

Obstétricas

Formación y Ejercicio

Estado de situación en Argentina

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Presentación

En el presente documento¹ realizaremos una breve contextualización histórica relativa a la formación y el ejercicio en obstetricia en nuestro país, un análisis de algunos indicadores directamente relacionados con el ejercicio de estas/os profesionales así como recomendaciones de organismos internacionales y compromisos asumidos por el país directamente vinculados con el ejercicio de esta profesión.

Antecedentes

La formación en obstetricia ha atravesado un proceso histórico que no podemos recuperar sin considerar su relación constitutiva con la medicina: Un proceso atravesado por relaciones de hegemonía-subalternidad que lleva más de dos siglos y que – aunque con transformaciones - continúa vigente.

En nuestro territorio el proceso de medicalización del parto puede rastrearse de manera muy incipiente en documentos de fines del Siglo XVIII y principios del XIX (González, 1990; Cowen, 2008; Guerra Araya, 2011; Vassallo, 2016) Estas fuentes expresan las discusiones y posicionamientos entre actores poderosos de la época: religiosos, médicos y gobernantes (todo ellos, hombres) acerca de las vidas de las mujeres embarazadas y parturientas, así como también de quiénes las acompañaban en esas instancias: parteras, comadronas y matronas. La fiscalización y los intentos por regular el ejercicio de las parteras se iniciaron antes que los proyectos de formación institucional. Desde 1821 con la fundación de la Universidad de Buenos Aires y la creación de un departamento de Medicina se establece que las parteras debían concurrir a un curso, la “Escuela de Parteras”. A partir de 1822 el Tribunal de Medicina tendrá, entre sus atribuciones, avalar a quiénes asistieran partos (González, 1990; Cillio, 2004; Cowen, 2008). Después de algunos años en que la Universidad no funcionó

¹ Por Clara Gilligan (Observatorio Federal de Recursos Humanos. Dirección Nacional de Capital Humano).

por falta de apoyo económico, en 1852 se retoma la actividad de formación en obstetricia. Para el acceso se demandaba leer y escribir, requisito inalcanzable para la mayoría de las parteras: sujetos que tenían doblemente vedado el acceso a la escolarización por su condición de mujeres y su pertenencia a sectores populares (González, 1990; Cillio, 2004; Vassallo, 2016). Esta situación comenzaría a modificarse paulatinamente con la sanción de la Ley 1420 en 1884.

La medicalización de la reproducción y el afán por la hospitalización de los nacimientos, implicaron la profesionalización femenina. Más allá de los intentos de intervención, las mujeres parían en sus casas con la asistencia de otras mujeres cercanas o de parteras. En Buenos Aires funcionaba en 1875 una escuela de parteras que continuaba la experiencia preexistente, con apoyo estatal intermitente y un bajo número de egresadas. A la par se incorporaron extranjeras que revalidaban su título y enfermeras hospitalarias que ejercían como parteras en la práctica. Las parteras diplomadas trabajaban “en el Hospital de Mujeres dependiente de la Sociedad de Beneficencia, con mujeres de sectores populares. A pesar de que la atención era gratuita: en 1871, cuando la población de la ciudad pasaba los 170000 habitantes, sólo se atendieron 73 partos” (Di Liscia 2005: 110). En este contexto, las tasas de mortalidad hospitalaria a causa de epidemias y de infecciones continuaban siendo altas (Di Liscia 2005).

Sin embargo podríamos decir que este proceso de medicalización del parto – esto es, su definición y abordaje en tanto evento de intervención médica – no se concreta hasta entrado el Siglo XX y de la mano de la consolidación del Estado-nación. En Argentina, este Estado en desarrollo impulsó la institucionalización de la medicina, situando la atención sanitaria como cuestión médica por sobre otros abordajes coexistentes que se subalternizaron (Nari 2004; Di Liscia 2005). En línea con ello, se crea la Escuela de Partería anexa a la cátedra de obstetricia de la Facultad de Medicina en Buenos Aires en 1882 (Nari, 2004) y subordina formalmente la formación y ejercicio a la directiva médica.

El sistema público sanitario que comenzó progresivamente a desarrollarse en nuestro país, implicó la materialización de agentes, instituciones e intervenciones concretas:

producto y a la vez productoras de ese Estado en construcción. Este proceso, atravesado por profundas y permanentes diputas y transformaciones, continúa vigente. La medicalización de los partos y nacimientos reconfiguró los objetos y campos de la intervención profesional: La consolidación de la medicina como saber legítimo implicó que comadronas y parteras – encargadas de la atención de la mujer embarazada, parturienta y puérpera - subalternizaran sus saberes y quehaceres para transformarse en parteras diplomadas cuya actuación debía traducirse en actividades de *colaboración* de la tarea médica.

El caso de la Universidad Nacional de Córdoba durante este período es destacable. En la Facultad de Medicina, entre 1884 y 1918 se diplomaron 87 mujeres²: 78 de ellas como *parteras* y una con título de *obstétrica*. Las mujeres participaron directamente del proceso histórico de creación de nuevas facultades desde la década de 1870 en esta Universidad, así y todo la Reforma Universitaria de 1918 las ha omitido como agentes de este proceso de institucionalización (Requena, 2016; Oliva, 2018)³.

En 1910, se crea en La Plata la Escuela de Parteras y Maternidad de la Provincia de Buenos Aires, la segunda del país. Adoptaba el mismo plan de estudios que la Universidad de Buenos Aires y, entre los requisitos de ingreso, se estipulaba que las ingresantes fueran únicamente personas de sexo femenino de entre 18 y 35 años que contaran con autorización paterna, del tutor o marido (González, 1990; Cillio, 2004). En estas experiencias iniciales la formación duraba dos años, y los contenidos incluían nociones teórico-prácticas de obstetricia, conceptos de anatomía, fisiología y puericultura. Las asignaturas eran dictadas por médicos diplomados, reforzando en prácticas concretas una estratificación jerárquica definida (Graschinsky y Giles, 1994).

El llamado proceso de profesionalización de las parteras fue contemporáneo a la creación de las instituciones educativas de medicina y al afianzamiento de las corporaciones médicas en general pero, en particular, en la participación directa en el Estado (González, 1990; Graschinsky y Giles, 1994; González Leandri, 2004; Ramacciotti

² De las ocho restantes seis se titularon como Farmacéutica y dos como Doctora en medicina y cirugía.

³ Sobre esta temática se sugiere Cortés, Nuria & Freytes, Alejandra; Índice de las primeras mujeres egresadas en la Universidad Nacional de Córdoba. 1884 – 1950, Editorial de la UNC, Córdoba, 2015. El recurso está disponible en <http://archivodelauniversidad.unc.edu.ar/ediciones-del-archivo/publicaciones/>

y Valobra 2017). A la par de ello instalaron la preocupación por la formación científica y la regulación del ejercicio de la partería. (González, 1990; Grashinsky y Giles, 1994).

La Medicina se ha constituido en una corporación poderosa en nuestro país encarnada en la participación directa de los médicos, en tanto integrantes de la dirigencia política y del aparato estatal desde los inicios de consolidación del propio Estado (González Leandri 2004). En este marco, el rol adjudicado a las mujeres estuvo ligado a los cuidados y a prácticas que, se asumía, no requerían calificación: parteras, enfermeras visitadoras y puericultoras (Nari, 2004; Di Liscia 2005). En un contexto patriarcal estructurador del orden doméstico y de la fuerza de trabajo, la profesionalización de las mujeres estuvo plagada de marchas y contramarchas (Martin 2012).

Durante la segunda década del siglo XX se elevó la matrícula en la Escuela de Parteras de Buenos Aires. Así y todo, el número de parteras continuaba siendo bajo y se concentraba mayormente en espacios urbanos del Litoral. En su mayoría los partos seguían ocurriendo en los hogares. En muchos de ellos la intervención médica había ganado terreno pero, más que nada, bajo el formato de algún tipo de control. Sin embargo gran cantidad de los nacimientos continuaban siendo asunto privado (Di Liscia 2005).

Entre las décadas de 1920 y 1940 comienza a desarrollarse otro modelo de Estado que incorpora activamente el abordaje médico en la agenda pública y que implicó la preocupación por las altas tasas de mortalidad infantil y un descenso de la natalidad. Este proceso se expresa especialmente en la progresiva y sostenida institucionalización de los nacimientos (Nari 2004; Di Liscia 2005) y, de la mano de ello, en la profesionalización de las mujeres en tanto trabajadoras del sector salud. Dentro de ellas, las parteras pero también las asistentes sociales y visitadoras (Di Liscia 2005). Así como otras profesiones socio sanitarias, la partería se asociaba a la idea de sacrificio *femenino*. La conceptualización de sus competencias como extensión de sus actividades *naturales*, desvalorizaba sus tareas, redundando en una desestimación de la capacitación y los derechos laborales. Las mujeres empiezan a asumirse como soporte de la implementación de políticas sociales y mano de obra barata, cuando no, gratuita. (Ramacciotti y Valobra 2017). La profesionalización de las mujeres en tanto

recurso humano para los sectores de educación, salud y atención social se convirtió en la base de toda una serie de políticas de mejoramiento en las condiciones materiales de vida de sectores populares. Sin embargo, su capacidad de intervención se hallaba constreñida por la limitada disponibilidad de recursos materiales a los que podía acceder la población; constituyendo una realidad muchas veces contradictoria a las indicaciones y prescripciones sanitarias (Di Liscia 2005).

La intervención del Estado fue determinante para que durante la mitad del siglo XX la mortalidad infantil descendiera un 20% durante el período 1946-1955, cuando se hizo extensiva la institucionalización de los partos (Lehner 2012). Durante el mismo período, en 1948, la Ley 5374 establece el traspaso de la Escuela de parteras de la Provincia de Buenos Aires a la órbita nacional (Cillio 2004). Contemporáneamente se registran iniciativas en otras jurisdicciones del país, tal es el caso de Jujuy. En 1946 se creó en esta provincia la Escuela de Parteras y Enfermeros, dependiente de la Dirección Provincial de Sanidad y que funcionaría en el Hospital San Roque. La enseñanza era gratuita y se otorgaban los títulos de *parteras idóneas* o *enfermeros* (según el caso) que tuvieron validez provincial (Jerez 2018)⁴.

Hasta la década de 1960, la legislación validaba el ejercicio liberal de la profesión. La partera ejercía en su consultorio particular y era quién determinaba la necesidad - o no - de intervención médica. Progresivamente, cuando los partos suceden casi exclusivamente en instituciones, la presión corporativa médica se consolida (González 1990). Estas transformaciones se cristalizan en la legislación que restringe el ejercicio liberal de la obstetricia: La ley 17132, sancionada en 1967 - y vigente aún hoy - configura formalmente el ejercicio de las obstétricas como *actividad de colaboración* de la medicina. A su vez, se cierran escuelas de obstetricia de varias provincias en este período. Durante los '70 la dictadura intensifica este proceso. Dentro de este contexto la carrera en la Universidad Nacional de La Plata es una excepción a ello, que gracias a convenios de reciprocidad con Perú continúa en funcionamiento (Cillio 2004). En el caso de la Universidad de Buenos Aires, cuando se reabre años después, se intenta

⁴ Lamentablemente tenemos acceso a trabajos que recuperan principalmente las experiencias en Buenos Aires y La Plata, con lo que suelen perderse estas experiencias contemporáneas que podrían mostrarnos un mapa más completo de la situación a nivel nacional.

subsumirla a la formación en Enfermería. Este proceso no es experimentado de forma pasiva. Por el contrario, se constituye en 1963 la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA) para consolidar el ejercicio y la autonomía de la profesión (González 1990). La actividad gremial y la demanda por normativas que legislen específicamente un campo profesional, continúa vigente y da cuenta de un reparto de tareas e incumbencias inacabado, en disputa y construcción permanente (Gilligan y Salsa Cortizo 2016).

Estado de situación

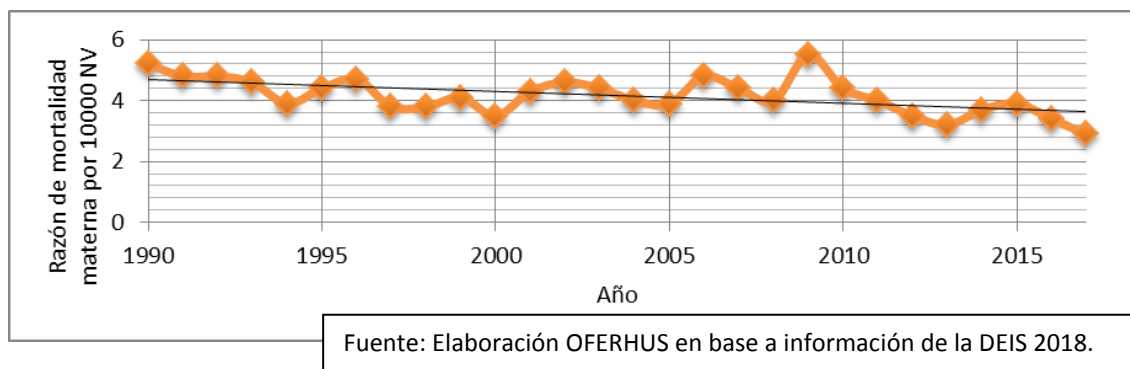
Las dificultades históricas en la reducción de la mortalidad materna evidencian que persisten las desigualdades en el acceso a la atención de salud. El Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 propone como metas reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y garantizar para 2015 el acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva. El ejercicio profesional de las obstétricas está íntimamente relacionado con lo que muestran estos indicadores. Fortalecer la formación para garantizar competencias de partería es una estrategia esencial para contribuir a las metas contempladas en el ODM 5 (OPS, 2010).

Las normativas relativas a la educación en partería pueden contribuir a garantizar la formación igualitaria de este recurso humano. Esto tendría un impacto directo en el acceso a la salud de las mujeres, ya que el rol de las parteras profesionales en la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva es imprescindible. En este punto pertinente recordar de qué hablamos cuando nos referimos a la mortalidad materna en tanto indicador:

“Muerte materna: Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.” (DEIS, 2018: 24)

Como hemos mencionado, si bien puede observarse una tendencia sostenida al descenso, la reducción de esta causa de mortalidad no ha alcanzado las metas

acordadas y contribuye a revelar la persistente desigualdad de género. En el siguiente gráfico se muestra esta tendencia general para el período contemplado por el ODM 5:



En línea con ello, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) retoman la persecución de estas metas. En el ODS 3 *Salud y Bienestar*: Salud infantil y salud materna, se propone:

“Meta 3.1: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (...)

“Meta 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.”

El ODS 5 hace lo propio en cuanto a eliminar la desigualdad de género:

Meta 5.6: “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos”

En este sentido, el interés internacional en el rol de la partera profesional sigue siendo evidente en las estrategias mundiales para la salud de la mujer. Las obstétricas necesitan un marco normativo que garantice explícitamente su ejercicio y les permita un desarrollo permanente. Estos documentos señalan que en determinados contextos estas normativas son sumamente restrictivas, y que priorizan intereses profesionales-corporativos por sobre el acceso de la población a una salud de calidad. En línea con ello, se realizan propuestas concretas para el campo de la formación:

“el programa de enseñanza, adiestramiento y capacitación para ese país debe preparar a la partera profesional con las competencias necesarias para desempeñar la gama amplia de funciones allí indicadas a fin de convertirse en partera profesional registrada o legalmente autorizada (...) La

formación debe estar regulada por órganos acreditados de la calidad de la enseñanza de acuerdo a la realidad de cada país. (OPS, 2010:41)

Considerando esta serie de compromisos, en los apartados que siguen sintetizaremos la situación en cuanto a la Formación y el Ejercicio de la partería en nuestro país. Por último, analizaremos el impacto que tienen algunas de sus tareas sobre la salud en general y, particularmente; sobre la salud sexual y reproductiva de personas gestantes.

Formación y Ejercicio

La regulación actual del ejercicio profesional es potestad de la autoridad sanitaria de cada jurisdicción. En algunos casos, esta tarea es delegada en Colegios de Ley. Sin embargo no es uniforme: ni todas las profesiones están colegiadas, ni todas las provincias delegan la matriculación en los Colegios, en otros casos coexisten ambas situaciones. Esto configura un contexto diverso, a nivel nacional, de actores que intervienen en la regulación del ejercicio (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

En el caso del ejercicio de las obstétricas, el estado de situación respecto a la normativa vigente es la siguiente: A nivel nacional, como mencionamos antes, la Ley 17132 define su ejercicio en tanto tarea de colaboración de la medicina. Sin embargo, el ejercicio está regulado en las distintas jurisdicciones por cada una de las leyes representadas en la Figura 1 (con número y año de sanción). Del total de este corpus normativo, sólo 5 jurisdicciones tienen en vigencia leyes de regulación del ejercicio específicas para esta profesión, tal como se visualiza en la Figura 2.

En cuanto a la formación, la oferta es principalmente universitaria, aunque también se ofrece en nivel técnico en algunas jurisdicciones. Además, existen modalidades de complementación curricular para completar la formación de grado. En la Figura 3 se grafica la ubicación de las sedes de estas carreras así como el tipo de Gestión. De acuerdo a la información publicada en la Guía de Carreras Universitarias⁵, en la

⁵ Departamento de Información Universitaria, Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación. Disponible en: <http://guiadecarreras.siu.edu.ar/>

actualidad son 11 las sedes de estas carreras⁶ de las cuales 7 son de gestión estatal. En cuanto a la evolución de nuevas/os inscriptos/as y egresadas/os de Licenciatura en Obstetricia, la Figura 4 muestra una leve tendencia ascendente para el período 2012-2016. Por último, en la Figura 5 destacamos que continúa siendo una profesión en la que mayoritariamente se forman mujeres.

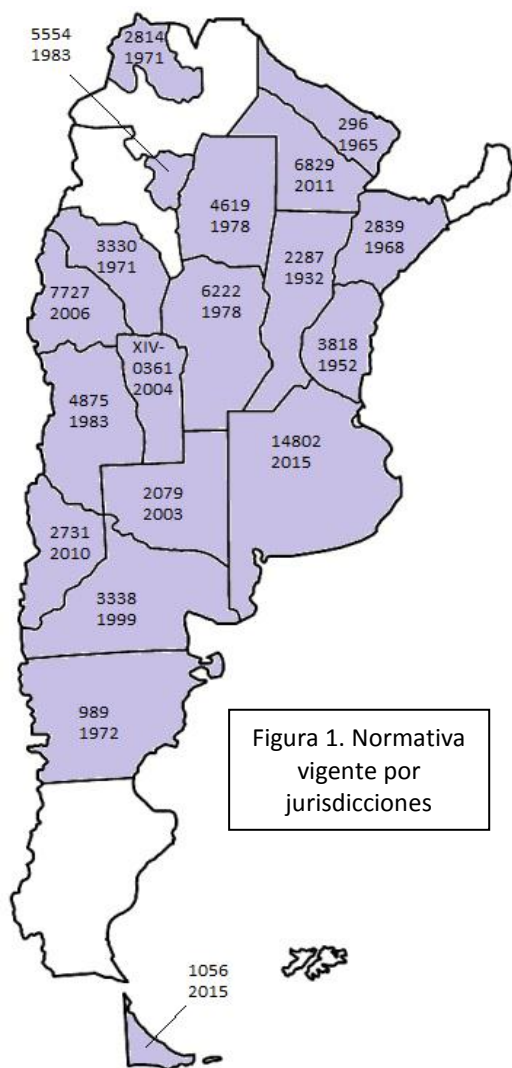


Figura 1. Normativa vigente por jurisdicciones

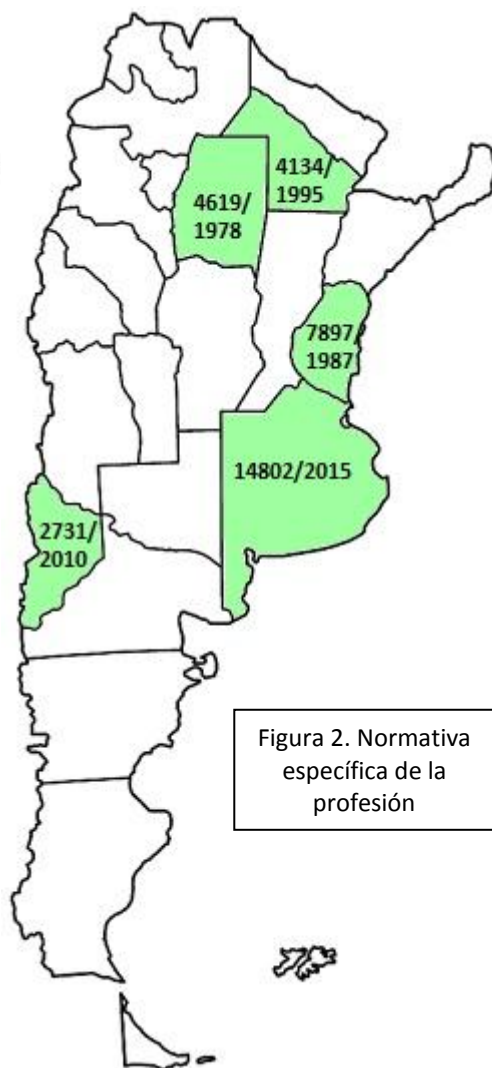
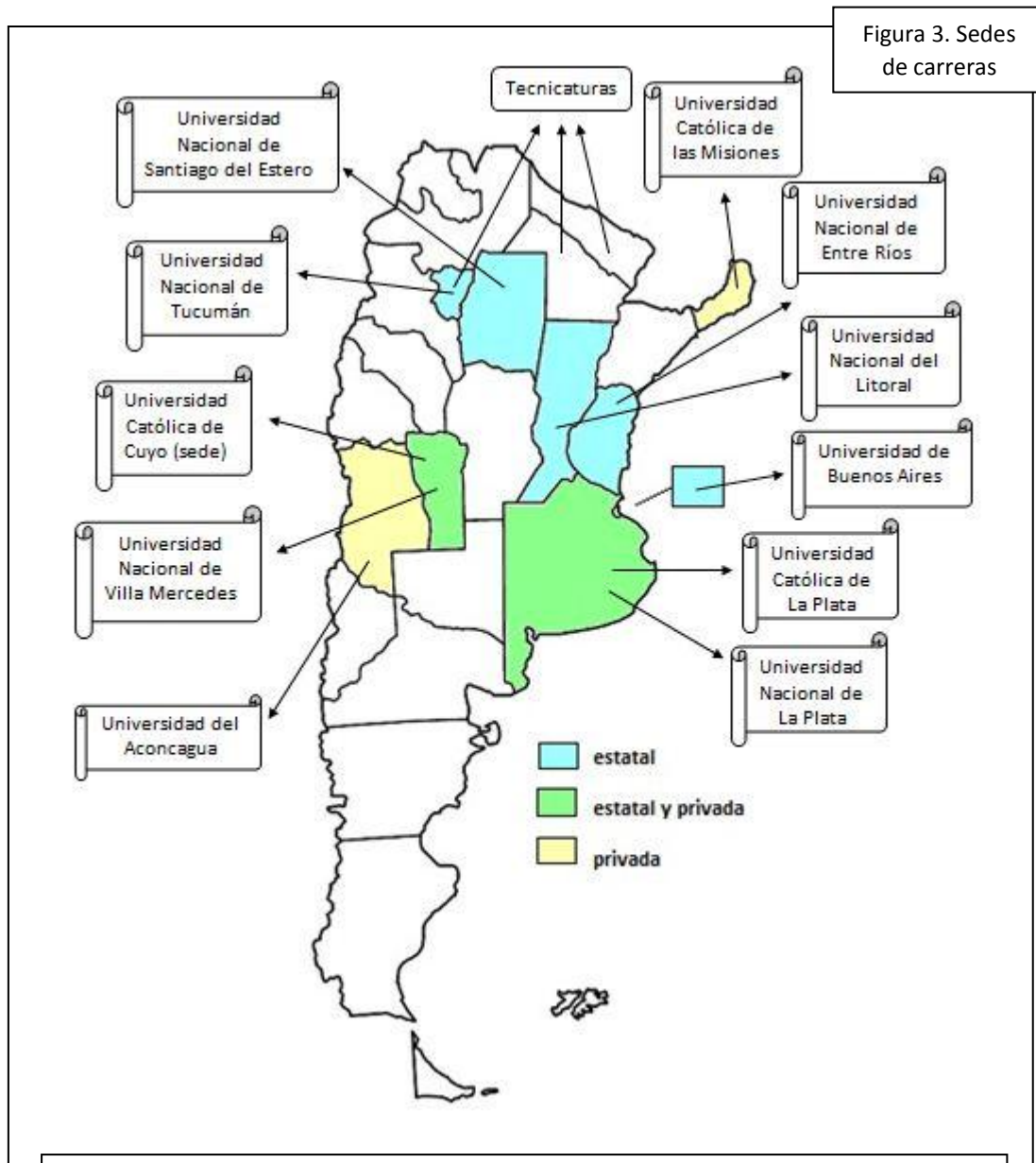


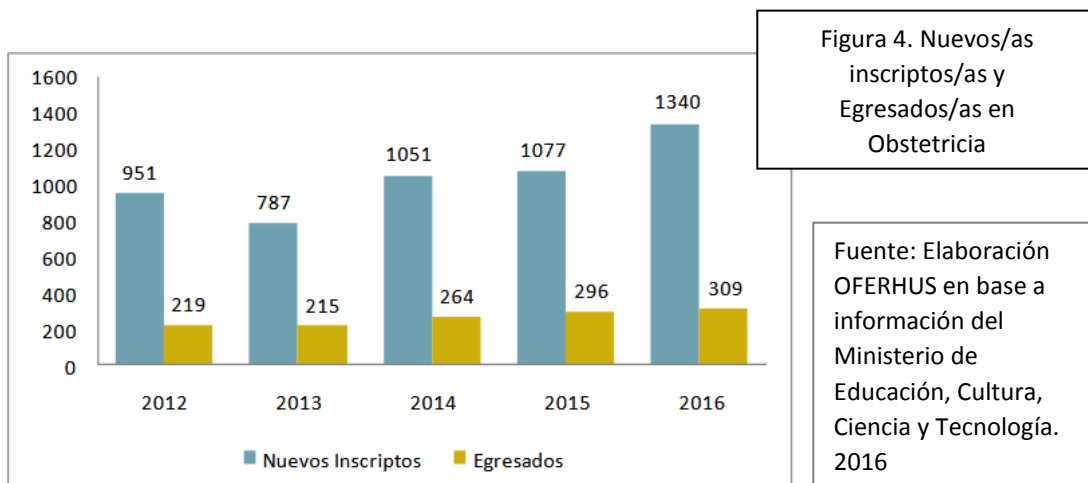
Figura 2. Normativa específica de la profesión

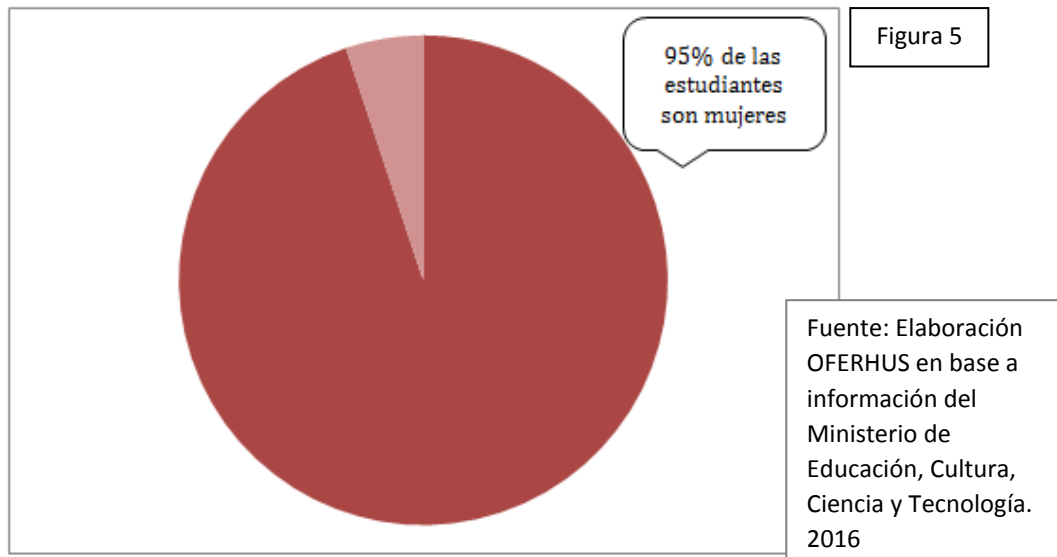
Fuente: Elaboración OFERHUS en base a <http://www.legislad.gov.ar> y <http://www.saij.gob.ar>
En Formosa la Ley 1186/1996 y en Mendoza la Ley 7974/2008 modifican la normativa vigente.

⁶ Se excluyen de este total la oferta de carreras que otorgan los títulos intermedios, los ciclos de complementación y a la Universidad de Catamarca cuya carrera no se encuentra vigente actualmente.



Fuente: Elaboración OFERHUS en base a información del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Carreras de grado: <http://guiadecarreras.siu.edu.ar/>





El impacto de la práctica de estas profesionales sobre la salud es sumamente significativo si consideramos la última publicación de Estadísticas vitales (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018) de la Dirección de Estadísticas de Información en Salud. En los gráficos que siguen, analizaremos específicamente la información acerca de nacidos vivos según la persona que atendió el parto⁷.

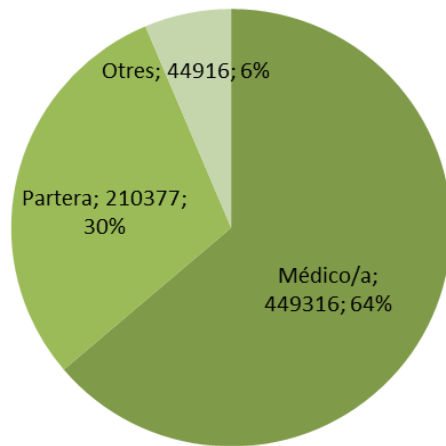
Como vemos en la Figura 6, a nivel nacional las parteras han asistido un 30% del total de los nacimientos. Sin embargo la variación entre jurisdicciones es muy acentuada. A modo de ejemplo de ello se muestra la situación de dos jurisdicciones (en la Figura 7 y en la Figura 8) con totales de Nacidos vivos que podrían ubicarse en un rango relativamente próximo, pero con una participación sumamente diversa de uno y otro conjunto profesional en cada caso⁸. Por último, en la Figura 9 mostramos la marcada variación jurisdiccional en el porcentaje de nacimientos asistidos por parteras en el país.

⁷ A efectos de facilitar la visualización de la proporción de partos atendidos por parteras, se unificaron en el porcentaje denominado "Otres" a los partos atendidos por: Enfermera, Otro agente sanitario, Comadre, Otros, Sin atención, Sin especificar (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018)

⁸ Ello podría obedecer no sólo a la disponibilidad de uno/a u otro/a profesional en la jurisdicción, sino también; a razones interpretativas en el proceso de registro. Ya que, de acuerdo con el Informe Estadístico de Nacido Vivo del Sistema de Estadísticas Vitales, (http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Norm_InstNV.pdf): "Si hubiese sido atendida conjuntamente por más de un profesional, por ejemplo, un médico y una enfermera y partera, se registrará el de mayor responsabilidad técnico-profesional en el parto. Se debe marcar una sola alternativa".

Quién atendió el parto en Argentina

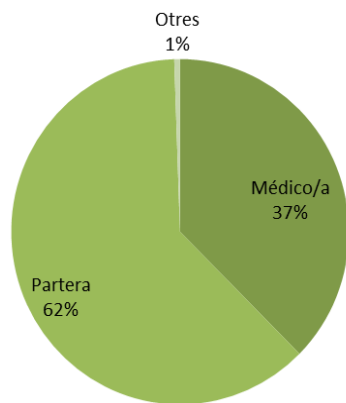
Figura 6



704609
nacidos
vivos

Quién atendió el parto en CABA

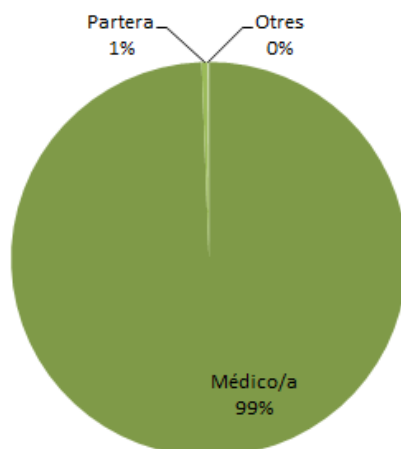
Figura 7



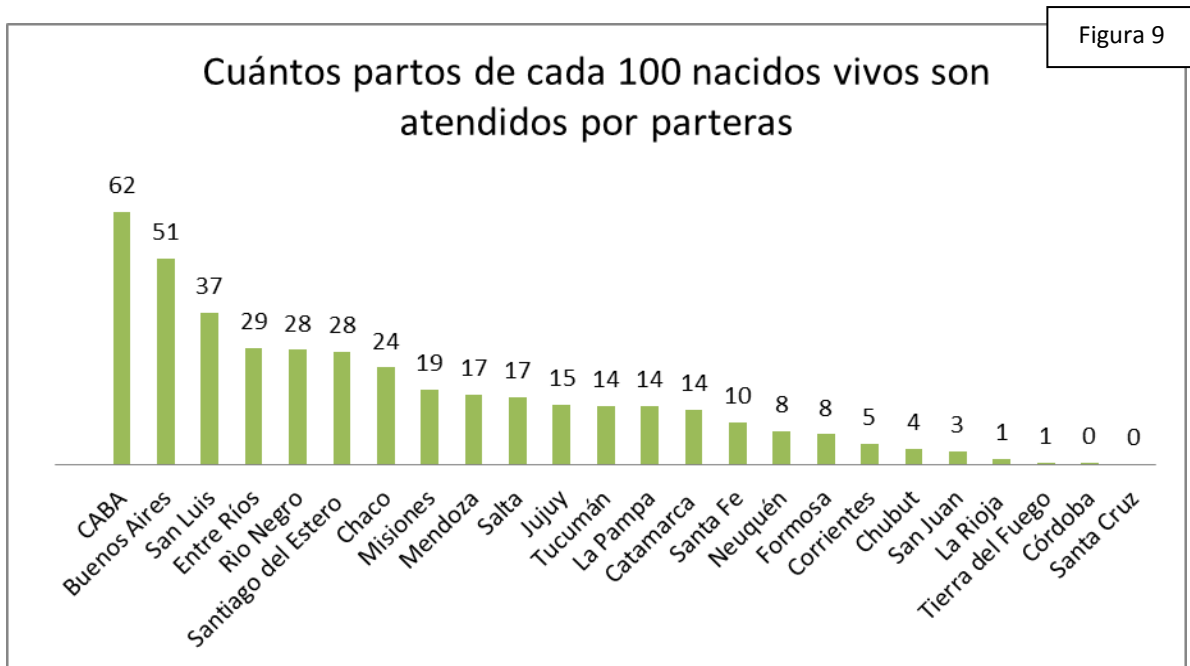
67979
nacidos
vivos

Quién atendió el parto en Córdoba

Figura 8



55314
nacidos
vivos



Por último, es pertinente señalar que en 2018 se acordó la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal 2030, que se propone orientar el diseño de políticas de recursos humanos en salud, un actor fundamental en relación con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Entre sus líneas estratégicas, se propone intensificar la planificación y, para ello, es esencial la disponibilidad de sistemas de información:

“El fin último de estos procesos es disponer, en todo momento y en el lugar adecuado, de las personas necesarias, con las competencias adecuadas, con la actitud adecuada, haciendo el trabajo adecuado, al coste adecuado y con la productividad adecuada (...) Sin duda ello supone un gran reto al que se enfrentan los sistemas sanitarios” (Ministerio de Salud de la Nación 2015: 3-6)

Es en línea con esta propuesta de construcción y análisis de información, que desde el Observatorio Federal de Recursos Humanos (Dirección Nacional de Capital Humano) avanzamos en la sistematización y análisis de datos que fortalezcan esta línea de trabajo.

Bibliografía

ARMUS, D. y BELMARTINO, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En CATARUZZA, Alejandro. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política. Nueva Historia Argentina Tomo VII. Sudamericana, Buenos Aires.

CILLO, A. (2004) Entre colegas. La Plata: Colegio de obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I. Módulo I, Capítulo II, "Incumbencias y ejercicio profesional de la obstétrica, una mirada hacia nuestra historia": 27-71.

COWEN, M. (2008). El caso Verónica Pascal: Medicina y mala praxis en la Buenos Aires Rivadaviana. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina: Memoria Académica. En: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5971/ev.5971.pdf

DI LISCIA, M. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos históricos* nro 13. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34401305>

GILLIGAN, C. y SALSA CORTIZO, M. (2016). Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas. *IX Jornadas de Sociología de la UNLP*. En: Actas publicadas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9240/ev.9240.pdf

GONZÁLEZ LEANDRI, R. (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de Estudios Americanos* Vol. 61 Nro. 2. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800303-7.pdf>

GUERRA ARAYA, N. (2011). Acariciar a los parvulitos: individuación fetal, maternidad e infantilización del niño en Chile Colonial. En Zamorano Vereas, P. (dir) "*Vencer la cárcel del seno materno*". *Nacimiento y vida en el Chile del siglo XVIII*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, pp. 147-168.

MARTIN, A. (2012). Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886-1940). Ponencia presentada en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires. Disponible en: http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/mujeres%20y%20profesionalizacion_martin.pdf

NARI, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940. Biblos. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015) *La construcción de la matriz mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay*. CADILE, M., DURÉ M. y WILLIAMS, G. (comp.). Disponible en:

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2016/mmm_prof_salud_mercosur.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina. (2018). *Estadísticas vitales Información básica* 2017. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

JEREZ, M. (2018) Inicios y desarrollo de la enfermería en Jujuy (1946-1955). Ponencia presentada en las Jornadas *La enfermería en Argentina: continuidades y rupturas entre el pasado y el presente de la profesión*. 31 de Mayo y 1 de Junio de 2018, Universidad Nacional de José C. Paz.

GONZÁLEZ, A. (1990) "La profesión de obstétrica: género y subordinación", La producción oculta. *Mujer y antropología*; III Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires. Editorial Contrapunto.

GRASCHINSKY J. y RODRÍGUEZ GILES E. (1994). De la comadrona a la partera profesional. Una investigación sobre las condiciones de trabajo y el rol de obstétrica en Argentina. *Mujeres, trabajo y salud en la era tecnológica*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

LEHNER M. (2012) Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización. En *Salud, sociedad y derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios*. KORNBLIT, A.; CAMAROTTI, A y WALD, G. (comp.) Buenos Aires. Teseo.

RAMACCIOTTI, K. y VALOBRA, A. (2017) El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, vol.37, n.2. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021195362017000200006&script=sci_abstract&tlng=pt

REQUENA, P. (2016) Las universitarias invisibilizadas de fines de siglo XIX. *UNCiencia*, Prosecretaría de Comunicación Institucional. Universidad Nacional de Córdoba. <http://www.unciencia.unc.edu.ar/2016/septiembre/las-universitarias-invisibilizadas-de-fines-de-siglo-xix>

OLIVA, E. (2018) En una universidad de cuatro siglos, hace solo 70 años que las mujeres ganaron un lugar. *UNCiencia*, Prosecretaría de Comunicación Institucional. Universidad Nacional de Córdoba. <http://www.unciencia.unc.edu.ar/2018/marzo/en-una-universidad-de-cuatro-siglos-hace-solo-70-anhos-que-las-mujeres-ganaron-un-lugar/>

VASSALLO, J. (2016) Reflexiones metodológicas sobre la historia de género a partir de la causa de María Ascensión Barrientos, por hechicería. Córdoba el Tucumán, siglo XVIII. *Coordenadas. Revista de Historia local y regional*; Río Cuarto vol. 2. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/coordenadas/article/view/10098>



argentina.gob.ar/salud