

V Jornadas de Sociología

MESA TEMÁTICA:

"La ley en la calle"

Justicia, delito e instituciones de seguridad en Argentina.

El caso Verónica Pascal

Medicina y Mala Praxis en la Buenos Aires Rivadaviana

M. Pablo Cowen¹

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP

22 N ° 1818 CP. (1900)

cowenpablo@yahoo.es

La mujer porteña padecía, como casi todas aquellas que vivían en sociedades signadas por regímenes demográficos propios del Antiguo Régimen, fundamentalmente dos miedos: la esterilidad y el parir un hijo muerto. Ambos nacían del temor a no asumir la función reproductora, a romper el ciclo natural, a no asegurar la continuidad de la familia. La preocupación por la vida de la mujer grávida y la de los fetos - claramente desde el siglo XVIII - hizo que los médicos se interesasen por conocer sus patologías, debatiendo sobre múltiples aspectos, que iban desde aconsejarle a las embarazadas un régimen de vida adecuado para ella y para el feto a estudios que pretendían determinar con certeza la duración del embarazo. El parto era uno de los momentos más temidos en la vida de la mujer dados los riesgos que entrañaba, así el auxilio de una matrona, una partera o un médico se mostraban como esenciales para evitar problemas. Sin embargo la ausencia o la deficiente preparación de estos asistentes en el parto podían provocar problemas fatales. Nosotros analizaremos un caso sumamente esclarecedor de estas problemáticas: el primer juicio de mala praxis llevado adelante en Buenos Aires a una profesional de la salud, la partera francesa Verónica Pascal.

¹ Doctor en Historia – Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación – Universidad Nacional de La Plata

1.- Nacer y morir en Buenos Aires

El ciclo demográfico en sociedades como la porteña en el periodo estudiado se caracterizaba por elevadas tasas de natalidad y mortalidad, variables y de difícil medición periódica, y en ocasiones elevadas bruscamente por la eclosión de mortalidades catastróficas, que tuvo por consecuencia un crecimiento vegetativo débil y discontinuo. La natalidad elevada se correspondía con una fecundidad -las tasas de fecundidad relacionan nacimientos y número de mujeres en edad fértil- también alta, pero no natural. Diversos factores, biológicos y sociales, la limitaban eficazmente. En primer lugar, la natalidad se producía casi siempre en el seno de familias constituidas ante la justicia pero el matrimonio no era universal y debemos considerar además el número de mujeres que permanecieron solteras y no procrearon, así como las edades en que las mujeres contraían el primer matrimonio. Es imposible calcular el final biológico del período de fertilidad, pero la edad media de la mujer al nacer el último hijo rara vez superaba los cuarenta años. El período fértil efectivo resultaba, pues, bastante más reducido que el biológico. A ello hay que añadir que, si bien frecuentemente el primer hijo venía al mundo pronto, los períodos ínter genésicos -tiempo transcurrido entre dos nacimientos sucesivos- solían ser bastante amplios, con medias de dieciocho a veinticuatro meses, debido a la combinación de diversos factores: amenorrea (esterilidad temporal) posparto, ¿prolongada por la lactancia materna?, pero existían periodos en las que, por cierto, la fecundidad solía ser más elevada o todo lo contrario por estados de subalimentación, abortos espontáneos, disminución natural de la fecundidad y la disminución de la frecuencia del coito al avanzar la edad, sin olvidar la esterilidad posinfecciosa, más frecuente que en nuestros días. El resultado era un número medio de hijos nacidos en las familias completas -en las que ambos cónyuges viven durante todo el período de fertilidad femenina- no muy lejano a siete. Cifra que descendía hasta situarse en torno a cinco debido a la frecuencia de los matrimonios rotos por el fallecimiento de alguno de los cónyuges antes de concluir el período de fertilidad biológica -recordamos, por ejemplo, en este sentido la peligrosidad del parto-, por más que fuera éste un fenómeno en parte compensado por la frecuencia con que los viudos -los varones más que las mujeres- volvían a contraer matrimonio. La mortalidad infantil y juvenil acortaba aún más la cifra en términos reales, haciéndola sólo ligeramente superior a lo estrictamente necesario para asegurar la sustitución generacional. La elevada mortalidad era motivada básicamente por la generalizada falta de

higiene, pública y privada, que favorecía la transmisión de enfermedades infecciosas y por una medicina incapaz de plantear con eficacia la lucha contra la muerte.²

Lugar destacado en la composición de las tasas brutas ocupaba la mortalidad infantil originada tanto por los problemas derivados del embarazo y el parto (mortalidad endógena), como por cuestiones de higiene, alimentación y enfermedades específicas, sarampión, tos ferina, viruela, diarreas estivales ; (mortalidad exógena). Periódicamente, además, hacían su aparición las mortalidades catastróficas, que en un corto espacio de tiempo -a veces, sólo unas semanas- podían anular el crecimiento acumulado incluso durante años. Aunque quizá la muerte por hambre no fue frecuente, sí se acentuaban los efectos de la malnutrición, la vulnerabilidad frente a la infección y la propagación de contagios por la proliferación de mendigos, su acentuada movilidad geográfica y su concentración en hospitales y centros de acogida. Y, finalmente, las enfermedades epidémicas, destacando entre ellas la viruela y las patologías gastrointestinales, de las que apenas se conocían más que sus terribles efectos. En estas condiciones, la esperanza de vida al nacer no iba mucho más allá de los cincuenta años - téngase en cuenta que en su cálculo ejerce un importante papel la mortalidad infantil- y aquellos hombres, forzosamente, se consideraban ancianos antes que en nuestros días.³

En la Buenos Aires del periodo analizado la mujer casada padecía fundamentalmente dos miedos: la esterilidad y el parir un hijo muerto. Ambos temores nacían de la duda en no asumir la función reproductora, en romper el ciclo natural, a no asegurar la continuidad de la familia. La esterilidad era una maldición, un oprobio que recaía siempre sobre la esposa, considerada la única culpable dada la tradicional asociación feminidad-fecundidad. El embarazo era el estado normal de la mujer casada, dadas las altas tasas de mortalidad infantil. Un estado del que no quería sustraerse, pero del que apenas hablaba, aunque lo vivía colectivamente pues eran muchas las mujeres que estaban grávidas al mismo tiempo.⁴

² El tétanos infantil, la viruela y la fiebre puerperal aparecen como las patologías más comunes y letales para el universo de población al cual nos hemos dedicado ver, Cowen, M Pablo; "La Muerte Niña. Las Patologías de la primera infancia en Buenos Aires. Fines del siglo XVIII, primeras décadas del siglo XIX". En Anuario del Instituto de Historia Argentina Doctor Ricardo Levene. Director Fernando Barba. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata, La Plata, 2000.

³ Es particularmente difícil hacer estimaciones precisas sobre la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Buenos Aires de las últimas décadas del siglo XVIII y primeras décadas del XIX. Analizando la situación de Buenos Aires, nada nos haría suponer que constituía un caso excepcional en relación con otras ciudades preindustriales. En nuestro análisis de las fuentes como las judiciales o aquellas productos de memorias y autobiografías se designaban comúnmente como ancianos a personas que no tenían más de cuarenta años o en testamentos donde sin advertir un peligro de vida inminente para el testador este recuerda que debido a su avanzada edad, en innumerables casos menos de cincuenta años, se hacía necesario testar para arreglar la adecuada partición de sus bienes.

⁴ De ahí que en algunas regiones europeas se realicen pruebas a las jóvenes para ver si son o no estériles, como la seguida en Francia de hacerles orinar sobre "la malva durante tres días; si moría, ella(s) era(n) machona(s); si

La preocupación por la vida claramente desde el siglo XVIII, hace que los médicos se interesen por conocer su desarrollo, debatiendo sobre múltiples aspectos, entre ellos el de si tiene o no un término fijo. Sólo en los años finales del siglo XVIII quedó demostrada su duración de nueve meses. También se preocuparán por dar a las embarazadas un régimen de vida adecuado para ella y para el bebé. Se denuncia la moda urbana del corsé para ocultar los embarazos; se aconseja a las futuras madres pasear, reposar, hacer de la casa un lugar aireado y agradable, no respirar olores nauseabundos, dormir bien, no tener relaciones sexuales, etc. Idea generalizada es la de dar a las embarazadas cuanto deseen para evitar que el niño nazca con antojos o, lo que es peor, con "conformaciones monstruosas". Los antojos más comunes eran los alimentarios, apareciendo, durante la centuria, por todos lados los relacionados con el café y el chocolate o las bebidas alcohólicas. El parto era uno de los momentos más temidos en la vida de la mujer dados los riesgos que entrañaba y que intentaban paliarse haciendo decir, durante los dolores, misas o novenas; mandando traer cingulos de la Virgen o de Santa Margarita, a los que se atribuyen poderes de acortar la hora y suavizarla; incluso, alguna llegaba a prometer liberar a un prisionero si todo iba bien. Solía tener lugar en la casa familiar, generalmente en la pieza común. Era un acto público, al que asistían de cuatro a seis mujeres, alguna de las cuales era una matrona cuyo saber tenía un carácter eminentemente práctico. Se trataba de una mujer casada, elegida para el puesto entre las que tenían más hijos por suponérsele mayor experiencia.⁵

En las ciudades católicas como Buenos Aires en algunos casos el parto, está bajo el control del párroco porque en los casos graves había de administrar el bautismo. Sin embargo, para entonces han de competir ya con los cirujanos tocólogos que entre las capas sociales superiores y en los medios urbanos van desplazándolas en sus cometidos, pues se les supone mejor preparado. Ellos son los que perfeccionan algunas técnicas -los fórceps- y quienes imponen, aún en círculos restringidos, la posición horizontal de la mujer para parir, hasta entonces sólo usada en los casos más difíciles, mientras las más comunes eran "...de pie, los codos apoyados en una tabla; (o) en una silla,... de rodillas,..." Una vez terminado el parto, a

renacía verde y viva, podía(n) concebir" (Laborde). De ahí, también, la generalidad que presentan los ritos de fecundidad, celebrados en la pubertad o con el matrimonio y en los que se mezcla lo religioso -oraciones a santos- con costumbres paganas ancestrales que tienen al agua, el viento, ciertas piedras, árboles, frutos o hierbas como protagonistas al atribuirles propiedades fecundantes. Knibiehler, Ivonne; Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.

⁵Hasta la segunda mitad de siglo XVIII las parteras Vivian de la caridad y los servicios que prestaban sólo se les retribuían, a veces, en especie. Será a partir de esta fecha que su actividad se profesionaliza: se crean cursillos y escuelas -París, Londres, Estrasburgo, Göttingen- donde adquieren los conocimientos médicos y anatómicos que les faltan al tiempo que comienzan a recibir remuneración en dinero

comienzos del siglo XVIII se recomienda, todavía, no dejar dormir a la madre por miedo a las hemorragias. Será más adelante cuando se cambie tal recomendación por la del silencio, el aislamiento y la inmovilidad como elementos esenciales de su recuperación junto con una alimentación adecuada... La placenta y el cordón umbilical se enterraban, y sólo se le daba para beber agua mezclada con miel. Aún no se le otorga existencia real ni se le puede besar; todo ello llegará con el bautismo, realizado al día siguiente en la parroquia, auténtico rito de socialización así como esperada primera prueba de los sentidos del neófito. A partir de este momento se inicia la infancia, período que durará hasta los siete años si bien se encuentra dividido en dos etapas distintas separadas por un hecho trascendental para sus protagonistas: el destete.⁶

2.- Los fundamentos del cambio

Manifiestamente desde el siglo XVIII distintos círculos ilustrados veían con alarma los alarmantes indicadores de mortalidad y morbilidad que presentaba la relativamente escasa población existente en Buenos Aires, pero en particular como las primeras víctimas de estos desajustes eran los niños y niñas. Esta preocupación de los círculos médico administrativos pero también de las personas que bregaban para terminar con esta “hecatombe” se centraba primordialmente en cuestiones eminentemente de carácter físico, la curación de las distintas patologías pero también en la prevención de algunas de ellas, teniendo como fin preservar la vida. En relación con los niños y niñas comenzaron a implementarse medidas tendientes a propiciar ambientes más sanos e higiénicos, una creciente preocupación en la alimentación, particularmente de los recién nacidos y niños y niñas pequeños, y por consiguiente una visión diferencial de la maternidad y sus riesgos, que implicó una nueva imagen de la mujer. De esta forma nacieron distintas instituciones tendientes a tratar de solucionar los problemas de la salud en general y no solo como se ha afirmado de los sectores sociales bajos o desposeídos.

Fue en este contexto en el que se gestaron y consolidaron nuevas imágenes sobre la infancia y la maternidad desde la particular visión de la ciencia médica. Otras dimensiones del desarrollo infantil como aquellas que centran su análisis en referentes que podríamos denominar psico-sociales o propios de lo que hoy llamaríamos de salud mental solo comenzaron a gestarse hacia las últimas décadas del siglo XIX. Esta nueva dimensión política que la salud adquirió llevó a que los temas que antes solo parecían reservados a círculos

⁶ Sobre la utilización de los fórceps Leonardo, Richard; Historia de la Ginecología. Barcelona- Buenos Aires, Salvat, 1948.

científicos impregnaran todos los aspectos de las políticas gubernamentales, lo que llevo a que los médicos – y esto debería entenderse tanto como una causa como una consecuencia- o aquellos que formaban parte de ese mundo de la sanidad – los curanderos- se integraran e incluso monopolizaran actividades que les estaban vedadas a los hombres de ciencia como era una creciente participación en el manejo de la cosa publica. Esta nueva sensibilidad hacia aspectos médico sanitarios es una tendencia que hemos advertido en todo nuestro periodo de análisis, desde el siglo XVIII con las primeras políticas públicas para bregar por soluciones tendientes a reducir la mortalidad materna infantil. La lucha que transcurre en todo el siglo XIX por consolidar acciones que posibiliten no-solo una adecuada preparación científica para los profesionales del área sino también para que estos contaran con los medios materiales indispensables ya no únicamente para intervenir cuando la enfermedad se había declarado sino también para prevenir los males en aquellos sectores más expuestos a ellos.⁷

3.- Los problemas del nacer

A.- Los progresos de la medicina

Los progresos dados por la medicina en el siglo XVIII fueron considerables, nació la profilaxis, la hidrología, la medicina social, la medicina del trabajo y la medicina legal. Grandes nombres de la ciencia jalonaron estos progresos como uno de los fundadores de la obstetricia y la ginecología en Inglaterra, William Hunter (1718 - 1783), su descubrimiento de la independencia de las circulaciones materna y fetal puso los cimientos de la moderna anatomía placentaria. Su hermano John (1728 - 1793) fue un notable cirujano y el primero que recomendó la extirpación de los ovarios enfermos. El escocés William Smellie, (1697 - 1763) que trabajo con los Hunter, fue quizás el primero en establecer principios seguros en relaciona a la utilización de los fórceps. En Francia se destaco Jean Astruc (1684 - 1766), profesor en Toulouse, Montpellier y más tarde en Paris, profesor en medicina en el “College de France “y consultor del rey. Autor de un manual de obstetricia para instruir a “las comadronas incultas “y de una muy conocida obra sobre las enfermedades de las mujeres, y que curiosamente nunca asistió a un parto y tuvo singular influencia en el Rió de la Plata. Fueron notables las contribuciones de Andrés Levret (1703 - 1780), recomendó tratar la placenta previa por la separación de esta de la musculatura del útero y de su habilidad en la

⁷ Ellison, Peter; On fertile ground: a natural history of human reproduction. Harvard University Press, 2000.

creación de instrumentos, se debe la aparición de un fórceps para casos obstétricos, a partir del cual se pudieron ir abandonando los “ganchos “. Otro notable fue Charles White (1728 - 1813), el primero en proclamar la doctrina de la obstetricia aséptica y uno de los más importantes investigadores de la fiebre puerperal, insistió sobre la limpieza absoluta de los cuartos donde se encontraba la parturienta, la ventilación adecuada y el aislamiento de las mujeres infectadas.⁸

En Buenos Aires, si bien la salud pública fue objeto de una temprana preocupación, las realizaciones fueron tardías y pobres: en 1761 se pretendió fundar un hospital con camas, que debía destinarse exclusivamente a la atención de mujeres y que tuvo una existencia precaria y llena de penurias. El Protomedicato de Buenos Aires, tratando de ejercer mayor control sobre parteras y matronas, consideró válido no sólo la rendición de un examen, sino también el control sobre estas comúnmente improvisadas mujeres, descriptas como “entrometidas viejas desaseadas y mulatas analfabetas”. Mujeres y también varones que constituían para algunos ilustrados la prueba de la ignorancia en la que se encontraba la plebe porteña. Curanderos y adivinos, sobre los cuales se dirigieron las miradas inquisidoras de unas autoridades que solo podían denunciar pero no actuar: la población no consideraba en modo alguno peligroso entregarse a estos sujetos que se decían portadores de un saber oculto y benéfico, así como depositarios de un conocimiento popular no menos exitoso, que el otro que se trataba de imponer por médicos, siempre escasos y que no lograban mejores resultados. Solo se denunciaba a las autoridades cuando lo prometido y comúnmente cobrado, no se lograba.⁹

El establecimiento de una Universidad en el Buenos Aires del siglo XVIII concluyó en un fracaso. El más destacado de los profesionales de este periodo fue sin duda Agustín Eusebio Fabre, que puede considerarse como el primer profesor de obstetricia de Buenos Aires en la Escuela de Medicina fundada en el 1800. En los planes de estudio de medicina redactados por los doctores O´ Gorman y Fabre, se establecía que en el quinto, de los seis años de carrera, se

⁸ Para un panorama general de la medicina en el siglo XVIII, Sendrail, Marcel; Historia cultural de la enfermedad. Madrid, Espasa Calpe, 1983. Págs. 329 a 360. Sobre los grandes hombres de la medicina ginecológica del siglo XVIII, Leonardo, Richard; Historia de la ginecología. Barcelona, Salvat, 1948. Págs. 184 a 191.

⁹ Para conocer el nivel de la medicina en la América española ver, Acuaviva Orozco, Antonio; “La Cirugía moderna y su proyección en la América Hispánica”, en Riera, Juan, coordinador; La Medicina en el Descubrimiento, Universidad de Valladolid, Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina, 1991. Para el Río de la Plata, Cantón Eliseo; Historia de la Medicina en el Río de la Plata, desde su descubrimiento hasta nuestros días (1512-1925), Madrid, Biblioteca Histórica Hispano Americana, 1928, tomo 1, Págs. 139 y subsiguientes. Molinari, José Luis; Historia de la Medicina Argentina. Tres conferencias, Buenos Aires, Imprenta López, 1937. Sobre el accionar de los curanderos Cowen, M. Pablo; “Los hacedores de milagros. Medicina y curanderismo en Buenos Aires: del Protomedicato al Tribunal de Medicina”. En Epistemología e Historia de la Ciencia. Córdoba, Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Volumen 7, N° 7, 2001.

debía tratar de operaciones y partos, procedimientos quirúrgicos en los que puede advertirse la obra de esos pioneros antes mencionados de la obstetricia europea.¹⁰

B.- Custodes virginitatis”.

La posición que parece ayudaba más a la mujer en el parto era en cuclillas o arrodillada, la mujer prefiere tener a su hijo en forma vertical y esto ha sido así desde tiempos inmemoriales, la mujer incluso cuando por comodidad de las comadronas o los médicos se la obliga ha estar recostada busca incorporarse y pujar hacia “adelante y abajo”. Una vez iniciado el trabajo de parto, el diafragma por inspiración de la mujer, desciende y la prensa abdominal realiza una acción contráctil hacia la abertura vulvar como única salida. El feto que ya está descendiendo por las contracciones uterinas desciende aun más por la propia fuerza de gravedad y es imposible que retroceda. Esto que es práctico y natural cambio radicalmente desde hace unos dos siglos y medio, donde la mujer es obligada por la obstetricia científica a parir en forma horizontal, en forma antinatural¹¹

Muchas mujeres conocían por su propia experiencia que empujar el feto a través de canal del parto no era una teoría fácil. Es el precio que pagamos por haber adquirido un cerebro grande y por la posesión de una inteligencia superior: el tamaño de la caja craneana de los humanos respecto al de su cuerpo es excepcional. Se sabe que el tamaño de la apertura de la

¹⁰ Furlong, Guillermo, S. J.; Médicos argentinos durante la dominación hispánica. Prólogo del Dr. Aníbal Ruiz Moreno. Cultura Colonial Argentina VI. Buenos Aires, Huarpes, MCMXLVI. En esta obra puede conocerse con detalle la obra de estos dos pioneros de la medicina argentina.

¹¹ Entre los pueblos antiguos no encontramos evidencia iconográfica y literaria que las mujeres parieran acostadas que sin duda es una posición incómoda ya que estas no pueden utilizar correctamente sus músculos abdominales y posteriores para pujar correctamente y expulsar el feto. Los músculos aductores adquieren una gran importancia en el parto vertical que se pierde cuando la mujer está acostada. Estos músculos colaboran para dilatar la sínfisis púbica, es decir coadyuva para la apertura perineal para lograr que la cabeza del bebé salga sin inconvenientes. Estos músculos están insertos en la parte anterior e interna de los muslos, se distribuyen entre la ingle y la cara interna de la rodilla tensándose cuando la mujer se pone en cuclillas o sentada cuando apoya los pies y hace fuerza hacia abajo, eran los músculos que los antiguos llamaban “Custodes virginitatis”. Esta información la hemos obtenido de Giberti, Eva; “El parto vertical”. En Giberti, Eva; Tiempos de mujer. Buenos Aires, Sudamericana, 1990. En un texto egipcio, un hombre narra, como fue castigado por la diosa Meret-Seger “me senté sobre los ladrillos como una mujer pariendo”, la diosa Meret-Seger era la representación de uno de esos ladrillos que ayudaban a nacer a los niños. A partir del Imperio Nuevo, se habilitaron unos lugares para el nacimiento, bien en un edificio construido en el jardín bien en el tejado de la casa. El propósito era, probablemente, aislar a la madre y al niño de la comunidad, una costumbre utilizada por otras culturas y en muchos lugares del mundo. El parto fue una causa de elevada mortalidad femenina como nos demuestran muchos enterramientos, por lo que no nos sorprende que tuvieran encantamientos para tratar de proteger a las futuras madres. En uno de ellos, la muerte trata de implicar a la mujer por haber tenido tratos con ella: “no habrás negociado (con esta mujer)... No te habrás asociado con ella, no la habrás hecho nada malo o dañino”. Este y muchos otros se repetían durante el embarazo y parto como ayuda ante el inminente nacimiento de los niños.

pelvis por donde debe pasar el feto está limitado por nuestra locomoción bípeda. A ése angosto trayecto los humanos añaden otra complicación: la sección del canal del parto no se mantiene constante. En efecto, la entrada del canal, donde el feto a término empieza su recorrido, es más angosta al otro de la madre. Sin embargo, a medio camino, esta orientación gira 90 grados y el eje mayor del ovalo se orienta de la parte delantera del cuerpo de la madre hacia su espalda. Eso significa que el feto debe realizar una serie de cambios dirigidos en su progreso por el canal para que los dos partes de su cuerpo con las sobredimensiones, la cabeza y los hombros, estén siempre alineadas con el diámetro mayor del canal.¹²

Así la forma tan retorcida del canal del parto humano hace que a las mujeres embarazadas y a sus crías les resulte beneficiosa la ayuda de otras personas. La ventaja evolutiva de este auxilio nos permite entender porque el parto asistido es una costumbre prácticamente universal. Por supuesto, a lo largo de historia y en circunstancias especiales, algunas mujeres han dado a luz solas pero lo habitual era y es todavía aun hoy en día que colaboren con ella amigos o familiares u otras personas poseedoras de las experiencias o conocimientos necesarios para evitar problemas. La participación de los varones puede estar prohibida, tolerada, bien recibida e incluso ser requerida. En algunas sociedades, a la mujer no se la considera persona adulta hasta que ha tenido un hijo e incluso en nuestras sociedades preponderantemente Judeo-cristiana se construyó un concepto que creaba una esencia indisoluble entre la condición femenina y la maternidad, la mujer que no era madre debía “justificar su falta” solo alegando a un propósito más excelso, servir a Díos.¹³

C.- Cuando todo sale bien

Ese atardecer de febrero de 1822 era particularmente caluroso en Buenos Aires. La luz rojiza amarillenta del ocaso teñía los edificios bajos de San Telmo cuando los quejidos, primero suaves y más tarde aterradores de una parturienta inundaban el silencio de ese sórdido arrabal porteño. En un cuarto interno de una casa con locales comerciales al frente

¹² Ellison, Peter; *On fertile ground: a natural history of human reproduction*. Harvard University Press, 2000.

¹³ En las sociedades occidentales actuales, donde la mujer normalmente da a luz en presencia de desconocidos, algunos estudios han demostrado la importancia que tiene el concurso de una persona que proporcione respaldo social y emocional a la mujer que está de parto, que tiene por efecto reducir el número de complicaciones. En las sociedades como la porteña donde los vínculos comunitarios eran decididamente vigorosos – aunque desde fines del periodo tardo colonial el individualismo creciente conspirara contra esa arquitectura comunitaria- el parto y sus momentos posteriores estaban también lejos de ser un acto íntimo de la madre sino que estaba modelado por la presencia no-solo de aquellos que podían asistir en el parto- familiares o no- sino también de aquellas otras para las cuales el nacimiento significaba algo.

una mujer jadeaba y soportaba algo resignada terribles dolores espasmódicos, dos mujeres viejas estaban atentas ante los signos inequívocos del comienzo del parto. La mujer acostada en un simple y tosca cama de madera sintió frío, un sudor helado emanó de su cabellera negra y se desparramó en gruesas gotas por su cuerpo pesado e hinchado. Una de las mujeres, desarreglada y sucia, mascullaba una oración de la que solo se escuchaba claramente “pretéjela” mientras la otra agarraba la mano de la parturienta, cuyos lamentos se vigorizaban al ritmo de las contracciones. Frente a esos inequívocos gestos de dolor las ancianas desparramaban sobre las piernas y brazos de la joven - no tenía más de veinte años- un aceite aromático y tibio que parecía calmar a la madre. El momento culminante llegó cuando el dolor de la mujer alcanzó su máxima intensidad y cuando el llanto agudo y mágico que salió de sus entrañas anunció enérgicamente su presencia. Era cómo si fuera la llamada al desafío a la vida; el anuncio del reto con el que se enfrenta a la dura lucha por la supervivencia. La ahora madre con ojos llorosos tanto por la emoción como por el dolor tomó con sus manos un pequeño niño caliente y húmedo que era su hijo. El segundo gran miedo de toda su vida se esta disipando- el primero era no ser fértil- y a su lado el niño parecía estar muy tranquilo. Este es sin duda el primer lazo materno filial que se establece entre el neonato y la madre después de abandonar la vida intrauterina. Ella se sienta satisfecha por su maternidad y recordaba a su marido que estaba en una habitación vecina a la cual una de las viejas ha ido a buscar alborozada anunciándole que era padre de un varón. Después de algunos días, del pezón materno al cual el niño buscaba continuamente emanó el calostro, al que muchas culturas aprecian, ya que por su apariencia puede determinarse la calidad de la leche, el único alimento que quizás el niño recibirá en meses. Esa leche olorosa, espesa y tibia incita a que el pequeño se convierta en un eximio succionador y gran conocedor del cuerpo de su madre que recorre sin dificultades en la oscuridad y casi dormido. La joven madre estaba agotada. El niño la requiere continuamente y cuando este chupa ansioso su leche, le provoca dolor, sus pezones se están agrietando e incluso sangran. El pequeño se duerme mamando y la madre agotada se duerme con él. Esta escena, prescindiendo de nombres, heredades y países es tan antigua como la misma humanidad. Una imagen que remite a una dimensión biológica antropológica que nos caracteriza como especie y que hasta nuestros días se ha mantenido inalterable. Es claramente el punto de partida de la dependencia psicológica, afectiva al principio, ciertamente, pero es también el inicio hacia un desarrollo pleno para la madurez de la personalidad del ser humano en su totalidad. Porque en definitiva, con el parto comienza la separación de dos universos que se van distanciando paulatina e inexorablemente, y de

aquella afinidad o cohabitación biológica de ambos en el útero materno, quedará un cúmulo de sentimientos que se percibirán definitivamente en el futuro.¹⁴

D.- Cuando todo sale mal

Los embarazos y partos malogrados eran tantos que, Carlos IV en 1804 dio a conocer una Real Orden en la que se indicaba el procedimiento conveniente para practicar una operación cesaria y así evitar pérdidas de vidas y almas innecesariamente. Existían evidentes dificultades para certificar la muerte de la mujer, ya que la técnica quirúrgica de la época no estaba lo suficientemente evolucionada como para practicar la operación sobre una mujer viva. Suponiendo que la muerte de la mujer fuese cierta, el tiempo para extraer el niño es mínimo, solo un par de minutos, así se recomendaba que "... la operación debe efectuarse cuanto antes, no por esto se dejará hacer aunque hayan pasado muchas horas".¹⁵

Las prescripciones que se indicaban en el documento, eran relativamente elementales con el objeto que pudieran ser seguidas por cualquier persona sin conocimiento médico alguno. La muerte materna fue y es un factor que obliga a realizar una cesaria en forma inmediata, pero también otra causal determinante es la condición del feto o cuando se produce la acción combinada de problemas maternos y fetales. Una vez certificada la muerte de la mujer se comenzaba a ejecutar la operación, para la cual debía utilizarse idealmente "... un bisturí... en su defecto una navaja o cortaplumas." Una vez realizada la incisión, "se comprimirá moderadamente el vientre y se hará una sisa de poco menos de tres pulgadas", hasta la placenta para localizar al niño. "Si está viva se extraerá cogiéndola por los pies o de modo

¹⁴ Este relato ficticio pero verosímil ha sido construido sobre la base de la información que hemos recogido en distintas fuentes consultadas. En las sociedades occidentales actuales, donde la mujer normalmente da a luz en presencia de desconocidos, algunos estudios han demostrado la importancia que tiene el concurso de una persona que proporcione respaldo social y emocional a la mujer que está de parto, que tiene por efecto reducir el número de complicaciones. En las sociedades como la porteña donde los vínculos comunitarios eran decididamente vigorosos – aunque desde fines del periodo tardo colonial el individualismo creciente conspirara contra esa arquitectura comunitaria- el parto y sus momentos posteriores estaban también lejos de ser un acto íntimo de la madre sino que estaba modelado por la presencia no-solo de aquellos que podían asistir en el parto- familiares o no- sino también de aquellas otras para las cuales el nacimiento significaba algo.

¹⁵ Era ciertamente difícil considerando los medios técnicos de la época certificar fehacientemente la muerte de la mujer. Los medios que se empleaban se suponían crecientemente agresivos para advertir aunque fuese un mínimo signo de vida; el latido cardíaco, el reflejo pupilar acercando a los ojos una fuerte luz, sales lo suficientemente desagradables para provocar cierto gesto de repulsión o el más brutal pero definitivo para los saberes disponibles de pinchar con una aguja o lanceta el cuerpo de la mujer a fin de obtener alguna reacción. Si nada de esto daba resultado la mujer "estaba muerta" y se la podía someter a la operación. En la actualidad sabemos que existen estados patológicos que, salvo que se efectúen pruebas medicas relativamente sofisticadas, pueden inducir a los observadores a pensar en la muerte, aunque quizás estaban en un estado comatoso. Así podemos inferir que muchas mujeres a las cuales se las sometió a una cesaria no estaban en realidad muertas.

que cueste menos trabajo", si se presentaba una situación anómala, no prevista, el documento era claro "... toda instrucción breve y que sea inteligible para lo que carecen de esta facultad sea siempre defectuosa...", todo se dejaba liberado al buen criterio o a la ignorancia de las rústicas y seguramente improvisada parteras. No podemos hacer afirmaciones con relación a la condición física de estos niños extraídos de estas formas, si es que lograron sobrevivir pero sí podemos afirmar que el período perinatal es crucial, ya que la mayoría de los decesos infantiles ocurrieron y ocurren en él.¹⁶

4.- La Buenos Aires Rivadaviana

En el Buenos Aires de fines del siglo XVIII la estructura hospitalaria era bastante precaria, tanto en elementos como en médicos que pudiesen responder a las necesidades de la población. En una fecha tardía, considerando la gravedad del problema, como 1824, por iniciativa de Bernardino Rivadavia, se creó una "Escuela de Parteras". Las necesidades de la población eran angustiantes y las parteras que actuaban tenían una formación más que

¹⁶ "Operación Cesárea. Para que se ejecute en la forma que previene la instrucción que se acompaña". Real Audiencia 7.4.4.72, 1804. Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires (en adelante A.H.P.B.A.). Entre 1786 y 1886 en París, ninguna mujer sobrevivió a la operación, pero paradójicamente, cuando las mujeres desesperadas se hacían cortes o daban a luz vía abdominal, por ser corneadas por el ganado, el índice de mortalidad se reducía a un 40%. En el resto de Europa, la situación no era mejor. No sabemos qué tasa de mortalidad se daba entre los neonatos, pero la podemos inferir considerando, por ejemplo, la situación de una esclava embarazada: "Nadie ha dudado hasta ahora que los embarazos de las siervas son enfermedades, son tachas y rebajan el valor y monto de la cosa vendida. La razón es bien clara, porque de un mal parto puede morir, porque el embarazo impide a la esclava prestar todos los servicios para que fue comprada..." ver, Mallo, Silvia C., "La libertad en el discurso del Estado, de amos y esclavos. 1730-1830", en Revista de Historia de América, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Julio-Diciembre de 1991, N° 112. En la estancia de Fontezuela, entre la población esclava, se registraron ocho nacimientos, de los cuales seis se consignaron como nacidos y muertos. Ver Halperin Donghi, Tulio; "Una estancia en la campaña de Buenos Aires, Fontezuela, 1753-1809", en Fradkin, Raúl, O., Compilación y Estudio Preliminar, La historia agraria del Río de la Plata colonial. Los establecimientos productivos. (1), Buenos Aires, C.E.A.L., 1993, Pág. 53. Tomado de Florescano, Enrique (coord.), Haciendas, latifundios y plantaciones en América Latina. México, Siglo XXI, 1975, Págs. 447-463.¹⁶ Considerando el número de embarazos, muy difícil de determinar, ya que en las fuentes comúnmente podemos obtener el número de hijos nacidos vivos, pero no el número de las gestaciones que no concluyeron felizmente. Así puede hablarse de primíparas, que tienen un embarazo "precoz" poco después de la primera menstruación, ¿quizás esas jóvenes mujeres de los comerciantes porteños? que refiere Socolow, Susan, Los Mercaderes del Buenos Aires Virreinal: Familia y Comercio, Buenos Aires, De la Flor, 1991, Pág. 59. O esas múltiparas jóvenes, que tienen cerca de veinte años y tres o cuatro embarazos, o esas mujeres como Carmen Ramos Belgrano, que se casó el 3 de mayo de 1812 con Ignacio Álvarez Thomas: tuvieron ocho hijos, el primero de los cuales nació 19 meses después del casamiento, cuando la madre tiene 18 años; 26 meses después el segundo; 35 meses después el tercero; 18 meses más tarde el cuarto; 23 meses después el quinto; sesenta y seis meses más tarde el sexto y treinta y dos meses después el séptimo, con una vida fértil, al menos de veintidós, ya que el último nacimiento se produjo en 1835, cuando Carmen Ramos Belgrano tenía cuarenta años. Ver Álvarez Thomas, Ignacio; "Memorandum para mi familia", [31 de enero de 1840-31 de junio de 1841], en Senado de la Nación, Biblioteca de Mayo. Tomo 2. Ellison, Peter; On fertile ground: a natural history of human reproduction. Harvard University press, 2001.

deficiente, siendo descritas como: "... docena o docena y media de mujeres viejas, desaseadas, entrometidas, ignorantes y analfabetas".¹⁷

En el estudio histórico de la interacción entre las ideas y políticas con respecto a la maternidad y a la infancia y el contexto social, económico y político de la Argentina en general y de la ciudad de Buenos Aires en particular, se manifiesta de forma ineludible la importancia del análisis de fundamentalmente tres sujetos político sociales: las características de la población, la corporación médica y el Estado. En síntesis, en esta investigación, nos proponemos analizar como estos actores sociales se manifiestan interdependientes en relación con el nacimiento y consolidación de las ideas básicas en torno de la procreación y crianza de los niños, del lugar que cabía a las mujeres y el rol que tenían los niños para un Estado que pretendía "fiscalizar" la reproducción biológica y social durante los cambios dados por la influencia de la política rivadaviana como: la creación del Tribunal de Medicina y la Junta de Sanidad.¹⁸

B.- El caso Verónica Pascal

La situación de las instituciones de carácter hospitalario eran juzgadas por más de un observador como obsoletas e incapaces de cumplir adecuadamente la finalidad por la que habían sido creadas. La Asamblea general Constituyente resolvió fundar en 1813 el Instituto Médico Militar que tendría como profesores a Cosme Argerich, Martín Montufar y Agustín Fabre. Este instituto solo comenzó a funcionar en 1815 y la Cátedra de Partos era solo de carácter teórico y estaba a cargo del doctor Silvio Gaffarot. El Instituto y por lo tanto la cátedra tuvieron una actividad no muy intensa, situación que comenzó a modificarse hacia 1821 con la fundación de la universidad. A partir de esta fecha el Instituto asumió las funciones que hasta esa fecha tenía el Tribunal del Protomedicato por lo que nació el Tribunal de Medicina. Bernardino Rivadavia fue el mentor de estos cambios y a quien se debe la creación de la Academia de Medicina con el propósito de "...sostener y fomentar la propagación de las luces". El 9 de abril de 1822 el Departamento de Gobierno publicó un decreto sobre el "Arreglo de la Medicina". En él se especificaba como debía estar organizada

¹⁷ Llamas Massini, R; La partera de Buenos Aires y la escuela de parteras, 1915, Pág. 38.

¹⁸ Furlong, Guillermo, S. J.; Médicos argentinos durante la dominación hispánica. Prólogo del Dr. Aníbal Ruiz Moreno. Cultura Colonial Argentina VI. Buenos Aires, Huarpes, MCMXLVI. En esta obra puede conocerse con detalle la obra de los pioneros de la medicina argentina.

la atención médica y los estudios para la formación de profesionales. Era fundamental una de sus atribuciones: vigilar por la idoneidad de las personas que ejerciesen la medicina., así se determino que:” Queda al buen juicio del Tribunal decidir sobre la idoneidad que dé merito al titulo, o por los exámenes de ley o por el crédito adquirido”.¹⁹

Existía un problema grave en relación con las parteras. Estas eran consideradas como practicantes “menores”, por lo tanto las exigencias establecidas para su ejercicio eran muy elementales, ya que se suponía que estas mujeres solo debían observar en la mayor parte de las veces a la espera del momento en que el nacimiento del niño o niña le diera el primer trabajo con la ligadura del cordón. Esta es una de las causas por la que muchas curanderas se presentaban públicamente como parteras. Solo se les pedía que certificaran haber atendido algunas mujeres sin que se registrasen incidentes graves y solo esto, que además era fácilmente obtenible, era suficiente para conseguir una autorización que solo era revocada cuando acontecía una muerte. Comúnmente comenzaban su carrera al lado de una mujer ya veterana u obligadas por las circunstancias, atendiendo un parto que las tomaba por sorpresa y que les sugería la idea de poderse ganar la vida acompañando y ayudando a las parturientas en sus trances dolorosos. La mayor parte de estas mujeres, como lo manifiestan claramente las fuentes por nosotros consultadas, eran criollas analfabetas que no solo se contentaban con asistir en un parto sino que intervenían en afecciones cuyo tratamiento debía estar solo reservado a los médicos. La situación era lo suficientemente grave para que en el Título IV del decreto de 1822 se ocupara especialmente del Médico de Policía y de las parteras. Las funciones del primero se limitaban al cuidado de todas aquellas personas bajo la vigilancia policial y además debía cumplir funciones de inspección de higiene. Sin embargo lo más importante para nosotros era esta”...El Médico de Policía dará anualmente un curso de partos, enseñará la practica de este arte en el Hospital de Mujeres...que para la enseñanza práctica se tendrán siempre tres camas en el referido hospital y que todas las mujeres que ejercen el arte de partear en el territorio de la provincia quedan obligadas a asistir al curso que debe darse en el corriente año...”. Esta disposición dio lugar a los fundamentos de la Escuela de Parteras.²⁰

Unos meses antes de la promulgación del decreto de 1822 había sido nombrado Médico de Policía Carlos Durand que se convirtió en el primer profesor de parteras y de la Escuela como la llamaría Rivadavia. La Escuela debía ordenarse por un reglamento que solo entró en vigencia en 1824 y que establecía que: las lecciones debían ser teóricas y prácticas, las

¹⁹ Llamas Massini, R; La partera de Buenos Aires y la escuela de parteras, 1915. Pág. 32

²⁰ Por distintos inconvenientes sabemos que nunca se contaron con tres camas como lo establecía el decreto destinadas a la enseñanza práctica.

lecciones teóricas durarían tres años y se recibirían conocimientos, "...anatómicos, fisiológicos y obstétricos, se enseñara sobre cadáveres las partes óseas que componen la pelvis, el útero y sus dependencias, la vejiga y el recto y el feto y sus dependencias". El curso práctico duraría dos años. A las alumnas se les exigía ser letradas, certificados de buena conducta y moralidad y que no puedan promover a un año superior en la carrera sin haber aprobado la totalidad del anterior. Una vez cumplidos estos requisitos para poder ejercer deberán rendir un examen que las habilitaría para comenzar a ejercer su profesión.²¹

En 1824 se había dispuesto que tanto los médicos como los boticarios extranjeros que desearan ejercer su profesión debían rendir examen de revalida ante el Tribunal de Medicina presidido en esos años por Juan Fernández, esta disposición comprendía también a las parteras. La partera debía presentar una solicitud de examen de revalida y acompañar su título, si el tribunal no hallaba ninguna objeción se fijaba una fecha de reexaminación. La primera prueba que se solicitó fue la de una francesa llamada Verónica Pascal, quien pedía de esta forma ser admitida: "Verónica Pascal, profesora del Arte de Partear, examinada en París como consta en los diplomas que acompaña y que ha venido a este país por disposición del superior gobierno...suplica que se le señale día y hora para revalidarse y dar prueba de su suficiencia...". El 11 de mayo de 1827 Pascal aprobó sin inconvenientes el examen al que había sido sometida por el tribunal. Verónica Pascal había llegado a Buenos Aires como consecuencia de las gestiones que el propio gobierno había hecho por conseguir los servicios en Europa de una partera diplomada, por lo que suponemos que en esos años no existía una mujer que pudiese exhibir título semejante. No tenemos muchos datos sobre Verónica Pascal, solo que presentó un título de París y que por lo tanto fue la primera partera diplomada, como lo certifica además "La Crónica Política y Literaria de Buenos Aires" del 22 de mayo de 1827 que anunciaba además que dicha señora vivía en la casa número 154 de la calle Potosí²².

Verónica Pascal no solo tuvo el privilegio de ser la primera partera autorizada legalmente en ejercer su profesión sino también en haber sido la primera profesional en ser acusada por mal ejercicio de su actividad como consecuencia de la muerte de un niño debido al uso

²¹ Estos cursos no tuvieron continuidad y solo se reanudaron después de la caída de Rosas. Carlos Durand era un reconocido médico francés que había servido durante las Guerras Napoleónicas. Después de su actuación en Buenos Aires, pasó a la ciudad de Salta en donde murió víctima de la ira de un hombre que lo mató de un tiro mientras Durand procuraba salvarle la vida a su mujer debido a las complicaciones de un parto.

²² Otra prueba de la soledad de Pascal, como única partera diplomada en esos años la proporciona el "Almanaque de Comercio de la Ciudad de Buenos Aires" que en 1830 sigue presentando como única comadre a la "Sage-femme Verónica Pascal que vivía en la calle Piedras 58

incorrecto del fórceps, cuya utilización hubiese requerido la presencia de un médico: “Se trataba de un parto de nalgas... se introdujo la mano, se buscaron los pies y se extrajeron, se tiró sobre ellos y sobre él tomó hasta que la cabeza se presentó al estrecho superior, su volumen fue un obstáculo a la salida del feto... la cabeza me ofrecía dificultades para extraerla y creía no poder hacerlo con el solo auxilio de la mano, yo conocía al instante que la cabeza era más voluminosa que lo natural pero no comprendía que fuese hidrocefálico”. Pascal utilizó pinzas para extraer al niño, pero la presión ejercida sobre el cráneo fue tal que este se fracturó en los parietales. Como agravantes se declaraba que el niño era una hermosa criatura, pero hidrocefálico y con espina bífida y que la partera debido al esfuerzo habría declarado durante su labor “No puedo más”.²³

El juicio tuvo lugar el 30 de junio de 1828 ante el Tribunal de Medicina. Cosme Argerich hijo fue defensor de Pascal y Miguel Rivera, fiscal. Por él sabemos que la mujer asistida por Pascal se llamaba María del Carmen Bustamante de Irigoyen y que el episodio había sido el 14 de julio del año próximo pasado. Rivera aseguraba que “...Madama Pascal en nada a cumplido con los principios de partear...ella quiso emplear por si sola el fórceps, instrumento preciso en las manos de un profesor instruido, pero arma funesta en las manos del ignorante. Su título de simple partera no la faculta ni habilita para emprender aquellas operaciones que solo deben reservarse a profesores hábiles y prácticos”, el fiscal pide se la declare a Pascal como culpable.²⁴

5.-Consideraciones finales

En primer lugar consideramos indispensable revisar las posturas de algunos historiadores de la infancia sobre la sensibilidad de que era objeto la niñez por parte de los adultos en las sociedades pasadas. La inquietud demostrada por las madres, padres y en general por los círculos médicos, son prueba que los niños y niñas representaban un grupo sobre el cual se volcaban importantes esfuerzos materiales y preocupaciones personales. Es importante no discutir conceptos ya superados como el de “instinto maternal o paternal”, pero si afirmar que los sentimientos de los adultos para con los niños y niñas están determinados culturalmente y por lo tanto mutan al ritmo de los cambios socioculturales. Por lo tanto, es para nosotros un error afirmar “la incapacidad “de los varones y mujeres de las sociedades tradicionales para

²³ Llamas Massini, J. C; Historia de la Obstetricia en Buenos Aires. En La Semana Médica. Año XXXIX, N° 37, septiembre de 1932.
Llamas Massini; Op. Cit. el autor analizó en forma detallada los pormenores del juicio a Pascal. Págs. 37 a 65.

amar a sus pequeños. El error tiene por fundamento confundir las “modernas” muestras de afectividad como las únicas posibles no advirtiendo que en estas sociedades la afectividad y el amor se manifestaban de otras formas. No era incapacidad de amar lo que caracterizaba a estos adultos, sino la resignación y la frustración ante circunstancias que se les hacían imposibles de enfrentar - ignorancia, falta de medios, limitaciones científicas propias de la época - y ante las cuales la supuesta indiferencia puede en ocasiones ser utilizada como un mecanismo de defensa frente a lo que se consideraba inexorable.

Por último el tribunal fallo la entera absolución de la partera. El caso Verónica Pascal no es solo, pensamos, importante porque deja de manifiesto lo rudimentario de la técnica médico-obstétrica de la época, el importante número de mujeres que morían o resultaban con serios problemas posparto o la desidia de las autoridades de gobierno en tratar de regular la praxis médica. Este fallo dio lugar a violentas protestas. Un grupo de alumnos de la Escuela de Medicina acusó abiertamente al Tribunal de dejar impune un crimen abominable. Ahora bien, quizás la absolución de madame Pascal era esperable. En primer término, el Tribunal, cuidando sus propios intereses, no podía concluir que Pascal había actuado con impericia. Esto habría significado que el propio Tribunal no había obrado correctamente autorizando a Pascal a ejercer la profesión. Además, esos estudiantes que anónimamente se escandalizaron por el fallo, solo lo hicieron pensando en la pobre parturienta que perdió a su hijo o escondían la intención de desprestigiar a unas parteras que podían presentarse como serias competidoras en un “mercado” que hasta ese momento monopolizaban. Manifestaciones semejantes fueron desconocidas en el pasado y no porque precisamente no existiesen causas para producirlas, ¿No era igualmente ignominiosa la muerte de cientos de mujeres, niños y niñas en manos de curanderas?, ¿o esto no era denunciado porque se hacía en la clandestinidad y por lo tanto no constituía un peligro para sus intereses? Este episodio fue solo el comienzo de un conflicto que alcanzaría una envergadura mayor hacia fines del siglo XIX.²⁵

²⁵ Cowen, M, Pablo; Notas para una historia de la Obstetricia en Buenos Aires. Inédito