otras palabras, a pesar de que los discursos se alinean con las ideas de la indignación de la ciencia contemporánea, “ante la idea de que no se esté en la obligación de salvar la madre”,⁵⁷ predominaron posturas conservadoras y abstencionistas en la materia. En todo caso, fuera cual fuera el criterio, los profesionales encarnaron la autoridad de la supuesta neutralidad de la ciencia y del poder estatal definiendo prácticas médicas que apuntalaban un ímpetu disciplinador de las relaciones sociales, de las relaciones entre lo público y lo privado, y especialmente de las vinculaciones de dominación y desigualdad entre el varón y la mujer.

Para estos hombres de ciencia, el hecho de que la enferma tuviera menos expectativas de vivir no la privaba necesariamente de transitar por el camino para el que había nacido. En ese sentido, tanto Ferns como Elicegui se refirieron a las tuberculosas privilegiando la función de la maternidad a través de imaginarios identificados con la responsabilidad orgánica y sanitaria de la madre con su hijo y las ideas de vivir para y a través de su cría.⁵⁸ Estos clivajes confirmaban dos tipos de proyectos de madre: por un lado, ella renunciaría a su vida por la que venía a nacer; y por otro, no la arriesgaba para asegurarse vivir para su prole ya existente. En los términos de estas obstetras, si bien la muerte de la madre por el hijo era un sacrificio, también se indicaba “averiguar si la enferma tiene hijos, porque en este caso el derecho de ellos de conservar la madre debe prevalecer sobre los derechos de otro de vida supuesta e insegura, capaz de ocasionar la muerte de la madre”.⁵⁹ En esta constelación de nociones prescriptivas y moralizantes, es posible identificar simbologías de la resignación sufriente de la Virgen María, especialmente cuando sostenían que en los casos de tuberculosis grave no estaba justificado el aborto terapéutico simplemente porque “hay más probabilidades de salvar la vida del niño que la de la madre”. La protección de la vida comprometida por el embarazo y resguardada por la letra del Código Penal quedaba flagrantemente desvirtuada, o más bien negada.

Cuando los obstetras y ginecólogos insistían en el lema “Sin madre no hay futuro”, daban cuenta de un binomio que, aunque era presentado como

56. González, “El aborto” 177-178.

57. Ferns 430.

58. Nari 113-129.

59. Elicegui 57.

una verdadera fundición de dos seres, distaba de considerarse un vínculo simétrico.⁶⁰ La salud y la vida de la mujer eran pensadas en función de esa relación, o digámoslo de otro modo, la protección de la salud era soslayada como prioridad y criterio rector de las decisiones terapéuticas. A inicios la década de 1930, se le daba tanta relevancia al ideal de maternidad y a la reproducción femenina que cuando el doctor González justificaba el aborto terapéutico, hablaba no solo de preservar la capacidad para fecundar otro hijo sino de preservar a la madre para “aproximar tal vez la oportunidad de engendrar otro”.⁶¹

[207]

La propia redacción del inciso 1 del artículo 86 utilizaba un lenguaje relacional para definir a la mujer, señalando que el aborto no sería punible “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la *vida o la salud de la madre*”, marcando en esos términos una identidad femenina anclada a un fuerte carácter biológico y determinista, de sesgo androcéntrico.⁶² Estas conceptualizaciones y las decisiones que de ellas emanaban estaban imbricadas con una estructuración cultural y sociopolítica que fomentaba la desigualdad entre varones y mujeres. Ni la tímida apertura legal de 1926 cambió ese destino, que para las mujeres seguía siendo la maternidad y el cuidado del hogar.⁶³ Como señaló Nari, la agenda eugenésica transformista argentina generó condiciones para que la procreación se alejara de los riesgos de la “degeneración biológica” a partir de vigorizar una identidad femenina anclada en valores socialmente deseables de mujer.⁶⁴ Se procuraba mejorar la “raza” y por tanto la nación, priorizando criterios terapéuticos conservadores de la gestación y propuestas centradas en el cuidado de la embarazada, reforzando la imagen social de la mujer como un cuerpo al servicio de la reproducción.

Al pasar de indicaciones teóricas y argumentaciones a criterios y prácticas terapéuticas, nos preguntamos, en primer lugar, por la suerte de las mujeres que, al no ser objeto de abortos, fueron tratadas, con suerte, en instituciones sanitarias, especializadas o no en embarazadas. Si bien los hospitales

60. Nari 142.

61. González, “El aborto” 178.

62. Diana Maffia, “Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?”, *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, comp. Susana Checa (Buenos Aires: Paidós, 2006) 1-6.

63. Verónica Giordano, “(Doble) moral sexual y derechos civiles de las mujeres, 1888-2010”, *Moralidades y comportamientos sexuales. Argentina 1880-2011*, eds. Dora Barrancos, Donna Guy y Adriana Valobra (Buenos Aires: Biblos, 2014) 395-396.

64. Nari 179-180.

[208]

públicos ya no “eran depósitos de incurables”, seguían faltando camas⁶⁵ y seguramente otros recursos y espacios terapéuticos esenciales. El sistema público no estaba a la altura de la demanda social de una ciudad con una evolución demográfica extraordinaria. Aun en esa rica y moderna ciudad de Buenos Aires, las administraciones radicales y, más tarde, los gobiernos que siguieron al golpe militar de 1930, no produjeron cambios decisivos en lo que se caracterizó como “las modestas bases de una red institucional de asistencia antituberculosa”.⁶⁶ Esta situación habría sido más dramática para las mujeres pobres enfermas y embarazadas, ya que no hay duda de que las políticas eugénicas sobre la reproducción articularon divisiones sociales y de género.⁶⁷ Esa misma tensión fue sugerida por el profesor de la Clínica Ginecológica de la Universidad de Buenos Aires, Carlos Cirio, al afirmar abiertamente en su evaluación de la tesis de Bustos Morón que, en materia de aborto médico, “el pauperismo era un factor digno de ser considerado [que] puede justificar la conducta del médico que se ve obligado a proceder hasta con criterio diametralmente opuesto al aconsejado en pacientes de holgada posición”.⁶⁸ Es incierto el impacto social de estas ideas, pero en ese sentido resulta verosímil plantear que los profesionales gozaron de una libertad significativa para decidir los caminos terapéuticos ya que su propio arbitrio definía caso por caso si se optaba por vías alternativas o no. Al respecto, el artículo 86 solo mencionaba que para permitirse legalmente el aborto, no debía existir otra alternativa terapéutica.⁶⁹

Los casos de abortos médicos son escasos en las fuentes, de acuerdo a la preminencia de un criterio conservador y de prácticas propias de la eugenesia de tipo latina. No obstante, los casos en que sí se interrumpieron las gestaciones de mujeres tuberculosas también atestiguan el peso que tuvieron los procesos de conformación de normativas de género. Un interesante ejemplo de ello es el aborto realizado por los doctores Peralta Ramos y Bello a una paciente de 24 años con cinco meses de embarazo. Aunque desconocemos si esta mujer hubiera logrado salvaguardar su salud y vida sin abortar, la decisión terapéutica permite sondear en las relaciones de poder a través de las cuales los médicos concretaron esa capacidad que poseería

65. Armus, *La ciudad* 331-332.

66. Armus y Belmartino 294.

67. Stepan 117.

68. Bustos Morón, “El aborto” 428.

69. Soria 12.

el derecho de generar ciertas prácticas sociales, discursos, subjetividades y aún materialidades.⁷⁰

En línea con un Código Penal que establecía controles sociales sobre las mujeres, su sexualidad y su cuerpo,⁷¹ estos dos especialistas encarnaron una especie de figura cercana “al médico que se proponía, o más bien se imponía, como el gran reformador social de conductas”.⁷² En un primer momento de esta historia clínica, Peralta Ramos y Bello justificaron ante los otros miembros de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires haber optado por realizar el aborto por medio de una técnica abdominal (“pequeña cesárea” era la denominación de este método), estrategia quirúrgica que usualmente se utilizaba cuando se complementaba la intervención con la esterilización, práctica que no habrían intentado realizar nuestros doctores. La exposición del caso, que llamativamente titulan “pequeña cesárea en embarazo complicado por tuberculosis e himen intacto”,⁷³ revela un discurso que pone en evidencia el interjuego entre concepciones biomédicas y valores sobre el funcionamiento esperable de la sociedad y las relaciones de género. En esa clave, compartieron con sus colegas, no sin cierta suspicacia, que la paciente estaba embarazada y aún tenía el himen intacto porque, según les había admitido, permitió la fricción del pene del novio entre sus muslos, práctica anticonceptiva usual por aquellos años para quienes no deseaban concretar un embarazo.⁷⁴ Como fuera, no nos detendremos más en los términos en que se dio el interrogatorio médico y las interpretaciones que estos profesionales hicieron de los dichos de la paciente. Más bien queremos resaltar que la sesión científica en cuestión giró mayormente alrededor de justificar la “pequeña cesárea” explicando que “si hubieran tenido la completa seguridad de que el novio iba a cumplir su compromiso tal vez hubieran seguido la vía baja a pesar de reconocer que

[209]

70. Néstor Arbito Chica, “Presentación”, *El género en el derecho. Ensayos críticos*, comps. Ramiro Ávila Santamaría, Judith Salgado y Lola Valladares (Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009) IX-X.

71. Zulita Fellini y Virginia Sansone, “La mujer en el derecho penal argentino”, *Anuario de Derecho penal* (1999-2000): 1-29.

72. Nari 108.

73. A. Peralta Ramos y R. Bello, “La pequeña cesárea en un caso complicado por tuberculosis pulmonar e himen intacto”, *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología* VII.2 (1926): 296-297.

74. Dora Barrancos, “Contraconcepcionalidad y aborto en la década de 1920. Problema privado y cuestión pública”, *Estudios Sociales* 1 (1991): 75-86.

[210] esta es engorrosa, larga y sangrante tratándose de un feto de varios meses”.⁷⁵ Además de llamar nuestra atención que estas cuestiones tan personales y subjetivas constituyan parte central del debate médico, estos mismos argumentos nos hacen preguntarnos: ¿habría estado informada y habría dado consentimiento la paciente para esta intervención por vía abdominal sin esterilización? ¿Habría formado parte de las prácticas médicas usuales de la época preservar el himen intacto, como fue resguardado en el caso comentado, para que un potencial candidato más responsable que el novio actual, desposara a aquella mujer sin aparente deshonra?

Conclusiones

El criterio que dominó las prácticas de tratamiento de las tísicas embarazadas respondió a una tendencia conservadora de la gestación y la capacidad reproductiva de estas mujeres. Se priorizaron terapéuticas y vías expectantes que, al menos idealmente, estaban bajo el paraguas de la acción sanitaria asistencialista. El poder que tenían los médicos para decidir caso por caso el camino a seguir con sus pacientes no habilitó un panorama de discursos o interpretaciones científicas que respaldaran la conveniencia de realizar abortos y esterilizaciones de tuberculosas como manera de controlar su reproducción. Incluso, muchas indicaciones en materia de aborto terapéutico, antes y después de su legalización en 1922, llegaron a contrariar la utilidad de salvaguardar la vida de algunas mujeres por medio de este recurso. En ese sentido, no debería generar demasiadas exceptivas para el análisis encontrar que otras fuentes revelen una cantidad más abultada de abortos que los pocos que hemos visto como casos clínicos, ni hallar algunas de las prohibidas esterilizaciones, prácticas que no hemos verificado se llevaran a cabo en nuestras enfermas. Así las cosas, resultaría inverosímil que un amplio universo de profesionales hubiera coincidido en planear y realizar abortos y esterilizaciones de las mujeres que llegaban a los hospitales porteños, movilizados por poner coto a una enfermedad contagiosa y posiblemente hereditaria. Incluso, en un contexto de ineficiencias médicas para curar la enfermedad y evitar la transmisión vertical madre-hijo, las propias indicaciones que respaldaban la conveniencia de interrumpir el embarazo priorizaban miradas conservadoras del producto de la gestación y de la responsabilidad maternal.

75. Peralta Ramos y Bello 297.

Un rasgo constante es que las decisiones y las prácticas se definieron con indudable discrecionalidad antes y después de la legalización del aborto médico. Las indicaciones, argumentación, criterios e intervenciones estuvieron anclados en valores y expectativas androcéntricas, consolidando la identificación de la mujer con los roles socialmente deseables. Los comportamientos, la moral sexual anhelada y la correcta gestión del cuerpo femenino, configuración de poder avalada por la cultura y las instituciones imperantes, moldearon las concepciones y prácticas médicas.

[211]

Aunque resta profundizar en esta doble tendencia, conservadora en lo médico y en lo político-ideológico, sospechamos que esta sería la orientación que se cristalizó alrededor del tratamiento que recibirían la mayoría de las enfermas que llegaban a los hospitales porteños, incluso con patologías no contagiosas, pero que habilitaban la posibilidad de interrumpir el embarazo. La legalización del aborto médico no amplió los derechos de las mujeres, solo fue parte de determinadas decisiones normalizadoras de la procreación y el cuerpo femenino, convirtiendo así a las mujeres en un “asunto público” medicalizado por un saber y un poder que las consideraba según el constreñido papel social de reproductora, madre ideal y esposa dedicada.

OBRAS CITADAS

I. Fuentes primarias

Archivos

Hemeroteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba,
Córdoba, Argentina

Publicaciones periódicas

Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología (1917-1929).

La Semana Médica (1920-1934).

Documentos impresos y manuscritos

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 8.9 (1929): 899-959.

II. Fuentes secundarias

- Arbito Chica, Néstor. "Presentación". *El género en el derecho. Ensayos críticos*. Comps. Ramiro Ávila Santamaría, Judith Salgado y Lola Valladares. Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009.
- [212] Armus, Diego. *La ciudad impura: salud, cultura y tuberculosis en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: EDHASA, 2007.
- Armus, Diego. "Eugenesia en Buenos Aires: discursos, practicas, historiografía". *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* 23 [suplemento] (2016): 149-169.
- Armus, Diego y Susana Belmartino. "Enfermedades, médicos y cultura higiénica". *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943): Nueva Historia Argentina*. T. 7. Ed. Alejandro Cattaruzza. Buenos Aires: Sudamericana, 2001.
- Badinter, Elizabeth. *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos xvii al xx*. Barcelona: Paidós, 1981.
- Barrancos, Dora. "Contraconcepcionalidad y aborto en la década de 1920. Problema privado y cuestión pública". *Estudios Sociales* 1 (1991): 75-86.
- Barrancos, Dora. "Contrapuntos entre sexualidad y reproducción". *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo xx*. T. I. Comp. Susana Torrado. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Nación, 2007.
- Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti. *Crece y multiplicarse: La política sanitaria materno infantil, Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos, 2013.
- Cattaruzza, Alejandro. *Historia de la Argentina 1916-1955*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009.
- Eraso, Yolanda. "Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentine Women in the 1930s". *Bulletin of the History of Medicine* 81 (2007): 793-822.
- Fellini, Zulita y Virginia Sansone. "La mujer en el derecho penal argentino". *Anuario de Derecho Penal* (1999-2000): 1-29.
- Fernández, Josefina y Daniela Hernández. "La devolución de las cacerolas: representaciones sobre la mujer en la construcción de la nación argentina". *Moralidades y comportamientos sexuales: Argentina, 1880-2011*. Comps. Dora Barrancos, Donna Guy y Adriana Valobra. Buenos Aires: Biblos, 2014.
- Gilligan, Clara. "Como para llenar un formulario. Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia". *Estudios Sociales de Estado* 2 (2016): 210-225.

- Giordano, Verónica. "(Doble) moral sexual y derechos civiles de las mujeres, 1888-2010". *Moralidades y comportamientos sexuales: Argentina, 1880-2011*. Comps. Dora Barrancos, Guy Donna y Adriana Valobra. Buenos Aires: Biblos, 2014.
- Hiriart, Jorge, Jorge Varas y Julio Jiménez. "Tuberculosis en el embarazo". *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 1 (2006): 140-144.
- Lobato, Mirta Zaida. "Introducción". *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. T. 5. Dir. Mirta Zaida Lobato. Buenos Aires: Sudamericana, 2000.
- Maffia, Diana. "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?". *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Comp. Susana Checa. Buenos Aires: Paidós, 2006. 1-6.
- Nari, Marcela. *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- Reggiani, Andrés H. "Depopulation, Fascism, and Eugenics in 1930s Argentina". *Hispanic American Historical Review* 90.2 (2010): 283-318.
- Rodríguez, Ana María Teresa. "Médicos, Iglesia y Estado. Tensiones entre discursos, políticas y prácticas. Sobre la construcción política de los cuerpos generizados en la Argentina de los años 30-45". Tesis de maestría en Estudios Sociales y Culturales. La Pampa: Universidad Nacional de La Pampa, 2005.
- Romero Sá, Magalí y André Felipe Cândido da Silva. "La revista médica de Hamburgo y la revista médica germano-ibero-americana: diseminación de la medicina germánica en España y América Latina (1920-1933)". *Asclepio* LXII (2010): 7-34.
- Stepan, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Soria, Eduardo. "El aborto eugenésico en el Código Penal Argentino (1853-1922)". *EA-journal* 1 (2009): 1-28.

[213]