

FORMACIÓN DE LAS MATRONAS A MEDIADOS DEL SIGLO XX

De la utilidad a la resistencia

Autoras

M^a Jesús Montes Muñoz. Matrona, Dra en Antropología. Universidad Rovira i Virgili.

majesus.montes60@gmail.com Tlf: 606879091

Introducción: el sistema médico ha manifestado tradicionalmente un insistente interés en ocupar el ámbito de la asistencia a los partos y el control de la profesión de las matronas que, a mediados del siglo XX ya estaba normalizado.

Objetivos: Conocer y profundizar en la ideología, valores y normas que se transmitieron en la formación de las matronas.

Analizar el rol asignado a las matronas y las respuestas de ellas.

Método: la metodología cualitativa. Las fuentes básicas de información han sido dos. Por un lado el texto para la formación de las matronas de Orengo Díaz del Castillo en su segunda edición del 1955. Su elección responde por ser la referencia en la Casa de Salud Santa Cristina, centro de reconocido prestigio, y porque de él se realizaron cuatro ediciones. Por otro lado las experiencias y las prácticas recogidas en entrevista a cinco matronas que ejercieron entre los años 50 al 60. Contamos además con bibliografía útil para contrastar los datos obtenidos por estos medios.

Resultados y análisis: la formación de las matronas se presenta sujeta a las características del trabajo femenino de la época. Aparecen dos ámbitos de actuación con diferente autonomía –el del hospital y el del domicilio- pero, en general, el carácter paternalista de los discursos le da en ocasiones, un matiz infantilizador que va del halago a la amenaza a través de la cual, se induce a la obediencia. Los valores y normas se dirigen al refuerzo y mantenimiento del poder médico como único autorizado y con reconocimiento en este ámbito. Se pide a la matrona que adopte el rol de ayudante y auxiliar del médico.

Las matronas presentaron interiorizado este modelo y en general, manifestaron sentirse respaldadas y apoyadas por él. Aún así, presentaron diferentes formas de resistencia y utilizaron sus conocimientos con un alto grado de autonomía en la asistencia domiciliaria.

Conclusiones: el control de la formación de las matronas fue un poderoso medio en la reafirmación de la hegemonía médica sobre la asistencia al nacimiento. Los condicionantes de la época favorecieron este modelo de rol delegado de las matronas.

Palabras clave: formación, matronas, poder, rol de las mujeres.

Resumen

A mediados del siglo XX la profesión de matrona ya estaba considerada auxiliar de la medicina y su instrucción bajo control médico, se dirigió al mantenimiento de esta posición. En el texto de “Obstetricia para matronas” de Orengo Díaz del castillo (1953), se aprecia la doble intención de, por un lado, ensalzar el poder médico en el que justificar la sumisión de estas profesionales, y por otro, formarles en conceptos morales, de valores y teóricos-profesionalizadores para construir sujetos útiles para la medicina. En la práctica, las matronas presentaron formas de colaboración diferenciadas en sus relaciones con los médicos. Mantuvieron una marcada identidad profesional centrada en la asistencia

al parto y llevaron a cabo prácticas o actitudes de resistencia en defensa profesional, o por las condiciones estructurales en que se desarrollaron sus funciones.

Introducción

El interés de los varones por el ámbito de la asistencia al parto, ha sido una constante desde el siglo XVIII. Primero los barberos-cirujanos y posteriormente la medicina, se fueron introduciendo en este campo hasta apropiárselo ejerciendo el control sobre los saberes y las prácticas de las matronas. En este proceso, la escritura como medio para la publicación de textos ha cumplido un papel primordial en la demostración y posterior reconocimiento de su saber, en el que se sustentan las bases que justifican su hegemonía. Las primeras obras médicas para la formación de las matronas en nuestro territorio datan del siglo XVI, pero la práctica siguió siendo competencia de las mujeres. Las desigualdades sociales en la oportunidad del acceso a la formación para las mujeres y los hombres que se ha mantenido durante siglos, ha dejado sus huellas en su historia, entre ellas, la de las matronas. La ideología en la asignación de roles limitó a las mujeres en el espacio de la casa al cumplimiento de las funciones de esposa y madre (1), y su formación estaba dirigida en este sentido.

La educación de las mujeres estuvo más centrada en la moral que en la adquisición de instrucción, considerada esta última como un problema en una sociedad cuya organización sentaba sus bases en la desigualdad y jerarquía entre los sexos, modelando a las mujeres para ser “sujetos dóciles y útiles a un mismo tiempo (2)”.

En la evolución de la asistencia al nacimiento se refleja esta distribución de roles y el prestigio social asignado a los mismos. A los varones médicos les correspondió “la representación y autoridad técnica y científica (3)” y las matronas quedaron supeditadas a la autoridad quirúrgica, en el espacio doméstico, simbólico y real del día a día de la asistencia a los partos normales”(4) Sus funciones fueron limitadas y se mantuvo un control sobre sus características sociales, religiosas y morales (5). Los nacimientos más allá de la mitad del siglo XX, siguieron produciéndose en su mayoría en los domicilios con la asistencia principalmente de la matrona, o de esta en colaboración con el médico. El control médico sobre los partos se extendió en las ciudades y grandes poblaciones entre la clase acomodada, signo de buena posición económica. Las clases modestas llamaban a las matronas y a las pertenecientes al grupo denominado “pobres de solemnidad”, se les dirigía a los centros de maternidad y hospitales ya establecidos como lugares de aprendizaje y desarrollo de la ciencia médica (6). También, en el interés médico por la

práctica de la obstetricia, además de la tendencia al ejercicio de control y supeditación social de las mujeres, tuvo un componente decisivo la intención de la mejora de las propias ganancias (7).

El sistema médico se ha caracterizado en su lucha por la eliminación de otros sistemas de curación, de forma que hoy se reconoce único y hegemónico en la definición de la salud y la enfermedad (8). Los discursos de desautorización dirigidos hacia otras profesiones se han utilizado en este sentido, y ha sido la práctica habitual que encontramos de forma directa o velada, cuando desde ellos se refieren a la profesión de las matronas, que analizaremos posteriormente. La escritura desde la medicina ha sido un medio en el que autoreafirmar su saber y transmitirlo a la población como el único y verdadero.

Es a través de estos textos médicos que nos proponemos los objetivos de analizar la transmisión de la ideología, valores y normas que se dieron hacia las matronas a mediados del siglo pasado, revisando sus estrategias y comparándolas con los relatos de estas mujeres, sus opiniones respecto a ello y las respuestas que activaron.

Método

Se ha utilizado la investigación cualitativa en la que las fuentes básicas de información han sido dos. La primera corresponde a textos utilizados para la formación de las matronas. El texto de referencia ha sido “Obstetricia para matronas” escrito por Orengo Díaz del Castillo (9), del que se dieron cuatro ediciones (1947, 1953, 1963, 1974). Se eligió esta obra por ser la referencia para la formación de las matronas en la escuela de reconocido prestigio de la Maternidad Santa Cristina de Madrid, por el gran número de matronas a las que pudo llegar. La revisión de los contenidos en que se basa este estudio son aquellos relativos a las ideologías, las normas o los moralizadores que están incluidos en su formación, más allá de las necesidades teóricas profesionales. Revisadas las diferentes ediciones, y al no producirse cambios entre las dos primeras, se seleccionó la edición del 53 por corresponder a los años de estudio que nos proponemos. Para contrastar y completar esta información, contamos con otras obras y artículos de la época. La segunda fuente corresponde a la recogida de información a través de la entrevista en profundidad a las matronas que ejercieron entre los años 45-70. Han sido cinco matronas que ejercieron en la ciudad de Tarragona y en diferentes poblaciones de su provincia: Carmen trabajó entre 1962 y 1967 en una zona rural, posteriormente ejerció en un hospital y más tarde durante 30 años en un gran pueblo costero. Teresa comenzó su ejercicio profesional en 1945, María en 1953 y Laura en 1960, las tres en zonas rurales en las que

han permanecido toda su vida. Finalmente Ana ejerció desde 1956 en un pueblo y años más tarde se trasladó a la ciudad con plaza del SOE y en la atención privada.

Resultados y análisis

A mediados del siglo pasado la consideración de la profesión de matrona como ayudante médica, ya estaba establecida y los textos dirigidos a su formación, se encargan de repetirlo reafirmando el protagonismo médico indiscutible frente a los límites de las funciones en los que se situaba a las matronas. Ejemplos de ello lo encontramos en las afirmaciones de Bossi ya en 1925 (10): “la matrona instruida en la práctica de su profesión, si no por conciencia, al menos por temor a la responsabilidad (...) difícilmente se dejará inducir a realizar algo que se salga de su verdadera misión” con la posibilidad, continúa “de ser útiles enfermeras y prestar ayuda al médico en las intervenciones”. La persistencia con que aparecen estos discursos en los textos médicos, nos lleva a pensar en la necesidad de un adoctrinamiento para inculcar, reforzar y asegurar este orden que parece correr el riesgo de ser alterado.

El adoctrinamiento se realizará a través de la repetición de la ideología como enseñanza que forma parte del mismo discurso teórico y de conocimientos prácticos profesionalizadores. Así en la lectura se incorporan ambos saberes como componentes del propio aprendizaje.

Presentamos este trabajo en dos apartados. En el primero –discursos médicos- se analizan el uso de la ideología dirigida a la construcción de la imagen del poder médico y los recursos utilizados para su mantenimiento, y en el segundo –discursos de las matronas- se profundiza de las opiniones y contestaciones de estas.

Discursos médicos

La construcción de la imagen médica. Para la incorporación de una determinada doctrina y que esta sea reconocida, su ideología debe ser interiorizada por la sociedad pero sobre todo respondida por el personal sanitario. Para ello, se hace necesario representar una imagen poderosa justificada en la posesión del conocimiento, pero a la vez, benevolente hacia quien no lo tiene, de manera que será admirada y seguida en sus normas en una especie de adoctrinamiento en la verdad.

Orengo construye en su discurso introductorio este modelo del médico casi divino con frases de halago y alabanza a su saber, a su bondad desinteresada, evocando reconociendo y admirando el saber del otro frente al propio en una especie de competencia por la demostración de humildad con frases como: “Sus palabras de elogio hacia nuestra

modesta labor nos llenan de agradecimiento y estímulo” o “Constituyó un honor para nosotros cuando nos distinguió con su confianza. Nuestro maestro con quien tenemos impagable deuda de gratitud” (11) que hacen alusión a las cualidades morales unidas al reconocimiento del saber más alto situándose el autor en una modesta posición. Estas formas de dirigirse son de uso habitual en los prólogos o dedicatorias entre los médicos de esta época.

Pero si bien Orengo es poseedor de comprobado prestigio, este ensalzamiento crea en la mente del lector una imagen magnificada de la persona –médico de quien habla- y de quien lo escribe, inculcando el orden que lo justifica y al que se espera las matronas respondan, como nos aporta en esta opinión: “le deben tanto, que nunca podrán pronunciar su nombre con bastante veneración”(12), actitud que está relacionada con la respuesta hacia la divinidad que Clavero Núñez (13) justifica en que “Nosotros intervenimos solo como su instrumento”.

Aunque el texto está dedicado a la formación de las matronas, quien en él está señalado que dirige, ordena o toma la palabra, es la figura del médico, omnipresente en todo su recorrido aún en funciones domésticas tales como: “Si el doctor desea que la paciente quede al borde de la cama, con las piernas colgando de los soportes o apoyadas en las horquillas, la matrona debe hacer con cuidado las maniobras necesaria (14)”. Entendemos, como también apuntó Ortiz (15), que estas obras, además de que puedan ser útiles para las matronas, se dirigen más bien a establecer y mantener la autoridad médica, legitimando su saber y su imagen social, aleccionando sobre las jerarquías y roles a que deben atenerse las profesiones consideradas auxiliares y en base a que: “El modo de llevar a la práctica las indicaciones de los médicos, influye notabilísimamente en el éxito terapéutico (16)”.

“Tu no sabes” o la justificación del poder. A las estudiantes hay que enseñarles a ser buenas matronas. Ya no son útiles otros modelos que no tengan autoría médica y desde estos, se les desacredita advirtiéndoles de que: “Un parto enteramente normal puede transformarse en anormal por la mala asistencia, por intervenciones innecesarias, por ignorancia y aún más; un puerperio febril puede ser consecuencia de una asistencia inadecuada” (17). Solo obedeciendo las órdenes médicas, parece esto puede ser evitado. El desprestigio a la profesión es fomentado desde una responsabilidad acusadora: “si estas (matronas) hubieran cumplido satisfactoriamente su misión sin lamentables consecuencias” (18), idea que se sigue apoyando años más tarde: “A principios del siglo XX las mujeres daban a luz a sus hijos en el hogar, la asistencia prenatal no existía, y no

había personas especialmente entrenadas para ayudarles. La vida y la muerte de las madres y sus hijos se medían en porcentajes” (19). La historia de la medicina se presenta en un continuo éxito, pasando de puntillas por situaciones en que su intervención fue el origen de problemas, como en el caso de la fiebre puerperal.

En el intento de desmitificar el mal hacer que se atribuye a las matronas de hace un siglo, es necesario revisar los hechos que dieron lugar a la reducción de la mortalidad materno-infantil en la denominada “transición sanitaria” de la que Robles González et al (20) afirman, no fue consecuencia solo de la intervención médica, sino de razones multifactoriales relacionadas con las mejoras socioeconómicas, la modificación de los hábitos, las creencias y los valores de los individuos (21). Uno de estos factores establece una relación directa entre, “la duración del periodo educativo de las madres y la reducción de la mortalidad infantil (...) Por cada año adicional de escolarización a la madre, la mortalidad infantil se reduce entre un 7 y un 9%” (22). Entendemos pues, que los cambios en las condiciones sociales repercutieron en la mejora de la salud de toda la población como también, en el avance del conocimiento médico.

Pero, los discursos que responsabilizan a las matronas de muertes evitables¹, son poderosas razones que minan la propia confianza, promoviendo la búsqueda de conocimiento en quien asegura tener la llave de la seguridad, para quedar bajo su tutela. Es la tutela médica, la misma que concibe a la matrona como “un elemento perturbador que imposibilita la acción del tocólogo” o “de ejercer influencia perjudicial (24)” la que se define como su formadora.

Para entender estas estrategias, hay que situarse en el contexto de una sociedad patriarcal en el que las mujeres tuvieron pocas posibilidades de crédito y autonomía, en la que sus funciones fueron limitadas y supervisadas por los hombres que contaban con el reconocimiento y el apoyo del Estado. Nos podemos preguntar por el reparto de responsabilidades y sus consecuencias.

Así, Orengo, a la vez que se presenta como benefactor de las matronas, reafirma los principios del poder y protagonismo médico. Las matronas explica “han de mejorar” y les recrimina con un discurso paternalista: “Existen muchísimas matronas excelentes, pero aún hay más que no trabajan bien. Pero incluso la mayoría de las primeras suelen

¹ A este respecto es interesante revisar el texto de Bosch Marin et al (23) “270.000 partos, sus enseñanzas sanitarias” http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catagolo_imagenes/grupo.cmd?path=1002070, 1950, en el que presenta las estadísticas de los partos ocurridos en los años 1947 al 1949, mostrando que la mortalidad materna fue ocho veces más alta en los hospitales que en los domicilios y la fetal fue 2,8% mayor en los centros hospitalarios o maternidades.

adolescer de un defecto que impide su progreso y esteriliza su esfuerzo: no estudian nada (...) pierden toda inquietud científica y anulan completamente su personalidad profesional” (25). Culpabilizar a las víctimas desde posiciones hegemónicas cuando se les ha desposeído de sus derechos y se ha limitado su espacio, ha sido un recurso muy utilizado en situaciones diversas en las que a las mujeres han tenido un papel secundario. Asociarse al poder, parece pues la única alternativa.

Construcción del sujeto “útil”. Como profesión auxiliar de la medicina, uno de los principios de la disciplina será: “Ajustarse siempre a las órdenes y Reglamento” (26). La utilidad de las matronas al servicio de las necesidades médicas se hace evidente en todos los textos revisados. Aquellas que respondan a su dirección, contarán con su reconocimiento y alabanzas como: “Tienen una misión social de la mayor importancia (...) La profesión que ha escogido persigue los fines más nobles y elevados” (27). Los condicionantes para alcanzar estos objetivos vienen de la mano del tutor; colocar a la mujer en la mesa de partos “si el medico lo ordena”; cuidar al recién nacido “si el médico lo encarga así”; animar a la paciente a que empuje “si en médico no lo prohíbe” son algunos ejemplos de las relaciones que deben darse entre estos profesionales y, como respuesta positiva de recompensa, las tareas de las matronas son catalogadas de “admirables” (28).

La matrona útil “nos ahorra mucho trabajo y nos evita pérdidas inútiles de tiempo” afirma Clavero Núñez (29) porque el medico tiene otras tareas -que se suponen más importantes- que permanecer al lado de la mujer. Ella será instruida para avisar al médico pocos minutos antes del nacimiento ya que “avisar excesivamente tarde, es una pésima costumbre culpable en muchos casos de infección puerperal y de otros accidentes” (30). También se les dará recomendaciones de cómo retardar en lo posible el nacimiento cuando el médico no llega, utilizando de nuevo el recurso a la amenaza para asegurar el cumplimiento. Así pues, la buena matrona no dudará de las enseñanzas y consejos médicos, cumpliendo satisfecha y agradecida “su hermoso deber”

Discursos de las matronas

La identidad profesional. Al referirnos a la identidad de las matronas entrevistadas lo entendemos “como un proceso constante de interpretación y apropiación simbólica de la realidad, como una forma de autorrepresentación consciente, así como el resultado de un proceso de interacción social entre las trayectorias individuales y los sistemas de organización institucional” (31). Las matronas entrevistadas tienen como nexo común

pertenecer a una profesión femenina, pero se dan otros factores que van a influir en como cada cual define o experimenta su identidad. El lugar de trabajo –rural-urbano- es uno de ellos.

Ser matrona hasta 1980 hacía referencia a ser mujer con los valores, roles y obligaciones propios de su sexo, como también a la responsabilidad de una profesión con repercusión social. Su identidad se construía por la especificidad de su saber y de su hacer en la asistencia a los partos, actividad que se presenta como el eje alrededor del cual se adaptarán el resto de sus funciones.

En general, relatan que llegar a ser matronas, supuso un esfuerzo económico a sus familias en un tiempo en que estudiar no era un objetivo social para las mujeres. Por ello, se sienten privilegiadas y lo ponen de manifiesto en sus discursos. En el proceso de formación, a la vez que conocimientos teóricos y prácticos adquirieron la conciencia del valor de su profesión, de forma que ser matrona para Carmen fue: “Una autoridad. La matrona era invitada con el ayuntamiento, era una funcionaria. Yo iba en primera fila a todos los actos”.

Pero también afirmaron es: “Dedicación completa, no podía moverme del pueblo. En ocasiones había ido a la cena de fin de año y me vinieron a buscar para un parto. Yo he servido al público, he dado todo lo que he podido dar”. La identidad de la profesión fue de servicio incondicional a las mujeres, para quienes estaban disponibles a cualquier hora y durante el tiempo necesario para sus partos. Ser matrona, supuso una forma de vida con diferentes repercusiones en su grupo doméstico.

Trabajar y “mucho trabajo” se repite a lo largo de sus relatos y, aunque manifiestan les gusta su profesión, Laura afirma que “Estoy arrepentida de haber trabajado tanto y no haber disfrutado de mis hijos, no haberles podido criar como a mi me hubiera gustado”. Todas contaron con ayuda doméstica en casa y para el cuidado de los hijos, funciones en las que también familia fue un recurso indispensable. Parece que estas mujeres estuvieron liberadas del cumplimiento de algunos de los roles sociales asignados por género; las necesidades profesionales pasaban por delante de las necesidades personales como explica Teresa: “Cuatro días antes de que yo diera a luz, estaba atendiendo dos partos, con una barriga... las piernas hinchadas...”, en todo ello las ganancias económicas que aportaron, jugaron un papel primordial para el mantenimiento de las características profesionales.

Pero ser matrona “Lo has de hacer muy a gusto” afirma Ana, porque “Es muy bonito ser comadrona. Si el parto va bien siempre hay esa recompensa ¿sabes? Ni que el parto sea

difícil, si todo sale bien al final, todo ha estado bien y te sientes satisfecha” (Teresa). Acompañar en el nacimiento y recibir a las criaturas lo presentan como una experiencia gozosa tanto personalmente, como por las emociones que se activan en las familias de las que ellas participan. Hacer bien su trabajo les traerá recompensas duraderas que todas mencionan: “Todavía se acuerdan de mí, me saludan (efusivamente), me presentan a sus nietos...” El reconocimiento social lo viven como una de las partes más positivas de su profesión.

Así, la identidad profesional viene dada por la adaptación y respuesta a las necesidades que plantea su ejercicio, proceso en el que se va construyendo una identidad propia que será avalada por la organización social e institucional.

Relaciones de las matronas y los médicos. El cumplimiento de los límites profesionales interiorizados en la formación, junto con el reconocimiento hacia los obstetras y la aceptación del saber-poder médico, son manifiestos en los discursos de las matronas entrevistadas. Ellas han aprendido bajo su tutela y se muestran agradecidas y satisfechas por ello. Además, en el médico pueden encontrar apoyo y recursos ante las adversidades que se pueden presentar. En la práctica revisada hemos visto que se dieron diferentes formas de relación: la de colaboración con el médico; el médico ausente y el médico como obstáculo.

La colaboración y confianza entre la matrona y el médico fue la tendencia más generalizada. Tanto en las zonas rurales como urbanas las matronas ante alguna emergencia contaban con su presencia “él sabía que si le llamaba es que era urgente. Hemos hecho fórceps y de todo en la mesa de la cocina”. Laura pasaba visita con él y como consecuencia “yo conocía todos los medicamentos que se podían utilizar” llegando a establecerse lazos de amistad y colaboración más fuertes pues, con motivo de su primer hijo, ella decidió quedarse en su casa, explica: “Solo me preocupa algo, que si tengo un desgarro, no me coserán porque yo sabía que otras no cosían. Y me dijo (el médico) que si era por eso tranquila. Tú tienes el crío y si tienes un desgarro me llamas y yo bajo a arreglarte. Y así fue”. La relación de confianza es más frecuente si comparten clientas privadas, como apunta Teresa: “Usted misma ya verá, según como esté, si progresa o no ya me avisará. Y ya cuando estaba a punto de nacer, ya viene el tocólogo, hace la tarea final y, por poca cosa que sea, hacen algo y ya está”. Pero estas situaciones dieron lugar a algunos malentendidos con las mujeres: “Me han llegado a decir que por qué no he llamado antes al médico porque claro, cuando él llega ya nace el crío” (Ana), como

también puede generar tensiones en la relación con el médico “Llamó rápido al médico ¡respire, no apriete! Si no hubiera tenido tiempo el doctor de llegar, la hubiera reñido”

La figura del médico ausente lo recogemos del relato de Carmen: “No tenía ni idea de nada el médico de cabecera en aquel momento, por lo menos en mi experiencia. Me decía ¿Quieres algún medicamento o algo así? Y me hacía las recetas con tal de que no le diera no la más mínima preocupación. El no se enteraba hasta que no habían parido. Me facilitó el trabajo porque el solo hecho de pensar que tendría que hacerse cargo de una parto, temblaba”. Ella tomó las decisiones ante las emergencias y realizó traslados que posteriormente el médico respaldaba con la firma oficial.

También esta ausencia se dio en los hospitales, asegura Carmen, porque “Los obstetras no estaban de presencia física, estaban en su casa, en la playa, paseando... y cuando se presentaba una situación fuera de lo normal, le llamaban pero no siempre le encontraban –no había móviles- y si les encontraban podían molestar por la llamada”. Así, las matronas debieron adaptarse a las respuestas individuales o formas de hacer médicas que para ello, ya habían sido adiestradas en su formación.

Ana relata que para trabajar bien en el pueblo “había que ganarse la confianza del médico”, pero aún así, el desarrollo de sus funciones iba a depender de la actitud de este. Entrar con “buen pié” era un requisito en la vida profesional de las matronas y ella tuvo la experiencia de encontrarse con un médico que le ponía obstáculos. “Él no podía soportar ni que tomara una tensión” no le permitía suturar, para ello, “debía llamarle, pero como él no sabía, llamaba al Dr. X de Tarragona” con lo que la finalización del parto se prolongaba con consecuencias para su prestigio profesional. Finalmente, decidió trasladarse a la ciudad.

Las relaciones que establecieron las matronas y los médicos fueron muy variadas y, entre las generalizaciones que hemos presentado, también se dieron diferencias dentro de ellas. Matronas y médicos se situaron en mayor medida posiciones de colaboración, cada cual según su saber, y esto les aportó beneficios.

Ejercicio de resistencia. Las matronas debían responder a la autoridad médica a quien debían obediencia en temas profesionales, pero algunas circunstancias generaron actitudes de resistencia a este principio. Por ejemplo, María al llegar al pueblo trabajó en colaboración con un médico que asistía partos, pero progresivamente él solo se presentaba en aquellos en los que las familias podían pagar. Ella tenía que hacer el resto, con lo que: “Me venían a buscar a mí, y entonces no le llamaba. Solo le interesaba el dinero ¡Ya he hablado demasiado!”. Siendo los partos normales competencia de las matronas, su

decisión no tuvo mayor alcance, pero María se vio en la necesidad de buscar en la ciudad otros apoyos médicos que le dieran soporte ante las posibles alteraciones.

Las matronas habían aprendido a intervenir siendo estudiantes en las prácticas hospitalarias, con lo que en la asistencia domiciliaria ante una necesidad, utilizaron estos recursos que se traducen generalmente en la administración de medicamentos. Aunque hoy puede ser interpretado como una transgresión al orden médico, ha sido consecuencia de la toma de decisiones justificadas en un trabajo solitario, con poco apoyo y en zonas aisladas. Así, Laura hizo algunas episiotomías “Aunque no tenía autorización para hacerlas, pero los médicos las hacían en los hospitales y entonces, si veía que era necesario, la hacía”. Es interesante apuntar que las matronas entrevistadas que realizaron sus estudios antes del 1953 hicieron también la carrera de practicantes pues vieron en ella un recurso en la ampliación de sus competencias profesionales.

Se sabían con conocimientos y los defendieron, aunque esto supusiera un enfrentamiento médico. Teresa se encontró en esta situación: “Escuche, tengo un título, y si me equivoco, me equivoco yo. Yo también puedo opinar porque tengo un título ¿no?” Finalmente su diagnóstico fue acertado y reconocido. También Carmen, años más tarde, ya establecidas las Áreas Básicas de Salud, necesitó defender su autoridad en el seguimiento a las embarazadas sin riesgo y en apoyar las decisiones de las mujeres frente a las opiniones médicas. Así, las situaciones en que han ejercido posiciones de resistencia y el alcance de esta, toma formas muy variadas entre las matronas.

Conclusiones:

La formación de las matronas estuvo limitada tradicionalmente a los condicionantes de género que, a mediados del siglo XX fueron reforzados por políticas estatales respecto a los significados reales e ideales del ser mujer. Así, cuando desde el sistema médico se les ensalza con la sola recompensa “del deber cumplido” por su paciencia, sonrisas y obediencia entre otras cualidades, se están reproduciendo los valores del sistema social en los que la medicina tiene autoridad para construir sujetos dóciles y útiles, justificado en las limitaciones de su saber como profesionales auxiliares y en beneficio de la sociedad. No en vano el sistema médico ha estado siempre al lado del poder del Estado y ha sido un recurso de control social (32).

Las funciones de las matronas, aunque en alguna medida quedan eximidas de las obligaciones domésticas, deben responder a las características asignadas a los trabajos femeninos en los que la paciencia, la monotonía, el afecto y el cariño o demostración de

ternura hacia quienes cuidan, formarán parte de sus cualidades “naturales” como mujeres (33). Ellas, afirman algunos autores, están más capacitadas para proporcionar consuelo y alivio. El contraste resulta de que, estas funciones consideradas necesarias, no precisan aprendizaje pues se supone son inherentes a su biología, con lo cual, están menos valoradas social y económicamente que las actividades médicas que si lo necesita.

Las matronas se adaptan e interiorizan estos supuestos, y los asumen en diferentes formas y medidas. Se dan situaciones de resistencia, conflicto o de pactos de colaboración médica para obtener algunos beneficios como son un mayor aprendizaje, autonomía, protección o el desarrollo profesional sin demasiadas restricciones.

Como colectivo, muestran una marcada identidad profesional caracterizada por tendencias individuales, en las que no es fácil profundizar por su fuerte corporativismo como profesionales sanitarios “aliadas de los médicos”, e implicadas en situaciones vitales. Finalmente, en el apoyo a las mujeres en sus partos va a estar identificada esta profesión, sobre todo, entre aquellas que comparten los mismos condicionantes y el mismo entorno social.

Bibliografía

- 1.- P. BALLARÍN DOMINGO, “La construcción de un modelo educativo de ‘utilidad doméstica’”, *Historia de las mujeres. Siglo XIX*. Madrid, 2000, pp.624-639.
- 2.- J. VARELA, “La Educación Ilustrada o como fabricar sujetos dóciles y útiles” *Revista de Educación*, N° extra, (1988), pp. 245-274.
- 3.- T. ORTIZ GÓMEZ, Teresa.; D. SANCHEZ, “La experiencia escrita de las matronas. Siglo XVIII”, *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Granada, 1995, pp.239-246.
- 4.- (3) pp.250.
- 5.- J. VALLE RACERO, M. I. GARCÍA MARTÍNEZ, “Las matronas en la Historia. Un estudio del siglo XIX”, *Rol de Enfermería*, 187 (1994), pp. 61-67.
- ⁶ T. ORTIZ GÓMEZ, “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”. *Arenal*, 1999, 6 (1):55-79
- ⁷ E. BUMM, Tratado completo de Obstetricia escrito para los estudiantes y médicos. Sexta edición española, Barcelona, 1940.
- ⁸ E. MENÉNDEZ, Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Ciesas. México, 86, 1984. pp. 69
- ⁹ F. ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, *Obstetricia para matronas*, Madrid, 1953.
- 10.- L. M. BOSSI, *Manual de obstetricia Ginecología menor para comadronas*, Barcelona, 1925. pp. 20-21.
- 11.- ORENGO, pp. XI-
- 12.- ORENGO, pp. XI
- 13.- A. CLAVERO NUÑEZ, *Aspectos humanos del parto normal*, Valencia, 1952, pp. 82
- 14.- ORENGO, pp. 193
- 15.- T. ORTIZ GÓMEZ, “La instrucción de las matronas en la Europa moderna. ¿Liberación o subordinación?”. *De leer a escribir. La educación como arma de liberación de las mujeres*. Madrid, 1996.

- 16.- A. BOX MARÍA-COSPEDAL, *manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. Madrid, 1942, pp.21
- 17 ORENGO, pp. 156
- 18.- A. CLAVERO NUÑEZ, *Aspectos Humanos del parto normal. La ayuda médica a la parturiente*. Valencia, 1952, pp. 75
- 19.-G. CUNNINGHAM, et al, *Williams Obstetricia*. Buenos Aires, 20 Edición. 1998.pp.1
- 20.- E. ROBLES GONZÁLEZ, J. BERNABEU MESTRES, F. GARCÍA BENAVIDES, “La transición sanitaria, una visión conceptual”. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, 1 (1996), pp.117-144.
- 21.- M. FOUCAULT. *La vida de los hombres infames*. Madrid, 1990.
- 22.-ROBLES GONZALEZ, pp. 130
- 23.- J. BOSCH MARIN, J. P DE LA CÁMARA, V SAENZ D ETEJADA, “270.000 partos, sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia topológica prestada en el seguro obligatorio de Enfermedad durante los años 1947 a 1949” 1950.
http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catagolo_imagenes/grupo.cmd?path=1002070
- 24.- ORENGO, pp.XII
- 25.- ORENGO, pp.XIII
- 26.- BOX, pp.21
- 27.- ORENGO, pp.XIII
- 28.- ORENGO, pp. 191
- 29.- CLAVERO NUÑEZ, Pp.80
- 30.- ORENGO, pp. 158
- 31.-T.ORTIZ GÓMEZ, “Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX” *Asclepio*, vol LVII-1-(2005), pp: 75-97
- 32.- M. FOUCAULT, *La vida de los hombres infames*. Madrid, 1990
- 33.- S. NAROTZKY, *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*. Valencia, 1988.