

# Parterías de Latinoamérica

## Diferentes territorios, mismas batallas



**Georgina Sánchez Ramírez y Hanna Laako**

**Editoras**

Georgina Sánchez Ramírez  
**Parterías de Latinoamérica**

«Bookwire»

## **Ramírez G.**

Parterías de Latinoamérica / G. Ramírez — «Bookwire»,

Parterías de Latinoamérica es la resonancia en América Latina de las situaciones de las parteras a lo largo de la historia y a través del mundo; donde sus caminos han sido en solitario. La obra -coordinada por las expertas en partería Georgina Sánchez y Hanna Laako-, presenta una riqueza de abordajes gracias a que las autoras han investigado desde diferentes disciplinas: la antropología médica y la antropología feminista, la historia social de la medicina y la sociología de la salud; y también porque logran compartir diferentes miradas sobre un mismo tema.

© Ramírez G.

© Bookwire

Parterías de Latinoamérica.  
Diferentes territorios, mismas  
batallas  
Georgina Sánchez Ramírez y Hanna Laako  
EDITORAS



Para mi hijo Andrés, mi filósofo mágico y profundo, fuente de inmensa inspiración, sentido del humor y ganas de seguir invocando crianzas deseadas y amorosas.

Georgina

Para mis hijas, Aurora y Lumi, mis dos guerreras preciosas y sabias, que me dieron el regalo más importante de mi vida: el ser mamá. Y que diario me permiten crecer con ellas, ser testigo de sus vidas, y descubrir tesoros inesperados: esas bellotas mágicas de color dorado y azul que encontramos en nuestro bosque de niebla, y que guardamos en nuestros bolsillos para que nos traigan suerte.

Hanna

EE.

362.1982098

P3

*Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* / Georgina Sánchez Ramírez y Hanna Laako, editoras.- San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur, 2018, 266 p.

E-ISBN: 978-607-8429-59-2

1. Tocología, 2. Comadronas, 3. Política pública, 4. Violencia obstétrica, 5. Planificación familiar, 6. Salud maternoinfantil, 7. Género, 8. Historia, 9. América Latina, 10. Estados Unidos, I. Sánchez Ramírez, Georgina (editora), II. Laako, Hanna (editora)

Imagen de portada: “Night with her train of stars” (Noche con su tren de estrellas), Edward Robert Hughes, 1912.

Watercolour, bodycolour and gold médium.

Primera edición en formato electrónico: agosto de 2018

DR © El Colegio de la Frontera Sur

[www.ecosur.mx](http://www.ecosur.mx)

El Colegio de la Frontera Sur

Carretera Panamericana y Periférico Sur, s/n.

Barrio de María Auxiliadora

C.P. 29290

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

Producción

Corrección de estilo y edición:

Gabriela Mariana Fenner Sánchez

Diseño de portada:

Juan Carlos Velasco Santos

Desarrollo de epub: [Nieve de Chamoy](#)

Los contenidos de esta obra fueron sometidos a un doble proceso de evaluación externa de acuerdo con la normatividad del Comité Editorial del Colegio de la Frontera Sur.

Todos los derechos reservados. Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico o su transmisión, descarga, descompilación, tratamiento informático, almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso escritos de las editoras.

Agradecimientos

Este libro ha sido un reto y un gran gusto, porque nos permitió explorar un poco más allá de nuestras fronteras, en todos los sentidos; así que gracias a todas y todos los colegas que respondieron al llamado y que nos compartieron un trocito de la partería y de su corazón en cada una de sus regiones, y que además se ajustaron una y otra vez a nuestra obsesión de que saliera todo lo mejor posible.

Gracias también a quienes nos regalaron su tiempo y su vasto conocimiento para valorar la pertinencia de cada uno de los capítulos que recibimos, haciendo impecables arbitrajes para este libro: Rosalba Icaza, Austreberta Nazar, Paola Sesia, Mónica Carrasco, Veronika Sieglin, Jaime Page, Mónica Luna, Ana María Carrillo, Bruno Baronnet, Lina Berrio, Cristina Alfaro, David Meléndez, Alejandro Meza y Ana Prado. De manera especial nuestro agradecimiento a la gran Ana María Carrillo por presentar esta obra.

A quienes siempre están detrás del escenario cuidando los detalles de edición, estilo y diseño para que la obra luzca en toda su magnitud: Gabriela Fenner y Juan Carlos Velasco, muchas gracias. A nuestro maravilloso equipo de Fomento Editorial de ECOSUR quien nos orienta, apoya, acompaña y motiva a seguir sembrando y cosechando en el jardín del conocimiento que se comparte.

Y gracias a las parteras, por existir. No se rindan, no están solas.

La civilización comenzará el día en que

la preocupación por el bienestar de las y los recién nacidos

[y sus madres] prevalezca sobre cualquier otra consideración.

**Wilhelm Reich**

Índice

- 1 [PRESENTACIÓN](#) ANA MARÍA CARRILLO FARGA
- 2 [INTRODUCCIÓN](#) LAS EDITORAS
- 3 [MATRONAS Y LA CONSOLIDACIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO EN CHILE, 1950-1970](#) MARÍA SOLEDAD ZÁRATE C. Y MARICELA GONZÁLEZ MOYA
- 4 [DAR A LUZ EN EL PERÚ. LA PARTERÍA EN LA ENCRUCIJADA DE LAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZACIÓN DEL PARTO, SIGLOS XIX A XXI](#) LISSELL QUIROZ PÉREZ
- 5 [EL PARTO HUMANIZADO EN LA ARGENTINA: ACTIVISMOS, ESPIRITUALIDADES Y DERECHOS](#) KARINA FELITTI Y LEILA ABDALA
- 6 [LA \(IN\)DEFINICIÓN DE LA PARTERÍA: EL DISCURSO SOBRE PARTERÍA TRADICIONAL EN LA POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA INTERNACIONAL 1990-2017](#) ANA MARÍA MATEO GONZÁLEZ E HILDA E. ARGÜELLO AVENDAÑO
- 7 [EMERGENCIAS DURANTE PARTOS DOMICILIARIOS EN ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO. EL PROBLEMA CON EL TRASLADO](#) ROBBIE DAVIS-FLOYD
- 8 [PARTERÍA TRADICIONAL EN EL MARCO NORMATIVO DE CUATRO PAÍSES LATINOAMERICANOS: DEL RECONOCIMIENTO A LA AMBIGÜEDAD](#) OLLINCA I. VILLANUEVA HERNÁNDEZ Y GRACIELA FREYERMUTH ENCISO

9 DIÁLOGOS SOBRE EL NACIMIENTO: TENSIONES ENTRE LA HEGEMONÍA BIOMÉDICA Y LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES. SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA PRISCILA BADILLO ROMERO  
10 DE LAS EDITORAS Y AUTORAS

Presentación

En los siete trabajos que integran el libro *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* –coordinado por las expertas en partería Georgina Sánchez y Hanna Laako– y diez investigadoras –todas ellas reconocidas también por su saber sobre el tema– se plantean problemas relativos a parteras y matronas de algunos países en la región latinoamericana: Argentina, Chile, México y Perú, si bien uno de los trabajos hace una comparación entre México y los Estados Unidos, otro trata de políticas internacionales en general, y se incluye, además, un capítulo sobre la mirada a los marcos normativos respecto a la partería de cuatro países de Latinoamérica.

Las autoras se hacen, entre muchas otras preguntas, las siguientes: ¿qué papel desempeñaron históricamente las obstetrices en el paso del parto domiciliario al parto hospitalario y en los programas de planificación familiar?, ¿de qué manera influye –en caso de urgencias obstétricas provenientes de partos domiciliarios– la actitud abierta al conocimiento de las parteras o por el contrario el autoritarismo sobre ellas, en la salvaguarda de la vida de las mujeres en trabajo de parto y su hijo o hija por nacer?, ¿qué se entiende en los marcos normativos nacionales e internacionales por autodeterminación de las mujeres en el ámbito de la salud materna?, ¿existe congruencia en los partos interculturales que dan a la mujer la posibilidad del parto vertical o la presencia de un acompañante, pero en los que las parteras tradicionales se limitan a remitir a las mujeres a las instituciones o a actuar como traductoras, en lugares en los que han sido históricamente prestadoras relevantes de servicios en el proceso reproductivo?, ¿qué relación ha habido históricamente entre la violencia obstétrica y la violencia política?, ¿por qué en países donde se ha incorporado a las leyes el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, incluyendo la violencia obstétrica, ésta continúa en las instituciones hospitalarias?, ¿cómo garantizar los derechos de todas las partes involucradas en el proceso del nacimiento, incluyendo los de las matronas que se ven orilladas a participar en rutinas hospitalarias?, ¿qué papel desempeñan las mujeres que no quieren tener dolor en la persistencia de la tecnificación del parto hospitalario?, ¿qué dificultades enfrentan los representantes de la biomedicina para eliminar prácticas en las que fueron educados y que hoy son calificadas de violencia?, ¿qué hacer para evitar que las prácticas de humanización se conviertan también en rutina protocolaria?, ¿de qué forma puede asociarse la presencia de un discurso espiritual a un discurso de derechos sexuales y reproductivos, y de este modo hacer alianza con premisas de autonomía corporal y agencia de los feminismos?

Buscando responder a esas preguntas, las autoras analizan a los diferentes actores y actoras involucradas en el embarazo, parto y puerperio –sean integrantes del personal biomédico, como médicos y médicas generales o ginecobstetras y pediatras; enfermeras, también generales, obstetras, y paramédicos–; o madres, niños y padres; parteras tradicionales o parteras profesionales certificadas, también denominadas matronas, obstetrices o parteras posmodernas (que en algunos países tienen estudios universitarios); doulas y activistas del parto.

Estudian a tales protagonismos en sus contextos económicos, políticos y sociales, y en los espacios donde laboran, que pueden ser comunitarios o institucionales, como las escuelas para matronas y las clínicas y hospitales de maternidad; las asociaciones de matronas o doulas – locales, nacionales o internacionales–, y los congresos organizados por ellas, así como sus redes internacionales de apoyo.

Los trabajos se basan en fuentes primarias: etnografías en campo, unos cuantos documentos escritos por matronas, memorias de congresos de parteras, documentos de archivo, convenios y resoluciones internacionales, leyes y reglamentos, boletines de organismos sanitarios y otras

publicaciones oficiales, estadísticas, memorias de asociaciones de beneficencia, artículos de prensa; pero también en trabajos académicos y otras fuentes secundarias.

En este libro hay una riqueza de abordajes, no sólo porque las autoras han investigado desde diferentes disciplinas: la antropología médica y la antropología feminista, la historia social de la medicina y la sociología de la salud; sino también porque llegan a tener diferentes miradas sobre un mismo tema. Su metodología varía desde la perspectiva interseccional, que articula la maternidad con la clase, la raza y el género-sexo, hasta los análisis cualitativos etnográficos, sobre nuevas espiritualidades femeninas y/o de género. Varias de las autoras recurren a entrevistas a profundidad, entrevistas semi-estructuradas o investigación participante, y al permitir a quien lee escuchar la voz de madres y parteras, de manera textual o no, les dan voz y las visibilizan.

La lectura del libro deja claro por qué se habla de parterías, en plural. Por un lado, los trabajos se ocupan tanto de matronas certificadas como de parteras tradicionales; por el otro, evidencian que las políticas dirigidas a ellas varían, no sólo entre países sino entre regiones de un mismo país, y analizan la manera en que estas profesiones y las políticas hacia ellas han evolucionado a lo largo de la historia (si la mayor parte de los trabajos se ocupan de la situación actual, otros se remontan a los años noventa, setenta y cincuenta del siglo XX, y uno más lo hace hasta finales del siglo XVIII).

Este libro muestra que las parteras tradicionales eran independientes y autónomas. Pasaron luego a ser controladas, pero vistas todavía como un recurso estratégico en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y en algunos casos incorporadas a los sistemas de salud. Hoy han sido prácticamente eliminadas y están muriendo sin tener quién las sustituya; sus funciones se han reducido de una gama muy amplia a unas cuantas actividades, y se les responsabiliza de la mortalidad materna, ignorando la determinación social que está detrás de aquélla.

Por su parte, las matronas habían sido instruidas por los médicos, pero realizaban su trabajo también de manera autónoma. Al ser incorporadas a los hospitales en el siglo pasado, en un contexto de medicalización de la sociedad, tuvieron que compartir con los médicos el espacio que antes habían tenido con las mujeres que daban a luz, y una parte importante de su relación con ellas. Con frecuencia creciente, la medicina hegemónica les autorizó a atender sólo partos normales, sin embargo, al ir cambiando los límites entre lo patológico y lo fisiológico, se redujo el número de funciones que realizaban. Si bien en la actualidad, en algunos lugares, éstas se han ampliado de nuevo por la redefinición del campo de los derechos sexuales y reproductivos.

Si bien ha habido confrontaciones entre parteras profesionales y parteras tradicionales de las que muchas de aquéllas quieren diferenciarse, son más las disimilitudes que la partería tradicional y la profesional –centradas en la mujer– tienen con la obstetricia biomédica –centrada en el riesgo–. Se trata de un conflicto entre sistemas de conocimiento distintos y estructuras de poder.

La medicina académica dice basar su actuación en la evidencia, pero los modelos alternativos muestran, también desde la evidencia clínica, los efectos benéficos de sus prácticas: masajes, baños, empleo de hierbas, posición para parir, promoción de la lactancia materna; frente a los efectos negativos causados por la medicalización del embarazo y el parto aun en los casos en que éstos son fisiológicos, la tecnificación del nacimiento y las intervenciones innecesarias, con sus alarmantes tasas de cesáreas.

En general, la obstetricia académica –enfermeras obstétricas– se opone a lo que parezca amenazar la hegemonía de su saber y su práctica, independientemente de si se trata de parteras profesionalizadas, matronas o de parteras indígenas. En oposición a la autonomía de éstas y de las mujeres, actúa con autoritarismo, y suele haber escasas posibilidades de diálogo. Sin embargo, hay resistencias y estrategias de negociación entre estos sistemas de saber y de poder.

Quienes luchan por la humanización del nacimiento han logrado llevar el parto no medicalizado y el parto respetado a la agenda de derechos y a la implementación de políticas públicas, buscado el reconocimiento de la validez de su saber. El parto respetado pasa así por reconocer la experiencia de dar a luz como un evento instintivo y natural, y como un proceso familiar, social y

altamente emocional; mientras que humanizar el sistema de atención biomédico significa evitar la medicalización y tecnificación del parto y del nacimiento, devolviéndole el protagonismo a la mujer que da a luz y a su hijo o hija, y tratarlos como sujetos de derecho. Es por eso que el título del libro habla de *mismas batallas*. No tengo duda de que esta obra resultará de interés para quienes se especializan en el tema, desde diferentes enfoques y trincheras. Será capaz de contribuir al diálogo tan necesario respecto al bien nacer en Latinoamérica y bien hacer de la partería en el presente, para preservar el futuro de este arte de partear.

Ciudad de México, verano de 2018

Ana María Carrillo Farga

Introducción

La idea de este libro surgió como una inquietud consiente de parte de nosotras, admiradoras de la partería, como resultado de nuestras experiencias personales como madres urbanas, de clase media, profesionales y enajenadas por la modernidad que limita y obnubila el conocimiento de nuestros propios cuerpos femeninos y sus procesos, de mover el engrane a favor de visibilizar los conocimientos y saberes de las mujeres, que desde épocas ancestrales y a pesar de las diferentes tempestades por los que han tenido que navegar, continúan ejerciendo el arte de partear en América Latina. El referente eran los trabajos que en otros continentes sí se han hecho respecto a la mirada sobre la partería entre países, y fueron Hilary Marland y Anne Marie Rafferty, nuestras musas inspiradoras.

Sabíamos que ya habían pasado exactamente 20 años desde que Marland y Rafferty editaron el libro *Midwives, Society and Childbirth: Debates and Controversies in the Modern Period* (“Parteras, Sociedad y Nacimiento: Debates y Controversias en el Periodo Moderno”, 1997) y a partir de diversas reflexiones en conjunto comenzamos a preguntarnos: ¿Cómo es que en nuestros países no parece existir una colección de artículos que narren científicamente sobre la partería en Latinoamérica? Ya sabemos qué pasó con la partería en Europa y los Estados Unidos, y al vivir en México, también tenemos algunas piezas del rompecabezas de nuestro territorio, pero ¿qué ha pasado con la partería en América Latina? ¿Existe una línea de investigación sobre la partería en este continente? Y si existe, ¿cómo es su estado del arte, quiénes son sus protagonistas y dónde están esas investigaciones?

Fue entonces cuando *nació* la idea de editar un libro compilatorio y polifónico sobre la partería en América Latina, convencidas de la necesidad de juntar en una red tantas mariposas al aire, porque como investigadoras contemporáneas de partería en México que habían buscado hilos para entender la evolución y frustraciones de esta profesión histórica en América Latina, nos dimos cuenta de que a pesar del desarrollo y extensión de la investigación académica sobre la partería en los países europeos y anglosajones, no existía ningún libro –según nuestro conocimiento actual– que compilara lo que se sabe sobre la partería en este continente y sus avances académicos. Así que decidimos intentar por nosotras mismas. Lanzamos una convocatoria en noviembre de 2017, esperando encontrar luces desde diferentes autorías sobre el tema, y como si de encontrar hadas en un bosque se tratara, surgió este libro: *Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios , mismas batallas*, como resultado de nuestra búsqueda intensa. Lo consideramos un paso pionero en la compilación de resultados de investigación científica dedicada a explorar y entender qué pasa con la partería en nuestros países actualmente y en su sendero histórico, a veces similar y a veces distinto a las historias anglosajonas y europeas.

Las autoras que colaboran en esta obra nos han descrito su trabajo como un camino en *soledad*, y que por lo mismo, nos ha invadido un sentimiento de alegría al encontrarnos y fortalecer en el continente esta línea de investigación, porque ante el arrinconamiento en que se ha visto la práctica de la partería y su correspondiente estudio, surge la suma de un *nosotras* desde una mirada latinoamericanista que a su vez dibuja particularidades según el contexto en que se describe la acción. Desde nuestra mirada hacia el futuro, profesamos que esta compilación será el umbral que de paso a una línea de investigación sobre partería consolidada en América Latina, por otros y otras colegas

interesadas en el tema, con el optimismo que nos da trabajar temas relacionados con el comienzo de la vida humana.

En este sentido, hemos querido retomar el libro “Parteras, Sociedad y Nacimiento: Debates y Controversias en el Periodo Moderno”, como un referente y como un objeto de homenaje para esta obra. En 1997, el debate sobre la partería en los países anglosajones y europeos llevaba ya décadas. Según Brigitte Jordan (1993, 1973 primera edición, véase también Laako 2017), –quien es considerada como “la partera” de estudios sobre la partería en los Estados Unidos– comenta que antes de la aparición de su obra *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, ni el parto ni la partería habían sido estudiados en las Ciencias Sociales.

La mayoría de fuentes y estudios que se encontraban sobre el tema eran de médicos o de algunos antropólogos enfocados más en los rituales, que en el significado social, incluso político, del parto, de la parturienta y del rol de quienes asistían en ese evento, considerado como “una crisis” universal en todas partes del mundo, sin embargo, con significados y reglas muy diferentes según el contexto. Es así que Jordan (1993) diseñó su estudio comparativo sobre el parto y construyó su concepto de *conocimiento autoritario*, semejante a las teorías de su contemporáneo más famoso, Michel Foucault. En otras palabras, con conocimiento autoritario y autorizado, Jordan (1993) se refería a las prácticas culturales con que se llevan a cabo los partos y que son culturalmente construidos y se forman como conocimientos “superiores” en las sociedades. De ahí se explican, en muchas maneras, el rol y la historia de las parteras y su posición frente al sistema biomédico moderno.

Así, Jordan argumenta que los partos y la partería deberían formar parte del estudio en las Ciencias Sociales como prácticas socialmente construidas, y nosotras agregaríamos que también tendrían que ser reestudiadas desde la medicina de la nueva era, para poder recuperar los saberes y prácticas que como resultado de la racionalización y legitimación de los conocimientos médicos – y su correspondiente asociación con la tecnomedicina que ha convertido el embarazo y el parto en procesos altamente medicalizados y enajenantes, aún en mujeres sanas– han investido a la Ciencia Médica moderna con el saber autorizado por antonomasia, degradando al resto de los conocimientos como si de algo con nula o poca valoración se tratara; en especial los saberes de las mujeres sanadoras y parteras, desde el medievo y hasta nuestros días (véase Gómez-García, 2017; Blázquez, 2008; Ehrenreich y English, 2006 y Michelet, 1987, entre otros).

A partir del trabajo mencionado de Jordan (Op Cit), los estudios sobre la partería se han expandido considerablemente, y hoy se encuentran muchas investigaciones comparativas alrededor del mundo que ocasionalmente incluyen estudios sobre la partería en países de América Latina; sin embargo, predominan los países anglosajones (por ejemplo, Davis-Floyd y Sargent 1997, Abreu et al 2006; Ehrenreich y English 2006; Federici 2010; Davis-Floyd 2001 y su número especial, Craven 2010; Staples, 2008; Carrillo 1999, 1998 y 2002; Sánchez, 2015, 2016, entre otros). Esta literatura académica ha logrado, entre otras cosas, darles su lugar histórico a las parteras, explicar el proceso de expansión biomédica que desplazó el lugar de la partera, incluyendo la emergencia de la profesión de enfermería como competencia, el rol de la partería como profesión antigua de las mujeres, la campaña de desprecio hacia las parteras y la emergencia de la partería profesional, como también el posicionamiento complejo de las parteras tradicionales e indígenas alrededor del mundo. Así, ahora la investigación ha logrado ubicar los partos dentro del análisis de las Ciencias Sociales en cuestiones relacionadas con las estructuras de poder y la medicalización de la sociedad, y la invisibilización de las mujeres-madres como protagonistas principales del parto.

En este estado del arte de la investigación académica sobre la partería, nos ha resaltado la obra de Marland y Rafferty (1997) como primer libro que examina con gran cuidado las vidas y el trabajo de las parteras en los siglos IX y XX en Suecia, Dinamarca, Italia, Inglaterra, España, Holanda, y los Estados Unidos como estudios interdisciplinarios desde la historia, la sociología, la medicina y otras ramas de las Ciencias Sociales. En los capítulos del libro mencionado, nos exponen un panorama

más complejo e interesante sobre el rol y la evolución del trabajo de las parteras cuestionando las suposiciones más convencionales.

Dicha obra devela además que las batallas de las parteras eran un reflejo o incluso una metáfora de las luchas y los debates más amplios sobre la raza, sobre la clase social, y sobre el género que han energizado la historia de la medicina durante los últimos años. En estos debates, fueron la profesionalización de la atención al embarazo y nacimiento, el desarrollo y uso de la tecnología para la obstetricia y la institucionalización del parto, los mayores enemigos de las parteras en los siglos IX y XX en Europa, ya que significaron su paulatino desplazamiento y desaparición, similar a lo que ha ocurrido en América Latina, según se puede constatar en nuestro propio libro.

Por otra parte, Marland y Rafferty dan cuenta de que es precisamente la organización internacional de las parteras durante el periodo de entreguerras en Europa lo que benefició de manera fundamental la sobrevivencia de la partería, aunque esta organización profesional implicó frecuentemente la necesidad de reformar el rol de la partera de manera convencional hacia un papel más de acompañante de los cuidados especializados prenatales y la vacunación de recién nacidos (que sirviera a los proyectos de los estados-nación de higienizar a la población, y controlar más de cerca sus prácticas reproductivas).

También queda evidente el rol de profesionalización como una cuestión de clase: la construcción de la partería como una profesión de clase media urbana en la época moderna, y por tanto, la eliminación de la partería tradicional en Europa. Este proceso sigue repitiéndose en las nuevas políticas internacionales que ahora promueven la partería profesionalizada – caracterizada principalmente por y para las mujeres urbanas de clase media– como una herramienta contra la mortalidad materna, y que propicia la disminución de la violencia obstétrica y la no medicalización innecesaria de los partos en los países en vías de desarrollo. Y en cambio, estas nuevas políticas que no han tenido el eco esperado en contextos donde ejercer la partería tiene otro color de piel, otra forma de adquirir los conocimientos, acompañada de precarias y solitarias condiciones para ejercer su trabajo aunado a la vulnerabilidad ante los sectores de salud institucionalizados, pero en los que las parteras siguen siendo las depositarias de la confianza de las mujeres que acuden a ellas; nos referimos a las parteras de zonas rurales y pobres en donde irónicamente hay una mayor necesidad de reducir la muerte materna, y atender los partos desde una hibridación entre las tradiciones culturales y la detección oportuna de riesgos.

Lo anteriormente mencionado se presenta aquí, sólo como ejemplo para demostrar la enorme riqueza de análisis social, político e histórico que se ha podido hacer desde la investigación académica sobre la partería, y por lo tanto, argumentamos que debe fortalecerse como una línea de investigación también en Latinoamérica considerando que el libro de Marland y Rafferty (Op Cit), editado hace ya dos décadas, contribuye de manera significativa a reescribir la historia de la partería en Europa y los Estados Unidos en donde las parteras no *sólo* se vislumbran como heroínas –que ciertamente lo son– sino también como mujeres históricas complejas con sus conocimientos y con su propia profesión incrustada en un momento de transformación política dentro del cual deben negociar su sobrevivencia.

Los dilemas de hoy en Latinoamérica no son menos, y suman continuidad a las batallas históricas. Como ya mencionamos, la situación de las parteras tradicionales e indígenas frente a las políticas internacionales y nacionales en torno a su supuesta relación con la muerte materna (Barona, et al, 2018; Bello-Álvarez y Parada Bolaños, 2017; García y Cruz, 2008, entre otros) sigue siendo un tema de gran relevancia y debate, pero eso desdibuja otros derroteros con los que ellas tienen que lidiar (Argüello y Mateo, 2014; Sarelin 2014; Organización de las Naciones Unidas, 2014; Sánchez, 2015, entre otros) en los cuales también está inmersa su propia necesidad de reagrupación y sororidad para reposicionarse como un amplio sector que procura la salud sexual y reproductiva en diversos rincones del planeta, sin el debido reconocimiento y prestigio a su labor.

La humanización del parto frente a la tendencia hacia su medicalización, ha emergido con más fuerza durante la última década y sus raíces están en Brasil y Venezuela (Camacaro, et al, 2015;

Laako 2016<sup>a</sup> y 2016b). Las evidencias a nivel internacional en países desarrollados sobre las ventajas de la atención de partos de bajo riesgo por parteras profesionalizadas, ya sea en los hogares de las mujeres, en Casas de Parto o en áreas alternas de atención al parto no medicalizado dentro del mismo sistema de salud, alientan dos fenómenos. Por un lado, la promoción de la atención al parto por parteras y en espacios no hospitalarios, documentándose ampliamente los beneficios de la atención al parto vaginal sin intervenciones médicas innecesarias –como el uso de oxitocina, enemas, anestesia, episiotomías, y tiempos de expulsión apresurados o posiciones forzadas para parir– (Walsh & Declan, 2007; Janssen, Page, Klein, Liston & Lee, 2009; Laws, et al 2014); y por el otro, la formación e inclusión de parteras profesionalizadas que puedan hacer frente a la atención de los partos de bajo riesgo antes mencionados con el correspondiente reconocimiento, apoyo y colaboración del sector médico y de ginecología, como se documenta en otros países en donde la tasa de mortalidad materna y perinatal es cercana a cero, y en los que la atención al parto por parteras es un modelo legalmente reconocido, así como las ventajas del costo-beneficio para los sistemas de salud (Groh, 2003; Schroeder, et al. 2011; Shaw, et al, 2016; Walsh, et. al. 2018).

En síntesis, la partería ha despertado el interés académico desde la antropología, la historia, la ciencia política, la sociología, la medicina y los estudios de género. En América Latina apenas estamos empezando.

La obra *Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios, mismas batallas* se inserta como parte de esta literatura clásica, pero también emergente y académica sobre la partería. Nos alegra publicar esta obra pionera en donde a lo largo de sus capítulos, las autoras latinoamericanas narran con gran complejidad la historia sobre la partería en este continente, y explican a partir de casos especiales la situación contemporánea de las parteras y las parterías de países diferentes.

Uno de los elementos más atractivos de esta obra es la mirada *interseccional*<sup>1</sup> del análisis que realizan las autoras en sus capítulos donde nos explican cómo, tanto las mujeres-madre, como las profesionales que las acompañan fueron simultáneamente afectadas por las biopolíticas, y la medicalización e institucionalización de los partos en Latinoamérica, atravesadas por la suma de sus identidades en el momento de vivir sus procesos. Así, los capítulos logran poner en la mesa cuestiones complejas sobre etnicidad, clase y género que inevitablemente implican la existencia de las parterías diferentes que, en el continente, conviven y entran en conflicto entre sí.

Otro aporte académico destacable del libro es la continuidad que se brinda en el análisis, a todo lo largo del siglo XX y hasta el XXI. Por una parte, los capítulos presentan un panorama nacional desde la entrada de la medicalización e institucionalización del parto al inicio del siglo XX, y luego hacia las políticas de anticoncepción (o planificación familiar) y el cambio cultural de las familias entre las décadas de 1950 a 1970, hasta llegar en la época contemporánea al discurso de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la tendencia de reivindicar la humanización de la atención del parto, y la re-emergencia de la partería profesionalizada, a través de las Casas de Parto y el retorno a la atención de los partos en casa en zonas urbanas donde ya había desaparecido dicha práctica.

Por otra parte, tenemos también el panorama simultáneo de la transición de las políticas internacionales y sus efectos a nivel latinoamericano sobre las parteras tradicionales e indígenas, desde el “indigenismo” e integración de las parteras tradicionales de mediados y finales del siglo XX, hasta el cambio de exclusión y exigencias de *interculturalidad* del siglo XXI. Todos son fenómenos que se sustentan y coinciden con lo que se ha investigado sobre la partería en otras partes del mundo; sin embargo, a la vez son procesos con características particulares de Latinoamérica que nos permite comparar y explorar cómo ha sido el ser mujer y el ser partera en este continente.

Es así que los capítulos del libro, cada uno a su manera y con su marco teórico y caso específico, responden a las interrogantes planteadas en nuestra convocatoria, aunque también dejan espacios para seguir explorando: ¿Cómo ha evolucionado la partería en países en vías de desarrollo diferentes de América Latina? ¿Cuál es el futuro de la partera latinoamericana profesional o tradicional? ¿Qué

problemáticas nuevas están enfrentando las parteras en la era del extractivismo y el despojo? ¿Qué posibilidades tienen las parteras de movilización políticas para generar fuerzas colectivas? ¿Hay alguna posibilidad de articular las parterías en América Latina con la Medicina moderna que no sea de subordinación? ¿Qué dicen las mujeres latinoamericanas sobre la opción de atender su salud con parteras y a qué estarían dispuestas desde su ciudadanía para defender esta profesión tan golpeada arbitrariamente?

Sin embargo, a pesar del creciente interés hacia el tema de la partería, la investigación actual cuenta también con grandes vacíos. Dado que por siglos la partería se ha ubicado en una posición marginal en grandes partes del mundo, y que las parteras han sido históricamente estigmatizadas, existen varias cuestiones de suma importancia que no conocemos de su historia y por lo tanto, de su situación actual. Uno de estos vacíos es la visión más comparativa y genealógica de la evolución de la partería en varios países de América Latina. Mientras que hoy se encuentran diversos estudios exhaustivos y comparativos sobre el desarrollo histórico de la partería en los países occidentales – Norteamérica, Inglaterra y otros países europeos– tales exploraciones comparativas no existen en América Latina.

Otro punto aunque quizás no implique un vacío sino más bien representa un elemento importante para mantener presente en la investigación académica sobre la partería, es la definición misma de la partera. A lo largo de nuestra investigación sobre la partería (véase Laako, 2017), nos hemos enfrentado frecuentemente con este tema, incluso al editar la obra que tiene en sus manos. Esto está relacionado, en primer lugar, con la definición internacional de partera, la cual está sujeta al debate, incluso al conflicto. La organización internacional de parteras (*International Organization of Midwives*, IOM) define a la partera exclusivamente a partir de lo que entiende por “partera profesional”. Esta partera profesional se define por sus estudios y títulos oficiales que la acreditan nacionalmente como tal. Claro está, en muchos países del mundo –como México, por ejemplo– tales carreras de partería profesional casi no existen, por lo tanto, hay diversas controversias respecto a quiénes deberían avalar los títulos en cada estado del país, y cómo debería resolverse el tema de las cédulas profesionales (véase Sánchez, 2016 p. 209- 224). En este sentido, la definición implicaría que las “parteras” entonces están invisibilizadas en estos países, contrario a la evidencia empírica. Es por esta razón que se han generado otros términos, como “partera tradicional”, “partera empírica”, “partera indígena”, “partera profesionalizada”, que hacen referencia a las parteras no tituladas existentes, sin embargo, son definiciones también sujetas al debate mundialmente.

En segundo lugar, es también común, dado el proceso de unificación de las dos profesiones históricamente distintas de la partería y la enfermería, y eliminación de la carrera exclusiva de las parteras, hacer referencia a las enfermeras como parteras, o al revés. Esto no es necesariamente erróneo, ya que hoy en día muchas parteras profesionales se han formado primero como enfermeras, siendo ese el camino hacia la partería. Sin embargo, dado que las dos profesiones tienen raíces históricas distintas e incluso contrapuestas, quizás sería adecuado tomar en cuenta la evolución de las dos profesiones y sus significados diferenciados, dado que las enfermeras proceden de un bagaje absolutamente vinculado a la biomedicina hegemónica que nada tiene que ver con la formación sororal de la mayoría de las parteras.

En tercer lugar, en Latinoamérica tenemos también términos diferentes para hacer referencia a la partera. Por ejemplo, en el caso de Chile, con el término de la matrona se refiere a la partera profesional titulada, mientras que las parteras suelen ser las no tituladas. En casos como México, frecuentemente la “partera” se suele entender automáticamente como la partera tradicional o indígena dado que las parteras profesionalizadas están aún poco presentes en el panorama de la atención al parto. Por lo tanto, la “partera” genera la percepción del estereotipo de la abuela indígena rural y no su contraparte joven urbana de clase media con estudios universitarios. Sin embargo, ambas son parteras y se definen como parteras. Del mismo modo, hoy en países como México “la partera tradicional” puede ser la indígena pero puede también referirse a las parteras mestizas de clase media y baja,

rural y urbana, así como también a las que resisten el sistema biomédico. Es por esta razón que incluso se ha sugerido que cuando se trata de reivindicaciones que hacen claramente referencia a los derechos indígenas, se utilice más bien el término de “partera indígena” (Laako, 2017). Estas cuestiones, evidentemente, también están sujetas al debate académico y social, e indica que dado todos los elementos en juego con el concepto de la partera, es mejor quitar el *corsette* que nos constriñe cuando hablamos de las parteras.

Con todo ese panorama antes expuesto, procedemos a mencionar que este libro está compuesto de siete capítulos y 11 autoras. Empezamos por el capítulo “Matronas y parto hospitalario en Chile, 1950-1979” de María Soledad Zárate y Marisela González Moya en donde ellas documentan y visibilizan la historia de las matronas chilenas durante este período, sobre todo su papel estratégico en la hospitalización del parto. De esta manera, re-escriben la historia con base en fuentes de archivo para demostrar el impacto que las matronas tuvieron en las políticas sanitarias en el siglo pasado.

En segundo lugar, se encuentra el capítulo “Dar a luz en el Perú. La partería en la encrucijada de las biopolíticas de medicalización del parto, siglos XIX a XXI” de Lissell Quiroz-Peréz que retoma el proceso de medicalización del parto, en este caso, en Perú del siglo XIX, y el detrimento de la partería tradicional como resultado de este proceso político sanitario. Concluye iluminando cómo este proceso contrasta hoy con la manera en que las diferentes parterías y formas de parir siguen presentes en el Perú.

En tercer lugar, presentamos el capítulo “El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos” de Karina Felitti y Leila Abdala. Ellas retoman el proceso del siglo XX con sus políticas sanitarias y analizan la emergencia de la humanización del parto como parte de la segunda ola de feminismos contra la violencia obstétrica y violencia de género, que ha dado raíz a la tendencia de nuevas espiritualidades y derechos humanos en los partos en el caso de la maternidad en la Argentina, implicando, entre otras cosas, la revalorización de las parteras y los partos en casa.

En el capítulo cuarto, “La in-definición de la partería: Evolución del discurso sobre partería en la política pública sanitaria internacional 1990- 2017,” Ana Mateo González e Hilda Eugenia Argüello Avendaño exploran las políticas internacionales contemporáneas y su impacto en el papel de las parteras tradicionales en América Latina. En su análisis dan cuenta de la ambigüedad de la definición de las parteras y cómo esto ha permitido que en las políticas públicas sobre la partería las parteras tradicionales se hayan quedado en un rol residual. Argumentan que la definición de la partería tradicional fortalece su visibilidad en el contexto latinoamericano como un recurso de salud en los contextos vulnerables.

El capítulo quinto es una traducción de la atinada obra de Robbie Davis-Floyd “Emergencias de partos atendidos en el hogar en Estados Unidos y México. El problema de los traslados”, la cual nos sitúa en uno de los problemas contemporáneos más comunes en la praxis de la partería frente a una emergencia que requiere ser llevada al hospital; se refiere a los problemas de la articulación, en el sentido de que si el personal médico hegemónico de la institución a donde se haga el traslado es capaz de creer a la partera sobre la referencia de las condiciones en que se encuentra la paciente, todo los mecanismos desencadenantes irán hacia salvar la vida de esa mujer y su criatura; pero, si sucede que el saber “autorizado” del personal médico ignora la voz de la partera que refiere a la paciente, los resultados pueden ser fatales; y para asombro de quienes consideran que el mundo desarrollado es mejor en todos los sentidos, Davis-Floyd nos muestra sorprendentes similitudes de casos y sus procesos de articulación o no, entre Estados Unidos de Norteamérica y México.

En la recta final se ubica el capítulo “Partería tradicional en el marco normativo de cuatro países latinoamericanos: del reconocimiento a la ambigüedad” de Ollinca Villanueva y Graciela Freyermuth. En su capítulo, ellas retoman el tema de las parteras tradicionales, pero ahora en contexto nacional en términos de la tendencia de interculturalidad. Las autoras concluyen que a pesar de la cantidad de normas, manuales, guías y protocolos sobre los partos interculturales, el rol de la partera tradicional sigue siendo ambigua, a pesar de que son agentes de salud culturalmente representativas.

Y de esta manera concluimos con el capítulo “Diálogos sobre el nacimiento: tensiones entre la hegemonía biomédica y la autonomía de las mujeres. Santiago del Estero, Argentina” por Priscilla Badillo quien explora cómo la institucionalización de los partos genera condiciones para la violencia obstétrica, tomando en cuenta la subalternización de las profesionales del parto, las obstetras.

En términos de esta obra, se entiende que la partera es un/a profesional en el sentido de haber acumulado su conocimiento experto, en su sentido más amplio y no limitado a estudios escolarizados, sobre el acompañamiento de la mujer durante muchas etapas de la salud de su cuerpo, pero de manera especial del embarazo, el parto y el posparto, y que ejerce su profesión de forma consciente. En este sentido, las parteras protagonistas de este libro, son depositarias de una profesión con raíces históricas que han permanecido, sobrevivido y reedificado a la partería, por ello hemos solicitado a cada autora una definición y explicación que consideraran pertinente sobre las parteras protagonistas de sus investigaciones.

Por último queremos compartirles que la idea del título se explica así misma, por la resonancia de las situaciones de las parteras a lo largo de la historia y a través del mundo; sus caminos han sido en solitario (baste con evocar la imagen de la *bruja o belladona*, viviendo sola en el bosque acompañada de su gato; pero también rodeada de sus plantas medicinales, de sus rituales y sus prácticas sanadoras, sin dominio masculino, en libertad) y ese eco resuena desde el libro inspirador ya mencionado de Hilary Marland y Anne Marie Rafferty hasta cada uno de los capítulos de esta obra; lo que sigue es no dejar de reconocer que hay batallas comunes, que las huestes deben unir redes, nexos, lazos y objetivos para conseguir ganar una de las tantas luchas pendientes por la visibilización e influjo de los conocimientos de las mujeres para las mujeres. Deseamos que esta compilación, honre merecidamente a tantas ancestras injuriadas por la osadía de unir dos elipses entre sí: ser mujer y ser partera.

En San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, agosto 2018,

*Las Editoras*

Bibliografía

Abreu, L., P. Bourdelais, T. Ortiz-Gómez y G. Palacios, 2006, *Dinámicas de Salud y Bienestar: Textos y contextos*, Edições Colibri y Universidade de Évora, Évora.

Argüello-Avenidaño, Hilda y Mateo-González, Ana, 2014, “Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años”, *LiminaR*, Vol. 12, n° 2, pp. 13-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002> Consultada el 7 de agosto de 2018.

Bello-Álvarez, Laura y Parada-Baños, Arturo, 2017, “Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela”, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 68, n° 4, pp. 256-265. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2925> Consultada el 9 de agosto de 2018

Camacaro, Marbella, Ramírez, Mariangel; Lanza, Lissete; Herrera, Mercedes, 2015, “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”, *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, Vol. 20, n° 68, pp. 113-120 <http://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf> Consultada el 7 de agosto de 2018.

Carrillo, Ana María, 1999, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, n° 19, pp. 67-190.

Carrillo, Ana María, 1998, “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”, *Asclepius* n° 2, pp. 149-168.

Carrillo, Ana María, 2002, “Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional”, *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, n° 22, pp. 351-375.

Carvajal, Rocío; Gómez, Milton; Restrepo, Natalia; Varela, María; Navarro, Cecilia y Angulo, Eliana, 2018, “Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina”, *Rev Cubana Salud Pública*, Vol. 44, n° 3. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es) Consultado el 30 de agosto de 2018.

Craven, C., 2010, *Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*, Temple University Press, Filadelfia.

Davis-Floyd, R. y C. Sargent, 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley.

Davis-Floyd, R., 2001, “La partera profesional: Articulating Identity and Cultural Space for a New Kind of Midwife in Mexico”, *Medical Anthropology* n° 20, pp. 185-243.

Ehrenreich, Barbara y English Deidre, 2006, *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*, Metcalfe & Davenport, Olmué.

Federici, Silvia, 2010, *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria, Traficantes de Sueños*, Madrid.

García, Cleotilde y Cruz, Sabina, 2008, “La salud perinatal de la mujer en una comunidad indígena”, *Ciencia Ergo Sum*, Vol. 15, n° 2, pp. 149-154. <http://www.redalyc.org/pdf/104/10415205.pdf> Consultada el 11 de agosto de 2018.

Groh, E., 2003, *Birth centre midwifery down under in Kirkham, Mavis. Birth Centres: A social Model from Maternity Care*, Books for Midwives.

Janssen, P., Saxel, L. et al, 2009, “Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwifery or physician”, *Cmaj*, Vol. 181, n° 6-7, pp. 377-383.

Jordan, B., 1993, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Cuarta edición, Waveland Press, Inc., Long Grove.

Laako, Hanna, 2017, *Mujeres situadas: Las parteras autónomas en México*. México, ECOSUR, San Cristóbal de Las Casas.

Laako, Hanna, 2016a, “Understanding Contested Women’s Rights in Development: Latin American Campaign for Humanization of Birth and the Challenge of Midwifery in Mexico”. *Third World Quarterly*. <http://dx.doi.org/10.1080/01436597.2016.1145046>.

Laako, Hannah, 2016b, “Los derechos humanos en los movimientos sociales: los derechos reproductivos en el movimiento de las parteras en México”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* n° 227, pp. 167-194.

Laws, P. et al., 2014, “Maternal morbidity of women receiving birth center care in New South Wales: A matched-pair analysis using linked health data”, *Birth: Issues in Perinatal Care*, Vol. 41, n° 3, pp. 268-275.

Marland, Hillary y Rafferty, Anne (ed.), 1997, *Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period*, Routledge, Londres.

Michelet, Jules, 1987, *La bruja. Un estudio sobre las supersticiones en la Edad Media*, Akal, Madrid.

Organización de las Naciones Unidas, 2014, *El Estado de las parteras en el mundo*, ONU, Estados Unidos de Norteamérica.

Sánchez, Georgina, 2016, *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México*, ECOSUR y Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas.

Sánchez, Georgina (ed.), 2015, *Imagen Instantánea de la Partería*, ECOSUR y Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas.

Sarelin, A., 2014, “Modernisation of Maternity Care in Malawi”, *Nordic Journal of Human Rights*, Vol. 32, n° 4, pp. 331–351.

Shaw, D. et al., 2016, “Drivers of maternity care in high income countries: can health systems support women centered care”, *The Lancet*, Vol. 388, n° 10057, pp. 2282-2295.

Schroeder, L. et al., 2011, "Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme". Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.

Staples, A., 2008, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico". En J. Tuñón, Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México, COLMEX, México, pp. 185-226.

Walsh, D., 2007, Improving maternity services: Small is beautiful: Lesson from a Birth Centre, CRC Press, UK.

<sup>1</sup> La interseccionalidad es una herramienta analítica para entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión o privilegio, por ejemplo no es lo mismo ser una partera profesional de mediana edad, urbana de clase media y dueña de una Casa de Partos que labora por su cuenta que ser una partera empírica, joven, indígena que acompaña a mujeres indígenas embarazadas en una Casa Materna del Sector Salud sin salario alguno.

Matronas y la consolidación del parto hospitalario en Chile,  
1950-1970<sup>1</sup>

María Soledad Zárate C.  
Maricela González Moya

**Resumen:** Este artículo se propone visibilizar y documentar parte de la historia de las matronas, concentrando la mirada en algunos aspectos referidos a su formación, al trabajo asistencial que brindaron y, particularmente, a su estratégico papel en el proceso de hospitalización del parto que llevó adelante el Servicio Nacional de Salud entre 1950 y 1970 en Chile. Las fuentes primarias consultadas, monografías médicas, estadísticas oficiales y congresos profesionales, constatan que la invisibilidad de estas profesionales contrasta dramáticamente con el papel fundamental que tuvieron en una de las políticas sanitarias más importantes del siglo XX chileno.

**Palabras claves:** matronas, historia, salud pública, parto hospitalario, Chile, siglo XX

Introducción

*La matrona chilena (midwife) atiende con toda la responsabilidad, el más alto porcentaje de los partos certificados por profesionales, y en todo caso, coopera a la atención de casi la totalidad de ellos (60%).*

*Pero además atiende la mayor parte del control prenatal y postnatal, tanto de la cliente privada, como de la institucional.*

*Se trata de una tradición cultural europea, que en Chile se arraigó hace 400 años, creando una profesión ya casi centenaria a su servicio. Tal vez no hay ningún profesional que haya entrado tan profundamente a la intimidad de nuestro hogar como la matrona.*

Adriasola, 1956, p. 138.

El reconocimiento al valor social y cultural de la matrona<sup>2</sup> era significativo y compartido por buena parte de la comunidad médica en la institucionalidad sanitaria de mediados del siglo XX en Chile. Sin embargo, la relación que las matronas establecían con médicos y otros profesionales paramédicos, sus condiciones de trabajo y remuneraciones, y especialmente su interés de diferenciarse de las parteras,<sup>3</sup> denominación que recibían aquellas mujeres sin formación certificada, eran aspectos problemáticos que afectaban a esta profesión de acuerdo con los propios médicos y las matronas que hicieron pública su voz.

Según el médico Guillermo Adriasola, entre 1936 y 1956 se habían titulado 500 matronas aproximadamente; se presumía que habían 900 matronas activas y que 300 trabajaban en el Servicio Nacional de Salud. En la labor de estas profesionales descansaba una de las metas más significativas de las políticas materno-infantiles de mediados del siglo XX chileno: la transición de la asistencia profesional del parto domiciliario al hospitalario. Dicha transición es una de las transformaciones

fundamentales de la asistencia obstétrica durante el siglo XX y que, con diferentes ritmos, en Latinoamérica se alcanzó pasada la década de 1960. El caso chileno no fue una excepción a esta tendencia. A mediados de la década de 1970, la hospitalización del parto alcanzaba en promedio el 85% de los partos que se producían a nivel nacional y, en su mayoría, siempre que fueran partos normales, eran asistidos por matronas (Szot, 2002).

La bibliografía que se refiere a esta transición, principalmente literatura clínica y producida por médicos, se ha inscrito en el campo de la historia de la medicina y de la salud pública, en donde la “asistencia profesional del parto” fue entendido como una meta para combatir la mortalidad materno infantil y también como un indicador de desarrollo social y económico para organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de 1950 en adelante. Esta organización presentó un informe técnico sobre el trabajo de la “partera profesional” en 1966, aludiendo a las diferencias formativas de estas profesionales y a los distintos trabajos que ellas realizaban a nivel mundial, y también dedicaba un apartado para la “comadrona tradicional” en virtud de que aquellas aún tenían presencia importante en sectores rurales y suburbanos (OMS, 1966). Para los organismos internacionales la asistencia del parto y el papel que han cumplido los médicos, las parteras y las comadronas ha sido materia de importante revisión desde mediados del siglo XX (Argüello-Avenidaño, Mateo, 2014)

Entre las principales acciones dirigidas a la contención de la mortalidad materno-infantil que la comunidad médica chilena emprendió, desde fines del siglo XIX, estuvo la promoción de la asistencia del parto por personas certificadas: médicos y matronas. Esta meta fue la primera fase de lo que entendemos como asistencia profesional del parto; la segunda fase correspondió a la transición de esa asistencia en el domicilio a recintos hospitalarios, la que comenzó gradualmente en la década de 1930 y que experimentó un decidido impulso a partir de la década de 1950 en Chile. En ambas etapas, la participación de estas profesionales para-médicas es decisiva en virtud del interés de contar con una cobertura sanitaria a nivel nacional. Sin embargo, la asistencia profesional del parto en Chile del siglo XX aparece liderada únicamente por la comunidad médica, sin reconocer el papel fundamental de profesionales como las matronas.

Este capítulo se propone visibilizar y documentar parte de la historia de las matronas, concentrando la mirada en algunos aspectos referidos a su formación, al trabajo asistencial que brindaron y, particularmente, a su estratégico papel en el proceso de hospitalización del parto en el marco del Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), entidad estatal que lideró la salud pública en Chile entre 1952 y 1979 y que se propuso, entre otras metas, consolidar esa asistencia. En virtud de que el gobierno de la Unidad Popular, que arriba en 1970, reforzó las políticas materno-infantiles dando origen a nuevos programas, este estudio concentra su análisis sólo entre 1950 y 1970.

Los antecedentes de la asistencia hospitalaria del parto previo al periodo del SNS son claves para entender la larga data de este proceso, y la importancia de las matronas en la transición del parto domiciliario al parto hospitalario que, en rigor, comenzó con el trabajo que realizaron en la Caja del Seguro Obligatorio (en adelante CSO) desde la década de 1920.

La importancia de esta trayectoria ofrece pistas respecto de una meta obstétrica que ha sido documentada por los médicos en informes y monografías de carácter clínico que, preferentemente, han valorado las decisiones y tareas que ellos diseñaron en su calidad de líderes de la CSO y del SNS. Sin embargo, lo cierto es que la implementación de esta política pública estuvo, preferentemente, en manos de las matronas. Como veremos, la cobertura hospitalaria del parto fue realmente efectiva gracias a que estas profesionales crecieron en número y se distribuyeron por el territorio chileno particularmente desde la década de 1950. Es así entonces que para entender en un registro más amplio la institucionalización de este tipo de asistencia, la gradual desaparición del parto domiciliario sostenido también por las matronas, e indagar en el fomento de la confianza de la población femenina en esta asistencia sanitaria, resulta relevante documentar el papel que cumplieron estas profesionales en dicho proceso, y en los dilemas y desafíos que enfrentaron. Asimismo, al documentar el trabajo

que estas profesionales realizaron, es posible matizar el habitual juicio respecto de su completa subordinación a los profesionales médicos. Las matronas ejercieron, en frecuentes ocasiones, su oficio en servicios suburbanos y en zonas rurales sin supervisión médica, por tanto, inevitablemente algunas de sus decisiones y prácticas se ejercieron con un grado importante de autonomía, cualidad clave de su entrenamiento clínico y también del proceso de profesionalización de su oficio impulsado por el SNS. Sin desconocer que tanto el proceso formativo como el ejercicio del oficio de matrona estaban bajo la supervisión médica, lo cierto es que su trabajo no debe ser entendido únicamente como un trabajo subordinado como se desprende de la información y análisis de las fuentes consultadas por este capítulo.

En América Latina, la historiografía referida a la trayectoria formativa y laboral de las matronas es de reciente data. Se cuenta con trabajos referidos a Brasil (Mott, 2001; 2003), México (Carrillo, 1998; 1999; Agostoni, 2001), y Ecuador (Clark, 2012) que revisan, entre otros temas, la influencia de la medicina francesa en las escuelas formativas de matronas, la relación que establecieron con los médicos que, en su mayoría, ha sido entendida como una relación subordinada, la frecuente asociación de su quehacer con las prácticas de abortos, su gradual incorporación a los modelos de institucionalidad sanitaria en sus respectivos países y la compleja convivencia que han experimentado las matronas, entendidas como profesionales de la asistencia del parto, con parteras y/o empíricas como se ha denominado a aquellas mujeres que ejercían este oficio sin formación certificada.

En el caso de Chile, si bien la historia de las matronas está en desarrollo, la escasa documentación producida por ellas es una limitación importante. Se cuenta con una investigación que revisa los primeros pasos de la transición de la partera a la matrona en la segunda mitad del siglo XIX, y con una revisión al trabajo realizado por las matronas que trabajaron en el SNS entre 1952 y 1964 que examina algunos aspectos de la trayectoria laboral y, particularmente, el compromiso ético de estas profesionales con las metas sanitarias de la época (Zárate, 2007b; Godoy y Zárate, 2015).

La elaboración de este capítulo cuenta con el análisis de fuentes documentales clásicas como informes y estadísticas institucionales, monografías médicas y fichas clínicas producidas por la comunidad médica, y con la revisión de un par de documentos producidos por las propias matronas en la década de 1950. Estos últimos constituyen una fuente valiosísima, pues la reconstrucción de la historia de las matronas en Chile es difícil y escabrosa dada la casi inexistencia de fuentes producidas por ellas mismas. Esta condición particular y diferenciadora de otras profesionales paramédicas femeninas como las asistentes sociales y las enfermeras —quienes han dejado un amplio registro de sus agrupaciones, de su trayectoria y de la defensa de sus derechos— dificulta el acceso a su “propia voz” y a la documentación de su historia desde ellas mismas.

#### Antecedentes de las primeras matronas

En los albores de la naciente República de Chile, la preocupación por impulsar el crecimiento demográfico respaldó la necesidad de mejorar las condiciones del nacimiento y de la salud materno-infantil. Una de las primeras medidas en esta línea fue la fundación de la primera Escuela de Matronas en 1834, institución que reforzaba la idea de formar científicamente a quienes asistían a las parturientas y a la vez promovía que el principal campo ocupacional de las matronas sería la atención del parto en el domicilio de la población femenina, a excepción de aquellas mujeres pobres que llegaban a la Casa de Maternidad de Santiago, fundada en 1875, y en algunas salas de maternidad alojadas en hospitales de la Beneficencia, a fines del siglo XIX (Zárate, 2007a).

Entrenadas por médicos de la Universidad de Chile en las clínicas realizadas en la Casa de Maternidad de Santiago, a cargo de Josefina Mazuela —unas de las pocas matronas consignadas con nombre y apellido en esa época— las matronas formadas en esta escuela de existencia interrumpida se convirtieron en la primera alternativa asistencial formal que compitió gradualmente con la ofrecida por la tradicional partera o empírica. No obstante, la formación recibida en el siglo XIX no trajo consigo un proceso de profesionalización; es decir, no se constituyó una comunidad de matronas reconocida por la posesión de un conocimiento exclusivo que sólo ellas normaban, ni tampoco se

fomentó que la dirección de dicha escuela quedara en manos de las primeras graduadas. Fueron los médicos quienes mantuvieron el control de la formación de las matronas —cualidad que se mantuvo durante buena parte del siglo XX— y delimitaron que las competencias de aquellas, en estricto rigor, se centraran en los partos considerados naturales y normales (Zárate, 2007a).

Con el cambio de siglo, y en el marco de la creciente visibilidad de una pobreza urbana que emergía como síntoma inequívoco de los primeros efectos de una incipiente industrialización, las preocupaciones sanitarias se transformaron en una materia de crucial alcance político. En 1900 por cada 1,000 nacidos vivos, morían 342; para 1920 la cifra había descendido sólo a 263 (Instituto Nacional de Estadísticas, 1999), y el deterioro físico y social que experimentaba la población trabajadora se constituyó en fuerte estímulo para que las élites más comprometidas con acciones caritativas, los movimientos de organizaciones políticas y laborales, y particularmente, la comunidad médica, presionaron al Estado a asumir un papel más activo en la contención social y sanitaria.

La presión médica fue explícita especialmente en dos reuniones: el Primer Congreso de las Gotas de Leche y el Primer Congreso de Beneficencia Pública, realizados en 1912 y 1917 respectivamente, en donde se planteó de manera general, la necesidad de racionalizar la asistencia caritativa, de modernizar los recintos asistenciales y de promover la formación de asistentes médicos y auxiliares. En relación a la asistencia del parto de las mujeres más pobres se reforzó, entre otros temas, la importancia de construir y promocionar asilos maternos —importante antecedente de la asistencia hospitalaria del parto— y se insistió en la instrucción de las matronas y el rechazo al trabajo de las “empíricas” (Zárate, 2007b).

A inicios de la década de 1920 la economía chilena estaba estancada y la crisis social y económica no daba tregua, especialmente ante la aparición del salitre sintético que competía con el salitre natural, principal recurso que sostenía al país. El gobierno del Presidente Alessandri no logró imponer una serie de reformas sociales dirigidas a contener el fuerte descontento político, las que finalmente fueron promulgadas después del Golpe Militar de Carlos Ibáñez del Campo de 1924. El sello de aquellas reformas fue el incremento de la intervención estatal en la vida ciudadana. Dos de ellas son fundamentales para las políticas sanitarias: la Ley de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio de 1924 (CSO) y, posteriormente, las reformas al Código del Trabajo de 1931 que consagraron los derechos de la madre trabajadora, el descanso prenatal y postnatal y los subsidios materiales (Livingsstone y Raczinsky, 1976). La ley de la CSO estableció la afiliación obligatoria de la población obrera —hombres y mujeres menores de 65 años— a un seguro de enfermedad e invalidez, e inauguró la obligatoriedad de la asistencia profesional de las parturientas durante el embarazo, parto y puerperio, más la entrega de auxilios durante el periodo previo y posterior del embarazo por un par de semanas (Ferrero Matte de Luna, 1946, p. 88).

La asistencia profesional del parto que brindaba la CSO a las madres trabajadoras, población objetivo de esta fundacional política sanitaria, estaba preferentemente en manos de las matronas funcionarias de la institución, y de matronas de libre elección a las que podían optar las aseguradas que residieran en las ciudades más populosas. Es clave indicar que esa asistencia profesional no era sinónimo de asistencia hospitalaria: lo que se quería imponer en la época era que el parto fuera asistido en el domicilio por profesionales certificados: médicos y matronas (Caja del Seguro Obligatorio, 1944).

Se consideraba que el trabajo de las matronas en los consultorios de la CSO era especialmente valioso, pues al diagnosticar tempranamente el curso del embarazo, facilitaban la labor del médico rural; podían reemplazar gradualmente a las parteras, y, en frecuentes ocasiones, ellas eran las únicas profesionales que asistían a las beneficiadas de la CSO en ausencia del médico. Pese a que desde la segunda mitad del siglo XIX, el trabajo que hacían las parteras era fuertemente criticado por la comunidad médica (Zárate, 2007a) la falta de cobertura que dicha comunidad podía ofrecer, especialmente en zonas rurales, permitió la coexistencia —en ocasiones problemática— de parteras y matronas al menos hasta mediados del siglo XX (Zárate, 2007b).

No está demás señalar que la queja habitual de la CSO era que el número de médicos no cubría la demanda sanitaria en general ni la asistencia de partos en particular. Sin embargo, a juicio de la comunidad médica, las dificultades para disponer de un número adecuado de matronas en zonas suburbanas y rurales fue un constante problema para la institución debido a la falta de incentivos económicos, al bajo número de graduadas y a las usuales renunciadas de las matronas empleadas en consultorios y casas de socorros lejanas a las principales ciudades como Santiago, Valparaíso o Concepción (Caja del Seguro Obligatorio, Reuniones sobre Temas de Organización Interna de las Jornadas Médicas, 1939). A diferencia de investigaciones extranjeras que ofrecen testimonios de las propias matronas respecto de los desafíos que supuso la profesionalización asistencial del parto como, por ejemplo, el traslado de matronas a zonas rurales (Marland y Rafferty, 1997), en el caso chileno desconocemos cuáles eran sus posiciones, dado que las matronas locales no contaban con publicaciones periódicas, ni tampoco organizaciones gremiales que hayan producido textos en la época.

En rigor, es en la década de 1930 que las matronas se familiarizan más sistemáticamente con la asistencia hospitalaria del parto, pues si bien el criterio de la CSO era promover la asistencia profesional del parto domiciliario, de los 25,000 partos atendidos por la institución en 1939, 8,000 de ellos ya correspondían a partos atendidos en recintos maternales que, en su mayoría, respondían a casos de partos complicados, diagnosticados previamente o a urgencias obstétricas (Ortega, 1940).

En síntesis, el incremento del número de matronas que demandaba la CSO da cuenta del creciente interés por contar con sus servicios y de lo estratégico que era este recurso profesional para las metas de la institución.

#### La formalización del oficio

“Porque es tu prójimo, sé atenta y comedida. Alívala si puedes. Porque va tu prestigio: trabaja en conciencia. Habla poco. Anda siempre aseada”. Según el médico Javier Rodríguez Barros, estos eran algunos de los consejos impresos en las paredes de la Maternidad de Santiago que las estudiantes para matronas debían recordar en la segunda década del siglo XX (Rodríguez Barros, 1918, p. 25).

La formación de las matronas que había comenzado en la Casa de Maternidad de Santiago, casa que se integró al Hospital San Francisco de Borja a fines del siglo XIX, fue reorganizada en torno a la creación de la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas en 1913, al que se sumó el Instituto de Puericultura, iniciativa liderada por el médico Alcibíades Vicencio con el apoyo de la Municipalidad de Santiago. Dicha fusión robusteció la formación de las matronas, por medio de reformas al plan de estudios y la creación de un internado que facilitó la aceptación de estudiantes de provincias. Luego de dos años de estudios, las candidatas presentaban exámenes ante una comisión formada por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Director de la Escuela y otros dos miembros designados por la Facultad. Junto a la formación referida a la asistencia del parto, se insistía en materias como la educación maternal y el cuidado del recién nacido. Sus prácticas se desarrollaban en el Consultorio Obstétrico, Consultorio de Puericultura y el Servicio Domiciliario de Partos que mantenía la Municipalidad de Santiago, este último a cargo de cinco matronas que distribuían sus servicios en distintos barrios de la ciudad (Rodríguez Barros, 1918).

En este periodo, la asistencia hospitalaria del parto aún era una experiencia excepcional, dirigida sólo a las madres más pobres: las matronas se entrenaban en los procedimientos propios de esta asistencia únicamente en la práctica que desarrollaban en la Maternidad del Hospital San Borja. Pese a que en ocasiones las 72 camas se hacían escasas, se contaba con sala de partos para asistir cuatro partos simultáneamente y una sala de aislamiento de puérperas que lo convertían en el recinto asistencial más moderno. Las puérperas permanecían junto a sus hijos como máximo 8 días, si es que no presentaban patologías; y las internas junto al trabajo de asistencia del parto y revisión de las embarazadas, también eran responsables del orden y aseo de las dependencias del recinto; es decir, tempranamente su trabajo hospitalario estuvo asociado a tareas de servicio que se sumaban a las de carácter clínico. Precisamente, las numerosas tareas domésticas que debían realizar adicionalmente

a la asistencia de las parturientas fue una de las protestas que las matronas hicieron públicas en el Congreso de 1951 que aquellas organizaron.

Después de este periodo fundacional, los reportes sobre la formación que recibían las matronas son fragmentarios. Durante la gestión de la Escuela de Obstetricia y Puericultura a cargo del reconocido obstetra Víctor Gazitua, no existió una reglamentación de “principios rígidos” respecto de los requisitos de postulantes hasta 1933, salvo saber leer y escribir, y contar con educación primaria.

Solo desde 1934 se solicitaba que las candidatas contaran con 4to de Humanidades; en 1935 se incrementó al 5to año, y desde 1947 sólo se aceptaron a quienes contaban con licencia secundaria completa. Finalmente en 1952 se estableció como requisito de ingreso el contar con el título de bachiller en biología, por tanto la carrera finalmente adquirió carácter universitario, si bien continuaba siendo dirigida por médicos. Paralelo al crecimiento de requisitos y de responsabilidades para las matronas se incrementó su cultura humanística y se homogeneizó su formación universitaria. En 1947, una reforma al plan de estudios permitió la incorporación de cátedras como Bacteriología, Higiene e Inmunología, y enfermería general en el primer año. En el segundo año se incorporaron las de Farmacología y Dietética, Patología General y Fisiopatología, y Medicina Social y Ética Profesional, favoreciéndose una educación más integral y acorde a las exigencias de otras escuelas sanitarias de la época (García Valenzuela, 1956). Respecto de las características socio-económicas de las candidatas, no tenemos mayores noticias; suponemos que dado las escasas exigencias académicas en las primeras décadas de esta formación, se trataba de mujeres que si bien podían postergar su ingreso al mercado laboral por un periodo breve, aquellas formaban parte de las clases medias bajas. También los gastos que suponía esta formación, según información del Tribunal del Protomedicato hasta fines del siglo XIX, podían ser asumidos por mujeres que contaban con cierto respaldo familiar: la exigua reconstrucción genealógica que hemos podido hacer nos enseña que varias de las candidatas a exámenes eran hijas de militares, pequeños comerciantes y profesores normalistas, entre otros (Zárate, 2007a). Desafortunadamente no se cuenta con datos sobre las candidatas a matronas en la primera mitad del siglo XX, pues no se conservan registros de las matrículas. Lo que sí es posible suponer es que dado los bajos ingresos que se recibía por el ejercicio de la profesión a mediados del siglo XX, ésta no atraía a una población femenina particularmente pudiente (Klimpel, 1962).

Gracias a su experiencia como Jefe de la Maternidad del Hospital San Francisco de Borja desde 1952 y como director de la Escuela de Matronas, Raúl García Valenzuela, planteaba que el principal desafío que deparaba la formación de las matronas a mediados de siglo, era entrenarlas en algunos problemas que afectaban la salud de la persona y la colectividad en el marco de los preceptos de la medicina social, pues su responsabilidad era mayor que las de “otras profesiones paramédicas que tratan de invadir sus dominios sin ninguna credencial”. Ante esta aseveración de García Valenzuela, es importante señalar que las matronas no eran estimuladas a realizar estudios de posgrado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, fundada en 1943, como sí sucedía con otras profesionales paramédicas como las enfermeras, pese al interés de que las primeras debían entrenarse en “medicina social”. Asimismo, este médico volvía sobre una de las cuestiones sensibles del ejercicio de este oficio: la clásica vinculación de su trabajo a la práctica de abortos, práctica de un “grupo reducido de matronas”, que desprestigiaban el oficio y contribuía a su “subestimación” (García Valenzuela, 1956).

El Servicio Nacional de Salud y la salud materno-infantil

El SNS fue la institución de salud pública más importante de la historia chilena. Se creó en el año 1952, agrupó a las instituciones sanitarias existentes a la fecha y se encomendó la tarea de “reducir los riesgos de enfermar y morir” y promover “la salud física, mental y social” (Valenzuela; Juricic y Horwitz, 1953, p. 15). Realizó acciones sanitarias y de asistencia social, inspiradas en los principios de la salud como “completo estado de bienestar” desarrollado por la OMS.

Tanto en la doctrina que lo animó, como a nivel de sus realizaciones prácticas, el SNS fue una institución de alcances universalistas, que otorgó prestaciones curativas a más de un 70% de la población chilena, alcanzando una cobertura del 100% en programas de protección y fomento de

la salud. El presupuesto del Servicio creció de manera sostenida desde su creación, y ya en 1966 constituía un 9.6% del gasto fiscal total, superando significativamente el aumento poblacional de esos mismos años, que no había superado el 13% (Lavados, 1984). El SNS consumía el 90% del presupuesto del sector salud y aproximadamente el 95% de las camas hospitalarias del país estuvieron bajo su responsabilidad hasta fines de la década de 1970, cualidades que avalaban un servicio sanitario internamente robusto, internacionalmente reconocido y hegemónico respecto de las políticas sociales chilenas.

Al cumplir una década de actividades, junto al reconocimiento del trabajo que realizaba, el SNS también recibía importantes críticas políticas y era objeto de fuertes presiones económicas en virtud de las dificultades que experimentaba para financiar las tareas monumentales en que se había embarcado desde su fundación. No obstante este espectáculo, los indicadores sanitarios experimentaron un franco ascenso respecto de la época anterior al servicio. Por ejemplo, a nivel de medicina curativa se incrementó el número de personas atendidas en consultas externas y hospitalización, a la vez que en estos últimos recintos se racionalizaron las estadías, al disminuir los días de internación de 19 días promedio en 1952 a 12.5 días en 1966 (Mardones Restat, 1967, p. 477).

Asimismo todos los indicadores sanitarios generales mejoraron significativamente (salvo la mortalidad infantil tardía) Entre 1925 y 1966 la mortalidad general bajó de 27.7 a 10.2, la mortalidad infantil disminuyó de 258 por 1,000 nacidos vivos a 101,9 y la mortalidad neonatal de 124 a 34,8 por 1,000 nacidos vivos. La expectativa de vida de 36 años en la década de 1920, alcanzó los 60.6 años en 1966 (Viel, 1989, p. 8; Medina, 1960, p. 740; Mardones Restat, 1967, p.477). Respecto de la atención médica, se incrementaron las atenciones en todos los niveles; se quintuplicó la entrega de leche, las consultas pediátricas, los exámenes de laboratorio y las vacunaciones, mientras que las consultas maternas crecieron en un 321%, los partos en un 158% y las consultas médicas en un 147% (Mardones Restat, 1967, p. 477)

Específicamente, la protección sanitaria de madres y niños fue un objetivo señero del SNS, toda vez que se entendía como un indicador para el desarrollo socioeconómico, y era preciso disminuir la tasa de mortalidad infantil que en 1950 aún era particularmente alta, alcanzando un 132.2% y la mortalidad materna un 3.3% (Valenzuela, Juricic, Horwitz, Garafulic, Pereda, 1956). A casi una década de su fundación, en 1961, más del 53.1% del conjunto de las atenciones brindadas por el servicio correspondían a las políticas materno-infantiles (Servicio Nacional de Salud, 1961). El nuevo servicio se propuso continuar y profundizar algunas de las políticas que había iniciado la CSO, entre ellas la asistencia profesional del parto y el control prenatal en donde las matronas tuvieron una importante responsabilidad, y también inauguró el primer programa de planificación familiar en 1965, implementado de manera significativa por matronas, dirigido principalmente a la contención de la alta tasa de abortos, uno de las más graves problemas de salud pública de aquella década (Zárate y González, 2015).

Gracias a la creciente red de consultorios suburbanos que el SNS impulsó desde la década de 1960, el papel de las matronas fue crecientemente significativo en labores de coordinación de la atención prenatal, regulación de la natalidad y atención de puerperio (Servicio Nacional de Salud, 1970). No menos importante fue la atención al recién nacido en los servicios obstétricos y en iniciativas como, por ejemplo, el Centro de Atención de prematuros del Hospital Calvo Mackenna (Servicio Nacional de Salud, 1959). En virtud de que las enfermeras recibieron tempranamente educación pediátrica y su influencia en centros de salud desde la década de 1940 fue creciente, su protagonismo en el cuidado sanitario infantil aumentó y, en ocasiones, el cuidado del recién nacido fue un factor de disputas importantes con las matronas, que se hicieron públicas en la década de 1970. No obstante, las matronas tenían un campo ocupacional asegurado en tanto la asistencia profesional del parto y el cuidado del recién nacido, que experimentó una fuerte demanda en la época, a lo que se sumó su central desempeño en las actividades de planificación familiar que el SNS inauguró en 1965 (Zárate y González, 2015).

### La hospitalización del parto: mandato del SNS

A cinco años de fundado el SNS, esta meta estuvo entre las más importantes para el conjunto de sus políticas de cuidado materno infantil; se estimaba que la atención de los partos en el hospital era una modalidad que podía asegurar un mejor control de riesgos obstétricos, de asegurar mejores condiciones sanitario-ambientales para el recién nacido y que permitía a los profesionales sanitarios poner a disposición de la población mejores procedimientos clínicos y antisépticos a los que no era posible recurrir en el domicilio. Asimismo, la asistencia hospitalaria del parto era percibida por la comunidad médica como un signo de progreso institucional:

poco más de la mitad de los nacimientos vivos ocurridos en Chile en 1956 tuvieron lugar en establecimientos hospitalarios. Esta proporción, sin ser de las más aceptables, revela un notable progreso en la atención de las embarazadas, a través de los últimos lustros. En 1930, por ejemplo, sólo un 12% de los partos fueron atendidos en maternidad, índice que subió a 17% en 1940. Desde entonces, el incremento ha sido más acelerado, hasta alcanzar el 50.9% en 1956 (SNS, 1957, p.29).

Si bien la política del SNS promovió la asistencia hospitalaria del parto, la atención domiciliar no fue desechada, pues se conservó como una atención de emergencia indicada por el “médico tocólogo del consultorio prenatal donde se controla la madre”, y era realizada por matronas no funcionarias debidamente calificadas e inscritas en el Colegio de Matronas y en el Consultorio prenatal (Boletín del SNS, 1965, p. 11)

En 1952, el SNS había atendido 66,532 partos normales, cifra que en 1961 se incrementó a 156,218. Dicho crecimiento reflejaba que el índice ocupacional de las principales maternidades si bien era satisfactorio, las 2,819 camas para parturientas que representaban el 10% del conjunto de camas del Servicio resultaban escasas (Servicio Nacional de Salud, Diez años de labor, 1962, p.68)

El alto valor que se daba a la asistencia hospitalaria del parto era su cualidad de disminuir “los riesgos del proceso fisiológico del nacimiento”; del total de niños nacidos vivos en hospitales en 1961 (173.¿,528), el 94,8% lo había hecho en los establecimientos del Servicio. Se trataba de un “éxito ponderable” si se comparaba con el 40% que había nacido en maternidades en 1952. (Servicio Nacional de Salud, Diez años de labor, 1962, p. 69)

En 1956, Santiago contaba con 6 Servicios de Maternidad que albergaban un total de 948 camas y de las cuales egresaron 59,545 parturientas: 62% de ellas recibieron atención por parto normal, 17% por patología en embarazo, parto y puerperio y un 22% por abortos. La importante presión asistencial daba cuenta del interés progresivo femenino por atenderse en estos recintos y fue motivo del incremento paulatino del número de camas (Boletín del Servicio Nacional de Salud, 1957).

Sin embargo, la cobertura de esta asistencia, provista por médico o matrona, experimentó variaciones muy notables en términos territoriales: en Magallanes alcanzaba el 91.7% y en la isla de Chiloé sólo el 15.0% (SNS, 1957, p.31). Ambas provincias del extremo sur exhibían distintos grados de “atención profesional”, relacionados tanto con el acceso a ellas como a la densidad poblacional que albergaban. En provincias cercanas a la capital, como Los Andes, la hospitalización del parto hospitalario parecía un hecho consolidado en 1960, pues el 86.3% de los nacimientos inscritos se produjo en el hospital y sólo un 13.7% en domicilio (Bol SNS, 1960, p.311).

En contraste, otras áreas del centro sur del país registraban índices menos auspiciosos en igual periodo: en la zona de O'Higgins y Colchagua, provincias contiguas a la capital, se sostenía que el alto porcentaje de embarazadas sin control y sin atención adecuada en el parto se explicaba por la falta de conocimiento de los centros maternales, la atención deficiente que estos brindaban, la falta de información sobre la atención de horas y días o “el desconocimiento de los beneficios que proporcionan el SNS y Servicio Seguro Social”. En la zona de Ñuble, la asistencia del 57.5% de los partos, accidentes del parto y abortos representaba una cifra significativa que se “justifica ampliamente porque nuestra zona es totalmente agrícola, la población está totalmente dispersa y con pésimos caminos, además de la falta de cultura y de atención de la embarazada rural”.

Si bien se contaba con infraestructura para la atención de los partos complicados en los hospitales, se requería preparar auxiliares en terreno que asistieran los partos rurales, no complicados. Finalmente sorprende que, según un informe del SNS en 1960, en la zona de Concepción-Arauco-Bío Bio, un polo urbano significativo, sólo el 45.5% de los partos eran atendidos en hospitales o clínicas, y el 9,5% era atendido por el Servicio en su domicilio, dejando a un 45% de partos que se verificaban en el domicilio sin ningún tipo de atención profesional (Boletín del Servicio Nacional de Salud, 1960).

A menos de 10 años de fundación, la cobertura hospitalaria del parto del SNS era muy heterogénea, presumiblemente debido a factores técnicos como la ausencia de profesionales, factores culturales como el desconocimiento o la no preferencia de la población por esta asistencia, y factores económicos como la carencias de camas hospitalarias.

Es importante considerar que entre 1952 y 1970 se registró un incremento de sólo 10 hospitales, de 220 a 230, y un aumento de camas hospitalarias de 28,537 a 34,102 (Dirección General de Estadísticas, 1952; 1960; SNS Anuarios de Atenciones y Recursos, 1970).

Sin embargo, el recurso “cama” igualmente era escaso en virtud de la creciente demanda; éste había descendido de 4.2 camas por 1.000 habitantes en 1958 a 3,7 en 1970 (Medina, 1979, p. 111). La disponibilidad de más salas para la atención del parto y de camas para las unidades maternas era condición base para este incremento pero no necesariamente crecían al ritmo de la demanda.

#### La escasez de matronas en el SNS

Ante el fuerte impulso de la asistencia profesional del parto y su creciente hospitalización, surgió una temprana preocupación institucional: la escasez de matronas para absorber esta demanda. A sólo un año de creado el SNS, en 1953, se contaba con una matrona por 250 partos, con 1 matrona por 7,500 habitantes y el 40% de los partos no recibían atención profesional. A diferencia de lo que sucedía en Chile, en Inglaterra, país que solía ser punto de comparación de algunos médicos a propósito del trabajo que realizaba el National Health Service, se contaba con una matrona por cada 50 partos y sólo el 40% de ellos eran domiciliarios. Se tenía conciencia de que en la medicina moderna, dicho personal reemplazaba “al médico en un número importante de actuaciones profesionales, complementándolo ampliamente y permitiendo que éste se dedique principalmente a la atención de los casos clínicos en que su capacidad profesional es insustituible” (Bol SNS, 1957, p. 74).

Hacia 1955, el SNS estimaba que empleaba a un total de 600 matronas, de las cuales 196 matronas residían en la capital; mientras que en la provincia de Aconcagua se contaba con 19 matronas y en la de Tarapacá sólo con 3 (Valenzuela, et al., 1956, p. 265). Se trataba entonces de un recurso que tenía una presencia desigual en el territorio, la cual fue enfrentada con la creación de nuevas escuelas de obstetricia como, por ejemplo, la fundada en Valparaíso en 1955, que en su segundo año de funcionamiento había matriculado a 18 alumnas, y que junto a las 70 que estudiaban en Santiago representaban un número “bastante aceptable” (García, 1956, p.136), pero que en el marco de las crecientes necesidades del Servicio Nacional de Salud era insuficiente.

Con el objeto de contribuir a la disminución de riesgos obstétricos y de revertir la escasez de matronas, médicos como García Valenzuela y Adriasola plantearon una eventual fusión de la carrera de matrona y enfermera en la década de 1950. La propuesta no prosperó pues suponía alargar los estudios de enfermería que ya alcanzaban los 3 ½ años, se concentrarían demasiadas responsabilidades en una misma profesional y se lesionaría una tradición arraigada en la población, pues “la matrona chilena se ha vinculado a la intimidad del hogar chileno; su fusión y eliminación brusca despertaría resistencia culturales y gremiales” (Adriasola, 1956, p.139). Pese a las desventajas en que se desarrollaba la profesión, lo cierto es que ésta gozaba de una confianza entre la población que era imposible desconocer y de la cual la comunidad médica era plenamente consciente, como lo atestiguan las palabras de médicos como Adriasola.

Junto a la escasez de profesionales, otra interrogante que emergió en la década de 1950 era la calidad de las profesionales. Un buen ejemplo para ilustrar tal realidad es lo que sucedía en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, comuna muy populosa de Santiago poniente, en donde se constataba

que de las 17 matronas empleadas, 10 de ellas no contaban con el 4to año de humanidades y dos se habían titulado hace más de 50 años.

Asimismo, algunos médicos compartían el juicio de que las matronas no eran especialmente apreciadas entre los trabajadores de la salud; junto a esto, el hecho de que no contaban con organizaciones gremiales y científicas influyentes, y usualmente eran asociadas a la provocación de abortos eran factores que perjudicaban la opinión que los médicos tenían de ellas (Adriasola, 1956, p. 139). A nuestro juicio, estas cualidades hacían que este oficio se caracterizara por una mayor vulnerabilidad y fragilidad en comparación con otras profesiones paramédicas y, particularmente, alimentaban el “menosprecio” que solía generar entre la profesión médica, menosprecio al que aludía una de las líderes de la Asociación Nacional de Matronas que comentaremos más adelante.

Con certeza, la escasez de matronas era un problema grave para la cobertura rural. El SNS había determinado que en el sistema hospitalario, donde el primer nivel lo constituían los hospitales rurales, se debía asegurar la presencia de una de estas profesionales. La razón era obvia: aquellos recintos debían asumir la atención de partos, la atención “ambulatoria materno infantil y de adultos”, y “las enfermedades más frecuentes, de fácil tratamiento y que no necesitan de grandes recursos especializados”.

Cobra sentido preguntarse cuán importante entonces eran estas profesionales, toda vez que se recuerda que en una parte significativa del territorio nacional, la disponibilidad de un médico residente en localidades aisladas o de rondas periódicas de un facultativo eran circunstancias francamente excepcionales aun en las décadas de 1950 y 1960. Los establecimientos rurales en los que trabajaban las matronas eran pequeños, usualmente no contaban con “camas diferenciadas por especialidades, los recintos serían de no más de 2 camas para usarlas indistintamente para hombres o mujeres”, y debían contar con consultorios externos (SNS, 1962, p. 2)

Así como se visibilizaba la importancia de la matrona en recintos rurales, también las estadísticas indicaban que la atención de estas profesionales era la que sostenía mayormente, junto a auxiliares de enfermería y practicantes, el incremento de prestaciones como los controles de la embarazada, la asistencia del parto normal y los cuidados del pre y post parto; “en la lejana posta del territorio rural de una provincia del sur o en el demasiado lleno consultorio urbano, realizan su labor con celo encomiable” (Servicio Nacional de Salud, 1962, p. 64) Ya en 1961, el 55% de las consultas y visitas de embarazadas eran realizadas por matronas, el 42%, por médicos y el 3% restante por funcionarios de los servicios de enfermería.

El trabajo hospitalario de las matronas

Hasta aquí hemos revisado, desde el punto de vista de la comunidad médica, la trayectoria formativa de las matronas y de la institucionalidad sanitaria que promovió la asistencia del parto profesional, y luego hospitalario, metas que preferentemente descansaban en estas profesionales. Pero, ¿qué nos dicen las matronas respecto de esta asistencia? ¿Cómo era este trabajo y qué dilemas lo caracterizaba? Desafortunadamente, las matronas no producían tesis al finalizar sus carreras ni tampoco redactaban artículos en las publicaciones científicas ni sociales de la época estudiada. Las noticias sobre agrupaciones gremiales y sindicales de matronas durante este periodo aparecen muy aisladamente en algunos artículos de prensa, y no se cuenta con publicaciones propias. La escasez de fuentes que privilegien su propia voz para documentar su trayectoria formativa y laboral es lamentable. Por esta razón, los aspectos sobre su trabajo en el marco de la asistencia hospitalaria recogidos por algunas de las ponencias compiladas por la publicación del Primer Congreso Científico Nacional de Matronas, realizado entre el 28 y el 30 de septiembre de 1951, constituyen una fuente de gran valor. Si bien esta reunión se produjo un año antes de la creación del SNS, ciertamente las condiciones de trabajo de las matronas que se describían eran las que estas profesionales enfrentaron en su trabajo en la CSO y también las que las acompañaron durante la década de 1950, pues se trata de prácticas de larga data.

La Asociación Nacional de Matronas, fundada en la década de 1940, lideró esta reunión científica. Reunidos en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, autoridades como el Ministro de Salubridad y médico, Jorge Mardones, el Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, el médico Exequiel González Cortés, el Director General de Beneficencia y Asistencia Social, Otto Wildner Paz, el Director de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, el médico Víctor Manuel Gazitúa, acompañaban a la Presidenta de dicho Congreso, la matrona Iris Morales y a la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas, Elsa Salinas. En su discurso de bienvenida, Iris Morales sostenía que el congreso tenía por objetivo impulsar el “perfeccionamiento científico de la profesión para hacerla más eficaz y perfecta”, y así promover la “intensa obra social” que representaba la atención del binomio madre e hijo (Asociación Nacional de Matronas, 1951, p. 17).

Se trató de una reunión inédita; no se cuenta con publicaciones de esta naturaleza anteriores a esa fecha, pese la existencia de esta Asociación; por tanto, se trata de una de las primeras fuentes en que se documenta la voz de las propias matronas y también el juicio de algunos médicos respecto del papel público y social de dichas profesionales. Altas expectativas parecían acompañar la organización de este congreso. Por ejemplo, a juicio de Elsa Salinas “el abandono y menosprecio” que había acompañado a la historia de la profesión “comenzaba a disiparse” gracias al apoyo de médicos como Víctor Gazitúa y al trabajo de la Asociación. Esta afirmación es llamativa pues, si bien no se indica quiénes lideraban el abandono y el menosprecio y el porqué de aquellos, se puede colegir que éste provenía de la comunidad médica y se relacionaba con la historia de este oficio y con la cercanía de su quehacer con el de las antiguas parteras, como hemos revisado en este capítulo.

Según Salinas, la presentación de “modestas contribuciones” escritas por las matronas —una auto calificación muy decidora de la percepción que parecían tener las propias matronas de sí mismas— revisaban el trabajo que ellas hacían en zonas aisladas y el enfrentamiento a situaciones clínicas complejas; la asistencia prenatal en distintas instituciones; los problemas administrativos y condiciones del ejercicio profesional; y los dilemas y expectativas de la eventual fundación de nuevas escuelas formativas.

Antes de examinar el juicio de dos ponentes, es importante revisar lo que planteaba el obstetra Gazitúa, una de las voces médicas más reconocidas por las matronas. A su juicio, estas profesionales debían prepararse para enfrentar situaciones de variada contingencia como la ausencia de especialistas y accidentes propios de la gestación y del parto, sin por cierto, “extralimitarse jamás en sus facultades”. Este planteamiento nos parece central porque lo que se desprende es que el trabajo de las matronas se desarrollaba en una importante incertidumbre —incertidumbre propia del trabajo obstétrico— pero a la que se sumaba la cualidad de que las matronas ejercían un trabajo subordinado y supervisado por los médicos. Adicionalmente, Gazitúa visibilizaba un debate no menor: la controversia entre quienes pensaban que en países como Chile no se requería que la matrona contara con una formación “profunda y competente”, en virtud de que asistían a “gente menesterosa”, y las propias matronas que no querían asistir en la “choza o en la habitación humilde” pues no estaban dadas las condiciones mínimas para ofrecer una “obstetricia consciente”.

Es posible entonces pensar que la transición del parto domiciliario al hospitalario haya contribuido también a connotar a esta asistencia de un halo científico más respetado y valorado, y que ofreciera mejores garantías para un mejor parto, garantías que las matronas valoraban. Inspirado en la conveniencia de la asistencia del parto hospitalario, Gazitúa sostenía “que para resolver el problema de la atención del desvalido, no se debe desvalorizar la presión de la matrona, sino organizar la asistencia obstétrica controlada, si es posible al 100% en maternidades y clínicas, donde trabajan exclusivamente profesionales tituladas” (Asociación Nacional de Matronas, 1951, p. 22).

Entre las ponentes, dos textos son particularmente importantes respecto a la caracterización del trabajo de las matronas y de la transición al parto hospitalario. En el diagnóstico que hacía la matrona Alicia Osoreo, respecto de la “posición científica y social de la matrona en Chile”, como tituló su presentación, se sugería dar mayor reconocimiento a la Escuela de Obstetricia y Puericultura

de la Universidad de Chile, impulsar que la dirección administrativa de la Escuela se entregara a una “subdirectora de nuestra especialidad para que colabore con el personal técnico y tenga la suficiente autoridad moral sobre el alumnado”; promover el ingreso de postulantes de provincia del país; mejorar las condiciones salariales, ser menos flexible con la existencia de aficionadas y parteras, y categorizarlas como personal técnico, y no como auxiliares, como sucedía en algunas reparticiones públicas como la CSO. Estas recomendaciones daban cuenta de las preocupaciones que afectaban a la profesión y la confianza en la institucionalidad universitaria como motor de cambios favorables para el ejercicio del oficio.

Osores afirmaba que una mejor preparación científica de la matrona contribuía a la disminución del número de niños nacidos muertos, preparación que podía desplegarse mejor en el servicio hospitalario; reparaba en las dificultades que traía consigo la falta de camas en la capital, entre otras, el rechazo de pacientes y en la escasez del número de matronas que entre 1918 y 1950 ascendía a 1,152. Este último fenómeno, que fue particularmente grave para el SNS durante la década de 1950, favorecía que las parturientas solicitaran el auxilio de “personas, vulgarmente llamadas parteras, personas sin preparación, muchas veces analfabetas que no tiene idea de antisepsia, menos aún de asepsia y que van a causar en las enfermas infecciones puerperales u otras complicaciones” (Asociación Nacional de Matronas, 1951, p. 63). A juicio de Osores, asegurar la atención hospitalaria del parto contribuía al mejor ejercicio del oficio y a disminuir la influencia de las parteras, premisas absolutamente compartidas y difundidas por la CSO y continuadas por el SNS desde 1952.

La internación de la paciente los últimos días del embarazo en la maternidad era una experiencia que respondía a un “concepto moderno”; con ello se garantizaba el control del médico y de la matrona ante una eventual complicación. Ciertamente ahí estaba la clave quizás más importante —junto a la disminución del riesgo obstétrico de la parturienta— del porqué del fomento de la asistencia hospitalaria del parto: el control del profesional de todas las variables clínicas. El trabajo de la matrona en los servicios asistenciales era más amplio que la sola preocupación de la parturienta, pues implicaba ofrecer una asistencia sanitaria “oportuna que toma al núcleo familiar como base del trabajo sanitario integral” (Asociación Nacional de Matronas, 1951, p. 64).

Ciertamente Osores aludía a una cuestión crucial: el papel educativo que las matronas cumplían y que fue un gran desafío para estas profesionales en la CSO. La comprensión de qué condiciones ambientales, como una deficiente nutrición, la miseria material y el abandono social podían afectar la gestación y el alumbramiento, ampliaba los horizontes del papel de este oficio. ¿La matrona que actuaba amparada en el servicio asistencial tenía mayor autoridad y respaldo para hacer su trabajo que aquella que trabajaba en centros de salud rurales y en postas de socorro? Es una posible hipótesis que se deduce en la presentación de Osores; la institucionalidad simbólica y material que representaba la CSO, y ciertamente el SNS más tarde, actuaba a favor del trabajo de las matronas.

Las importantes diferencias que caracterizaban al trabajo hospitalario de las matronas en la capital, con el que hacían en hospitales y centros de salud provinciales fueron abordadas por Haydeé Ojeda Pacheco, a partir de su experiencia de 15 años como profesional. Reconociendo el trabajo que hacía la Asociación Nacional de Matronas en el marco de “una época transcendental para las mujeres y sus derechos ante la sociedad moderna”, esta matrona auspiciaba mejores tiempos para las aspiraciones de su gremio.

Según el Reglamento de Beneficencia, si un buen hospital provinciano contaba con médicos cirujanos y médicos tocólogos, ellos debían permanecer dos horas y media en la Maternidad; los casos que atendían las matronas en ese periodo tenían la valiosa asistencia de los médicos, pero según Ojeda “si ellos se producen fuera de esas horas y con el carácter de urgencia, debemos recurrir a los médicos residentes, casi siempre no especializados en obstetricia, y nos encontramos por esta circunstancia con que debemos actuar en nuestro papel” (Ojeda, 1951, p. 83). En situaciones como estas, las matronas

debían asumir tareas y maniobras que, según Ojeda, habían aprendido en la Escuela pero que, en rigor, no debían ejercer pues el Reglamento les reservaba sólo la atención de “partos normales”.

Las matronas sabían cómo administrar anestesia general, recibían entrenamiento teórico respecto de algunas intervenciones obstétricas y de manera práctica conocían la “aplicación de fórceps, versión externa e interna, extracción en nalgas con sus modalidades, extracción manual de placenta, raspados digitales, suturas del periné o del aparato genital externo” (Ojeda, 1951, p. 84). En ocasiones, algunas de estas intervenciones eran realizadas por las matronas, pero en los boletines de atención debían consignarse como ejecutadas por médicos. Ojeda afirmaba que había realizado hasta basiotripsias (aplastamiento quirúrgico de la cabeza del feto) en virtud de la solicitud del médico residente o porque aquellos debían atender otro caso de similar urgencia.

A juicio de Ojeda esta situación debía ser normada, de tal manera que la matrona hospitalaria no pusiera en riesgo su trayectoria profesional y no apareciera contraviniendo el reglamento. Exhortaba a la Asociación Nacional de Matronas para que liderara acciones de mayor protección y respaldo institucional al trabajo de las matronas, tal como sucedía con las enfermeras universitarias y las visitadoras sociales, y hasta con los practicantes, todos los cuales eran respaldados por organizaciones gremiales y/o académicas que defendían sus intereses corporativos. Un componente de dicha protección institucional fue, precisamente, convertir la carrera de matrona en una profesión universitaria como sucedió a partir de la década de 1950.

El testimonio de Ojeda respecto de los límites y decisiones a las que podían verse enfrentadas las matronas en su trabajo hospitalario es claramente ilustrado cuando narra lo sucedido en un hospital de Santiago en 1941 frente a una embarazada que presentaba síntomas de un brusco ataque de eclampsismo. Ojeda relataba que la tardanza del médico para presentarse en la sala,

me produjo un susto tan intenso que me hizo pensar que la enferma moriría; ante esta situación mi conciencia profesional me indujo a colocarle una inyección endovenosa de sulfato de magnesias como lo estaba indicado el día anterior (sic). Mi acción fue considerada poco menos que un crimen y se me censuró por pasar a llevar la autoridad del médico, acusándome que no estaba capacitada para recetar dicho tratamiento. Demás está decirles que fui obligada a presentar mi renuncia. Muchas de Uds. dirán por qué no coloqué morfina, que era lo indicado: pero estos alcaloides no eran resorte de la matrona y tampoco podemos administrarlos (Ojeda, 1951, p. 84).

Aludiendo a la necesidad de modernizar la asistencia y procedimientos permitidos a las matronas, Ojeda llamaba la atención de tres cuestiones no menores respecto del ejercicio de su labor hospitalaria: la exposición de las matronas a situaciones de variada y riesgosa índole, los reglamentos de los medicamentos que las matronas podían usar no se habían actualizado a lo que era la realidad de 1951 y las controversias que rodeaban el uso que ellas podían, o no, hacer de la anestesia, constituía una cuestión urgente de resolver.

Sobre este último aspecto, si bien las matronas eran las que administraban la anestesia en la maternidad, Ojeda afirmaba que era la cuidadora quien “resuelve el problema de la anestesia” como ella misma lo aprendió luego de ser censurada “con una anotación en su *hoja de vida* por administrar anestesia a una parturienta en el periodo de expulsión. Después de aquel episodio, Ojeda sostenía que siempre llamaba al médico cuando se requería de anestesia, a lo cual los médicos respondían enviando “una cuidadora del pabellón de cirugía”. Para Ojeda esta acción era humillante para las matronas, y consideraba que la Escuela de Obstetricia o la Asociación debía normar dicha situación, pues “somos profesionales expertas, auxiliares a la labor del médico, para que de una vez por todas dejemos de ser abandonadas las que a lo largo del país sufrimos la incompreensión del medio ambiente, a pesar de la noble tarea que desempeñamos” (Ojeda, 1951, p. 85).

Probablemente la descripción de Ojeda sobre el trabajo hospitalario que hacían las matronas en provincias sea una pista importante para entender los límites de esta asistencia y también el protagonismo de las mismas. Sin identificar el hospital provincial en que trabajaba, sostenía que se atendían sobre 1000 partos anuales entre eutócicos y distócicos, se contaba con 28 camas para

el puerperio, tres matronas y dos auxiliares para el trabajo diurno y nocturno. Los turnos de las matronas eran de 24 horas, lo que estaba fuera de lo contemplado por las leyes sociales: “la naturaleza de nuestras funciones nos impiden disfrutar, como el resto de las personas de determinados días de descanso como los domingos y los festivos” y cuando una matrona no puede hacer un turno, “autoritariamente” se le exigía a la matrona siguiente que asumiera el turno pendiente.

Acudiendo a su propia experiencia en que relata haber trabajado durante 6 días consecutivos sin descanso, asistiendo a 63 enfermas entre partos y abortos, confeccionando certificados civiles, boletines y estadísticas de casos clínicos y de altas, inscripciones en los libros, entre otros. Además Ojeda afirmaba que tareas como la vigilancia diurna y nocturna de las embarazadas, parturientas y puérperas, la asistencia propia del parto, las visitas junto al médico, “mostrar placentas” y vigilar el aseo de salas que hacía el personal, eran extenuantes. Ojeda insistía en una circunstancia dolorosa como era el desgarro del periné y la sutura que era la maniobra para revertirla, era importante que pudieran administrar anestésicos como el Trilene, inocuo para niños y madres, pero vedado para las matronas.

Notables eran los argumentos que presentaba en este congreso cuando se refería empáticamente al dolor que caracterizaba el parto de tantas mujeres y la impotencia que producía no poder aliviarlo:

Es mi deseo describir el estado de ánimo de la matrona frente a algunos casos de largos periodos dolorosos que anteceden el parto de algunas madres, porque todas conocemos de cerca esto, pero me parece inhumano que existiendo un producto para aliviarlas se nos prohíba recurrir a él (Ojeda, 1951, p. 86).

A juicio de Ojeda, las circunstancias que rodeaban el trabajo de las matronas en hospitales provinciales las alejaba mucho del ejercicio de un “trabajo científico”, y lo que se requería con premura era el establecimiento de normas precisas que protegieran y avalaran el trabajo que estas profesionales hacían.

Luego de fundado el SNS y del impulso decisivo del parto hospitalario, se realizó el Congreso Interamericano de Matronas (obstetrices) en Santiago en 1959, apoyado por el Ministerio de Salud y el SNS, al cual asistieron delegadas de países como Argentina, Brasil, Estados Unidos, Paraguay y Perú, y que tuvo como preocupación principal la educación básica de la matrona. Entre las autoridades, junto al Ministro de Salud, Sótero del Río y del Director General del SNS, Gustavo Fricke, se contaba con algunas destacadas profesionales como la médica Luisa Pfau, Subjefa del Departamento de Salud, Esther Lipton, asesora regional de Enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana, Mabel Zapenas, matrona consultora de la Organización mundial de la Salud en el Proyecto Chile-20, la médica Victoria García, profesora de educación sanitaria de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, las matronas Olga Julio, Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas y Marta Olivos, Presidenta del Comité organizador de este congreso. Entre las ponentes del congreso, estaban Alicia Osoreo quien había intervenido en el congreso de 1951, Pilar Galván, Elena Fiedler; y Gabriela Oliveira, delegada oficial del Colegio de Enfermeras de Matronas de Estados Unidos.

Las recomendaciones de esta reunión destacaban la necesidad de robustecer la formación que brindaban las escuelas de obstetricia con cursos sobre salud pública, enfermería, farmacología, administración y nutrición. Otras recomendaciones igualmente importantes fueron el potenciar la figura de la instructora matrona en las escuelas de obstetricia; homogenizar un programa de formación mínima e igualar la denominación que aquellas recibían en distintos países latinoamericanos; promover que las matronas acompañaran al médico en los partos patológicos, que la matrona confeccionara informes escritos de su trabajo y potenciar las organizaciones gremiales y científicas a nivel latinoamericano, teniendo como primer horizonte la proyección del futuro congreso programado para 1962.

Los objetivos que promovía este congreso eran fortalecer la formación de las matronas en nociones modernas de salud pública, y en la mejor preparación para el registro y descripción de los

fenómenos clínicos que atendían, cuestión que prácticamente no sucedía. Estos objetivos ciertamente tenían directa relación con su creciente presencia en consultorios y hospitales y con la necesidad de integrar a las matronas al trabajo planificado, racional y jerárquico que allí se realizaba, a diferencia del que hacían tradicionalmente en los partos domiciliarios en donde la mayor parte de la responsabilidad era de carácter individual. Asimismo, una segunda dimensión de los desafíos que suponía mejorar el entrenamiento de las matronas era fortalecer las relaciones con otros profesionales paramédicos como enfermeras, asistentes sociales y auxiliares, que eran parte del paisaje hospitalario y que tenían funciones específicas en la salud materno-infantil que se complementaban.

Si bien la asistencia materno infantil centrada en la atención prenatal y el parto seguía gozando de un protagonismo central, entre las recomendaciones presentadas y las intervenciones de las autoridades médicas se valoraban la formación y acción de las matronas en el campo de la asistencia de madres más allá del parto y de la criatura durante su primer año de vida. Lo que se buscaba era potenciar su presencia y trabajo activo en el registro de una salud comunitaria. Como sostenía Marta Olivos en su discurso de inauguración, la preparación de las matronas tenía que ser “elevada a las necesidades de cada país y a las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales” (Congreso Interamericano de Matronas, 1959, p. 10).

Por su parte, el Ministro de Salud, Sótero del Río, refrendaba la importancia de fundar nuevas escuelas de obstetricia fuera de Santiago y Valparaíso, para que las postulantes no sean “erradicadas de su zona de origen”, en las cuales ellas eran valoradas y conocidas; y en mejorar la remuneración y las condiciones de quienes trabajan en territorios rurales. Ciertamente se trataba de un diagnóstico ya instalado entre quienes trabajaban en el SNS.

Como sostenía el tocólogo Víctor Avilés, especial valor tenían el hecho de que la carrera había adquirido rango universitario, se habían incorporado materias que acentuaban el carácter científico de la profesión como Fisiopatología Dietética y Salubridad, y la puesta en marcha del convenio Chile 20, que había potenciado la formación práctica de las matronas gracias a la colaboración de consultoras de la Organización Mundial de la Salud (Galván, Huerta y Zapenas, 1960).

Según Avilés, la formación científica de las matronas había alcanzado un grado óptimo y no se requería insistir más en ella, pues el exceso de teorías era contraproducente al arte obstétrico:

En el ejercicio de la obstetricia los factores personales de confianza, simpatía, prudencia y espíritu de sacrificio son imponderables, no se miden con ningún instrumento, no se pesan en ninguna balanza, constituyen la idoneidad de estas profesionales y en virtud de ellas, adquieren una aureola misteriosa que las hace triunfar (Primer Congreso Interamericano de Matronas, 1959, p.11).

Esta última intervención daba luces respecto de un tema crucial, pero que no abordamos en este artículo: las distintas posiciones sobre la profundidad de la formación de las matronas que comenzó a ser una temática de amplio desarrollo en la década siguiente.

En el juicio de Avilés no sólo se apreciaba una visión idealizada de la tarea de las matronas, en ocasiones, alejada de las vicisitudes cotidianas que rodeaban su trabajo, sino también una suerte de crítica a nuevas prácticas asistenciales cuando complementando con lo anterior afirmaba que “no acepto la nueva conducta obstétrica y actividad inusitada tan pregonada por muchos, sigo creyendo que en Obstetricia es indispensable respetar la naturaleza, observando con juicio y paciencia la evolución fisiológica del parto, para actuar oportunamente, más pronto y mejor que antes...” (Congreso Interamericano de Matronas, 1959, p. 12). ¿A qué actividad inusitada se refería Avilés? ¿A la que se daba en las maternidades? Es posible que se tratara de un llamado de atención al número creciente de asistencia de partos que, por su diversidad, exigían una serie de decisiones y procedimientos que en principio requerían de las manos médicas, pero en virtud de la falta de cobertura eran asumidos por las matronas.

Las condiciones en que trabajaban las matronas eran una preocupación del Director General del SNS, Gustavo Fricke, quien asignando un gran valor a las 580 matronas que laboraban en el servicio

y asegurando que estaban bien distribuidas por el territorio nacional, refrendaba que aquellas eran un aporte frente a otros recursos profesionales que no eran más que una “débil esperanza”.

Para Fricke, el deber de la institución era asegurarles un hogar compatible con las exigencias mínimas de higiene y comodidad (Congreso Interamericano de Matronas, 1959, p.13). García Valenzuela sostenía que la figura de la matrona chilena tenía una individualidad bien definida en el ámbito de las profesiones paramédicas latinoamericanas. Y por su parte, Esther Lipton insistía en la extensión del cuidado materno-infantil más allá del parto, considerando el ámbito de la nutrición y el saneamiento, y destacaba el compromiso de las organizaciones internacionales para apoyar programas de asistencia del parto rural y de mayor involucramiento de las matronas con las familias y la comunidad.

Tanto en el congreso nacional de matronas de 1951, como en el internacional de 1959, son las propias matronas quienes hicieron pública, de manera excepcional, sus preocupaciones respecto de la necesidad de mejorar las condiciones laborales que, en rigor, sólo se referían al trabajo que estas profesionales desarrollaban en recintos asistenciales pues no hay menciones a ningún tipo de asistencia domiciliaria. Asimismo se maximizaban las ventajas de que su profesión hubiera alcanzado status universitario y, aún más valioso, eran ellas mismas las que ofrecían caminos para la dignificación profesional de su oficio.

#### Conclusiones

El número de consultas a matronas en el decenio entre 1965 y 1974 registró un crecimiento del 240% respecto de la etapa anterior, constituyéndose en uno de los mayores incrementos de atención profesional del SNS (Solís, 1988). No cabe duda de que las matronas, que eran parte de una extensa tradición asistencial que data desde fines del siglo XIX, se constituyeron en un grupo profesional significativo para la atención materno-infantil dada su distribución por el territorio nacional y su compromiso con la asistencia del parto profesional, atributos claves para la consolidación de la atención hospitalaria del parto en el Chile de mediados del siglo XX. Su aporte crucial fue absorber esa nueva demanda asistencial que el SNS se encargó de fomentar; fueron ellas en virtud de su número y de la confianza que la población tenía en ellas —un fenómeno histórico— las que “acercaron” la política social y sanitaria a las mujeres. Es precisamente el vínculo histórico entre ellas y la población femenina, el que favoreció que, gradualmente, las mujeres aceptaran el internarse al momento del parto.

En la historia de la asistencia profesional del parto domiciliaria u hospitalaria, el importante papel de las matronas no ha sido reconocido ni documentado como lo refrendan las fuentes monográficas y estadísticas de la CSO y luego del SNS. La intensa preocupación por la escasez de matronas en el SNS revela que este recurso profesional era clave porque en ellas descansaba una de las metas emblemáticas del SNS como era la hospitalización del parto. Pero también da cuenta de que esta política sanitaria no dependía en rigor de la comunidad médica que, en términos narrativos, suele apropiarse de este logro recurrentemente.

La hospitalización del parto contó con importantes desafíos y límites que estas profesionales experimentaron con especificidades diferentes a las de la comunidad médica. Se trataban de condiciones laborales extenuantes, y de un campo ocupacional que suponía enviar a estas profesionales a lugares apartados, con dificultades de conectividad y con escasos insumos clínicos como era el caso de casas de socorro, postas u hospitales provinciales. Particularmente el trabajo hospitalario constituyó una nueva oferta laboral para ellas que, en muchas ocasiones, no estaba normada, y que requería reforzar su autoridad por sobre otros profesionales paramédicos.

La autoridad única de las matronas en los partos domiciliarios ya no era tal en el ámbito hospitalario; las matronas tuvieron que aprender nuevos protocolos y procedimientos, y tuvieron que “compartir” el íntimo espacio que antes había caracterizado la relación entre ellas y las parturientas. Quizás esa sea una pérdida importante de esta transición. Pero su incorporación al espacio hospitalario y su liderazgo en la atención del parto supusieron desafíos claves para la modernización asistencial

de esta experiencia de la que no era posible restarse como lo ilustraban los juicios vertidos en la Asociación Nacional de matronas de mediados del siglo XX.

#### Bibliografía

Adriasola, Guillermo, 1956, "Importancia de la matrona en Chile", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XXI, n°6, septiembre, pp. 135-139.

Agostoni, Claudia, 2001, "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato", en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela, coords., *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 71-95.

Argüello-Avenidaño, Hilda E.; Mateo González, Ana, 2014, "Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años", *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre, Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas, México, pp. 13-29.

Asociación de Nacional de Matronas, 1951, *Primer Congreso Científico Nacional de Matronas*, Imprenta Casa Nacional del Niños, Santiago, Chile.

*Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1957, "Personal del Servicio Nacional de Salud", Vol. 3, n° 1, ene-feb, pp. 320-324.

*Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1957, "Habilitación de un mayor número de camas de maternidades en el Dpto. de Santiago", Vol. 3, n° 6, nov-dic, pp. 926-929.

*Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1960, "Atención materno-infantil", Vol. 6, N°1-6, enero-dic, pp. 305-316.

*Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1965, "Honorarios para matronas en atención de partos a domicilio", Vol. 7, N°17, mayo, p. 11.

Caja del Seguro Obligatorio, 1944, *La Caja del Seguro Obligatorio, 1924-1944. Desarrollo estructural y funcional*, s/datos editoriales, Santiago.

Caja del Seguro Obligatorio, 1939, "Reuniones sobre Temas de Organización Interna de las Jornadas Médicas", *Boletín de la Caja del Seguro Obligatorio* N° 58, Año VI, marzo, pp. 176-180.

Carrillo Ana María, 1998, "Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX", *Asclepio* 50 (2), pp. 149-167.

Carrillo Ana María, 1999, "Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México", *Dynamis*, Vol. 19, pp. 167-190.

Clark, A. Kim, 2012, *Gender, State and Medicine in Highland Ecuador. Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*, University of Pittsburgh Press, United States.

Dirección General de Estadísticas, 1960, *Estadística Chilena. Asistencia Social 1952-1960*, Santiago.

Instituto Nacional de Estadísticas, 1999, *Estadísticas de Chile en el siglo XX*, INE, Santiago.

Francisco Mardones Restat, 1967, "Quince años de labor del SNS", *Revista Médica de Chile*, 95:8, agosto, pp. 475-479.

Galván, Pilar, Huerta, Marina, Zapenas, Mabel, 1960, "Estudio de las actividades en la atención de la madre y del recién nacido", *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, Vol. 6, N° 1-6, pp.

García Valenzuela, Raúl, 1956, "Importancia de la matrona en Chile", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XXI, n°6, septiembre, pp.135-139.

Godoy Lorena, Zárate María Soledad, 2015, "Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile, 1952-1973", *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. 13 (3), pp. 411-430.

Ferrero Matte de Luna, María, 1946, *El problema materno-infantil ante la ley*, Biblioteca Jurídica Universidad Católica, Santiago de Chile.

Klimpel Felicitas, 1962, *La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile, 1910-1960*, Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile.

Lavados, Iván, 1983, Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980, CEPAL-ILPES-UNICEF, Santiago de Chile.

Livingsstone Mario, Dagmar Raczinsky, eds., 1976, Salud pública y bienestar social, CIEPLAN, Santiago de Chile.

Marland, Hilary, Rafferty, Anne Marie, eds., 1997, Midwives, society, and childbirth: debates and controversies in the modern period. Studies in the social history of medicine, Routledge, London.

Mott María Lucía, 2003, “Midwifery and the Construction of an Image in Nineteenth- Century Brazil”, Nursing History Review Vol. 11: pp. 31- 49.

Mott María Lucía, 2001, “Fiscalização e formação das parteiras em Sao Paulo (1880-1920)”, Revista da Escola de Enfermagem marzo; 35 (1), pp. 46-53.

Nari Marcela, 2005, Políticas de maternidad y maternalismo político; Buenos Aires (1890-1940), Biblos, Buenos Aires.

Medina, Ernesto, 1960, “La organización actual del Servicio Nacional de Salud”, Revista Médica de Chile, Vol. 88; 8, agosto, pp. 687-689.

Medina, Ernesto, 1979, “Evolución de los indicadores de salud en el periodo 1960-1977”, en Hugo Lavados, ed., Desarrollo social y salud en Chile, Tomo I, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago.

Organización Mundial de la Salud, 1966, Comité de expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia a la madre. Informe de un comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_331\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_331_spa.pdf) (consultado el 26 de mayo del 2018).

Ortega, Raúl, 1940, “La hospitalización en los Servicios Madre y Niño de la CSO,” Revista de Asistencia Social, Tomo 9, Nº 2-3, Junio-Septiembre, pp. 536-542.

Congreso Interamericano de Matronas (Obstetricas), 1962, Santiago, Chile, 16 al 21 de noviembre de 1959: informe final, Impr. Kon-Tiki, Santiago de Chile.

Rodríguez Barros, Javier, 1918, “La Escuela de Obstetricia para Matronas de la Universidad de Chile”, Revista de Beneficencia Pública, Tomo II, Nº1, pp. 19-40.

Servicio Nacional de Salud, 1957, Análisis de las actividades del Servicio Nacional de Salud, Anexo 12 del Boletín del SNS, Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud, 1959, El Servicio Nacional de Salud, 1era Etapa 1952-1958, Impr. Central de Talleres del SNS, Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud, 1961, Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960. Dirección General, Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS, Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud, 1962, Plan de construcciones hospitalarias, Talleres de la Sección Educación para la Salud del S.N.S., Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud, 1962, Diez años de labor 1952-1962, Talleres de Imprenta de la Sección Educación para la Salud del S. N. S., Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud, 1970, Manual del curso periférico, Servicio Nacional de Salud, Oficina de Acción Comunitaria, Santiago de Chile.

Servicio Nacional de Salud-Dirección de Estadísticas y Censo, Anuarios de Atenciones y Recursos, Santiago, años 1965-1980. Instituto Nacional de Estadísticas, años 1970- 1975, Santiago de Chile.

Solís F., Fresia, 1988. “Recursos humanos y atenciones de salud en el área no médica: Análisis de veinte años” en Cuadernos Medico Sociales (Santiago), Vol.29, nº 3, pp. 99-107.

Szot, J., 2002, “Reseña de la salud publica materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 67(2), pp. 129-135.

Valenzuela I., Guillermo, Juricic, Bogoslav, Horwitz, Abraham, Garafulic, Juan, Pereda, Enrique, 1956, “Atención médica en el Servicio Nacional de Salud. La política y sus realizaciones”, Revista del Servicio Nacional de Salud, v.1, n.2, pp. 233-277.

Valenzuela Guillermo, Bogoslav Juricic, Abraham Horwitz, 1953, “Doctrina del Servicio Nacional de Salud”, Servicio Social, XXVII, 2, mayo-agosto, pp. 12-24.

Viel, Benjamín, 1989, Principales índices bio-demográficos y de salud en Chile entre 1950 y 1987, Santiago de Chile.

Zárate, María Soledad, 2007a, Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica, DIBAM-UAH, Santiago de Chile.

Zárate, María Soledad, 2007b, “Parto, crianza y pobreza en Chile”, en Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri eds., Historia de la vida privada en Chile, Tomo 3, Taurus Ediciones, Santiago de Chile, pp. 13-47.

Zárate, M. S. y González, M. 2015, Planificación familiar en la guerra fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973, Revista Historia Critica, 55, pp. 207-230.

<sup>1</sup> Este artículo es producto del Proyecto FONDECYT N° 1161204, “Profesiones sanitarias femeninas en Chile 1950-1980. Prácticas, relaciones de género e identidades laborales”, Santiago de Chile.

<sup>2</sup> La denominación de matrona fue usada desde el periodo colonial en Chile para referirse a la atención del parto. Documentos referidos al ejercicio de la partería como, por ejemplo, el de Antonio Medina, *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman Comadres en el oficio de partear (mandada hacer por el Tribunal del Protomedicato)*, Madrid, en casa de Antonio Delgado, 1785, así lo corroboran. Sin embargo a partir del siglo XIX, con la formalización de este oficio, la denominación de matrona se usó para distinguir a las mujeres que habían recibido certificación ante el Tribunal del Protomedicato primero, y luego ante la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Aquellas mujeres que asistían parturientas sin entrenamiento formal, más que la tradición oral, recibían el nombre de “parteras”, “comadres”, “meicas” y “empíricas”.

Dar a luz en el Perú. La partería en la encrucijada de las biopolíticas de medicalización del parto, siglos XIX a XXI

Lissell Quiroz Pérez

**Resumen:** El artículo analiza la historia de la partería peruana desde una perspectiva interseccional que articula la maternidad con la clase, la raza y el género-sexo. Desde la fundación del hospital Maternidad de Lima, en 1826, la medicalización del parto ha ido desarrollándose e imponiéndose en detrimento del parto no occidental o llamado también tradicional. Este fenómeno no es sólo social sino también político pues diferentes iniciativas que partieron del Estado tendieron a categorizar el vientre de las mujeres y decidir por ellas sobre la manera de parir y de ocuparse de sus bebés. Como consecuencia de ello, la partería peruana presenta una imagen contrastada donde conviven diferentes formas de nacer.

**Palabras clave:** Partería, Maternidad, Historia, siglos XIX-XXI, Perú.

Introducción

La historia de la partería occidental cuenta con numerosos estudios que se han ido acumulando desde hace más de dos décadas (Panzino, 1984; Gélis, 1988; Marland, 1993; Marland, Rafferty, 1997; Cabré, Ortiz, 2001; Knibiehler, 2007).<sup>1</sup> En América Latina, el interés por el tema de la partería es más reciente (Carrillo, 1999; Agostoni, 2001; Mott, 2005; Latus, 2007; Zárate, 2007). En lo que respecta más precisamente al Perú, la partería ha suscitado pocas publicaciones sobre su historia. Algunos trabajos la abordan de manera periférica, a través del análisis del discurso sobre la maternidad (Mannarelli, 1999; Rosas Lauro, 2004). Los estudios realmente dedicados a este tema son recientes. Como en el caso de otros países, la entrada privilegiada ha sido la historia de las parteras tituladas decimonónicas (Carrillo, 1999; Quiroz, 2012). Por un lado se ha buscado analizar el surgimiento de una nueva profesión y la paralela marginación de las parteras tradicionales. Otro punto estudiado es el concerniente al desarrollo del poder médico en materia de obstetricia y partería. Esta

historia, facilitada por la existencia de fuentes disponibles en el Archivo Histórico de la Universidad de San Marcos, se sitúa del lado de la medicina occidental moderna sin cuestionar su centralidad. Una reevaluación de esa perspectiva se ha realizado de manera más reciente, insistiendo en el carácter interseccional de la maternidad, es decir integrando parámetros de clase, raza, género-sexo en su análisis (Quiroz, 2016).<sup>2</sup>

De manera general, el enfoque privilegiado por esta historiografía es la perspectiva de la historia social. Muchos estudios se han centrado así en el nacimiento de la profesión de parteras tituladas, en su formación, así como en las relaciones conflictivas con otras corporaciones (médicos o parteras tradicionales). Basándose en estos estudios pioneros, el presente capítulo busca ampliar la perspectiva, partiendo de lo social y llegando hacia lo político, a partir del caso peruano. Abarcando un periodo relativamente amplio que cubre los siglos XIX a XXI, el estudio permitirá integrar una dimensión política más afirmada; lo que constituye el principal aporte de este escrito. Se mostrará aquí que la historia del nacimiento y la partería en el Perú es, desde la época de la Ilustración, un espacio de conflicto y de poder. Como lo señala el filósofo Santiago Castro-Gómez en sus estudios sobre Nueva Granada, la ciencia médica moderna se instaló desde fines del siglo XVIII en el “punto cero”, es decir como la máxima referencia intelectual que además fue legitimada y avalada por el Estado<sup>3</sup> (Castro-Gómez, 2005, p. 141). Se desarrolló a partir de entonces un nuevo modelo social donde el Estado se centró en el tema de la maternidad para disciplinar los cuerpos de las madres y de sus bebés. La salud pública sirvió para justificar la puesta en práctica de una biopolítica de la maternidad. Siguiendo la conceptualización de Michel Foucault, la biopolítica designa formas de regulación de la población que toman la forma del control del nacimiento, la lucha contra las epidemias o el dominio del medio donde se desenvuelven las personas (Foucault, 1997). En el caso de la maternidad, se dictan políticas públicas diferentes en función de los grupos sociales a los que se dirigen. Gracias a esa preocupación política por la población, los facultativos fueron abarcando diferentes campos que les habían sido vedados como el del parto y la maternidad.

Este fenómeno trajo consigo el desarrollo y la difusión de un nuevo paradigma del nacimiento, occidentalizado y medicalizado que domina hoy en la mayoría de los países del mundo. En el Perú, el parto perdió su carácter eminentemente femenino, doméstico y comunitario, y pasó a convertirse en un asunto público que incumbía en primera instancia a los facultativos y a las autoridades del Estado. La fundación de la primera maternidad moderna de Iberoamérica en Lima, en 1826, significó la transición a otro modelo del parto y de su atención. La medicina moderna se impuso como la brújula que indica el norte, supeditando al mismo tiempo todas las demás formas de nacer, a su autoridad superior. Desde ese entonces, la medicalización del parto ha ido imponiéndose cada vez más.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.