

Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973

Work and Commitment. Midwives of National Health Service, Chile 1952-1973

Trabalho e Compromisso. Matronas do Serviço Nacional de Saúde, Chile 1952-1973

Lorena Godoy Catalán MPS¹, María Soledad Zárata PhD²

Recibido: 1 de octubre de 2014 • Aceptado: 30 de enero de 2015

Doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.07](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.07)

Para citar este artículo: Godoy-Catalán L, Zárata MS. Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. Rev Cienc Salud. 2015;13(3):411-430. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.07](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.07)

Resumen

Objetivo: El artículo revisa la historia de las políticas de salud materno-infantil, desde la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952, hasta el Golpe de Estado de 1973 en Chile, a partir de la reconstrucción del trabajo desempeñado por matronas, quienes desarrollaron una labor relevante en el programa de salud materno infantil (PSMI) del SNS y que ha sido escasamente estudiada. **Materiales y métodos:** Para alcanzar este objetivo, primero se analizó el trabajo de las matronas en dos tareas clínicas estratégicas, control prenatal y atención del parto. Segundo, se analizaron componentes que caracterizaron su trabajo clínico y educativo: su relación con médicos y con madres, y su alto compromiso con las metas del PSMI. Se utilizaron fuentes escritas y orales (entrevistas a matronas que trabajaron en el PSMI), y se realizó un análisis combinado de ambos tipos de fuentes. **Conclusiones:** A partir del análisis realizado, se identificaron aspectos del trabajo de las matronas, que fueron muy importantes para el desarrollo del PSMI, así como dimensiones necesarias de considerar en el estudio histórico de las políticas públicas. Ello muestra las posibilidades del análisis combinado de fuentes escritas y orales para una comprensión más compleja del pasado y una ampliación de la noción de historia social de las políticas sanitarias.

Palabras clave: Salud materno-infantil, fuentes orales, historia de matronas, historia de la salud, Servicio Nacional de Salud (Chile).

1 Centro de Estudios de la Mujer, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile. Correo electrónico: lorena.godoycatalan@gmail.com

2 Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile.

Abstract

Objective: The paper reviews the history of the maternal and child health politics, since the creation of the National Health Service (NHS) in 1952 until the 1973 coup in Chile, from the reconstruction work performed by midwives, who developed an important work in the maternal and child health program (PSMI) of SNS, which has been poorly studied. *Materials and methods:* To achieve this objective, first analyzed the work of midwives in two strategic clinical tasks, prenatal and delivery care -control. Second, components that characterized their clinical and educational work were analyzed: their relationship with doctors and mothers, and high commitment to the goals of PSMI. Were used written and oral sources (interviews with midwives who worked on the PSMI), and a combined analysis of both types of sources was performed. *Conclusions:* From this analysis were identified aspects of the work of midwives very important for the development of PSMI and necessary dimensions to consider in the historical study of public policies. This shows the potential of combined analysis of written and oral sources for a more complex understanding of the past and an extension of the notion of social history of health policies.

Keywords: Maternal and child care policies, oral sources, midwives history, health history, National Health Service of Chile.

Resumo

Objetivo: o artigo revisa a história das políticas de saúde materno-infantil, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1952 até o Golpe de Estado de 1973 no Chile, a partir da reconstrução do trabalho desempenhado por matronas, quem desenvolveram um trabalho relevante no programa de saúde materno infantil (PSMI) do SNS, que tem sido escassamente estudada. *Materiais e Métodos:* para alcançar este objetivo, primeiro analisou-se o trabalho das matronas em duas tarefas clínicas estratégicas, controle pré-natal e atenção do parto. Segundo, analisaram-se componentes que caracterizaram seu trabalho clínico e educativo: sua relação com médicos e com mães, e seu alto compromisso com as metas do PSMI. Utilizaram-se fontes escritas e fontes orais (entrevistas a matronas que trabalharam no PSMI) e realizou-se uma análise combinada de ambos os tipos de fontes. *Conclusões:* a partir da análise realizada, identificaram-se aspectos do trabalho das matronas que foram muito importantes para o desenvolvimento do PSMI, assim como dimensões necessárias de considerar no estudo histórico das políticas públicas. Isso mostra as possibilidades da análise combinada de fontes escritas e orais para uma compreensão mais complexa do passado e uma ampliação da noção de história social das políticas sanitárias.

Palavras-chave: saúde materno-infantil, fontes orais, história de matronas, história da saúde, Serviço Nacional de Saúde (Chile).

Existe una larga tradición cultural de nuestra población, en cuanto a requerir los servicios de la matrona, y un gremio de cerca de 1000 matronas diseminadas en el país. La matrona chilena se ha vinculado a la intimidad del hogar chileno [...] (1)

Todas las estudiantes hacíamos el papel de auxiliares en la maternidad, teníamos que acarrear los carros con las pacientes desde donde las recibían en la consulta hasta la sala de parto, corriendo por los pasillos con las señoras en las camillas, y hacer todo el trabajo de auxiliar. ¡Por Dios que nos hacían trabajar!

Ester, matrona, 80 años

Introducción

Las políticas sanitarias dirigidas a las madres y niños durante el siglo xx en Chile, orientadas, principalmente, a combatir las altas tasas de mortalidad constituyen parte relevante de la historia de la salud pública y la de los profesionales que las diseñaron y ejecutaron.

Dichas políticas cobraron particular importancia en el periodo del Servicio Nacional de Salud (SNS), cuya creación, en 1952, representó una de las primeras experiencias en Latinoamérica de instalación de un sistema único de salud de acceso universal, inspirado en los principios doctrinarios de la medicina social.

En la convulsionada década de 1950, la sociedad chilena experimentaba un ciclo económico de alta inflación, de emergentes demandas sociales y de agravamiento de antiguos problemas sanitarios. Ello alimentó el creciente consenso político, respecto del papel que el Estado debía cumplir en la provisión de servicios y subsidios sociales. El SNS es una de las expresiones de ese consenso y constituye, como lo relevan los escasos estudios históricos que existen al respecto, un hito institucional que consolidó los esfuerzos desplegados por la comunidad médica

y parte de la clase política que desde 1930, se dio la tarea de convertir al Estado chileno en el proveedor central de servicios sanitarios (2-5).

El SNS, financiado principalmente con aportes estatales, tenía autonomía administrativa, fomentaba la descentralización de los servicios y aplicaba criterios de planificación y racionalidad en las acciones de protección, fomento y reparación de la salud (6). Estas tareas demandaban un financiamiento sistemático y la disponibilidad de profesionales sanitarios y personal administrativo calificado, cuestiones frecuentemente difíciles de asegurar.

Entre estas acciones sanitarias, las asociadas con el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI) tenían como tarea central continuar el histórico combate contra las altas tasas de mortalidad materna (TMM) y de mortalidad infantil (TMI), iniciado durante la primera mitad del siglo xx por el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obligatorio (CSO), la Dirección General de Sanidad y los hospitales de la Beneficencia. En 1900, por cada mil nacidos vivos, morían 342 y en 1920 morían 263 (7).

Las principales políticas emprendidas por la CSO para enfrentar este flagelo fueron la hospitalización del parto, control prenatal y mejoramiento de la calidad de la alimentación materno-infantil, que comprometieron tempranamente el trabajo de las matronas.

Pese a estos importantes esfuerzos, hacia mediados del siglo, la cobertura de la atención prenatal y de la hospitalización del parto era reducida. En 1942 la Sección Madre y Niño de la CSO cubría el 23,8 % de los partos del país, concentrándose más del 25 % de esta atención en la capital. Si bien, los nacidos en maternidades habían aumentado considerablemente —de 16,2 por mil nacidos vivos a nivel nacional en 1935, a 36,9 en 1950—, las cifras aún eran limitadas (8). La TMI alcanzaba los 258 por mil nacidos a nivel país en 1925, descendiendo a 136

en 1950, y la tasa de mortalidad neonatal había disminuido de 124 en 1925 a 50 en 1950 (9).

En este escenario, el PSMI se convirtió en uno de los programas más importantes del SNS, tanto por los recursos como por las acciones que concentró. En 1960, el Departamento de Protección Materno Infantil y de Fomento de la Salud, donde funcionaba el PSMI, concentró el 23,4 % del presupuesto total, y, en 1961, las atenciones brindadas representaron más de la mitad de las atenciones del SNS. Ello situó al PSMI en un importante lugar en la consolidación del nuevo servicio (10).

Para la consecución de los objetivos del programa, las fuentes escritas consignan el lugar estratégico asignado a las matronas, lo que contrasta con la escasa información que entregan respecto de su trabajo específico.

De acuerdo con el interés por estudiar las políticas de salud materno infantil durante el SNS, una de las instituciones sanitarias más importantes del siglo xx chileno, y considerando el importante, pero escasamente estudiado papel que le cupo a las matronas en dichas políticas, el objetivo general de este artículo fue reconstruir el PSMI entre 1952 y el golpe de Estado de 1973, por medio del análisis del trabajo realizado por estas profesionales.

Para alcanzar este objetivo, se plantearon dos objetivos específicos. Primero, documentar y analizar el trabajo de las matronas, seleccionando dos de las tareas clínicas más estratégicas del PSMI, que contaban con antecedentes en el periodo de la CSO y que históricamente eran de su responsabilidad: control prenatal y atención del parto. Segundo, analizar algunos componentes de su trabajo para comprender mejor la naturaleza de su labor: su relación con médicos y con madres atendidas y su alto compromiso con las metas y tareas del PSMI.

Cabe aclarar que el momento en el cual concluye este estudio, el golpe de Estado, no significó el fin del SNS, y de hecho las acciones y

financiamiento PSMI no experimentaron transformaciones significativas durante la década de 1970. Sin embargo, el Golpe trajo consigo una gradual disminución de los servicios sanitarios subsidiados por el Estado, consolidada con la reforma sanitaria de 1981, y su impacto político y simbólico marca un hito en la historia del siglo xx chileno.

Materiales y métodos

El extenso repertorio de fuentes escritas para el estudio del SNS describe el diagnóstico de problemas sanitarios, el diseño de políticas y evaluaciones de las acciones implementadas y, en su mayoría, son producidas por médicos que se refieren en lo fundamental a la visión del trabajo clínico y administrativo que ellos ejercían. El carácter de esta información, referida a los lineamientos oficiales del SNS, es predominantemente prescriptivo, normativo.

Estas fuentes advierten el papel estratégico asignado a las matronas, sin embargo, documentan escasamente el trabajo cotidiano que realizaban, cuestión que se agrava al no contar, prácticamente, con documentos producidos por ellas. Advirtiendo la relevancia de su trabajo y la escasa información disponible, el estudio incluyó fuentes orales, específicamente, entrevistas individuales a matronas.

La historiografía sobre la salud en Chile ha utilizado las fuentes orales solo en algunos estudios, por ejemplo, en la biografía de la médica Tegualda Monreal y en la historia de la asistencia médica en regiones sureñas del país entre las décadas de 1950 y 1980 (11-13). La producción historiográfica nacional que incorpora fuentes orales, similar a otros casos latinoamericanos, privilegia temáticas como la cultura de las clases trabajadoras y la historia de dictaduras, violencia política y procesos de transición democrática de fines del siglo xx.

La historiografía de la salud y del bienestar en Inglaterra ha incorporado fuentes orales, por

ejemplo, los estudios sobre el *National Health Service* y aquellos específicamente referidos a matronas que indagan en aspectos como la adquisición de habilidades profesionales, el aprendizaje formal y la experiencia laboral cotidiana entre 1938 y 1951 en Inglaterra; los cambios prácticos y emocionales de padres durante el parto, por medio del testimonio de matronas durante el siglo xx, en Essex; la relación madres y matronas y el impacto de la transición del parto domiciliario al hospitalario, desde la década de 1930 en Escocia, Taiwán y España (14-23).

En las discusiones teóricas sobre las ventajas y virtudes del uso de fuentes orales, se valora que ellas permiten acceder a los sentidos que las personas otorgan a su pasado y a las conexiones que establecen entre sus experiencias individuales y contextos sociales, re-construir “la historia de aquellos sin voz”, valorizar “la subjetividad como un aspecto central en los procesos históricos” y contribuir a la toma de consciencia de quienes son “protagonistas de esta historia” (24-28).

Paul Thompson destaca tres ventajas del uso de fuentes orales en la historia de la salud. Su aporte a la complejización del pasado, al documentar la vida de quienes no han sido incluidos en fuentes impresas y que no las han producido; la exploración de áreas que las fuentes escritas escasamente contemplan (familia, infancia, profesiones, etc.); y el re-examen de materias documentadas por las fuentes escritas desde nuevas perspectivas, por ejemplo, la hospitalización desde la visión de pacientes.

Thompson sostiene que los testimonios orales han transitado desde un papel originalmente suplementario de las fuentes escritas, a uno que denomina como “*key catalyst*”, que posibilita una historia más compleja de las prácticas e instituciones, dando cuenta de cuán internalizadas están en la población la construcción del conocimiento científico y popular de la medicina, el

respeto a las profesiones sanitarias o el rechazo a su influencia en la vida personal (14).

En sintonía con lo señalado, la incorporación de fuentes orales en esta investigación obedeció, en primer lugar, a la mencionada limitación de las fuentes escritas para documentar la envergadura del trabajo de las matronas. Segundo, al interés por indagar en las memorias y sentidos otorgados por las matronas a su trabajo cotidiano, las relaciones con otros profesionales y con las madres atendidas. Ello permite incluir en la reconstrucción de la historia del PSMI dimensiones no abordadas por las fuentes tradicionales. Tercero, al interés por un análisis integrado de fuentes escritas y orales, tomando distancia del uso originalmente suplementario de estas últimas —al que aludía Thompson—, y privilegiando un relato que integre la información proveniente de las fuentes escritas sobre el PSMI y sobre el quehacer de las matronas, con la información de las fuentes orales sobre la memoria y los sentidos que ellas asignan a su trabajo.

Las fuentes escritas analizadas incluyeron publicaciones periódicas, monografías, archivos y memorias. Junto con ello, se realizaron entrevistas a matronas que trabajaron en establecimientos del SNS entre inicios de los cincuenta y el golpe de estado de 1973. Las entrevistadas fueron matronas de avanzada edad y dilatada trayectoria laboral (entre 27 y 48 años), formadas en la ciudad de Santiago y algunas laboralmente activas al momento de la entrevista. Por un criterio de accesibilidad, todas residían en Santiago, aunque algunas habían trabajado en otras ciudades del país.

Considerando los propósitos del estudio, y siguiendo lo que indicaban los documentos oficiales del SNS sobre el trabajo de las matronas, se definieron los criterios para seleccionar a las entrevistadas (tabla 1).

La revisión y análisis de fuentes documentales se concentró en la documentación producida

Tabla 1. Caracterización de las matronas entrevistadas

Nombre	Edad	Ciudad de Origen	Años de Formación	Trayectoria laboral	
				Duración	Establecimientos
Rosa	89	Punta Arenas	1943-1945	1945-1979	Hospital público en provincia
Ester	80	Santiago	1949-1953	1954-1983 (jubila) Trabajaba al momento de entrevista	Hospital, Casa de Socorro, Consultorios, organización privada relacionada con planificación familiar, fundación privada que ofrece servicios de salud a población de bajos sectores socioeconómicos.
Julia	89	Santiago	1951-1953	1954-2007	Hospitales públicos, Casa de Socorro y Clínicas privadas. Ciudad de Santiago.
Norma	89	Antofagasta	1952-1954	1955-1994	Hospitales públicos de la ciudad de Santiago, servicio médico privado en la región al norte del país, consultorios y clínica privada en Santiago.
Gabriela	78	Santiago	1953-1955	1955-1989	Hospital público y clínica privada, en la ciudad de Santiago.
María	74	Santiago	1955-1957	1958-1996	Hospitales públicos de la ciudad de Santiago.
Ximena	74	Santiago	1955 -1957	1958-2006	Hospital público, Casa de Socorro, Consultorios públicos y servicios médicos privados (empresas); práctica privada. Ciudad de Santiago
Gloria	76	Santiago	1964-1966	1967-1994	Consultorios (SERMENA y municipales); práctica privada. Ciudad de Santiago
Amalia	62	Talca	1966-1970	1970-2010 (jubila) Trabajaba al momento de entrevista	Hospital público de VI región y de la ciudad de Santiago; práctica privada; docente Universidad privada.

por el SNS y en monografías médicas referidas al trabajo clínico realizado por las matronas en el PSMI. A partir de este análisis, se identificaron las líneas temáticas que debía abordar el instrumento para la producción de entrevistas. El análisis de las entrevistas siguió los procedimientos del análisis de contenido de tipo cualitativo desarrollado en las ciencias sociales (Anexo). Durante este proceso, se continuó con la revisión de las fuentes documentales. Finalmente, se realizó un análisis integrado de ambos tipos de fuentes con el objetivo de documentar el trabajo de las matronas en el PSMI durante el SNS, reconstruyendo parte de la historia de una de las políticas sociales más épicas del siglo XX chileno, la salud materno-infantil.

Las matronas y su trabajo en la salud materno-infantil

La historiografía reciente sobre matronas en Europa y Estados Unidos reconstruye su formación académica y su trabajo clínico desde el siglo XVIII, procesos que los estados modernos alentaron en virtud de preocupaciones como el crecimiento demográfico y la mortalidad materno-infantil. Respecto del siglo XIX, temas frecuentes son la compleja supervisión clínica y moral que ejercían los médicos sobre las matronas y la coexistencia con parteras. Sobre el siglo XX, existe interés, por ejemplo, en su lugar en las profesiones médicas y en las políticas sanitarias estatales, y las atribuciones y límites de los procedimientos clínicos que practicaban (29-34).

Para el caso de América Latina, la producción es reducida. Trabajos sobre Brasil y México de principios del xx analizan la influencia francesa en las primeras escuelas, los orígenes de la relación subordinada de matronas respecto de médicos y la desconocida convivencia entre parteras y matronas certificadas (35-39).

En Chile, la profesión de matrona tiene una larga tradición. Su instrucción formal, también inspirada en la escuela francesa, se inauguró en 1834 con el primer curso dirigido por el médico francés Lorenzo Sazié, quien las consideraba “árbitras de los intereses de la sociedad”. Formadas en la Casa de Maternidad de Santiago, fundada en 1875, su tarea era revertir la alta mortalidad materno-infantil, transformándose en el primer oficio sanitario formal decimonónico (40).

El temprano desarrollo de la profesión explica el importante papel que desempeñaron las matronas en el proceso de profesionalización de la asistencia del parto y en la implementación y consolidación de las políticas de salud materno-infantil, especialmente desde la fundación de la cso en 1925.

La cso reforzó la competencia exclusiva de las matronas en la asistencia del parto normal, implementó el servicio domiciliario de partos, aumentó sus responsabilidades, promovió su traslado a zonas rurales e incrementó su número desde 1930. Por ejemplo, el número de matronas empleadas por la cso en 1935 era de 71 y en 1945 alcanzaba a las 208 de planta permanente y 6 de planta suplementaria (41). Todas estas acciones atendían al hecho de que la asistencia clínica del parto, brindada por una matrona calificada, bajo la supervisión médica, se traducían en mejores oportunidades de sobrevivencia para mujeres e infantes.

Diversas fuentes de la primera mitad del siglo xx describen que el trabajo de las matronas —en consultorios obstétricos, servicios de lactantes y hospitales— consistía en un

rudimentario control prenatal, la asistencia del parto domiciliario y hospitalario y el control del puerperio. Asimismo, se consignaba la coexistencia, en ocasiones problemática, de matronas y parteras³, estas últimas plenamente vigentes en zonas suburbanas y rurales del país, los siempre escasos recursos financieros y la falta de profesionales, principalmente de matronas (42).

La creación del SNS significó una continuidad y también un fuerte incentivo al trabajo de la cso. El objetivo del nuevo servicio fue entregar una atención integral a las madres desde las etapas más tempranas del embarazo, y protección sanitaria infantil desde la vida intrauterina hasta los 15 años de edad (10). A estas atenciones se sumaron el control del recién nacido y del niño y, desde mediados de los años sesenta, la planificación familiar, todas tareas que conformaron el PSMI.

En un reconocimiento al personal no médico del servicio, la memoria del SNS de 1962 evidenciaba la importancia de las matronas, quienes “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”, y consignaba que ellas asumían más del 55 % de las tareas del PSMI (43).

Las fuentes documentales aludían frecuentemente a su escasez y deficiente distribución y a la presión directa por incrementar su número y la cantidad de atenciones brindadas. Por ejemplo, en 1955 se contaba con un total nacional de 600 matronas y de 1408 enfermeras distribuidas desigualmente: mientras que en la capital trabajaban 196 matronas y 763 enfermeras, en Aconcagua lo hacían 19 y 33, respectivamente (44).

3 La denominación partera alude exclusivamente a la mujer que atendía embarazos y partos con base en el conocimiento entregado por la tradición oral, y matrona, se reserva a las que contaban con certificación de estudios.

Pero la escasez de estas profesionales no era el único problema. En el Primer Congreso de Matronas de 1951, Elsa Salinas, presidenta de la Asociación de Matronas Hospitalarias de Beneficencia, identificaba obstáculos que atentaban contra el correcto ejercicio de la profesión, por ejemplo, el desamparo en que ejercían las colegas de localidades lejanas a la capital “sin tutela de los médicos especialistas”; la inconveniente concentración de escuelas de matronas en la capital o los reducidos salarios, que no se condecían con la envergadura de sus responsabilidades (45).

En 1966, el SNS diseñó un programa para aumentar el número de matronas y mejorar su distribución, y las estadísticas muestran que estas y otras medidas adoptadas por el gobierno de la Unidad Popular (1970-1973) rindieron buenos resultados: el número de matronas creció en casi un 100 % en el decenio 1965-1975 (tabla 2).

Tabla 2. Número de profesionales del SNS, años 1965 y 1975

	Médicos	Enfermeras	Matronas
Año 1965			
Chile	4071	1095	761
Santiago	2439	503	355
Año 1975			
Chile	4414	1731	1377
Santiago	2697	786	586

Fuente: *Anuarios Estadísticos de Salud*, 1965-1975, INE-SNS.

Las matronas del PSMI, 1952-1973:

El SNS no introdujo mayores cambios al trabajo asignado a las matronas por la CSO, manteniendo la delimitación de la asistencia del parto natural a cargo de matronas y de partos patológicos a cargo de médicos, pero sí reforzó el carácter profesional de ambas atenciones al promover decididamente la asistencia del parto

hospitalario, como se aprecia en las memorias institucionales (46). Asimismo, promulgó una serie de reglamentos internos respecto de la asistencia de la embarazada (control prenatal), del parto y del recién nacido que brindaban las matronas, y normativas referidas a sus honorarios y prescripción de medicamentos (47-49).

Las fuentes orales ilustran la importante labor de las matronas en prácticamente la totalidad de las líneas de acción que conformaban el PSMI, control prenatal y posparto, atención del parto y del recién nacido y planificación familiar⁴.

Mientras los controles y la educación en planificación familiar se realizaban en establecimientos de atención primaria —consultorios urbanos, postas rurales y casas de socorro—, la atención del parto y de las frecuentes complicaciones por abortos se concentraba en hospitales.

Para conocer el trabajo de las matronas, de acuerdo con los objetivos planteados, se describen dos de las labores más importantes que realizaban: el control del embarazo y la atención del parto. Posteriormente, se describen componentes relevantes de su trabajo a partir del análisis de las entrevistas, como su relación con los médicos y los grados de autonomía de su trabajo, la relación con las madres atendidas y su compromiso con el programa.

El control del embarazo: la entrada al sistema asistencial

La importancia otorgada al control prenatal residía en el hecho de que constituía la entrada de mujeres y niños al sistema asistencial. Se trata de una atención que, con importantes limitaciones, la CSO y otras cajas previsionales, implementaron desde 1930, pero escasamente documentada, en particular, su recepción y sus efectos concretos (42, 50-52).

4 El programa de alimentación complementaria y el control de niños y escolares eran responsabilidad de las enfermeras.

Las entrevistas confirman que para las mujeres el control prenatal era la vía de acceso al subsidio familiar, a la leche mensual y a la atención de patologías relacionadas con el embarazo. Además, podía mejorar las condiciones sanitarias de las madres al momento del parto, favorecía la aceptación de la hospitalización del parto, incrementaba las posibilidades del control posnatal, era la oportunidad para educarlas, respecto de los cuidados del recién nacido, del control médico infantil y, desde mediados de los años sesenta, de los métodos de planificación familiar y educación sexual.

Esto permite entender el énfasis del SNS para revertir el hasta entonces limitado alcance del control prenatal. Varias entrevistadas confirman lo señalado. Julia (89 años) recordaba que, recién graduada, en 1953, muchos consultorios capitalinos no tenían la capacidad de atender un número significativo de embarazadas. Si bien las mujeres eran contactadas en controles en terreno, no siempre era fácil que aceptaran la supervisión periódica. Lo común —dice Julia— era que “uno conociera a las embarazadas cuando iban a tener la guagua no más”. Gabriela (78 años) y María (74 años), matronas de larga trayectoria hospitalaria, estiman que en los años cincuenta el control prenatal no cubría al 50 % de las embarazadas, cuyos partos eran atendidos en el hospital donde trabajaban.

Las entrevistadas señalan que el miedo y la ignorancia femenina —cuestiones mencionadas históricamente por los médicos—, pero también la distancia y el difícil acceso a los recintos sanitarios, especialmente en los campos, obstaculizaban la asistencia al control prenatal. A ello se sumaban dificultades familiares, como el cuidado de los otros hijos y el trabajo doméstico, que también explicaban la baja hospitalización del parto, ¿quién cuidaría a los hijos mientras ellas estuvieran internadas?

Igualmente, importantes eran los temores de que sus hijos fueran cambiados o la visión de los hospitales como lugares a los que se iba a morir.

Por otra parte, la experiencia directa o indirecta (de madres, tías y abuelas) de parir en casa sin asistencia profesional es otra situación mencionada por las entrevistadas, que desincentivaban la asistencia a los controles y la hospitalización del parto. Bien lo ilustra Ximena (74 años), quien señala que:

[...] la gente que no se controlaba era porque había tenido varios niños, entonces como que tenía una cultura del embarazo y del parto propia, no necesariamente venía de algún profesional que se le hubiera entregado. Además, si con el otro no me controlé, ¿para qué me voy a controlar [ahora]? No veían la necesidad, no veían el riesgo.

¿Por qué, entonces, las mujeres confiarían en que era mejor que sus hijos nacieran en hospitales? En este escenario, las matronas indican lo desafiante que resultaba promover el control prenatal y la hospitalización del parto a mujeres con una “cultura del embarazo y del parto propia”, de escasos recursos materiales y educacionales, y multíparas, que constituían la mayoría de la población que atendía el SNS. Características que frenaban la difusión de una cultura de autocuidado de la madre que el control prenatal intentaba promover, como lo recuerda María.

Entre las medidas para aumentar la cobertura del control prenatal⁵ y posnatal, estaban el incremento del número de matronas y reforzamiento de sus procesos formativos, la construcción de consultorios especialmente en zonas rurales y la distribución de la asignación familiar, beneficio

5 En 1940 se registraron 198 331 consultas prenatales y en 1956 se incrementaron a 391 166 (53).

monetario dirigido a combatir la pobreza que solo se entregaba asistiendo a dicho control⁶.

Las entrevistadas corroboran el reforzamiento del control prenatal que hizo el SNS. Julia recuerda los efectos de la asignación familiar, especialmente desde fines de los cincuenta, con la aparición de los carnés maternales que consignaban las visitas, lo que daba derecho a la entrega de subsidios alimenticios, a la asignación y a ser atendidas en la maternidad. Las mujeres “empezaron a tomarle el gusto de que era un control mejor, y desde ahí empezaron a ir más precozmente”, al entender que los beneficios “iban más allá de la plata” (53).

Otra medida adoptada en los años cincuenta fue la contratación de matronas domiciliarias para trabajar en las Casas de Socorro, asistiendo partos domiciliarios solo en caso de emergencias —aún frecuentes en los sesenta, como lo recuerda Ester durante su trabajo en la Casa de Socorro de Peñaflores— supeditados a indicación médica, a la disponibilidad de fondos y preferentemente en zonas rurales. Ximena, matrona domiciliaria de la Casa de Socorro de Puente Alto en 1959, recuerda que iban a “rescatar [a las madres] como inasistentes, las íbamos a buscar [...] pero además, las citábamos a control a su servicio”. Sin embargo, reconoce algunos problemas que produjo la medida, pues las mujeres no veían sentido a acudir al servicio después de ser controladas en sus hogares⁷.

De acuerdo con las entrevistadas, en los controles prenatales y posnatales se desplega-

ba a cabalidad su trabajo predominantemente clínico y educativo. Amalia (62 años) afirma: “nosotras éramos tremendamente clínicas [...], aquellas que tomaban actividades de coordinación o de gestión hospitalaria eran muy pocas”.

El componente educativo fue siempre responsabilidad de las matronas, un elemento diferenciador en relación con otros profesionales, muy destacado por las entrevistadas. “Yo creo —dice Julia— que la educación debe ser un resorte total de la matrona, porque el médico lo único que hace es ver la parte clínica”. La labor educativa se concretaba en citas individuales o charlas grupales en las que se abordaban temas referidos al embarazo (características, hábitos, medidas de higiene y cuidado, alimentación, actividad sexual), la preparación para el parto, puericultura y planificación familiar. Ximena cuenta que en las charlas educativas a embarazadas en un consultorio de Quinta Normal donde trabajó, se les enseñaban cuestiones relativas al parto:

[...] las hacíamos respirar, aclarar dudas, quién quiere preguntar algo, [...]. Después, las veía una por una, después les hacía control, claro. Era bien entretenido porque ellas [...], es cierto, podían esperar toda la mañana, pero a las 12 del día estaban todas desocupadas [...].

Otra expresión de este componente educativo eran los talleres de parto psico-profiláctico, desarrollados por algunas matronas. La misma entrevistada cuenta que en ellos las mujeres encontraban “un lugar donde comunicarse, donde contar todo [...], yo creo que se iban con la sensación de que habían encontrado a alguien que las escuchara y donde ellas se sintieron confiadas de contar”. Eran estas instancias las que potenciaban relaciones de mayor cercanía y confianza con las madres, cuestión relevante para los objetivos del SNS.

6 En 1957, las embarazadas imponentes del SNS y las cónyuges de imponentes recibieron este beneficio desde el 6.º mes de embarazo.

7 Aunque las matronas domiciliarias del SNS representaron cierta continuidad con el servicio domiciliario de partos de la CSO, hay una importante diferencia. Mientras el servicio de la CSO fue una alternativa a la hospitalización del parto, las matronas domiciliarias del SNS fueron una opción de emergencia.

Otras medidas para incentivar el control prenatal y la hospitalización del parto, adoptadas durante el gobierno de la Unidad Popular, fueron la autorización para trabajar en dos hospitales y para que quienes cumplían turnos nocturnos pudieran realizar controles en postas rurales durante el día. Amalia recuerda que hacía turnos de noche en el Hospital de Talca, entre 1970 y 1973, y en su día libre asistía a embarazadas en comunas rurales, actividad remunerada como horas extras:

Yo me acuerdo haber ido en un Jeep destaralado, terrible, pero llegábamos a la posta [...], siempre en esos lugares existía lo que se llamaba un practicante, y el practicante, dentro de la comarca, era la autoridad. Entonces nosotros llegábamos ahí, el practicante nos esperaba, tenía ya traspasado todo lo que era la gestión de escribir los nombres de las pacientes, si era una paciente nueva hacía el carné y nosotros empezábamos a atender. Atendíamos un promedio de 12 a 15 embarazadas [...], nos teníamos que devolver porque ese mismo día en la noche teníamos que hacer turno de noche. [...] teníamos la tardecita para descansar, pero cuando uno es joven nada te pesa, y si a eso más encima le agregas que había dinero de por medio, que tú podías mejorar tu ingreso económico, no había problema, eso hacíamos.

El testimonio de Amalia, como el de otras entrevistadas, muestra las dificultades escasamente consignadas por las fuentes escritas, que suponían la atención del embarazo y, como se verá a continuación, del parto.

- *La asistencia del parto: alta demanda, escasos recursos*

[...] era un trabajo pero..., Dios mío, tú no podías dormir ni un rato siquiera, toda la noche. La ambulancia de Peñalolén, la ambulancia de allá, la ambulancia de acá, no teníamos camas, pero ¡cómo no va a recibir a la señora si tiene 7 centímetros!, la examinábamos y teníamos que dejarla. A veces llegaban señoras con problemas, que teníamos que dejarlas, era un dolor de ver eso y al mismo tiempo una tensión terrible porque no sabías qué hacer (Norma, 89 años).

El relato de Norma, matrona del Hospital El Salvador entre los años cincuenta y sesenta, ilustra dos rasgos que caracterizaron a las maternidades capitalinas más importantes: la intensidad del trabajo y la precariedad de las condiciones materiales. Norma sostiene que atendían entre 35 y 40 partos, solo en el turno de noche. Gabriela y María, que trabajaron en el hospital Barros Luco, zona sur de Santiago, señalan que podían atender 30 partos en el día y 20 en la noche.

La alta demanda en los establecimientos capitalinos contrasta con la situación en hospitales provinciales. Dos matronas que trabajaron en los hospitales de Talca y Punta Arenas refieren una demanda mucho menor. Rosa cuenta que en Punta Arenas, como máximo, podían llegar a atender 5 partos al día, y nunca se menciona la escasez de recursos materiales.

En el mejor de los casos, las maternidades contaban con salas de parto, parto, puerperio y atención al recién nacido, de "infecciosos" (producto de complicaciones del parto o de abortos provocados) y salas para cirugía (cesáreas u otras intervenciones). Excepcionalmente, algunas contaban con una sala que acogía a embarazadas que estaban en el último

mes de embarazo o a semanas del parto, que vivían muy alejadas del Hospital o que tenían complicaciones. Eran los casos del Hospital de Talca y del Hospital San Borja de Santiago, que disponían de una “sala de asilo” para quienes residían fuera de la ciudad y para quienes experimentaban complicaciones en el último mes de embarazo, por ejemplo, la temida preeclampsia.

La diaria escasez de recursos materiales es recordada por Norma, a propósito de las mujeres que ingresaban con signos de aborto en los años cincuenta al Hospital El Salvador:

[...] llegaban señoras que tiritaban, a gritos, no teníamos nada que colocarles, nada, nos entregaban el turno “oye, no hay nada para la noche, no sé lo que va a ser de ustedes”. Ni un diurético nada, cero, porque no había, [...]. A veces uno llegaba feliz, contenta de haber pasado un día entero en su casa y tú te encontrabas con que no había de esto, no había de lo otro y que había no sé cuántas señoras en preparto, la verdad es que era como para llorar. El servicio en ese sentido siempre fue muy pobre.

Norma recuerda con emoción la intervención de un médico que trabajaba en dicho hospital:

Yo siempre me acuerdo del doctor, nunca me olvidaré, yo creo que voy a estar muriéndome y me voy a acordar del doctor [...]. Entonces yo rogaba que estuviera de turno. Siempre él llegaba en la noche y decía, [...] ¿Cómo está la cosa? Doctor, se nota la noche muy mala porque no tenemos ningún medicamento, si tenemos un sangramiento no sé lo que vamos a hacer. ¿Cuántas señoras tienen para preparto? Tanto. Se metía la mano en el bolsillo sin mirar nada, me decía: tome, mande a comprar [...] mande a buscar todo, hágale la lista al auxiliar y mande a

buscar los medicamentos. Lo hacía con todos los turnos igual, pero no siempre le tocaba [a] uno.”

Entre 1952 y 1957, el SNS incrementó las camas de 5 maternidades de Santiago de 758 a 803, y los egresos de 36 365 a 51 762 mujeres. Ello significó que el aumento de solo el 6 % de camas, acrecentó en un 42 % las atenciones. En la medida en que las acciones implementadas surtían efectos, y crecía el interés y confianza de las parturientas en la hospitalización, la escasez de camas se agudizaba y daba origen a escenas como la de dos o tres parturientas en un catre esperando asistencia. Esta situación impulsó un plan de habilitación de 150 nuevas camas entre 1957 y 1958, en maternidades capitalinas que reconocía, coincidentemente con el testimonio de las entrevistadas, la fuerte presión asistencial. Por ejemplo, en las reuniones habituales del Consejo de Salud del SNS, el médico Luis Tisné se refería a la posible cancelación del “trabajo extraordinario y nocturno” del Hospital El Salvador “porque se veía el agotamiento del personal y cuando falla alguien no hay cómo reemplazarlo, triplicándose el trabajo de los demás” (54).

La escasez de recursos materiales y la falta de personal en establecimientos públicos provocaron en ocasiones la falta de atención a embarazadas. Por ello, en 1966, el Consejo del SNS declaró que “desde el momento en que una embarazada llega a un consultorio, queda bajo la protección del SNS, el que no puede abandonarla”. De este modo, se esperaba subsanar “el problema de las relaciones humanas y la deshumanización en las puertas de las maternidades, y de parte de los practicantes y choferes de ambulancias” (55).

- *Matronas, médicos y madres asistidas*

La labor de las matronas, circunscrita a la exclusiva atención del parto natural, estuvo bajo

la supervisión médica desde el siglo XIX, como lo atestigua la formación recibida en la Casa de Maternidad, los decretos alusivos a su formación y los manuales médicos, particularmente el del médico Carlos Monckeberg de 1899 (40, 56). La supervisión clínica solo podía verse alterada ante la ausencia del médico.

En el siglo XX, la distinción entre el trabajo de matronas y médicos fue reforzada por el Código Sanitario de 1931, que formalizó restricciones asistenciales y procedimientos clínicos en manos de las matronas, y por la aprobación del Reglamento de Maternidades Particulares de 1938 y 1940 (57-59). Según Zárate, estos reglamentos:

[] consagraban el derecho del médico o la matrona a prestar asistencia obstétrica en el recinto bajo condiciones específicas, entre las que destacaban la delimitación estricta de las competencias de ambos respecto de la atención manual del parto normal, el uso de instrumental y de fármacos anestésicos, estos últimos reservados exclusivamente al médico (42).

La discusión pública que generó este reglamento visibilizó tanto la preocupación médica por las consecuencias de una mayor autonomía de la profesión, como las diferencias políticas-gremiales entre organizaciones como el Frente Nacional de Matronas o el Sindicato de Matronas respecto de las atribuciones y límites del oficio.

La presión del SNS por incrementar la cobertura asistencial implicó que las matronas no siempre contaran con la supervisión médica a la que aluden las fuentes escritas, lo que flexibilizó sus grados de autonomía (46-49). En recintos de atención primaria y hospitales del SNS, la supervisión directa de un médico se remitía a situaciones de emergencia, como ocurría en suburbios y zonas rurales. En tanto, en clínicas

y en consultorios del Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA⁸, las matronas asistían el trabajo de los médicos en los controles prenatales y la atención del parto.

En los consultorios del SNS, la matrona estaba a cargo de la parte clínica (examen físico) y del componente educativo del control prenatal, y en los hospitales conducían todo el proceso de recepción de la parturienta, preparación para el parto y el parto mismo, requiriendo la presencia del médico solo cuando se presentaba un problema que obligara, por ejemplo, el uso de fórceps o la realización de una cesárea. En contraste a la insistencia de las fuentes documentales por definir las labores propias de matronas y de médicos, las entrevistadas mencionan que frecuentemente enfrentaban solas situaciones que requerían supervisión, debido a la escasez de personal médico o, a veces, a su falta de experiencia.

Por su parte, en los consultorios del SERMENA, las matronas eran responsables de la labor educativa y solo en ausencia del médico realizaban el examen físico. Al respecto, Gloria (76 años) afirma que “era estupendo” cuando no estaba el médico, porque podía:

[...] atender a la embarazada, auscultar, enseñarles a formar el pezón para la lactancia, [explicarles] por qué se forman las estrías, explicarles una serie de cosas que antes no había tenido oportunidad de decírselas. Entonces ahí yo podía ejercer mi profesión como era.

Considerando estas claras diferencias, lo que predomina en las entrevistas son las buenas relaciones que señalan tener con los médi-

8 El SERMENA operó entre 1942 y 1979 y prestaba asistencia médica y dental a empleados públicos y privados bajo la modalidad de un sistema administrativo de libre elección.

cos, relaciones de coordinación y colaboración, de reconocimiento y, en ocasiones, admiración, además de la efectiva subordinación laboral aludida. Aunque esta jerarquía aparece naturalizada en el relato de la mayoría de las entrevistas, hay algunas voces críticas. Julia cuestiona el actuar de algunos médicos en la atención del embarazo —poco énfasis otorgado a la educación—, o en la atención del parto, ocasión en la que relata prácticas médicas a las que se oponía: resistencia a administrar analgésicos o a realizar cesáreas a costa del sufrimiento de las madres y niños. Aunque los médicos seguían las indicaciones de la época, respecto del suministro de analgésicos o la realización de una cesárea, Julia estima que frecuentemente pudieron haber hecho más por disminuir el dolor de las parturientas y las secuelas en las mujeres y niños producto, por ejemplo, del uso de fórceps para evitar una cesárea. A su juicio, “si el médico hacía muchas cesáreas era mal mirado, en cambio, si el médico hacía maniobras [...] era más capo, porque hacía más cosas, era más hábil”.

Julia también enfatiza la importancia de la labor educativa realizada por las matronas y la relación cercana que tenían con las madres, opinión compartida por otras entrevistadas, quienes, como se ha mencionado antes, señalan que los controles pre y posnatales, los talleres de parto psicoprofiláctico y la planificación familiar constituyeron instancias para que las mujeres compartieran con profesionales sanitarios sus inquietudes y temores respecto de su sexualidad, las relaciones de pareja y la maternidad, propiciando relaciones confiables. Julia afirma que “las pacientes eran súper agradecidas de la matrona y le creían de pies juntillas lo que la matrona le decía”, y Gloria señala que las embarazadas valoraban ser atendidas por el médico, pero se sentían más acogidas y más cercanas a las matronas “porque es distinto

conversarlo con un varón que conversarle a una mujer. [...] había más confianza”. La decisión de usar métodos anticonceptivos es señalada también como una situación en que las mujeres solían pedir ayuda a las matronas para enfrentar la frecuente oposición de sus parejas.

- *El compromiso de las matronas*

Un aspecto clave que se desprende de las entrevistas y que contribuía a la confianza de las madres, era el fuerte compromiso de las matronas con el objetivo del SNS de mejorar las condiciones sanitarias de madres y niños. Se trata de un compromiso arraigado en el espíritu que históricamente las caracterizó, pero en ningún caso exclusivo de las matronas. Más bien reflejaba la nítida convicción de los profesionales del SNS de que sus esfuerzos y sacrificios individuales eran parte fundamental de una política sanitaria nacional de acceso universal.

Las fuentes orales permiten conocer los modos en que cotidianamente ello se expresaba, en acciones que iban más allá de lo prescrito. Julia acomodaba la atención prenatal a los horarios del transporte público que las mujeres usaban, y aunque fue criticada por el personal de la Casa de Socorro, que la instaban a “imponerse”, sabía que las mujeres llegaban “cuando podían, no cuando querían”. A mediados de los sesenta, Ester trabajaba media jornada en el Consultorio semi-rural de Peñalolén. Como solo seis mujeres se controlaban el embarazo, decidió proponerle a la enfermera-jefe salir en busca de más pacientes:

Pesco mi maletín de matrona y me voy por los cerros para arriba y para abajo, y donde veía un pañal entraba y hablaba con la señora si había tenido la guagüita, si había otra señora que estuviera esperando y les contaba que había una matrona nueva que atendía. Así junté a varias señoras. Sabe, me

salían culebras en el camino, me seguían los gansos, los perros, era tremendo, si era campo. Junté gente y después que me vine de allá, dejé 650 señoras en control.

Junto con la enfermera, Ester organizó un club de embarazadas, y pidieron ayuda al alcalde de la comuna y a laboratorios para comprar alimentos y ajuares que entregaban a las embarazadas como incentivos para que asistieran a las reuniones: “los días jueves teníamos reuniones donde les enseñábamos todo lo que iba a pasar en el parto, cómo cuidar a las guaguaitas, les dábamos onces y a las que asistían les dábamos un regalo, [...]. Las mujeres [se] iban contentas [...]”.

Acciones como estas no constituyen solo ajustes al diario ejercicio profesional, sino que demandaron esfuerzos que iban más allá de las funciones prescritas y demuestran la experiencia acumulada de estas profesionales en el trabajo con la población femenina. Por ejemplo, el club de embarazadas cuenta con antecedentes desde la década de 1920, cuando la médica Cora Mayers fundó la primera liga de los “clubes de madrecitas”, cuyo propósito era difundir los emergentes conocimientos sobre puericultura, entregar ajuares y alimentación para los niños, y premios a aquellas madres que mejor los cuidaran (60).

Los clubes, tanto en 1920 como en 1960, estaban dirigidos a consolidar el compromiso femenino con el cuidado infantil y de sí mismas, con una diferencia importante: la progresiva incorporación de los padres de los futuros retoños en el club organizado por Ester, en las charlas informativas prenatales y, especialmente, las de planificación familiar. Ello obedeció, en parte, al reconocimiento masculino de la autoridad de las matronas y, en parte, a la creciente importancia otorgada en los años sesenta y setenta —consignada en fuentes escritas y por las en-

trevistadas—, a la participación de los hombres en estas instancias (61-63).

El compromiso y la entrega abnegada mencionada por las entrevistadas fueron cualidades históricamente atribuidas al trabajo de las matronas, destacadas por médicos como Sazié y Alcibíades Vicencio en el siglo XIX, y por matronas como Elsa Salinas e Iris Morales a mediados del XX. Morales, presidenta del congreso de 1951, sostenía que:

La vida de la matrona tiene un místico idealismo por un fondo de humana bondad y sacrificios de especialísimos relieves, lo que nos brinda un sitio de preferencia por el cual nosotras, al dignificarnos, contraemos un imperativo categórico que cumplir (45).

Se trata de un *ethos* particular de profesiones sanitarias desempeñadas preferentemente por mujeres, que muestra la estrecha relación entre la naturaleza del trabajo sanitario y las características personales atribuidas a las mujeres, cuestión que informan algunos estudios de esos años como el de la abogada Felicitas Klimpel, quien calificaba a la matrona como una de las profesiones sanitarias “más propias de la sensibilidad femenina, y más aptas a sus funciones maternas” (64). Hacia fines de los años sesenta, el estudio de Mattelart y Mattelart mostró que las profesiones médicas y paramédicas eran consideradas ideales para las mujeres, especialmente por hombres y mujeres urbanos (en particular, mujeres de clases medias) por su compatibilidad con la naturaleza femenina, porque las mujeres eran más “humanas” y “sabían demostrar mayor abnegación, mayor don de sí, mayor comprensión del sufrimiento ajeno” (65). Como lo indicaban los autores, no se aludía a la capacidad intelectual femenina que demandaba el ejercicio de estas profesiones, sino solo a cualidades personales femeninas:

Basta con hablar de la capacidad de la mujer para tratar al enfermo con dulzura y la abnegación de que da prueba en su papel de esposa y madre, para que una gran proporción de hombres y mujeres queden persuadidos de que haría un excelente médico, tal vez superior al masculino (65).

Aunque médicos como Sazie y Vicencio, y matronas como Morales y Salinas, también establecían esta relación entre ser mujer y la profesión de matrona, manifestaron una temprana preocupación por su formación técnica y clínica. Esto contrasta muy fuertemente con la visión que se tenía de la profesión en la época que, según el estudio de Mattelart y Matterlart, valorizaba más el componente humano frente al técnico, más la naturaleza femenina que el carácter profesional de las matronas.

La combinación del componente técnico-profesional y femenino, más una intensa experiencia práctica, son aspectos de la profesión altamente valorados por las entrevistadas. Ellas transmiten la convicción de que el sacrificio, la abnegación, la sensibilidad —todos atributos considerados femeninos— las hacían especialmente aptas para este oficio. Se trata de una convicción que tiene como base consideraciones de género y, como fin, un bien superior, la salud materno-infantil que, a juicio de las matronas, era una cuestión esencial compartida con las madres.

El sólido compromiso y abnegación de las matronas, una cualidad valorada históricamente, adquirió un sentido particular en el marco del PSMI, como lo prueba el tono épico de las memorias institucionales y monografías médicas. Tono que expresa el sentido que el SNS imprimió a sus propósitos y que las entrevistas permiten apreciar cómo fue transmitido y asimilado por estas profesionales.

Conclusiones

El análisis presentado sobre el trabajo de las matronas en el PSMI del SNS pone de manifiesto que la relación entre ellas y las madres atendidas, y su fuerte compromiso, son aspectos relevantes para la comprensión del desarrollo de las políticas sanitarias. Se trata de aspectos mencionados por las fuentes escritas, pero que las fuentes orales permiten dimensionar y documentar con mayor claridad.

El contacto permanente de las matronas con las mujeres les permitió conocer de primera mano las dificultades materiales y familiares que enfrentaban para asistir a los controles, los temores y desinterés hacia procedimientos clínicos, poniendo en perspectiva las opiniones vertidas por médicos que identificaban el bajo nivel cultural de las madres como una de las razones más importantes que explicaban la baja asistencia a controles y el rechazo a la hospitalización del parto (10). Sin desconocer la importancia de estas razones, la información recogida en las entrevistadas posibilita una lectura más completa de la situación social de las mujeres atendidas, que considera las resistencias culturales y las limitaciones materiales, como también una gradual aceptación de las atenciones sanitarias. Precisamente, este último punto ilumina otro aspecto relevante a tener en cuenta en la reconstrucción histórica del PSMI, su recepción por parte de la población, aspecto escasamente consignado en fuentes documentales y para el cual las entrevistas constituyen una valiosa fuente de información.

Por otra parte, el fuerte compromiso e involucramiento de las matronas que se desprende de las entrevistas, y que destacan distintas fuentes escritas, es otro aspecto relevante que también ayuda a entender la relación establecida con las madres. Ello ilumina otra interesante dimensión del estudio de las políticas sanitarias: el modo en que son recibidos los lineamientos

oficiales de una política por los profesionales a cargo de su implementación.

Este estudio, referido a una parte de la historia del trabajo de las matronas, aporta a reconstruir una de las políticas sanitarias más importantes del siglo xx, demostrando las posibilidades que ofrece para ello el análisis combinado de fuentes escritas y orales en los estudios historiográficos. Este análisis, al indagar tanto en el diagnóstico de las autoridades y en los lineamientos oficiales de las políticas, como en la experiencia, las prácticas cotidianas y los sentidos otorgados al trabajo de quienes fueron responsables de implementarlas, contribuye —como afirma Thompson— a una configuración más compleja del pasado y a una ampliación de la historia social de las políticas sanitarias chilenas.

Financiación: El estudio es parte del proyecto financiado por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología, fondecyt N.º 1100977, “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973”, (2010-2012).

Anexo

Caracterización de las entrevistadas

Las entrevistas fueron realizadas en la ciudad de Santiago, entre fines del año 2010 y

2012. Se realizaron entrevistas individuales “en profundidad”, caracterizadas por ser flexibles y no estandarizadas, con el fin de comprender “las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras” (66). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y media, fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad. Todas las participantes firmaron previamente una carta de consentimiento informado, aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Alberto Hurtado (Santiago de Chile).

El análisis de la información siguió los procedimientos metodológicos señalados por el análisis de contenido de tipo cualitativo, método que identifica categorías temáticas que distinguen contenidos y sentidos del texto (67). Las categorías fueron elaboradas considerando tanto los objetivos del estudio como lo que surgía de las propias entrevistas (68). Múltiples lecturas de ellas permitieron una progresiva precisión de las categorías, así como la identificación de sus relaciones, lo que posibilitó una mayor elaboración e integración de la información.

Los nombres de las entrevistadas fueron reemplazados por seudónimos para conservar la confidencialidad de la información.

Referencias

1. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y Sociedad Chilena de Salubridad Sesión extraordinaria del 30 de julio en conjunto con la Sociedad Chilena de Salubridad. Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología 1956 sept.; XXI(6):139.
2. Molina C. Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile: 1932-1952. Cuad Méd Soc 2006;46(4):284-304.
3. Labra ME. Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950). Cuad Méd Soc. 2004;44(4):207-19.
4. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, [...]. Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973. Santiago: Ed. Colectivo de Atención Primaria; 1993.
5. Livingsstone M, Raczinsky D. (Eds.). Salud pública y bienestar social. Santiago: CIEPLAN; 1976.
6. Valenzuela G, Juricic B, Horwitz A, Garafulic J, Pereda E. Atención Médica en el Servicio Nacional de Salud. La política y sus realizaciones. Rev Serv Nac Salud 1956;1(2):233-77.
7. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas de Chile en el siglo xx. Santiago: INE; 1999.

8. Inauguración de un nuevo pabellón de maternidad del hospital Barros Luco. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*. 1957;3(2):308-10.
9. Medina E. Evolución de la salud pública en Chile de los últimos años 25 años. *Rev Med Chil*. 1977;105:740.
10. Zárate MS, Godoy L. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud en Chile (1952-1964). *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2011;18(1):131-51.
11. Zárate MS, Campo A del. Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. *Nuev Mun Nuev Mun Nuev* [internet]. 2014 [citado 2014 ago 8]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66805>; doi: 10.4000/nuevomundo.668.
12. Molina-Bustos C. Tegualda Monreal: Historia de vida. Santiago: Unidad Patrimonio Cultural de la Salud, Ministerio de Salud; 2009.
13. Carvajal Y, Minguell J, Vásquez H, Yurac CL, Calbuco, Castro, Quellón, 1962-1973. *Memoria y Salud en la XII Zona*, Santiago: MINSAL; 2007.
14. Bornat J, Perks R, Thompson P, Walmsley J. (Eds). *Oral History, Health and Welfare*, London: Routledge; 2000.
15. Thompson P, Perks R. *An Introduction to the Use of Oral History in the History of Medicine*. London: British Library National Sound Archive, National Life Story Collection; 1993.
16. Thompson P. Introduction. In Bornat J, Perks R, Thompson P, Walmsley J. (eds). *Oral History, Health and Welfare*, London: Routledge; 2000.
17. The Oral History Review [citado 2014 ago 8] http://www.oxfordjournals.org/our_journals/ohr/about.html.
18. Rhodes M. The contribution of professional education and training to becoming a midwife, 1938-1951. En: Bornat J, Perks R, Thompson P, Walmsley J. (eds.) *Oral History, Health and Welfare*. London: Routledge; 2000. p. 119-37.
19. Dixon R. Midwives as 'mid-husbands'? Midwives and fathers. En: Bornat J, Perks R, Thompson P, Walmsley J. (Eds.) *Oral History, Health and Welfare*. London: Routledge; 2000 p. 271-288.
20. Reid L. Midwifery in Scotland 3: intranatal practices. *Br J Midwifery*. 2005;13(7):426-31.
21. Reid L. *Midwifery in Scotland: A History*. Scottish History Press; 2011.
22. Hwey-Fang L, Kuang-Ming W. Playing an Active Role in Maternal-Infant Care: Using Oral History to Explore a Midwife's Career in Postwar Taiwan. *Journal of Nursing & Healthcare Research*. 2013;9(3):237-47.
23. Linares M. Fuentes y bibliografía para el estudio de las Matronas y la cultura del nacimiento. *Eluc* 2008;5:263-75.
24. Thompson A. Four Paradigm Transformations in Oral History. *Oral Hist Rev*. 2006;34(1):49-70.
25. Pozzi P. ¿Quién hizo el mundo? Fuentes orales y política en la cultura de los obreros argentinos. *Oral History Forum d'histoire orale* 2012;32(7):1-11.
26. Winn P. *Tejedores de la revolución. Los trabajadores de Yarur y la vía chilena al socialismo*. Santiago: LOM; 2004.
27. Moyano C. *Mapu o la seducción del poder y la juventud*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2009.
28. Stabili MR. *El sentimiento aristocrático. Elites chilenas frente al espejo 1860-1960*. Santiago: Ed. Andrés Bello; 2003.
29. Beauvalet-Boutouyrie S. *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*. Paris: Éditions Belin; 1999.
30. Gélis J. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard; 1988.

31. Loudon I. *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950.* Oxford: Clarendon Press; 1992.
32. Towler J, Bramall J. *Comadronas en la historia y en la sociedad.* Barcelona: Editorial Masson; 1997.
33. Borst Ch. *Catching Babies. The Profesionalization of Childbirth, 1870-1920.* Cambridge: Harvard University Press; 1995.
34. Ortiz T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal.* 1999;6(1):55-79.
35. Mott ML. Midwifery and the Construction of an Image in Nineteenth - Century Brazil. *Nurs Hist Rev.* 2003;11:31-49.
36. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Rev Esc Enferm USP.* 2001;35(1):46-53.
37. Carrillo AM. Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio.* 1998;50(2):149-67.
38. Carrillo AM. Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México. *Dynamis* 1999;19:167-190.
39. Nari M. *Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires (1890-1940).* Buenos Aires: Biblos; 2005.
40. Zárate MS. *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica.* Santiago: DIBAM; 2007.
41. Biondi A. Discurso del Director de los Servicios Médicos. *Boletín de la Caja del Seguro Obligatorio* 1945;13(134):VIII-XIV.
42. Zárate MS. Parto, crianza y pobreza en Chile. En: Sagredo R, Gazmuri C, (Eds.). *Historia de la Vida Privada en Chile, Tomo 3.* Santiago: Taurus Ediciones; 2007.
43. Sección Educación para la Salud del SNS. *Servicio Nacional de Salud. Diez años de labor 1952-1962.* Santiago: SNS; 1962.
44. Atención médica en el Servicio Nacional de Salud. *Rev Serv Nac Salud* 1956;1(2):233-78.
45. *Primer Congreso Científico Nacional de Matronas.* Santiago: Imp. Casa Nacional el Niño; 1951.
46. *Servicio Nacional de Salud. El Servicio Nacional de Salud, 1 Etapa 1952-1958,* Santiago: Impr. Central de Talleres del SNS; 1959.
47. *Boletín del Servicio Nacional de Salud. Honorarios para matronas en atención de partos a domicilio.* *Boletín del Servicio Nacional de Salud.* 1965;7(17):11.
48. *Boletín del Servicio Nacional de Salud. Funciones sanitarias de control en el ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas.* *Boletín del Servicio Nacional de Salud* 1956;2(3):3406-11.
49. *Servicio Nacional de Salud. Reglamento del personal para el SNS.* *Boletín del Servicio Nacional de Salud* 1956;2(5):654.
50. Ortega R. *Atención materno infantil en Chile: modificación del problema y bases para la organización de la atención materno-infantil en Chile.* Santiago: Talls. Gráfs. La Nación; 1954.
51. Osses A. *Educación para la salud: en servicios de atención médica y asistencial.* Santiago: s/d; 1957.
52. *Servicio Nacional de Salud. Doctrina y política del SNS: planificación en salud y el SNS.* Santiago: Sección Educación para la Salud del SNS; 1962.
53. *Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal.* *Boletín del Servicio Nacional de Salud* 1957;3(4):563.
54. *Boletín del Servicio Nacional de Salud. Habilitación de un mayor número de camas de maternidades en el Dpto. de Santiago.* *Boletín del Servicio Nacional de Salud* 1957;3(6):929.

55. Boletín del Servicio Nacional de Salud. Sistema de bolsa de camas perfeccionara distribución de recursos en maternidades. Boletín del Servicio Nacional de Salud. 1966;3(33):23.
56. Monckeberg C. Manual de obstetricia para el uso de la matrona. Santiago: Establecimientos Poligráfico Roma; 1898.
57. Chile. Ministerio de Bienestar Social. Decreto con fuerza de Ley 226, De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios (1931 may 15).
58. Chile. Dirección General de Prisiones. Reglamento sobre Maternidades Particulares. Decreto Supremo N° 946 (14 de diciembre de 1938). Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno, tomo V, Santiago, 1939; 3859-3867
59. Chile. Dirección General de Prisiones, Reglamento sobre Maternidades Particulares. Decreto Supremo N° 839 (30 de agosto de 1940). Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno, tomo III, Santiago; 1940; 1671-1679.
60. Lavrin A. Mujeres. Feminismo y Cambio Social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940. Santiago: DIBAM; 2005.
61. Zañartu J. El control de la natalidad y su impacto en la familia. Rev Med Chil 1965;93(12):787-92.
62. Sociedad Chilena de Sexología. Conclusiones de las Segundas Jornadas Chilenas de Sexología. Rev Med Chil 1972;100(6):741-5.
63. Viel B, Lucero S. Experiencia con un plan anticonceptivo en Chile. Rev Med Chil. 1973;101(9):730-735.
64. Klimpel F. La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1962.
65. Mattelart A, Mattelart M. La mujer chilena en una nueva sociedad. Un estudio exploratorio acerca de la situación e imagen de la mujer en Chile. Santiago: Editorial del Pacífico; 1968.
66. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
67. Ruiz JI. Metodología de la Investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
68. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2002.