

HISTORIA 396
ISSN 0719-0719
E-ISSN 0719-7969
VOL 15
N°1 - 2025
[275-310]

EMBARAZADAS, PARTURIENTAS Y MATRONAS: SUS VOCES EN LA ASISTENCIA SANITARIA, CHILE 1950-1980

*PREGNANT WOMEN, PARTURIENTS, MIDWIVES: THEIR
VOICES IN HEALTH CARE, CHILE, 1950-1980*

María Soledad Zárate Campos
Universidad Alberto Hurtado, Chile
mzarate@uahurtado.cl

Resumen

Las políticas sanitarias dirigidas a la protección materno-infantil son una de las más estables y robustas en Chile. Su registro y narración han sido principalmente producidos por médicos hombres que han privilegiado la descripción de su quehacer y el valor de sus decisiones clínicas. Este artículo se propone examinar aspectos del desarrollo de dos políticas específicas, el control prenatal y la asistencia del parto hospitalario, privilegiando las visiones y voces de quienes también fueron sus protagonistas centrales: madres y matronas. A través de un conjunto de entrevistas a mujeres asistidas durante su embarazo y su parto, y a matronas que brindaron dichas atenciones entre las décadas de 1950 y 1970 en Chile, se reconstruyen diversos aspectos de la asistencia obstétrica, considerando el desarrollo e impacto que tuvieron para este grupo femenino. Sus voces matizan el conocimiento que teníamos de estas políticas, y permiten aportar parcialmente al reconocimiento de cómo fueron entendidas y ejecutadas por las matronas, y recibidas por la población femenina.

Palabras clave: embarazadas; parturientas; matronas; política-sanitaria.

Abstract

Health policies aimed at maternal and child protection are one of the most stable and robust in Chile. Its registration and narration have been mainly produced by male doctors who have privileged the description of their work and the value of their clinical decisions. This article intends to examine aspects

of the development of two specific policies, prenatal control and hospital delivery assistance, privileging the visions and voices of those who were also its central protagonists: mothers and midwives. Through a set of interviews with women assisted during their pregnancy and childbirth, and with midwives who provided such care between the 1950s and 1970s in Chile, various aspects of obstetric care are reconstructed, considering the development and impact they had for this female group. Their voices qualify the knowledge we had of these policies and allow us to partially contribute to the recognition of how they were understood and executed by midwives and received by the female population.

Keywords: pregnant women; parturients; midwives; health policy; memory.

INTRODUCCIÓN

“Yo empecé con problemas como al quinto mes, estaba hospitalizada llegando al séptimo mes y por la debilidad, me vino una falla cardíaca, porque nunca me pudieron cortar la hemorragia, porque crecía la placenta y el bebé no tanto, se alimentaba más la placenta. Me tenían con las piernas hacia arriba, y cuando me vino esta falla al corazón me dijeron que ya no podía seguir esperando, y me sacaron todo el tratamiento que tenía, y me dejaron en una sala de parto, ahí llevaban a las mujeres que le hacían raspaje por los abortos, en esos años había muchos abortos... A mediodía, justo cuando se fueron todas a almorzar, yo llamaba que alguien viniera a ayudarme, trataba de tirarme mi cordón y sacarme el bebé, pero no tenía fuerzas, si salí pesando como 28 kilos del hospital, entonces la guagüita se asfixió” (Irma, parturienta).

“El protocolo era que la mujer que se embarazaba tenía que ir al control, y si ella no iba, empezaba a hacerse el ambiente desde otras mujeres, es que no puede ser que tú no te vayas a controlar, tú tienes que controlarte, esto es gratuito. Vas a tener una matrona que te va a ayudar, vas a tener el médico si en algún minuto lo necesitas, y vas a tener derechos como la asignación familiar, el descanso prenatal, y el descanso posnatal... Cuando teníamos patologías obstétricas o ginecológicas eran referidas al médico, pero de no ser así, nosotras hacíamos todo el control hasta el Papanicolaou” (Amalia, matrona).

La experiencia de perder un hijo en el parto y los efectos de incentivar el control del embarazo en palabras de la parturienta Irma y de la matrona

Amalia, respectivamente, aportan matices y nuevos sentidos a la historia de las políticas sanitarias dirigidas a consolidar el control prenatal y la asistencia del parto hospitalario en la década de 1960 en Chile¹. Dichas políticas fueron parte del Programa de Salud Materno Infantil (en adelante PSMI) del Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), fundado en 1952, y constituyeron pilares fundamentales de la contención de la mortalidad materno infantil (en adelante MMI).

En Chile, las narraciones referidas a la asistencia obstétrica del embarazo y del parto han sido dominio de los médicos; estas privilegian el registro de su actuar clínico, y escasamente han incluido información sobre las mujeres asistidas y el impacto de dicha asistencia, más allá de aspectos clínicos que ellos lideran². Este artículo se propone aportar a esa narración -construida principalmente con fuentes documentales médicas- información que proveen un grupo de entrevistas realizadas a madres y matronas³ que fueron atendidas y trabajaron, respectivamente, en servicios sanitarios públicos entre la década de 1950 y fines de la década de 1970, preferentemente en Santiago de Chile. Dicho periodo cubre la fundación del SNS y sus últimos años, cuando es desmantelado en 1979 durante la Dictadura Militar.

Se ha analizado la información que reportan estas entrevistas, referida específicamente a la implementación del control prenatal y la transición hacia el parto hospitalario, con el propósito de documentar la recepción de ambas políticas en embarazadas y parturientas, respectivamente. Se trata de un proceso escasamente registrado al que podemos acercarnos parcialmente, recogiendo los recuerdos que transmiten las parturientas entrevistadas, que relevan parte de sus experiencias, y las matronas, cuidadoras directas y confidentes de las primeras.

Si bien se trata de un número reducido de entrevistas, dado que el propósito no es la representatividad en los casos revisados, las visiones de estas madres y matronas permiten documentar, de manera parcial, parte de la historia de las mujeres usuarias de políticas sanitarias, trayectoria menos conocida en comparación a la de los niños como lo plantean algunos estudios de las

-
- 1 Este artículo es un producto que combina información del ya finalizado Proyecto Fondecyt N°1100977, "Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973" y del actual Proyecto FONDECYT Regular N°1231334, en curso: "De madres a mujeres: el tránsito de las políticas de protección de salud materno-infantil a las políticas de protección de la salud femenina general, Chile, 1950-1990".
 - 2 Laval, Enrique. *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile: Maternidad del Salvador*. Santiago, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile, 1961.
 - 3 En Chile, la denominación matrona se reserva para las mujeres que ejercen la partería, después de haber recibido instrucción universitaria.

políticas sanitarias materno-infantiles en Chile⁴. Asimismo, los testimonios de las matronas permiten conocer en primera voz parte del oficio que ejercían, sus límites y desafíos.

Al destacar la visión de las mujeres constatamos que sus juicios dan cuenta de un universo femenino escasamente incluido en las narraciones sobre la asistencia obstétrica, escritas mayoritariamente por médicos hombres. Estas visiones aportan una mirada de género poco conocida pero central sobre las emociones, cuidados y compañía involucradas en la relación que establecían madres y matronas.

ANTECEDENTES HISTORIOGRÁFICOS

Las políticas sanitarias dirigidas a madres e hijos cuentan con una historiografía internacional que ha prestado especial atención a la asistencia del embarazo, el parto y el cuidado de madres y recién nacidos⁵, al importante papel de las matronas en dichos procesos⁶ y, en menor medida, a su impacto en la vida femenina. Particularmente, el trabajo de Ángela Davis ha sido inspirador: con la información provista por más de 150 entrevistas a mujeres, reconstruyó desde la perspectiva de la población femenina la historia sobre la maternidad moderna, y el impacto de políticas de asistencia del parto hospitalario y control prenatal y postnatal, entre otras, en la segunda mitad del siglo XX en Inglaterra⁷.

En América latina, el pionero trabajo de Asunción Lavrin registró como los debates y la influencia del feminismo contribuyeron a la implementación de la protección sanitaria del binomio madre y niño en Argentina, Chile y Uruguay

4 Casas, Lidia. *Mujeres y Reproducción: ¿del control a la autonomía?*. Santiago, Universidad Diego Portales, 2004; Pieper, Jadwiga. "Planning Motherhood under Christian Democracy". Pieper, Jadwiga (eds.). *The politics of motherhood. Maternity and Women's Rights*. Pittsburgh, University Pittsburgh Press, 2009, pp. 71-101.

5 Hanson, Clare. *A cultural History of Pregnancy: Pregnancy, Medicine and Cultura, 1750-2000*. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2004; Tew, Marjorie. *Safer Childbirth a Critical History Maternity Care*. Londres, Chapman and Hall, 1995; Macintosh, Tania. *A social history maternity and childbirth*. Londres, Routledge, 2012; De Vries, Raymond; Beinot, Cecilia; De Vries, Edwin y Wrede, Sirpa. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Nueva York, Routledge, 2001.

6 Borst, Charlotte. *Catching Babies. The Profesionalization of Childbirth, 1870-1920*. Cambridge, Harvard University Press, 1995; Leap, Nicky y Hunter, Billie. *The Midwife's Tale: An Oral History from Handywoman to Professional Midwife*. Barnsley, Pen and Sword History, 2013 [1993]; Allotey, Janette. "Writing midwives' history: problems and pitfalls". *Midwifery*, Vol. XXVII, N°2, 2011, pp. 131-137.

7 Davis, Ángela. *Modern Motherhood, Women and family in England, 1945-2000*. Manchester, Manchester University Press, 2012.

en la primera mitad del siglo XX⁸. Para el caso argentino y chileno se cuenta con trabajos que revisan instituciones, programas y debates jurídicos y sociales que acompañaron la construcción de los derechos sanitarios de madres y niños, en el marco de la batalla contra la mortalidad materno-infantil⁹. La historia de parteras y de matronas, agentes claves del cuidado de madres e hijos cuenta con trabajos para el caso de Perú, México, Brasil y Chile entre fines del siglo XIX y XX¹⁰.

El uso de fuentes orales para la historia de la salud materna en América Latina es limitado y se remite, por ejemplo, al impacto de la planificación familiar en México entre 1960 y 1970¹¹, a las políticas de planificación familiar en Perú¹², y al movimiento que defiende el “parto humanizado” en Argentina, que incluye entrevistas a *doulas* y parteras¹³.

Para el caso chileno, el uso de fuentes orales también es restringido y ha sido útil para la reconstrucción del trabajo de las matronas y su sólido compromiso con las metas del SNS entre 1950 y 1973, y el trabajo de las enfermeras en la asistencia de recién nacidos en igual periodo e institución, en el marco del descenso de las tasas de MMI desde la década de 1950¹⁴.

-
- 8 Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismos y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Santiago, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2005.
 - 9 Nari, Marcela. *Políticas de maternidad y maternalismo político; Buenos Aires (1890-1940)*. Buenos Aires, Biblos, 2005; Biernat, Carolina y Ramaccioti, Karina. *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil argentina 1900-1960*. Buenos Aires, Biblos, 2013; Zárate, María Soledad. *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “Ciencia Hembra” a la Ciencia Obstétrica*. Santiago, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2019.
 - 10 Quiroz, Lissell. “De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú (siglo XIX)”. *Dynamis*, Vol. II, N°32, 2012, pp. 415-437; Agostoni, Claudia. “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato”. Cano, Gabriela y Valenzuela, Georgette (ed.). *Cuatro estudios de género en el México del siglo XIX*. México, UNAM/PUEG, 2001, pp. 75-95; Carrillo, Ana María. “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”. *Dynamis*, N°19, 1999, pp. 67-190; Quiroz, Lissell. “Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (siglos XIX y XX)”. *Revue d’Etudes décoloniales*, N°1 (octubre), 2016, <http://reseaucolonial.org/822-2/>; Zárate, María Soledad. “Midwifery and the Construction of an Image in Nineteenth-Century Brazil”. *Nurs Hist Rev.*, N°11, 2003, pp. 31-49.
 - 11 Felitti, Karina. “En sus propias palabras: Relatos de vida sexual y (no) reproductiva de mujeres jóvenes mexicanas durante las décadas de 1960 y 1970”. *Dynamis*, Vol. XXXVIII, N°2, 2018, pp. 333-361.
 - 12 Necoechea, Raúl. *La planificación familiar en el Perú del siglo XX*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos y Unfpa, 2016.
 - 13 Felitti, Karina y Abdala, Leila. “El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos”. Sánchez, Georgina y Laako, Hanna (eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. México, El Colegio Frontera Sur, 2018, pp. 95-121.
 - 14 Godoy, Lorena y Zárate, María Soledad. “Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973”. *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. XIII, N°3, 2015, pp. 411-430; Zárate, María Soledad. “Señora, su hijo no va a morir: enfermeras y madres contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980”. Cordero, Macarena (ed.). *Rastros y gestos de las emociones*. Santiago, Editorial Universidad Adolfo Ibáñez, 2018, pp. 163-198.

El uso de fuentes orales en la investigación histórica referida a la salud y la medicina destacan el valor del registro de la subjetividad¹⁵ como, por ejemplo, cuando se documenta la vida de pacientes y beneficiarios de salud pública a través de sus experiencias y las percepciones de los profesionales médicos y paramédicos sobre su trabajo, sus pacientes, y la medicina que practican. Entonces, las fuentes orales contribuyen a ampliar los sentidos y alcances de las políticas de salud pública incorporando la visión de quienes las diseñaron, implementaron y de quienes eran sus destinatarios¹⁶. Dado el alto componente normativo de estas políticas, los relatos orales aportan un registro más descriptivo de estas experiencias humanas, favoreciendo la elaboración de una historia social de la medicina y la salud pública más plural e inclusiva¹⁷.

En nuestro caso, las entrevistas contribuyen a visibilizar las visiones de madres y matronas, es decir, a relevar el papel de la condición femenina de este grupo, aspecto central para entender tanto la ejecución como la recepción de las políticas de control prenatal y de la asistencia hospitalaria del parto.

EL CHILE DEL SNS Y DEL PSMI, 1952-1973

A mediados del siglo XX, la sociedad chilena experimentó cambios y un incremento de expectativas relacionadas a una mayor participación ciudadana y al aumento del gasto estatal dirigido a brindar mayores beneficios sociales en educación, vivienda y salud. El SNS fue una de las instituciones que lideró el creciente protagonismo estatal, y que recogiendo el legado de organismos anteriores, apostó por la progresiva universalidad asistencial que operó hasta su desmantelamiento en 1979 durante la Dictadura Militar¹⁸.

El SNS fortaleció el alcance y espesor de las políticas sanitarias materno-infantiles que, desde la década de 1920, eran componente fundamental de la salud pública chilena del siglo XX. Dos de aquellas políticas, el control del embarazo y la asistencia hospitalaria del parto registraron un incremento gradual y consistente desde la década de 1950. Si en 1950 el control prenatal cubría al 40% de la población femenina, en 1980 la cifra alcanzaba a casi el 90%. Y si la asistencia hospitalaria del parto cubría al 50% de la población femenina

15 Thomson, Alistair. "Four Paradigm Transformations in Oral History". *Oral Hist Rev.*, Vol. XXXIV, N°1, 2006, pp. 49-70.

16 Bornat, Joanna; Perks, Rob; Thomson, Paul y Walmsley, Jan (eds.). *Oral History, Health and Welfare*. Londres, Routledge, 2000; Martin, Ruth. *Oral History in Social Work*. Newbury Park, Sage, 1995.

17 Testa, Mario y Paim, Silva. "Una reflexión sobre memoria, historia y salud". *Salud Colectiva*, Vol. VI, N°2, 2010, pp. 211-227.

18 Correa, Sofia. *Historia del siglo XX chileno*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2001.

urbana a fines de la década de 1940, a mediados de la década de 1970 la cifra era del 87%.

En 1960, la tasa de mortalidad infantil era de 120 por 1.000 nacidos, y en 1980 había descendido a 31 por 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la tasa de mortalidad materna por aborto ascendía a 11 por 10 mil nacidos vivos en 1960, para descender a 1,7 en 1990¹⁹.

Las primeras políticas estatales dirigidas al control del embarazo y al cuidado asistencial del parto fueron implementadas por la Caja del Seguro Obligatorio (en adelante CSO) desde 1925, orientadas a obreras y esposas de obreros. La CSO apoyó campañas y promovió la asistencia de embarazadas a controles prenatales desde el quinto mes de gestación que supervisaban sus condiciones físicas y ofrecían educación sanitaria. Asimismo, impulsó la asistencia profesional del parto, liderada por matronas certificadas y/o, eventualmente, médicos, como también la transición del parto domiciliario al hospitalario²⁰.

Con la fundación del SNS en 1952²¹, se garantizó la atención y protección de trabajadores y sus familias -esposas e hijos hasta los 15 años de edad -específicamente obreros, a los que se sumaron pequeños artesanos, artistas, comerciantes, campesinos, y trabajadores manuales, grupo del cual estaban excluidos los empleados²² y los patrones²³. Las trabajadoras y esposas de trabajadores estaban protegidas no solo en su condición de madres: también podían recibir atención preventiva y curativa. Asimismo, el SNS era custodio de la salud de los indigentes y sus familias. En este marco el SNS amplió los beneficios asistenciales a prácticamente el 70% de la población del país, administraba casi el 87% de las camas hospitalarias y financiaba aproximadamente el 87% de las atenciones en consultorios²⁴, refrendando la tradición salubrista chilena. El SNS conservó la estructura fundacional de la seguridad social chilena al mantener la distinción de las dos categorías laborales: trabajadores y empleados. El servicio aspiraba a la cobertura nacional, pero la rural era más compleja y dispersa, y fue un importante desafío institucional.

19 Szot, Jorge. "Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Vol. LVII, N°2, 2002, pp. 129-135.

20 Zárate, María Soledad. "Parto, crianza y pobreza en Chile". Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (eds.). *Historia de la vida privada en Chile*, Tomo 3. Santiago, Taurus Ediciones, 2007, pp. 13-47.

21 Ley N°10.383, 1952. La CSO solo protegía a las madres en su condición de tal y a los hijos hasta los 2 años de edad.

22 Los empleados públicos y particulares estaban agrupados y recibían asistencia médica y dental a través del SERMENA, Servicio Médico Nacional de Empleados, activo entre 1942 y 1979.

23 El financiamiento del servicio dependía de la contribución tripartita -trabajador, estado y patrón- y ofrecía cobertura para tratamientos de enfermedades, asistencia materno-infantil, licencia pre y postnatal, y apoyo en circunstancias de invalidez, vejez y muerte.

24 Valdivieso, Ramón y Juricic, Bogoslav. "El sistema nacional de salud en Chile". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 49, Vol. LXVIII, N°5, 1970, pp. 478-485.

El nuevo servicio, inspirado en las metas de la medicina social, tenía por fin la protección, la reparación y el fomento de la salud²⁵; en esta última se ubicaban todas las acciones vinculadas a la asistencia materno-infantil que beneficiaban al 100% de la población incluida por ley en el mandato del nuevo servicio. Este incremento se tradujo en que más del 53% de las prestaciones que brindaba se concentraban en el PSMI²⁶ y, entre ellas, el incremento del control prenatal y el parto hospitalario fue posible gracias al trabajo de matronas, especialmente valioso en los servicios suburbanos y rurales²⁷. Los Consultorios Maternales registraron un aumento de controles prenatales de 283.030 en 1952 a 489.668 en 1958, y el porcentaje de partos atendidos en maternidades ascendió de 39,7% a 57,3% en igual periodo²⁸.

A inicios de la década de 1960, el número de embarazos controlados correspondía a un 71% de las mujeres afiliadas a leyes de seguridad social y un 29% a no afiliadas, predominando las primeras en las provincias rurales del país. El promedio de consultas por embarazada era de 4 consultas²⁹, cifra inferior a las expectativas fijadas por las normas del SNS que estimaban idealmente 5.

En 1950, el SNS se propuso uniformar “la terapéutica obstétrica en Consultorios Maternales”, asegurando materiales para obstetras y médicos generales que atendían a embarazadas³⁰. Se fijaron directrices para el tratamiento de enfermedades como diabetes, cardiopatías, hemorragias, contracciones uterinas dolorosas, anemias, y protocolos para apoyar el embarazo prolongado y la hospitalización del parto. Asimismo, instrucciones respecto del manejo, por ejemplo, del embarazo gemelar, del uso de radiografías, la identificación de los tratamientos frente al aborto infectado, la sífilis, la tuberculosis, y de episodios del puerperio como “grietas del pezón, mastitis, desgarros infectados, endometritis simple”³¹.

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

26 Servicio Nacional de Salud. “Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960.” *Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS*, 1961, p. 44.

27 Zárate, María Soledad y Godoy, Lorena. “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1952-1964.” *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Vol. XVIII (diciembre), 2011, pp. 131-151.

28 Servicio Nacional de Salud. *El Servicio Nacional de Salud, 1 Etapa 1952-1958*. Santiago, Imprenta Central de Talleres del SNS, 1959, pp. 53-54.

29 Servicio Nacional de Salud. “Diez años de labor 1952-1962.” Santiago, *Talleres de Imprenta de la Sección Educación para la Salud del S. N. S.*, 1962, p. 64.

30 Servicio Nacional de Salud. *Normas terapéuticas para la atención maternal en consultorios externos: agosto de 1957*. Santiago, Imprenta Central de Talleres del SNS, 1957, p. 1.

31 *Ibidem*, p. 4.

En 1972, el SNS ya era responsable de la atención integral del 70% de madres y niños, y de acciones de protección y fomento de la salud en el 100% de la población³². Pero los controles prenatales y la asistencia del parto, que requerían especialmente de más matronas, aún no alcanzaban “cobertura universal” en los primeros años de la década de 1970, pese a ser uno de los objetivos del SNS durante el gobierno de la Unidad Popular³³. Un obstáculo importante era la escasez de camas pediátricas y obstétricas que explicaba la variación en las estadías posparto como lo corroboran las madres entrevistadas.

ENTREVISTAS Y ANÁLISIS

Para el análisis, se seleccionaron 10 entrevistas de madres/parturientas y 9 de matronas, realizadas entre 2010 y 2012 en el marco de una investigación referida a la historia del PSMI entre 1952 y 1980³⁴, y entre 2023 y 2024 en el marco de una investigación en curso referida a trayectorias profesionales y salud femenina. Se adjuntan dos cuadros al final del texto que consignan las principales señas biográficas de cada entrevistada.

Un primer criterio de selección de las entrevistas analizadas fue que ambas, madres y matronas, aportaran información sobre el control prenatal y la asistencia del parto hospitalario que relevara sus juicios específicos, y que corroborara o discutiera las visiones médicas más conocidas. Un segundo criterio fue que las madres residieran de preferencia en la capital, Santiago, (salvo un caso) que se hubieran atendido más de una vez en servicios públicos, consultorios y hospitales -para control prenatal y asistencia del parto respectivamente- que estuvieran bajo la dirección del SNS. El tercer criterio de selección fue que en el caso de las matronas, se seleccionó a quienes realizaban controles prenatales y asistencia del parto en la ciudad de Santiago y eran funcionarias del SNS.

32 Servicio Nacional de Salud. *Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar: proposiciones de cambio y estrategias de Salud para la década 1971-1980*. Santiago, Imprenta Litografía Salesiana La Gratitude Nacional, 1972, pp. 15-16.

33 *Ibidem*, p. 23.

34 Proyecto FONDECYT N°1100977, “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973”, que identificó la estructura, trayectoria y resultados de las políticas sanitarias centradas en la asistencia del parto, el control prenatal y postnatal, la alimentación complementaria infantil, y el primer programa de planificación familiar, y el actual FONDECYT Regular N°1231334, en curso: “De madres a mujeres: el tránsito de las políticas de protección de salud materno-infantil a las políticas de protección de la salud femenina general, Chile, 1950-1990”. Ambos proyectos contemplan entrevistas a médicos, matronas y usuarias.

Las entrevistas “en profundidad” se caracterizaron por ser abiertas; se contó con un cuestionario base, no obstante, dado la avanzada edad de las entrevistadas este solo se usó para orientar a las informantes. La mayoría prefirió narrar sus experiencias de manera libre³⁵. La revisión de este material se apoyó en el análisis de contenido cualitativo, que distingue categorías que se vinculan con los objetivos de la investigación y la historia que las entrevistadas privilegiaron narrar: se les explicó que era importante conocer sus experiencias porque estas no han quedado registradas y, a través de ellas, es posible entender otras dimensiones de la historia de las prestaciones sanitarias relacionadas con la maternidad³⁶.

La metodología empleada para el análisis de las entrevistas consistió en identificar y seleccionar los contenidos más reiterados, y contrastar esta información, en la medida que fuera posible, con la provista por fuentes documentales como monografías médicas, estadísticas y reportes institucionales.

Las 10 madres entrevistadas eran beneficiarias pasivas (salvo dos), con cónyuges que eran trabajadores en fábricas, trabajadores manuales y/o comerciantes, que presentaban bajos ingresos³⁷. Solo 8 de ellas contaban con educación básica completa, la mayoría era “dueña de casa”, pero realizaban trabajos remunerados esporádicos. Cuatro trabajaron hasta antes de casarse o antes de tener el primer hijo (dos declaran haber trabajado como empleada doméstica), y varias retomaron más tarde, trabajos desde la casa como venta de ropa, tejidos, etc. (Cuadro N°1).

Los partos de sus hijos se produjeron entre fines de la década de 1940 e inicios de la década de 1970. Algunas recibieron a su primer hijo antes de los 20 años, y la mitad de ellas informó de pérdidas o muertes de hijos nacidos vivos, ejemplificando lo habitual de esta trágica experiencia en la época: en 1960, la tasa de mortalidad infantil alcanzaba los 120 por 1.000 nacidos vivos, y en 1980 esta descendió a 31 por 1.000 nacidos vivos³⁸. El número de hijos fluctuaba entre los 9 (una entrevistada) y los 2 (dos entrevistadas).

35 Los nombres del conjunto de las entrevistadas fueron reemplazados por seudónimos. Se cuenta con consentimiento informado de todas las participantes

36 Ruiz, José Ignacio. *Metodología de la Investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto, 2003.

37 Entre 1952 y 1972, la población femenina económicamente activa fluctuó entre un 22 y 25%. Y de ese grupo más del 30%, ejercía como empleada doméstica. Godoy, Lorena; Díaz, Ximena y Mauro, Amalia. “Imágenes sobre el trabajo femenino en Chile, 1880-2000”. *Universum*, N°24, Vol. 2, 2009, pp. 74-93.

38 Szot, J., “Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-200”. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, N°67, Vol. 2, 2002, pp. 129-135.

Todas asistieron a controles durante sus embarazos, principalmente en consultorios, lo que algunas combinaron con controles de matronas en casa, en hospital y en clínica. Siete entrevistadas vivieron sus partos en el hospital. Las tres restantes fueron atendidas por una matrona en casa, o combinaron modalidades de atención: en casa con parteras o matronas, y luego en hospital. Si bien el parto hospitalario se había convertido en un mandato del SNS en la década de 1950, este objetivo estaba aún en plena transición pues también se buscaba asegurar la asistencia profesional del parto domiciliario, legado de las políticas de la CSO³⁹, y antecedente de la masiva hospitalización del parto que se alcanzó en la década de 1970, la que fluctuaba en aproximadamente el 87% de la población urbana⁴⁰.

De las 9 matronas entrevistadas (Cuadro N°2), 6 eran de Santiago y tenían entre 62 años y 89 años, y el promedio de edad era de 79 años. Todas se formaron entre mediados de la década de 1940 y fines de la década de 1960 en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, la más antigua del país, que funcionaba en el Hospital San Borja de Santiago.

Este oficio nació con la fundación de la Escuela de Matronas en 1834, bajo la supervisión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con el expreso objetivo de combatir la MMI que asolaba durante el periodo de construcción republicana y, de paso, reemplazar gradualmente a las parteras, que históricamente habían sido el soporte de las parturientas, a través del aprendizaje de este oficio por tradición familiar o transmisión oral⁴¹.

La instrucción en este oficio paramédico fue fortaleciéndose lentamente en la primera mitad del siglo XX. Si hasta 1933, los requisitos de ingreso eran solo saber leer y escribir y contar con educación primaria, en 1952 finalmente adquirió carácter universitario. Los escasos registros documentales indican que las postulantes provenían de clases bajas, contaban con escasa educación y entendían esta formación como un medio para salir de la pobreza en el mediano plazo. Durante la primera mitad del siglo XX, su principal campo ocupacional estaba en la asistencia privada, en instituciones caritativo-sanitarias y en recintos de la Beneficencia Pública. Se registra un incremento

39 En 1965, el número de consultorios a nivel nacional era de 113 y en 1974 había ascendido a 149. González, Maricela. "‘Logros son acciones’. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile. El Servicio Nacional de Salud, 1952-1973." Tesis de doctorado en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 2017, p. 205. Las maternidades de la red pública, referidas por las entrevistadas, eran las correspondientes a los hospitales de la capital: San Borja, San Juan de Dios, San Vicente, José Joaquín Aguirre, Salvador, Barros Luco y Nacional.

40 Szot, "Reseña de la salud pública materno-infantil chilena", p. 133.

41 Zárate, *Dar a luz en Chile*.

gradual de graduadas desde 1930, y en este periodo un grupo de ellas se convirtió en funcionarias de la CSO⁴².

Hacia 1968, Chile contaba con 1.442 matronas activas, de las cuales 519 residían en Santiago (36%), y 144 se distribuían en localidades de menos de 200 mil habitantes; el 89% del total ejercía en el sector público, y el SNS contaba con 836 matronas. Los principales problemas que afectaban a esta profesión eran las remuneraciones “inadecuadas” en virtud de su extenso trabajo en el SNS, las dificultades para contar con oportunidades de perfeccionamiento y el aislamiento profesional de aquellas que ejercían en localidades apartadas⁴³.

Pese al reconocimiento social que rodeaba al oficio de matrona y de enfermera, estas profesiones cobraban bajas remuneraciones, especialmente las primeras que trabajaban en instituciones estatales. Según Klimpel hasta 1960, “las matronas recibían un sueldo inferior a un vital”, es decir, al sueldo mínimo en la época⁴⁴.

Las matronas entrevistadas eran parte de este grupo del SNS, graduadas que contaban con una instrucción que experimentó cambios como los señalados anteriormente. Sus trayectorias laborales casi no registraron periodos de cesantía, lo que da cuenta de la alta demanda de este personal de salud, y son muestra de la combinación de trabajo en instituciones públicas como hospitales, consultorios, casas de socorros en la capital, e instituciones privadas como clínicas, pensionados de hospitales, consultorios de empresas y de SERMENA⁴⁵.

MADRES: VISITAR EL CONSULTORIO Y PARIR EN EL HOSPITAL

La recepción de las políticas sanitarias estatales en embarazadas y madres cuenta con escaso registro en la primera mitad del siglo XX. En 1944, se publicó un pionero estudio sobre la “actitud de las madres” asistidas por la CSO, específicamente el control prenatal y control postnatal, basando su análisis en 3.500 fichas clínicas de niños asistidos en consultorios de Santiago durante 1943⁴⁶. Concluían que la primera consulta prenatal se producía solo después del quinto mes de embarazo en el 60% de los casos y que la proporción de

42 Zárata, “Señora, su hijo no va a morir”, pp. 163-198.

43 Ministerio de Salud Pública-Consejo Nacional Consultivo de Salud. 1970, pp. 262-265.

44 Klimpel, Felicitas. *La mujer chilena. El aporte al progreso de Chile. 1900-1960*. Santiago, Editorial Andrés Bello, 1962, p. 163.

45 Para más información sobre la historia de las matronas en este periodo, ver Godoy y Zárata, “Trabajo y Compromiso”.

46 Ortega, Raúl y Castro Adriana. “Actitud de las madres frente al seguro social.” *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N°120-122, 1944, pp. 487-492.

los partos domiciliarios y hospitalarios era similar, lo que reafirma la cualidad transicional de este último proceso. Ortega y Castro aseguraban que las cifras revelaban una alta responsabilidad entre las madres y no compartían las históricas críticas que estas recibían asociadas a su ignorancia y falta de compromiso con el cuidado infantil⁴⁷. Entre las matronas entrevistadas, se aprecia comprensión y especial atención a las condicionantes sociales que experimentaban las madres que asistían, lo que era frecuente en las fuentes médicas tradicionales. Tampoco había menciones a la vida personal de las parturientas como tampoco referencias a estados emocionales.

En la década de 1970, un par de estudios producidos por el Programa de Extensión de Servicio de Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar (PESMIB), implementado durante el gobierno de la Unidad Popular, recogió apreciaciones de la población femenina respecto de la asistencia del parto hospitalario y del control prenatal. Se identificó un importante conocimiento de las mujeres respecto del cuidado y morbilidades infantiles, pero una escasa comprensión de sus propias morbilidades y su proceso reproductivo, y un reconocimiento preferente a la asistencia hospitalaria del parto⁴⁸. Esta escasez de información contrastaba con la inclusión de opiniones de mujeres, y también de hombres, en tempranos estudios referidos a las políticas de planificación familiar y la práctica del aborto⁴⁹.

En este marco, los testimonios de madres cobran importancia pues, por ejemplo, la política de control prenatal si bien se consolidó bajo el mandato del SNS, las entrevistadas dan cuenta de distintos procesos en torno a su implementación. Algunas sostuvieron que era conocida su existencia, pero escasa la convicción de que este control fuera sistemático, otras temían ser reprendidas por personal sanitario como matronas y médicos, pero casi todas reconocían el valor de la información que se entregaba sobre alimentación, uso de vitaminas, descanso y actividades dañinas para el embarazo. Esta valoración contrasta con la “desidia” que se solía atribuir a las mujeres en el cuidado maternal⁵⁰.

47 *Ibidem*, p. 489.

48 Servicio Nacional de Salud. *Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar: proposiciones de cambio y estrategias de Salud para la década 1971-1980*. Santiago, Imprenta Litografía Salesiana La Gratitude Nacional, Santiago, 1974; Servicio Nacional de Salud. *Acuerdo de un Plan Cuadripartito de Operaciones de un Programa de Extensión de Servicio de Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar en Chile*. Santiago, Imprenta La Gratitude Nacional, 1974.

49 Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). “La fecundidad rural en Latinoamérica: una encuesta experimental para medir actitudes, conocimiento y comportamiento”. *Demography*, Vol. II, 1965, pp. 97-114; Pieper, “Planning Motherhood under Christian Democracy” pp. 71-101; Hall, Françoise. “Los hombres y la educación en planificación de la familia”. *Cuadernos Médico-Sociales*, Vol. 10, N°2 (junio), 1969, pp. 5-15; Viel, Benjamín y Lucero, Sonia. “Análisis del programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile, (1964-1969)”. *Revista Médica de Chile*, Año 99, N°7 (julio), 1971, pp. 486-494.

50 Zárate, “Parto, crianza y pobreza en Chile”.

La llegada de los hijos a través de un parto domiciliario y uno hospitalario fue una experiencia que podía ser vivida por una misma mujer a mediados del siglo XX. Los testimonios nos enseñan que el parto hospitalario ya era aceptado entre las entrevistadas, que era una experiencia que reportaba peligros y temores, y que ellas usualmente estaban solas, pues las visitas familiares eran muy restrictivas según los reglamentos hasta la década de 1960, materia que requiere de investigación.

Marta tuvo cuatro hijos⁵¹, todos por parto vaginal o *normal* como solían llamarlos las matronas, y fue atendida por la misma matrona en todos los controles a los que se sometió entre su primer embarazo en 1950 y el último en 1969 cuando ya tenía 40 años. Para ella, la posibilidad de encontrarse con otras mujeres y comentar las vicisitudes, mientras esperaba a sus hijos, constituía una alegría cotidiana, y cierto consuelo, pues junto a su pareja estaban solos en Santiago.

Uno de sus hijos nació en la maternidad del Hospital Nacional, en donde estuvo dos días internada antes del alumbramiento y recibió “buena atención”. Fue examinada y se le hizo tacto para estimular la dilatación, “yo me sentía un poco aburrida porque no pasó nada en dos días, pero ya el lunes empecé con dolores, ya venía la guagüita”. Bajo la mirada ocasional de un médico, fue atendida todo el tiempo por una matrona que “sacó al niño y me dijo: sabes, es precioso”. Su estadía se prolongó por 10 días, periodo en que no podía “ni levantarse al baño”, dado el débil estado físico en que se encontraba.

El parto de su segundo hijo fue en el Hospital San Borja: “a veces hay guagüitas que no vienen bien, entonces está el médico al lado. La mía venía bien, nació normal, el médico no tuvo mucho que hacer ahí, pero había otras señoras que tenían problemas”. Marta reconocía diferencias con el presente de un parto hospitalario: “no era mala la atención porque uno no estaba mudando las guagüitas, se la venían a mudar y a uno hacerle aseo, así era en esos años. Ahora no, porque una guagüita nace hoy día y al otro día está en la casa”.

El valor de asistir regularmente al control prenatal se asociaba al deseo de recibir al retoño, cuestión que no sucedió con Claudia, quien a sus 18 años ocultó su embarazo por temor a la reacción de su familia en 1950⁵², razón que explica porque solo asistió a dos controles en el hospital San Vicente, al norte de Santiago. Ser madre soltera justificaba su deseo de esconder su estado: “no podía contar que estaba embarazada, no podía decirle a mi mamá, le

51 Entrevista a Marta, 81 años.

52 Entrevista a Claudia, 78 años.

tenía un miedo terrible, nunca tuve la confianza para contarle a nadie lo que me pasaba, esperaba casarme". El caso de Claudia contiene una singularidad: ella sostuvo que desde el consultorio la derivaron a la casa de una matrona para la realización de los controles en modalidad domiciliaria, que ejemplifica la sobrevivencia de ese servicio y de su coexistencia con los controles en consultorios. Con sus dos hijos siguientes asistió más regularmente a los controles, pues después de contraer matrimonio pudo compartir su estado de gravedad en plenitud.

La experiencia de Claudia fue significativa. De sus cuatro hijos, solo la última, Marisela, nació en el hospital a fines de la década de 1960 en donde recibió buena atención, y recuerda que le "pusieron puntos", episodio que con seguridad aludía a la episiotomía. Recibió atención en el consultorio y se internó en el Hospital San Borja porque su hermana había fallecido, no tenía quien la cuidara: "no tenía otra alternativa, tenía que irme al hospital... siempre quise tener a las guagüitas en la casa porque la hermana con la que me críe tuvo a sus guagüitas en la casa también, pero una matrona la atendía".

Su experiencia fue un "poco traumática": mientras fue intensamente controlada con "una maquinita" por tres días, una enfermera le señaló que "con seguridad su hija moriría antes de nacer". La citada "maquinita" era el monitor fetal, del cual hay primeras noticias en Chile hacia fines de la década de 1960: se cuenta con un seguimiento de la aplicación de monitoreo del parto entre 1976 y 1978 en el Hospital de San Juan de Dios⁵³.

Pese al fatal pronóstico, la hija de Claudia nació por parto vaginal, asistida por matronas, y luego sometida a varias transfusiones para contrarrestar el fuerte shock anémico que experimentó. Durante los 3 días que permaneció en el hospital, sus hijos estaban al cuidado del padre y sin noticias de lo que estaba pasando con ella, pues no se permitían las visitas: "cuando yo me fui, salí muy débil, no tenía ni siquiera una tacita donde me dieran un poquito de leche".

Claudia valoraba especialmente la atención diligente que recibió, pese al miedo que sentía antes del ingreso:

"Igual me sentía bien teniendo a las guagüitas en la casa, pero después uno mira para atrás y dice que tonta fue uno ...en primer lugar en esos años no había tanta comodidad, uno era pobre, no teníamos grandes recursos. Después uno pensando cuando se va al hospital es diferente, claro que es más impersonal. A uno no

53 Abujatum et. al. "Aspectos de la monitorización del parto." *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLV, N°1, 1980, p. 13.

la van a atender con cariño, nada de esas cosas y uno ve el trato con otras mamás" (Claudia, madre).

Carolina⁵⁴ se controló solo dos veces en todo su embarazo en la década de 1950 porque no fue citada correctamente al consultorio que le correspondía: "yo no sabía que se me tenía que romper una famosa bolsa de agua, porque ni mi mamá ni mi suegra me lo habían explicado, más cuando vi que me estaba saliendo esa agua, me dijeron que me tenía que ir al hospital".

Siendo aún muy joven, viviendo en la casa de su suegra y justo después de haberse roto la bolsa de agua, Carolina entraba a la maternidad del Hospital José Joaquín Aguirre. En la sala de parto es recibida "con harto cariño", aunque reconocía que "no las trataban a todas bien". Después de ser rasurada y sometida a lavados "para que tuviera la guatita limpia", le pusieron "la cornetita, midiéndote la barriga", hasta que su hija nació en la madrugada en manos de una matrona. Pese al temor durante el parto, afirma que luego "se te olvida todo, ya no te duele más. Cuando nació la bebé, me la mostraron me dijeron que era muy linda, y después que me sacaron la placenta me quedé durmiendo toda la tarde... solo a las 5 de la tarde pude conocerla".

Carolina informaba que, si bien en el segundo control fue reprendida por su falta de regularidad, "encontraba que eran amables y atentas... yo ni siquiera preguntaba cosas, por eso te digo que fue mucha ignorancia de mi parte... me acuerdo de que me dijeron que tenía que hacerme masajes en las pechuguitas porque después iba a dar de mamar". Recordaba con especial atención las recomendaciones respecto del consumo de hierro, y que no experimentó grandes cambios físicos en sus embarazos: "yo siempre fui delgada, nunca subí mucho de peso ... excepto después del 4º, 5º mes empezaban los problemas". Afirmaba que nunca recibió leche antes del gobierno de Allende, cuestión llamativa pues la política de subsidio de leche complementaria ya llevaba varias décadas de funcionamiento. No obstante, la irregularidad en la asistencia a los controles puede ser la justificación de no contar con acceso regular a esta política nutricional⁵⁵.

Debido a cambios domiciliarios, la asistencia prenatal de Irma⁵⁶ es más incierta, pues fue atendida por matronas en consultorios muy distantes uno de otro: en el Hospital Salvador, donde no vivió una buena experiencia, en el hospital Barros Luco, y en un consultorio de la población La Victoria "que era súper

54 Entrevista Carolina, 63 años.

55 Goldsmith Weil, Jael. "Ciudadanas de leche: Una primera línea del Estado social chileno, 1954-2019" *Economía y Política*, Vol. 6, N°2, 2019, pp. 101-132.

56 Entrevista a Irma, 66 años.

conflictivo, en esos años era como una toma entonces siempre pensé que por eso era tan mal atendido, la gente tan maltratada.” También su testimonio aludía al frecuente diagnóstico que hacían médicos en la década de 1950 y 1960: la falta de camas en las maternidades del país, y el hecho de que frecuentemente dos parturientas compartían una cama⁵⁷.

Irma experimentó una situación de alto riesgo durante el parto de su cuarto hijo, luego de tres partos normales, una pérdida y un raspado a inicios de la década de 1970. Con 27 años, recordaba las palabras del médico que aludían a lo peligroso que fue este parto: “no, a esta señora o la operamos o van a quedar 4 niños huérfanos, llegó el momento del parto y me hicieron fórceps, no me hicieron una cesárea, y me tuvieron 20 días hospitalizada (por un prolapso uterino)”.

Irma era entre las entrevistadas la que planteó severas críticas a la atención recibida, especialmente después de que fuera esterilizada: “no había una preocupación por el paciente, nadie reclamaba tampoco, uno no sabía de los derechos que tenía”. Pese a lo “traumático” de los partos afirmaba que:

“el momento más feliz de mi vida ha sido cuando vi la cara a mis bebés, porque yo les decía a las niñas que era tan diferente a lo que es ahora, no te ponían anestesia, nada, todo era así no más, el corte tú lo sentías, pero ver que todo había valido la pena y tener el bebé en los brazos era una alegría”.

No obstante, fue categórica cuando describía la rudeza de su parto hospitalario: “yo cuando me mejoré, lo único que tenía era un hambre atroz y nadie me daba nada, ni una galleta, nadie se preocupaba.” Dicha sensación se agravó por los “lavados atroces que te vaciaban todo por dentro, se sentía más hambre con el estómago limpio”.

La condición inicialmente no reconocida de Doris⁵⁸ de estar embarazada y de ser Rh negativo, reportó peligros a sus 10 embarazos, y provocó la pérdida de 8 de ellos. En su primer embarazo en 1949, a los 19 años, su hijo sobrevivió como también en el último en 1964, y ambos nacieron en hospital. Aun cuando fue constante en sus controles mensuales, y valoraba la información sobre la alimentación y el seguro social, estimaba que la población sabía muy poco sobre el control prenatal.

57 Tisné Brousse, Luis. “Protección materno-neonatal en los países en desarrollo.” *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Vol. 4, N°3-4, 1964, pp. 5-66.

58 Entrevista a Doris, 80 años.

Todos los partos de Doris, especialmente laboriosos, se produjeron en el hospital, aun cuando en uno de ellos fue acompañada por una partera, conocida de su suegra, que intentó que diera a luz en el domicilio, la noche anterior a su ingreso a la maternidad. Uno de los dos hijos que sobrevivieron, Benito, nació por cesárea en el hospital de la Universidad Católica y permaneció en incubadora durante más de un mes; el uso de incubadoras con nuevas tecnologías era cada vez más frecuente desde la década de 1960⁵⁹.

Luego de padecer una severa hemorragia y la extracción de parte de su útero, producto de las maniobras quirúrgicas, Doris sostuvo que el médico que la atendió en su último parto en 1964, según ella católico, le comunicó que la extracción “había sido poca cosa”, que había sido “una emergencia, pero va a quedar tan mujer como antes porque fue parte del útero, no todo”. Lo cierto es que las extracciones uterinas, total y parcial aun eran reducidas en la década de 1960; solo en los próximos años se incrementó su práctica en casos de prolapsos genitales y cáncer⁶⁰. Constantemente monitoreada por médico y matrona, su extensa permanencia en el recinto maternal la familiarizó con escenas de gritos, violencia y abandono del personal sanitario. Pero el recuerdo más importante fue la falsa creencia, después de parir a su hijo, de que este había nacido muerto, porque durante semanas no pudo verlo: “Cuando me decían que estaba vivo yo no lo creía. Ya me habían engañado antes. El último día me dicen, vamos, si su guagüita está viva, me llevaron a la fuerza, y la vi por primera vez en la incubadora”. No tenemos fuentes prescriptivas que ofrezcan pistas sobre la frecuencia de engañar a las mujeres respecto de la salud de sus hijos recién nacidos.

Eugenia⁶¹ accedió a control prenatal tanto en el sistema público como en el sistema privado, dado que su marido se lo pagaba porque quería “estar más seguro de cómo estaba yo”. Recordaba que en los controles eran insistentes las advertencias contra el consumo de alcohol y las recomendaciones sobre consumir abundante fruta y leche; que fue examinada habitualmente por una “doctora”, y que padeció de frecuentes vómitos que eran una “calamidad”. Ella se “mejoró” de sus tres hijos en el Hospital San Borja, “muy bien atendida por un médico y una médica” y, a diferencia de las otras entrevistadas, fue visitada diariamente por su marido que llegaba con leche y galletas. Para Eugenia parir a sus hijos en el recinto maternal fue habitual, ella no conocía de ningún caso

59 Howard Balaesque, Jorge. *Atención del prematuro: manual de procedimientos del Centro de Prematuros del hospital Luis Calvo Mackenna*. Santiago, Universidad de Chile, 1957.

60 Mesa redonda. “Prolapso genital”. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLVIII, N°3, 1983, p. 197.

61 Entrevista Eugenia, 85 años.

de parto domiciliario. Como preparación al parto la hicieron caminar, no le administraron ninguna medicación para los fuertes dolores que experimentó y no recibía agua, aunque la pedía a gritos. No sabemos si esta practica era frecuente o solo es una excepción descrita por la entrevistada.

Fue enfática en señalar que recibió buena atención en el Hospital San Borja, pero era consciente de las frecuentes denuncias de mujeres contra este recinto por la deficiente atención, y “porque algunas casi se mejoraron en el pasillo”. A mediados de la década de 1960, periodo en que todas las políticas incentivaban la atención del parto hospitalario, las noticias respecto de deficiencias en el servicio asistencial que brindaban las maternidades eran frecuentes⁶².

Lorena⁶³, empleada doméstica y residente en la hacienda San Vicente, ubicada en la zona rural de Los Andes, al norte de la capital, ofrece un relato sobre uno de sus partos que ilustra las dificultades para obtener una atención diligente en localidades rurales en 1966. Como su marido salía muy temprano por la mañana, le pidió a su hermana que pidiera una ambulancia usando el teléfono que había en la casa hacendal que estaba a 20 minutos de la suya, trayecto que se hacía a caballo o en bicicleta. Como los funcionarios de la salud se encontraban en huelga:

“llegaron cuatro *milicos* [militares] en la ambulancia, me tocó subir, yo no daba más, si me demoro media hora más el niño se me muere porque ya venía asfixiado... los militares traían de todo y no hallaban como que yo me mejorara, me acuerdo de que me *pescaron* con la camilla y corrían para la maternidad... yo me acuerdo, que a veces la matrona la ayudaba a uno y la tomaba en los brazos pa’ que pujara, pa’ que saliera la guagua” (Lorena, madre).

Atendida por matrona y médico, Lorena identificó también la asistencia de una enfermera y de cuidados especiales después de nacido su hijo: “cuando uno ya se mejoraba le llevaban la guagüita o a veces le llevaban un caldo calentito”. Lo cierto es que si las narraciones femeninas sobre la recepción del control prenatal y el parto hospitalario son escasos para el caso urbano, son muy fragmentados para el caso rural, pues hay noticias dispersas en algunas recopilaciones⁶⁴.

62 Sin autor. “Sistema de bolsas de camas perfeccionará distribución de recursos en maternidades” *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. 3, N°33, 1966, p. 23.

63 Entrevista a Lorena, 74 años.

64 Valdés, Ximena. *Vida en común: Familia y vida privada en Chile*. Santiago, LOM Ediciones, 2007.

Mariana⁶⁵ sostuvo con firmeza que una de las razones de que las mujeres no iban a los controles era porque tenían que se supiera en sus hogares que estaban embarazadas. El recuerdo de sus controles se concentró en la información recibida, “cuando vi a la guagua, y la mostraban en pantalla si, eso me daba una emoción”, y en procedimientos como tactos vaginales a propósito de los embarazos de sus dos hijas a fines de la década de 1960 que “venían mal”, por lo cual fue sometida a varios “controles ginecológicos”. El testimonio aludía, por primera vez entre las entrevistadas, al posible uso de un ecógrafo, dato interesante pues los registros médicos señalan que esta tecnología habría llegado recién en la década de 1970 a Chile⁶⁶.

Entre las entrevistadas contamos con solo un par de madres que declararon ejercer labores remuneradas, en su mayoría, informales. Mariana es un caso excepcional: ejerció como auxiliar médico en la Posta del Hospital del Calvo Mackenna entre el periodo que nació su primera hija y hasta los primeros meses de la segunda, trabajo formal que le permitió acceder a licencia posnatal pagada de ambas hijas, beneficio que reconoció de gran utilidad, dado que no contaba con colaboración de su marido en el cuidado de ellas⁶⁷.

Los dos partos de Mariana, el primero en el Hospital José Juan Aguirre y el segundo en la Clínica Boston, de atención privada, gracias a que su marido estaba afiliado a la Caja de Empleados Particulares, fueron laboriosos y de alto riesgo. El primero concluyó finalmente en una cesárea, cirugía a la que le temía, pero inevitable: “como yo iba muy mal, me dijeron que si esperaba una hora más podía morir, yo y la guagua... Llegué como a las 8 de la noche y como las 9 ya estaba en pabellón”. Pese a la excepcionalidad de esta intervención, refería que fue exitosa, y dado que era un recinto sanitario privado, pudo ver a su familia al día siguiente, situación que contrastaba con lo que sucedía en los hospitales públicos.

La cesárea consignada por Mariana era un recurso excepcional a fines de la década de 1960 e inicios de la de 1970: el crecimiento sostenido del número de cesáreas se produjo en la década de 1980 en Chile, precisamente en el periodo que la cobertura hospitalaria del parto alcanzaba casi el 100%. Si en la década de 1960 los reportes de cesáreas oscilaban entre un 4% y 6%, en la década de 1980 este alcanzaba aproximadamente entre un 22 y 24%. Por ejemplo, en 1985

65 Entrevista a Mariana, 64 años.

66 Ortega, Dulia y Seguel, Solange. “Historia del ultrasonido: el caso chileno”. *Revista chilena de radiología*, Vol. X, N°2, 2004, pp. 89-92.

67 Dicha licencia era de 12 semanas, divididas en 6 semanas antes del parto y 6 semanas posteriores, establecida en el Código del Trabajo de 1931. En 1973, a través de la Ley N°17.928, el descanso posnatal finalmente fue incrementado a 12 semanas.

de 144.509 partos, las cesáreas reportadas fueron 34.909⁶⁸

MATRONAS: GUÍAS Y CONFIDENTES DE LAS MADRES

Las matronas eran las principales responsables del control prenatal y de la asistencia del parto hospitalario en zonas urbanas y rurales⁶⁹. Entre 1965 y 1974, el incremento de consultas a matronas registró un crecimiento del 240% respecto de la etapa anterior, uno de los mayores relacionados a la atención profesional del SNS⁷⁰. Las matronas eran las profesionales que mayor vinculación tenían con embarazadas y parturientas, por tanto, sus testimonios incluyen valiosa información sobre ellas.

Una de sus labores fundamentales fue instruir a embarazadas y madres desde su trabajo en la CSO, que promovió el uso de folletería informativa pese a que el analfabetismo femenino era una barrera importante. Los registros de folletería producida por el SNS son escasos y confirman que se solía insistir en el valor de la consulta constante al médico y la matrona, y el resguardo de una alimentación e higiene adecuados⁷¹.

Entendían el control prenatal como un instrumento clave para incrementar el nivel educativo de las mujeres en principios básicos del cuidado de sí mismas y de sus hijos, del proceso de la lactancia materna y el control de niño sano. Asimismo, la disminución de incertidumbres relacionadas al parto como hemorragias, infecciones y accidentes, y la posibilidad de brindar una atención oportuna que protegiera a los recién nacidos estaban entre las principales razones que presentaban para apoyar que este transitara a la modalidad de parto hospitalario. Compartían junto a los médicos, la convicción de que el parto debía ser hospitalario, transición que juzgaban irreversible, y uno de los objetivos más señeros del PSMI de la década de 1960⁷².

Entre las tareas descritas por ellas, estaban el tacto vaginal para revisar los cambios en el cuello uterino, la administración del suero para inducir el parto, el control del trabajo de parto, y el acompañamiento en los primeros días

68 Licha de Vargas, María. *El Uso de la Tecnología en la Salud Integral de la Mujer*. Washington, OPS, 1989.

69 Zárate, María Soledad y González, Maricela. "Matronas y parto hospitalario en Chile, 1950-1979" Sánchez, Georgina y Laako, Hanna (eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. México, El Colegio Frontera Sur, 2018, pp. 34-69.

70 Solís, Fresia. "Recursos humanos y atenciones de salud en el área no médica: Análisis de veinte años" *Cuadernos médico-sociales*, Vol. XXIX, N°3 (septiembre), 1988, pp. 99-107.

71 Servicio Nacional de Salud. *Mientras su hijo está en camino*. Santiago, El Servicio, 1972, p. 3.

72 Asociación Nacional de Matronas. *Primer Congreso Científico Nacional de Matronas*. Santiago, Imprenta Casa Nacional del Niño, 1951.

del puerperio. Otras tareas comunes eran la elaboración de la ficha clínica, incluyendo peso y altura de la “enferma” -denominación transversal y frecuente para referirse a las parturientas- registro de la última regla, medición del vientre y auscultación con el estetoscopio, revisión de la frecuencia de los latidos fetales, cuidado de las mamas, particularmente el pezón, y recomendaciones de consumo de leche y verduras. Al momento del parto, era frecuente que las matronas hicieran procedimientos como el lavado intestinal y el examen físico en la sala de parto. Las matronas entrevistadas sostienen, en su mayoría, que la uniformidad de normas asistenciales disminuyó algunos riesgos, colaboró en el diseño de una atención más profesional y delimitó sus tareas y las de auxiliares con más precisión.

Uno de los testimonios notables es el de Rosa⁷³ que ejerció entre 1945 y 1979, tanto en la CSO como en el SNS, experimentando la transición entre ambos servicios en la austral ciudad de Punta Arenas. Ella alcanzó a atender partos en domicilio y a detectar los últimos casos registrados de fiebre puerperal en la zona en la década de 1950. A su juicio, el control prenatal solo fue efectivo en dicha década, cuando el SNS impulsó la habilitación de consultorios, pues antes este se efectuaba en la posta, en visitas domiciliarias con escaso rigor, pero a las mujeres se las controlaba en entornos más familiares para ellas.

Su positivo juicio de esta política contrastaba con una llamativa observación: el uso de guantes y delantales esterilizados si bien ya era habitual en el sistema sanitario chileno en la década de 1950, no era frecuente en los consultorios provinciales como, por ejemplo, en Punta Arenas, expresión de las dificultades para consolidar este protocolo sanitario básico en el país.

Rosa compartía con sus colegas la percepción de que las mujeres “iban contentas al control de embarazo, porque sabían que se les estaba cuidando”. Recomendaba atención con la pérdida de sangre o líquido, y del bebé porque si este “era grande y se movía mucho”, había mayor riesgo de sufrimiento fetal. Especialmente recordaba la atención de las “primíparas añosas”, mujeres que daban a luz recién a partir de los 35 años, de las madres embarazadas que llegaron con el “niño muerto” y de los avances en la infraestructura asistencial como, por ejemplo, la disponibilidad de la “piernera” que facilitaba el trabajo de parto.

Los médicos solo se presentaban cuando “a pesar de los pujos la guagua no nacía, y había que hacer un fórceps, si los latidos se descomponían, o si no

73 Entrevista a Rosa, matrona, 89 años.

se dilataban lo suficiente” y, por lo general, no se contaba con ellos de noche. Una de las experiencias límites de Rosa fue la contención que brindó -ante la negativa del médico de practicar una cesárea- a “una enferma completa múltipara” que no podía expulsar al feto durante una noche. La única alternativa fue “ponerle una morfina para que se le quitaran los dolores y no se rompiera el útero”; y así ganar tiempo hasta que el médico llegara. Pese a este episodio, Rosa sostenía que la relación con los médicos era buena y afable.

La matrona Amalia⁷⁴, oriunda de Talca, localidad sureña, trabajó en dicha ciudad entre 1970 y 1971, para luego instalarse en el Hospital de San Borja en Santiago. En el Hospital de Talca y en localidades rurales cordilleranas como Pelarco, San Rafael o San Clemente, ella desplegó su labor con el apoyo de un “jeep destartado” en tareas de control natal y de atención del parto, destacando su positiva mirada de la población femenina:

“Nuestras mujeres fueron muy claritas y entendieron muy fácil porque nosotros éramos los agentes educativos en ese momento, entendieron muy bien de que había que controlarse el embarazo, que había que ser responsables, que había que tener los hijos que se podía tener... Las mujeres veían la necesidad de salir un poco de la casa, de ir a un consultorio, de tener un encuentro con un profesional que las recibía y que no solamente hablaba la preparación del parto y la sexualidad, sino que entraba un poco a sus vidas” (Amalia, matrona).

A su juicio, la sexualidad fue una temática frecuente en los controles prenatales después del inicio del Programa de Planificación Familiar a mediados de la década de 1960 como lo indican otras fuentes⁷⁵, era una “política de estado” que colaboró en la idea de:

“tener los hijos que se podían educar y no traer todos los que Dios nos dio, que era el paradigma de la época. Eso nos ayudó mucho, porque teníamos una mujer que probablemente era una campesina, pero una campesina transparente, exquisita, entregada completamente y valiosa... eran tan cariñosas, porque ellas cómo te expresaban su cariño llevándote huevitos, o el pollito, una vez me llevaron hasta un chanchito, que yo no hallaba qué hacer con él” (Amalia, matrona).

Para Amalia la asistencia del parto podía ser un momento más amable y seguro para las parturientas a quienes habían controlado previamente en

74 Entrevista a Amalia, matrona, 62 años.

75 Zárate, María Soledad y González, Maricela. “Planificación familiar en la guerra fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973” *Historia Crítica*, N°55, 2015, pp. 207-230.

los consultorios, pues se conocían, y dado que atendían un buen número de múltiparas, con ellas “los partos eran cortitos afortunadamente, entonces podíamos tener una cobertura mayor”.

Entre las entrevistadas, Julia⁷⁶ quien trabajó en el sistema público hasta el Golpe Militar de 1973 para luego concentrarse en la actividad privada, fue la que otorgó un valor fundamental al control prenatal, porque era la mejor herramienta para combatir la temida eclampsia, estado convulsivo que ponía en severo peligro a las embarazadas. Reconocía que, desde la época de la CSO, el control prenatal era asociado a la entrega de leche, a ajuares para el recién nacido y premios para las madres que exhibían hijos sanos y robustos. No obstante, los beneficios del control prenatal se hicieron más visibles y conocidos con la Ley de Asignación Familiar Prenatal de 1956, N°12.401 al vincularlo a un subsidio en dinero para las madres, beneficio condicionado a la certificación de asistencia desde, al menos, el 5to mes⁷⁷.

Julia describió experiencias límites en la asistencia de partos a su cargo entre su titulación y los primeros años de la década de 1970, particularmente en partos podálicos, en donde el feto se encontraba “de pie”, y suponía la ejecución de maniobras que buscaban sacarlo haciendo el menor daño posible, no obstante, el sufrimiento para parturientas y recién nacidos era evidente. Esta era una circunstancia clínica en donde la cesárea cobraba sentido, pero era una intervención acotada en la época -y mal juzgada- a diferencia del importante reconocimiento que recibían los médicos que resolvían estos casos a través de maniobras de alta rudeza:

“los obstetras hacían una serie de maniobras salvajes y brutales, porque hacían unos fórceps que las guaguas salían todas llenas de marcas, el problema se traía del arrastre de los médicos antiguos en que la cesárea se hacía en caso extremo, cuando tú decías se salva la madre o se salva el hijo, así de terrible era la cuestión. Cuando yo estaba estudiando y estaba recién recibida vi hacer unos fórceps. En ese tiempo no había camillas para atender los partos, sino que eran camas, una cama como de plaza y media, un catre y que tenía unos ganchos que se abrían y la cama se separaba, entonces se les ponía unas piñeras y la mujer ponía sus piernas ahí, así eran las camas de parto... el médico se sentaba en el suelo, metía el fórceps adentro de la madre, y lo torcía, y nosotras sosteníamos al bebé para que no se cayera” (Julia, matrona).

76 Entrevista a Julia, matrona, 89 años.

77 Servicio Nacional de Salud. “Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal” *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. III, N°4, pp. 557-565.

En estas circunstancias de extrema urgencia, lo que primaba era que la criatura saliera viva del vientre. Según Julia esto tenía un gran valor para los médicos y era la razón para privilegiar maniobras obstétricas en vez de quirúrgicas, aun cuando ambas podían combinarse como fue una clásica sinfisiotomía descrita por Julia:

“La pelvis tiene un orificio así, aquí adelante, donde están los vellos hay un hueso que se llama pubis, en donde hay un cartílago entremedio, ese cartílago con el embarazo se reblandece un poco porque se infiltra con líquido, entonces eso con el parto como que cede discretamente, pero no lo suficiente si la pelvis es estrecha. En ese tiempo cuando la cesárea era un riesgo de vida o muerte, en ese hueso de ahí le metían un bisturí y lo rompían para que la pelvis se abriera. Luego se hacía un fórceps, y después teníamos que tener a la mujer fajada 8 días para que se le juntara...pero eso no siempre sucedía, y en ocasiones salían andando como *patos* las pobres. A veces el uso del fórceps era tan salvaje porque lo hacían con la cabeza de la guagua tan arriba que pasaban a llevar la vejiga, el recto, y se le hacían fístulas” (Julia, matrona).

La ausencia de médicos en partos complicados fue una constante entre las matronas entrevistadas, lo que corrobora ciertos espacios de autonomía de estas profesionales. La historia laboral de Julia lo corrobora cuando narra el caso de un feto en posición podálica:

“Yo estaba en el San Juan de Dios en el policlínico y llega una camilla de la posta con una señora, con una paciente... la destapo y veo que le viene una patita, ahí mismo en esa camilla toda incómoda *pesqué* la guagua, hice las maniobras que tenía que hacer y la saqué. En el policlínico como teníamos una caja de partos le ligué el cordón y partimos con ella para el sexto piso que estaba la maternidad, y había un desastre, no sé a quién le había pasado lo mismo, habían trasladado a una señora de parto con una podálica, con una pata afuera, tenía la cabeza retenida y no la podían sacar, fue terrible, hasta que se nos murió la guagua” (Julia, matrona).

Julia celebraba el vínculo que establecía con las mujeres que había atendido, reconocía en ellas su valor y entereza como también las adversidades familiares y económicas en que parían a sus hijos.

Si bien en su testimonio era patente el respeto por su actividad y por las mujeres, sorprende como resolvía una situación que, hoy por hoy, suele tener un desenlace muy distinto al que ella informaba. Se trataba de la asistencia a una parturienta que llegó al hospital con el feto muerto en su vientre:

“Yo siempre tuve la costumbre que cuando una mujer llegaba con un feto muerto y salía el feto no las dejaba que vieran la guagua, todas me rogaban: pucha, muéstremelo... No, no te lo voy a mostrar -pero ¿por qué?- no, porque no quiero que después toda la vida te estés recordando de la cara que tenía tu guaguüita, el recuerdo va a ser menos doloroso” (Julia, matrona).

Actualmente sabemos que, en similares circunstancias, las mujeres que dan a luz a un recién nacido muerto suelen estar con ellos, en una necesaria y recomendable despedida.

Con una trayectoria laboral que se extendió hasta 1994, Norma⁷⁸ hizo su práctica en 1954 en el Hospital del Salvador, recinto de alta demanda asistencial en Santiago donde se entrenó en la obstetricia de urgencia. El volumen asistencial de partos a fines de la década de 1950 era de, al menos, “35 a 40 partos por noche ... y en la sala de partos solo éramos dos matronas”, y se atendían todas las necesidades del alumbramiento como, por ejemplo, suturas, maniobras quirúrgicas y obstétricas, asistencia al trabajo del médico cuando era necesario, y trabajo administrativo. Las múltiples vicisitudes del parto como, por ejemplo, un diagnóstico equivocado de la posición del niño, o el descenso brusco de los latidos fetales eran las circunstancias más temidas por esta profesional. Las fuentes médicas daban cuenta de una alta demanda asistencial y, por tanto, del incremento progresivo del número de camas⁷⁹.

Norma tenía una clara posición sobre la cesárea; su utilidad y mejor oportunidad era cuando madre e hijo estaban en peligro de muerte y las maniobras obstétricas no revertían ese diagnóstico. Según ella, las cesáreas eran frecuentes en clínicas privadas “porque el médico ganaba mucho más que en una atención de parto”, pero en el hospital “solo se hacían a último momento y eran gratis”.

Las matronas María y Gabriela⁸⁰ llegaron al hospital Barros Luco, zona sur de Santiago, a inicios de la década de 1960, e inmediatamente realizaron tactos vaginales y transfusiones de sangre pese a la falta de experiencia en ambos procedimientos que les estaban prohibidos durante la práctica profesional realizada en la maternidad de San Borja. Reconocían también que, en ocasiones, se les solicitaba administrar con una mascarilla un compuesto anestésico, combinado de éter y cloroformo, tarea que calificaban de “delicada” y de “gran

78 Entrevista a Norma, matrona, 89 años.

79 Sin autor. “Habilitación de un mayor número de camas de maternidades en el Dpto. de Santiago”. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. 3, N°6, nov-dic, 1957, pp. 926-929.

80 Entrevistas a matronas: María, 74 años y Gabriela, 78 años.

responsabilidad". Dichos procedimientos ya eran reconocidos en las ponencias presentadas en el Primer Congreso de Matronas de 1952⁸¹.

Ambas recordaban con especial interés un fenómeno social de la década de 1960 chilena: el crecimiento demográfico inusual que experimentó la capital especialmente en la zona sur, debido a la migración y que se expresó en la diseminación de "campamentos" y "tomas", caracterizadas por el emplazamiento de viviendas ligeras ubicadas en terrenos sin equipamiento urbano mínimo, expresión de una agresiva pobreza urbana⁸². Este crecimiento poblacional incrementó el volumen asistencial del hospital Barros Luco. El hacinamiento humano y la falta de insumos fueron los primeros indicadores de una crisis que reveló las tristes consecuencias de la falta de controles prenatales más intensivos: las parturientas asistidas experimentaban numerosos accidentes como, por ejemplo, roturas uterinas o diagnósticos de anemias agresivas. Asimismo, el número creciente de mujeres que se embarazaban frecuentemente eran conocidas por el equipo asistencial del Barros Luco, razón que justificó su rápida integración al Programa de Planificación Familiar de dicho hospital.

Similar a testimonios anteriores, las urgencias obstétricas entrenaban el carácter y fortalecían la formación, por ejemplo, en el ejercicio de la sutura vaginal. A juicio de María, dicha práctica estaba asentada entre las profesionales que asistían en este recinto: "las matronas éramos mejores costureras que los médicos".

Como confidentes de las parturientas, las matronas eran receptoras de creencias populares en torno a la maternidad, el parto y el embarazo. María recordaba el grave desprendimiento de placenta de una parturienta que justificó la realización de una histerectomía. Después de la operación, María la encontró desconsolada y atemorizada: "Qué voy a hacer ahora, mi marido va a decir que estoy *hueca* y no sirvo para nada... Mijita, te voy a dar un consejo, no tienes para que decirle que tuviste una histerectomía, y la cicatriz, bueno dile que es una cesárea, y tú compórtate igual de cariñosa".

81 *Primer Congreso Científico Nacional de Matronas*, 1952.

82 Garcés, Mario. *Tomando su sitio: el movimiento de pobladores de Santiago, 1957-1970*. Santiago, LOM Ediciones, 2002.

CONCLUSIONES

Las voces de madres y matronas nos revelan información parcial y, no necesariamente, representativa de toda la realidad relacionada con la recepción e impacto del control prenatal y la asistencia del parto hospitalario, pero si se trata de información que nos permite ampliar el conocimiento que tenemos de estas políticas sanitarias en el Chile de mediados del siglo XX. La incertidumbre, el desconocimiento, la falta de confianza, pero también la entrega, y el deseo de las mujeres de ser escuchadas, cuando eran examinadas en un consultorio durante su embarazo son experiencias de escaso registro. También lo son el miedo, la soledad como también la compañía y la acogida que experimentaron las parturientas en sus estadías hospitalarias cuando iban a parir, en un periodo en que muchas de ellas era la primera generación que accedía a este tipo de asistencia médica.

Estas experiencias y emociones permiten observar y comprender parte del impacto de dichas políticas sanitarias como también hacer mas protagonistas a las mujeres, de lo que ya eran, del ciclo maternal que les correspondió vivir. La descripción de las intervenciones obstétricas y quirúrgicas, el conocimiento médico y la tecnología han sido parte central de la descripción del control del embarazo y del parto, y se ven enriquecidos al introducir las visiones de matronas y mujeres que nos acercan con más precisión a la implementación de dichas políticas y comprender como funcionaban.

Asimismo, los testimonios de madres y matronas nos enseñan que tanto el control prenatal como el parto hospitalario no eran realidades consolidadas, sino que aun entre la década de 1960 y 1970 convivían con sus pasados inmediatos: el control del embarazo de matronas domiciliarios y los últimos partos domiciliarios.

Madres y matronas nos enseñan que el cuidado que las primeras recibían -y las segundas brindaban- eran parte de dichas políticas, pero también podían serlo los abusos y el maltrato que, en ocasiones, padecían las madres.

Si el propósito es ampliar nuestro reconocimiento, y conocimiento de las políticas del cuidado medico de embarazadas y parturientas, la inclusión de sus voces ilustran y complejizan no solo el registro histórico que estas han trazado, sino también la historia que podemos hacer de sus resultados.

Cuadro N°1. Madres entrevistadas

Seudónimo	Nombre	Edad	Educación	Situación Laboral	Situación Familiar	Periodo de embarazos	Nº embarazos	Nº hijos nacidos vivos	Nº hijos fallecidos
Eugenia	S.P.	85 años	Educación básica	Trabajo remunerado hasta 1er. Embarazo	Casada Marido fallecido al momento de entrevista	1956- 1967	4	3	1 (tres meses de embarazo)
Marta	C. C.	81 años	Educación básica	Trabajo remunerado hasta 1er. embarazo (empleada doméstica)	Casada Marido vivo al momento de entrevista	1949-1969	5	5	2 (seis meses de edad; adulta)
Doris	M. P.	80 años	Educación básica (solo hasta sexto básico)	Trabajo remunerado hasta antes de casarse.	Casada Marido fallecido al momento de entrevista	1949-1964	10	2	8 (antes de nacer)
Fernanda	B.B.	80 años	Educación básica	Dueña de casa	Casada Marido fallecido al momento de entrevista	1949- 1960	7	7	1 (6 meses de edad)
Claudia	D. M.	78 años	Educación básica	Dueña de casa durante todos sus embarazos	Casada Marido fallecido al momento de entrevista	1949-1968	4	4	--
Lorena	Z.G.	74 años	Educación básica	Trabajo remunerado hasta su 1er. embarazo (empleada doméstica)	Casada. Marido vivo al momento de la entrevista.	1956- 1966	9	9	----
Cristina	L	71	Matrona Universidad de Chile.	Trabajo en Ho. Barros Luco y en consultorio hasta el año 1976.	Casada, marido vivo al momento de la entrevista.	1970-1980.	3	3	---
Irma	L.H.	66 años	Educación básica	Trabajo esporádico desde su casa.	Casada, marido vivo al momento de la entrevista.	1965- 1985 aproximadamente.	5	4	1 (murió de placenta previa)
Mariana	V.A.	64 años	Educación básica	Auxiliar en Ho. Calvo Mackenna hasta el año 1973.	Casada, marido vivo al momento de la entrevista.	1967- 1970.	3	3	----
Carolina	G.H.	63 años	Estudió en Instituto Superior de Comercio, no termino por nacimiento de 1°. hija.	Trabajo esporádico desde su casa	Casada, marido vivo al momento de la entrevista.	1967- 1977	2	2	---

Cuadro N°2. Matronas entrevistadas

Seudónimo	Nombre	Edad	Origen	Años de Formación	Trayectoria laboral	
					Duración	Establecimientos
Rosa	E. O	89 años	Punta Arenas	1943-1945	1945-1979	Hospital de Punta Arenas Atendió 1 o 2 partos a domicilio
Ester	E. V	80 años	Santiago	1949-1953	1954-1983	Hospitales; Casa de Socorro; Escuela de Obs. y Puericultura del SNS; trabajo voluntario en APROFA, Fundación privada. Atendió varios partos a domicilio
Julia	J. D.	89 años	Santiago	1951-1953	1954-2007	Hospitales, clínicas y Casa de Socorro del Hospital, Clínica Tapnir; Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salubridad
Norma	E. M.	89 años	Antofagasta	1952-1954	1955-1994	Hospitales, Consultorios, SERMENA, Clínicas
Gabriela	G. C.	78 años	Santiago	1953-1955	1955-1989	Hospitales, Clínicas. Atendió un parto a domicilio
Maria	M. B	74 años	Santiago	1955-1957	1958- 1996	Hospitales
Ximena	I. V	74 años	Santiago	1955 -1957	1958- 2006	Consultorios; Casa de Socorro; Hospitales. Atendió uno a dos partos a domicilio a personas conocidas
Gloria	E. A.	76 años	Santiago	1964-1966	1967-1994	Consultorios y práctica privada.
Amalia	E. G.	62 años	Talca	1966-1970	1970- 2010	Hospitales; práctica privada; docente Universidad privada luego de su jubilación.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes

Material inédito

10 entrevistas a Madres y 10 entrevistas a Matronas realizadas entre 2010 y 2012 en el marco del Proyecto Fondecyt N°1100977, "Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973."

Fuentes publicadas

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

Centro Latinoamericano de Demografía. "La Fecundidad Rural en Latinoamérica: Una Encuesta Experimental Para Medir Actitudes, Conocimiento y Comportamiento". *Demography*, Vol. II, 1965, pp. 97-114.

Congreso Interamericano de Matronas. *Informe final*. Santiago, Imprenta Kontiki, 1962.

Hall, Francoise. "Los hombres y la educación en planificación de la familia". *Cuadernos Médico-Sociales*, Vol. 10, N°2 (junio), 1969, pp. 5-15.

Howard Balaesque, Jorge. *Atención del prematuro: manual de procedimientos del Centro de Prematuros del hospital Luis Calvo Mackenna*. Santiago, Universidad de Chile, 1957.

Klimpel, Felicitas. *La mujer chilena. El aporte al progreso de Chile. 1900-1960*. Santiago, Editorial Andrés Bello, 1962.

Laval, Enrique. *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile: Maternidad del Salvador*. Santiago, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile, 1961.

Ortega, Raúl y Castro, Adriana. "Actitud de las madres frente al seguro social". *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N°120-122, 1944, pp. 487-92.

Servicio Nacional de Salud. *Normas terapéuticas para la atención maternal en consultorios externos: agosto de 1957*. Santiago, Imprenta de la Central de Talleres, 1957.

Servicio Nacional de Salud. "Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal". *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. III, N°4, 1957, pp. 557-565.

Servicio Nacional de Salud. *El Servicio Nacional de Salud, 1 Etapa 1952-1958*. Santiago, Imprenta Central de Talleres del SNS, 1959.

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

Servicio Nacional de Salud. "Diez años de labor 1952-1962". *Talleres de Imprenta de la Sección Educación para la Salud del SNS*. Santiago, 1962.

Servicio Nacional de Salud. *Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar: proposiciones de cambio y estrategias de Salud para la década 1971-1980*. Santiago, Impr. Litogr. Tip. Salesiana La Gratitude Nacional, 1972.

Servicio Nacional de Salud. *Mientras su hijo está en camino*. Santiago, El Servicio, 1972.

Servicio Nacional de Salud. *Conocimiento, actitud y puerperio en relación al embarazo, parto, puerperio y cuidados del niño 25 áreas*. Santiago, Imprenta La Gratitude Nacional, 1974.

Servicio Nacional de Salud. *Acuerdo de un Plan Cuadripartito de Operaciones de un Programa de Extensión de Servicio de Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar en Chile*. Santiago, Imprenta La Gratitude Nacional, 1974.

Solís, Fresia. "Recursos humanos y atenciones de salud en el área no médica: Análisis de veinte años". *Cuadernos médico-sociales*, Vol. XXIX, N°3 (septiembre), 1988, pp. 99-107.

Tisné Brousse, Luis. "Protección materno-neonatal en los países en desarrollo". *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Vol. 4, N°3-4, 1964, pp. 5-66.

Valdivieso, Ramón y Juricic, Bogoslav. "El sistema nacional de salud en Chile". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 49, Vol. LXVIII, N°5, 1970, pp. 478-485.

Valenzuela, Guillermo; Juricic, Bogoslav; Horwitz, Abraham, Garafulic, Juan y Pereda, Enrique. "Atención médica en el Servicio Nacional de Salud. La política y sus realizaciones". *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Vol. I, N°2, 1956, pp. 233-277.

Viel, Benjamín y Lucero, Sonia. "Análisis del programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile (1964-1969)". *Revista Médica de Chile*, Año 99, N°7 (julio), 1971, pp. 486-494.

Bibliografía

Abujatum et. al. "Aspectos de la monitorización del parto". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLV, N°1, 1980.

Agostoni, Claudia. "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato". Cano Gabriela y Valenzuela, Georgette (ed.). *Cuatro estudios de género en el México del siglo XIX*. México, UNAM/PUEG, 2001, pp. 75-95.

Allotey, Janette. "Writing midwives' history: problems and pitfalls". *Midwifery*, Vol. XXVII, N°2, 2011, pp. 131-137.

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina. *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil argentina 1900-1960*. Buenos Aires, Biblos, 2013.

Bornat, Joanna; Perks, Rob; Thompson, Paul y Walmsley, Jan (eds.). *Oral History, Health and Welfare*. Londres, Routledge, 2000.

Borst, Charlotte. *Catching Babies. The Profesionalization of Childbirth, 1870-1920*. Cambridge, Harvard University Press, 1995.

Carrillo, Ana María. "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México". *Dynamis*, N°19, 1999, pp. 67-190.

Casas, Lidia. *Mujeres y Reproducción: ¿del control a la autonomía?*. Santiago, Universidad Diego Portales, 2004.

Correa, Sofia. *Historia del siglo XX chileno*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2001.

Davis, Ángela. *Modern Motherhood, Women and family in England, 1945-2000*. Manchester, Manchester University Press, 2012.

De Vries, Raymond; Benoit, Cecilia; Van Teijlingen, Edwin y Wrede, Sirpa. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Nueva York, Routledge, 2001.

Felitti, Karina. "En sus propias palabras: Relatos de vida sexual y (no) reproductiva de mujeres jóvenes mexicanas durante las décadas de 1960 y 1970". *Dynamis*, Vol. XXXVIII, N°2, 2018, pp. 333-361.

Felitti, Karina y Abdala, Leila. "El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos". Sánchez, Georgina y Laako, Hanna (eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. México, El Colegio Frontera Sur, 2018, pp. 95-121.

Garcés, Mario. *Tomando su sitio: el movimiento de pobladores de Santiago, 1957-1970*. Santiago, LOM Editores, 2002.

Godoy, Lorena y Zárata, María Soledad. "Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973". *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. XIII, N°3, 2015, pp. 411-430.

Godoy, Lorena; Díaz, Ximena y Mauro, Amalia. "Imágenes sobre el trabajo femenino en Chile, 1880-2000". *Universum*, N°24, Vol. 2, 2009, pp. 74-93.

Goldsmith Weil, Jael. "Ciudadanas de leche: Una primera línea del Estado social chileno, 1954-2019". *Economía y Política*, Vol. 6, N°2, 2019, pp. 101-132.

González Maricela. "'Logros son acciones'. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile. El Servicio Nacional de Salud, 1952-1973". Tesis de doctoral en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 2017.

Hanson, Clare. *A cultural History of Pregnancy: Pregnancy, Medicine and Cultura, 1750-2000*. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2004.

Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismos y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Santiago, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2005.

Leap, Nicky y Hunter, Billie. *The Midwife's Tale: An Oral History from Handywoman to Professional Midwife*. Barnsley, Pen and Sword History, 2013 [1993].

Macintosh, Tania. *A social history maternity and childbirth*. Londres, Routledge, 2012.

Martin, Ruth. *Oral History in Social Work*. Newbury Park, Sage, 1995.

Ministerios de Salud Pública-Consejo Nacional Consultivo de Salud. *Recursos Humanos de Salud en Chile*. Santiago, 1970.

Mesa redonda. "Prolapso genital". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLVIII, N°3, 1983.

Mott, María Lucía. "Midwifery and the Construction of an Image in Nineteenth-Century Brazil". *Nurs Hist Rev.*, N°11, 2003, pp. 31-49.

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

Necochea, Raúl. *La planificación familiar en el Perú del siglo XX*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos y Unfpa, 2016.

Ortega, Dulia y Seguel, Solange. "Historia del ultrasonido: el caso chileno". *Revista Chilena de Radiología*, Vol. X, N°2, 2004, pp. 89-92.

Pieper, Jadwiga. "Planning Motherhood under Christian Democracy". Pieper,

Jadwiga (eds.). *The politics of motherhood. Maternity and Women's Rights*. Pittsburgh, University Pittsburgh Press, 2009, pp. 71-101.

Quiroz, Lissell. "De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú (siglo XIX)". *Dynamis*, Vol. II, N°32, 2012, pp. 415-437.

Quiroz, Lissell. "Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (siglos XIX y XX)". *Revue d'Etudes décoloniales*, N°1 (octubre), 2016. <http://reseauudecolonial.org/822-2/>.

Ruiz, José Ignacio. *Metodología de la Investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto, 2003.

Szot, Jorge. "Reseña de la salud publica materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000". *Revista chilena de obstetricia ginecología*, Vol. LVII, N°2, 2002, pp. 129-135.

Testa, Mario y Paim, Silva. "Una reflexión sobre memoria, historia y salud". *Salud Colectiva*, Vol. VI, N°2, 2010, pp. 211-227.

Tew, Marjorie. *Safer Childbirth a Critical History Maternity Care*. Londres, Chapman and Hall, 1995.

Thomson, Alistair. "Four Paradigm Transformations in Oral History". *Oral Hist Rev.*, Vol. XXXIV, N°1, 2006, pp. 49-70.

Valdés, Ximena. *Vida en común: Familia y vida privada en Chile*. Santiago, LOM Ediciones, 2007.

Zárate, María Soledad. *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "Ciencia Hembra" a la Ciencia Obstétrica*. Santiago, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2006.

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

Zárate, María Soledad. "Señora, su hijo no va a morir: Enfermeras y madres contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980". Cordero, Macarena (ed.). *Rastros y gestos de las emociones*. Santiago, Editorial Universidad Adolfo Ibáñez, 2018, pp. 163-198.

Zárate, María Soledad. "To Not Die in Childbirth: Maternal Health and State Policy, Chile, 1930-1980". Ramm, Alejandra y Gideon, Jasmine (eds.). *Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America*. Londres, Palgrave Macmillan, 2019, pp. 97-121.

Zárate, María Soledad y Godoy, Lorena. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1952-1964. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. XVIII, (diciembre), 2011, pp. 131-151.

Zárate, María Soledad y González, Maricela. "Planificación familiar en la guerra fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973". *Historia Crítica*, N°55, 2015, pp. 207-230.

Zárate, María Soledad. "Matronas y parto hospitalario en Chile, 1950-1979". Sánchez, Georgina y Laako, Hanna (eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. México, El Colegio Frontera Sur, 2018, pp. 34-69.

Recibido el 18 de marzo de 2024

Aceptado el 13 de mayo de 2024

Nueva versión: 7 de junio de 2024