

En Valenzuela, Jaime, *Ciudad y sociedad. Estudios en homenaje a Armando de Ramón*. Santiago (Chile): Universidad Católica de Chile.

“Madres y ciudad. La red urbana de la asistencia obstétrica, Santiago, 1900-1945”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2006). “*Madres y ciudad. La red urbana de la asistencia obstétrica, Santiago, 1900-1945*”. En Valenzuela, Jaime *Ciudad y sociedad. Estudios en homenaje a Armando de Ramón*. Santiago (Chile): Universidad Católica de Chile.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/30>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/OeB>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

HISTORIAS URBANAS

HOMENAJE A ARMANDO DE RAMÓN



JAIMÉ VALENZUELA MÁRQUEZ editor

EDICIONES UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos
Casilla 114-D Santiago, Chile
Fax (56-2)- 635 4789
editorialedicionesuc@uc.cl
www.edicionesuc.cl

HISTORIAS URBANAS
Homenaje a Armando de Ramón
Jaime Valenzuela M., editor

© Inscripción N° 160.491
Derechos reservados
Marzo 2007
I.S.B.N. 978-956-14-0918-7

Primera edición
1.000 ejes.
Diseño: Francisca Calilea R.
Impresor:
Salesianos

C.I.P. - Pontificia Universidad Católica de Chile
Historias urbanas: Homenaje a Armando de Ramón /
Jaime Valenzuela Márquez (editor).
Incluye bibliografía.
1. Sociología urbana—Chile. 2. Delitos—Chile.
3. Chile—historia. I. Ramón, Armando de,
1927-2004.
II. Valenzuela Márquez, Jaime, ed.
2006 307.760983 dc 21 RCA2



INSTITUTO
DE HISTORIA



Soledad Zárate Campos

El enorme ball de obstetricia estaba lleno. Mujeres de todas clases, de todos aspectos. Pero una cosa las iguala: son o serán madres, y eso pone en ellas algo como una aureola de grandeza, de sacrificio, de porvenir, de infinito [...].

Van llegando. El paso torcido, la mirada apagada, las mejillas tiernas, el talle irreconocible. No es la moza, no es la mujer ágil que anduvo rápida, la cintura estrecha, la mirada brillante, la tez limpia [...]. Depone su natural coquetería, afronta las miradas y apocada pero feliz, espera el acontecimiento. Esperan el veredicto del médico. Se sientan alineadas, silenciosas, una de ellas tropieza, e instintivamente coloca sus manos en forma de defensa, para no lastimar al ser que lleva dentro. Ya defiende al hijo. Ya lo quiere, y sería capaz de todo por evitarle una desgarradura, un dolor.

"Escenas de un consultorio", Santiago, 1943.

Escenas como las de la cita anterior comenzaban a ser habituales en la capital chilena desde fines de la década de 1920. Mujeres que esperaban ingresar a las secciones maternales hospitalarias para parir entre sueros, fórceps, delantales y personal sanitario; mujeres embarazadas o puérperas que esperaban recibir asistencia médica en consultorios o la eventual entrega de subsidios maternales en especies o dinero, son parte de una población de la que poco conocemos. Como las mujeres de aquel consultorio —ubicado en el barrio de Independencia, al norte del río Mapocho— cientos de "trabajadoras" u obreras, indigentes, "dueñas de casa" e inmigrantes rurales se veían atraídas por obtener algún tipo de asistencia sanitaria del parto, del puerperio o de sus vástagos. Sus vientres insinuantes y voluminosos se movían a paso lento, a veces confundidas, a veces serenas; a punto de dar a luz, llegaban en carruajes o a pie a la puerta de alguna de las maternidades capitalinas; otras, con sus hijos en los brazos, deambulaban entre Gotas de Leche, asilos, escuelas maternales y consultorios.

¹ Este estudio forma parte del proyecto FONDECYT Postdoctoral N° 3040063: "Maternidad, medicina y políticas sanitarias en Chile, 1924-1960" (2004-2006).

² Victoria Vignes, "Escenas de un consultorio. Las madrecitas", Consultorio N° 2 de Santiago. Caja del Seguro Obligatorio, *Unidad* (Revista de los Empleados de la Caja de Seguro Obligatorio), año 3, junio de 1943, n° 36, pp. 3-4.

En virtud del crecimiento de la oferta sanitario-asistencial en la ciudad de Santiago, este trabajo se concentra en la identificación y descripción de algunos servicios médicos capitalinos que, apoyados por el Estado y la Beneficencia, dirigieron su quehacer a la atención del parto y al control médico pre y postnatal durante la primera mitad del siglo XX. A través de la revisión de fuentes primarias, monografías médicas y estadísticas hospitalarias, este artículo ofrece una mirada histórica preliminar de la asistencia obstétrica, relacionando su desarrollo a dos fenómenos urbanos: por una parte, al crecimiento de las necesidades sanitarias de un Santiago que expandía su territorio y su densidad poblacional; y, por otra, al aumento de una población femenina específica que, de forma paulatina, se convertía en la clientela de un proceso aparentemente irreversible: el de la medicalización obstétrica.

La capital y la asistencia obstétrica estatal

Con la misión de acoger a la *humanidad doliente*, los recintos sanitarios ligados a las juntas de beneficencia fueron parte del teatro urbano santiaguino desde las últimas décadas del siglo XIX. Sin duda, el cambio de siglo implicó que aquellas instituciones vinculadas preferentemente a una asistencia caritativa de fuerte sello católico, modificaran ciertos procedimientos y fines o, en definitiva, se fundaran nuevas instituciones que dieron vida a un Estado proveedor, principal responsable de programas de protección social y sanitaria dirigidos a la población trabajadora e indigente desde la década de 1920. Sostenidos por el Estado, la Beneficencia y fondos privados, los establecimientos médico-asistenciales aumentaron en la ciudad desde los albores del siglo XX, gracias al impulso de la profesionalización sanitaria y con el propósito de paliar las enfermedades que padecían los habitantes más pobres³. Así como fábricas, escuelas y oficinas le proporcionaban una nueva cara a la pequeña capital, también aquellos espacios físicos relacionados con la Beneficencia —como los hospitales— y las instituciones estatales y privadas de asistencia médico-social —como los consultorios, asilos, centros preven-

3 Algunos trabajos del prolífico médico Enrique Laval dan cuenta del crecimiento de la asistencia hospitalaria en la capital: *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador*, Santiago, Universidad de Chile, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina, Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile, separata VI, 1961; *Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago*, (apuntes), Santiago, Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile y Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949. *Los treinta primeros años del Hospital del Salvador de Santiago*, s/e, 1971; *Avales Chilenos de Historia de la Medicina*, Santiago, El Centro / La Sociedad, 13, 1971; *Recuerdos del capellán del hospital San Vicente de Paul*, Pbr. don Emilio Vaissé, Santiago, Universidad de Chile, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina, 1961. Véase también el trabajo de Esteban Ivovich e Isauro Torres, *Orígenes y desarrollo de la Beneficencia Pública en Chile*, Santiago, Publicaciones de la Asociación Chilena de Asistencia Social, folleto 10, 1933. Diversos aspectos del proceso de profesionalización médica en la primera mitad del siglo XX son revisados por Juan Eduardo Vargas, "Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1872-1951", *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, Santiago, 111, 2002.

tivos y dispensarías— fueron parte de las transformaciones físicas que afectaron a la capital.

La historiografía interesada en el desarrollo de Santiago enseña que el crecimiento urbano y la diversificación de las actividades de quienes habitaban la ciudad fueron el motor de las transformaciones que la afectaron desde fines del siglo XIX. Las nuevas edificaciones, la multiplicación de fuentes laborales —materializadas en fábricas, talleres, oficinas y servicios— cobijaron a cientos de personas que "ocupaban" y daban vida a la capital. Según el historiador Armando de Ramón, la expansión de Santiago se produjo desde mediados del siglo XIX, gracias a la creación de barrios nuevos o poblaciones que se emplazaron fuera de los límites urbanos del Camino de Cintura, establecido por Vicuña Mackenna en 1872, y gracias a la inmigración alimentada por diversos procesos sociales. Importante lugar tuvo para esta expansión la Ley de la Comuna Autónoma de 1891 que, en un lapso de solo diez años, amparó la creación de importantes comunas que, paulatinamente, requerirían de servicios públicos; entre ellos, los de naturaleza médica y asistencial⁴.

Los trabajos de Armando de Ramón y su invitación a privilegiar el relato histórico de la sociedad urbana contemplando como "telón de fondo" las construcciones, las redes viales, comerciales y urbanísticas, los servicios privados y públicos, resultan estimulantes para examinar el papel que jugaron los centros médico-asistenciales, creados en la ciudad durante la primera mitad del siglo XX. Su aumento en número y volumen asistencial eran el mejor testimonio de la creciente participación del Estado en el proceso curativo y, más tarde, preventivo. Asimismo, su diversificación y especialización médica eran la prueba creciente de los progresos de la medicina científica, del fortalecimiento de los oficios vinculados a ella y de la diseminación de corrientes ideológicas que animaban su quehacer, como, por ejemplo, el pensamiento eugenésico, la higiene colectiva y la preservación de la "raza"⁵.

En este artículo nos concentramos en la identificación de algunos de los recintos asistenciales y servicios médicos que dirigieron sus esfuerzos a la cobertura sanitaria de mujeres embarazadas y madres. Desde principios del siglo XX, los objetivos políticos y científicos de las acciones médico-asistenciales, enfocadas a ambos grupos, contaron con el apoyo creciente de instituciones de la Beneficencia, del emergente sistema previsional de la Caja del Seguro Obligatorio y de instituciones estatales como la Dirección

4 Rencsa, Maipú y Ñuñoa creadas en 1891; La Granja y Puente Alto al año siguiente; San Miguel (1896), Providencia y Barrancas —después Pudahuel— 1897; La Florida (1899), Las Condes (1901). Posteriormente se crearon Quinta Normal (1915) y Conchalí (1928). Armando de Ramón, *Santiago de Chile, (1541-1994)*, Historia de una sociedad urbana, Santiago, Sudamericana, 2000 (2ª ed.).

5 Véase los siguientes trabajos que tratan estos temas en extenso: Mª Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública*, Chile, 1880-1973, Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993; Asunción Lavrin, *Women, Feminism and Social Change Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*, Lincoln and London, University of Nebraska Press, 1995 (particularmente el cap. 3: "Puerculture, Public Health and Motherhood"); Karin Roseblatt, *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950*, Chapell Hill and London, University of North Carolina Press, 2000 (particularmente el cap. 4: "Gender and State Building. Charity, Rights and the Profession"). Una fuente notable para estos temas sigue siendo el trabajo de Salvador Allende, *La realidad médico social chilena (síntesis)*, Santiago, Imp. Lathrop, 1939.

colaboraban con la labor de estas organizaciones y a la influencia de los médicos en la instrucción de las madres pobres¹⁰.

Junto al aumento de mujeres que daban a luz en maternidades, la cobertura de la asistencia obstétrica se incrementó gracias a la puesta en marcha de los servicios ligados a la seguridad social y a oficinas estatales. La ley 4.054 de la Caja del Seguro Obligatorio (en adelante C.S.O.), se convirtió en uno de los instrumentos fundacionales de la medicina estatal y de la medicalización de la maternidad obrera¹¹. Dicha ley, presentada por el diputado conservador Ezequiel González Cortés, e inspirada en sus observaciones del sistema previsual alemán, declaraba la afiliación obligatoria de la población obrera, hombres y mujeres menores de 65 años, a un seguro de enfermedad e invalidez. Con respecto a la maternidad, establecía la obligatoriedad de

"[...] atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio y además un auxilio del 50% del salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto, y de un 25% en el período posterior, prologado hasta el desiete cuando amamantaren a su hijo. Este período no podrá exceder de ocho meses"¹².

Con el impulso de esta ley se organizaron servicios de atención maternal y oficinas del niño para las trabajadoras del país, que estuvieron bajo el control de la Beneficencia hasta 1932, fecha en que pasaron a la Jefatura Médica de la Caja. Esta entidad reunió en 1942 a todas aquellas organizaciones creadas para la protección de ese binomio social y, desde 1937, amplió el espectro de quienes podían acceder a ella, al extender sus beneficios a mujeres no aseguradas pero esposas de los afiliados a la C.S.O.

Junto a la ley de la C.S.O., las reformas al Código del Trabajo en 1931, relativas al descanso obligatorio de las "madres obreras", terminaron por institucionalizar la protección de este segmento de la clase trabajadora. Los programas sociales de protección materno-infantil como el provisto por la C.S.O., a través del Departamento Madre y Niño, y la legislación sobre maternidad obrera estimularon la extensión de la asistencia

General de Sanidad y la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (en adelante, PROTINFA). Ese apoyo adoptó, necesariamente, una expresión territorial que tuvo su mayor despliegue en la capital y que orientó su acción a segmentos específicos de la población femenina urbana.

De las preocupaciones sanitarias relacionadas con la maternidad, la asistencia médico-formal del parto, se cuenta entre las que generaron un temprano interés al interior de la comunidad médica nacional. Ella adquirió una sugerente dimensión pública en las presentaciones médicas del Primer Congreso de Protección a la Infancia (1912), el Primer Congreso de Beneficencia Pública (1917) y el Primer Congreso Nacional de las Gotas de Leche (1919). Celebradas en Santiago, todas estas reuniones recogían con especial énfasis la situación de las mujeres pobres y trabajadoras, prestando atención al fenómeno de su proletarización urbana, los efectos de esta en los procesos del ciclo maternal⁶ y las peculiaridades de su papel individual y social como madres⁷.

Si bien el primer congreso tenía por fin último abordar el problema de la infancia abandonada y la mortalidad infantil, se presentaron diagnósticos, proyectos y políticas que centraban su acción en la figura y necesidades de estas mujeres-madres, desde el momento en que se embarazaban hasta el período de la lactancia. Entre los temas vinculados a la asistencia obstétrica, se aludió particularmente a tres: el apoyo a la construcción y manutención de maternidades urbanas y rurales que, financiadas con fondos privados y auxilios estatales, se inspiraban en croquis de recintos trazados por becados chilenos en Europa⁸; la educación de las embarazadas y de las madres en la emergente especialidad de la puericultura; y, por último, el reforzamiento de la formación de las matronas⁹. Finalmente, uno de los ejes centrales del Primer Congreso Nacional de las Gotas de Leche fue la evaluación de estas instituciones en su tarea de "vulgarizar" la puericultura y asegurar el "licor vital" a los menores de un año; también se consignaban frecuentes menciones a la efectividad de las visitas domiciliarias de las "señoras" que

⁶ Usamos esta denominación para referirnos al período que cubre el embarazo, parto, puerperio y lactancia que, en promedio, podía alcanzar entre uno y dos años en la vida de una mujer.

⁷ En 1912, las mujeres constituían un tercio de la población manufacturera, alcanzando una proporción de 3 a 1 respecto de los obreros en industrias de la confección, textil y tabaco. *Oficina Central de Estadísticas*, Santiago, 1912. Para un estudio más detallado sobre las mujeres trabajadoras en el Chile urbano: Elizabeth Hutchison, *Laborers Appropriate to Their Sex. Gender, Labor and Politics in Urban Chile, 1900-1930*, Durham and London, Duke University Press, 2001.

⁸ Véanse los siguientes artículos publicados por la *Revista de Beneficencia Pública*, II, 1918: Javier Rodríguez Barros, "La Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de la Universidad de Chile"; Ismael Larraín, "La Maternidad del Salvador, de Antofagasta"; "Conferencia celebrada en la Casa Central de la Asistencia Pública para tratar el tema de la atención de las parturientas en Santiago"; "El Consejo del Gobierno local y la atención de partos"; "Proyecto de servicio de asistencia domiciliaria en la Maternidad del Hospital Salvador, Santiago". Véanse también los artículos que aparecieron años más tarde en la misma revista, en el tomo XIII, 1929: Oscar Oyaneder, "La Maternidad de Rengo en Construcción"; Luis Calvo Mackenna, "Anotaciones acerca del rol del médico en las Gotas de Leche"; Ismael Valdés Valdés, "El problema de la Infancia" y Onofre Lindsay, "La Sociedad Protectora de la Infancia de Valparaíso".

⁹ Véase *Revista de Beneficencia Pública*, II, 1918, el citado artículo de Javier Rodríguez, "La Escuela de Obstetricia..."; IV, 1920: Fernando Romero Aguirre, "El Servicio domiciliario de partos y el Consultorio Obstétrico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de Santiago".

¹⁰ Véanse los artículos "Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche. Conclusiones" y "La protección de la infancia. El Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche", ambos en *Revista Médica de Chile*, Santiago, Sociedad Médica de Santiago, XLVII, 1919. Para una visión crítica de estas instituciones, véase M^a Angélica Illanes, *La Batalla de la Memoria*, Santiago, Planeta/Ariel, 2002, apartado II.

¹¹ Acompañaron a esta ley, el establecimiento del Ministerio de Higiene, Trabajo y Seguridad Social, que bajo su tuición centralizó las agencias estatales en 1924. Más tarde se implantaron reformas al Código Sanitario de 1918 en 1925 y 1931, y se creó la Dirección General de Sanidad que asumió las atribuciones sanitarias que hasta entonces supervisaban las municipalidades. Para el itinerario, de la historia institucional de las agencias estatales sanitarias hemos consultado los siguientes textos: Jorge Jiménez de la Jara (ed.), *Medicina social en Chile*, Santiago, Aconcagua, 1977, especialmente los capítulos escritos por Hernán Romero, "Hitos fundamentales de la medicina social en Chile" y por Ramiro Molina C., "Medicina social y salud materno-infantil". También se han revisado los textos de Fernando Rodríguez "Estructura y características del sector salud en Chile"; y de Raúl Gutiérrez, "Acceso a obreros y empleados a los beneficios de la medicina socializada", ambos incluidos en Mario Livingstone y Dagmar Racznisky (ed.), *Salud pública y bienestar social*, Santiago, CIEPLAN, 1976.

¹² María Ferrero Matte de Luna, *El problema materno-infantil ante la ley*, Santiago, Biblioteca Jurídica de la Universidad Católica, 1946, p. 88.

obstétrica y canalizaron la entrega de los subsidios de maternidad, lactancia y asistencia médica infantil. La obstetricia y el asistencialismo maternal recibieron un fuerte respaldo a fines de la década de 1930, gracias a las inspiradoras leyes de Medicina Preventiva y Madre y Niño¹³, reforzando la conveniencia del trabajo de consultorios, centros preventivos y maternidades.

Por su parte, el Servicio Nacional de Salubridad o Dirección General de Sanidad (en adelante D.G.S.), regido por el Código Sanitario de 1931, dispuso la creación de centros preventivos Madre y Niño, que recogían las instrucciones contempladas por aquel código, relativas a la protección estatal que la ley concedía a mujeres y sus hijos, hasta el sexto mes de vida de estos últimos. Dichos centros fueron heredados por el Departamento Central de Madre y Niño, creado en 1940, y luego por el PROTINFA, organismo en el que se fusionaron la serie de departamentos de la D.G.S. que tenían por fin la protección materno-infantil¹⁴. Estas reparticiones públicas dirigieron su quehacer, mayoritariamente, a las mujeres indigentes y a los niños abandonados, en virtud de la específica cobertura sanitaria de la C.S.O. a las madres trabajadoras y a las esposas de trabajadores asegurados.

Las preocupaciones más relevantes de la asistencia obstétrica de la C.S.O., de las maternidades de la Beneficencia y, en menor medida, de la D.G.S., se concentraban en objetivos que la obstetricia y la protección maternal europea discutían ampliamente desde fines del siglo XIX: el lugar de la asistencia formal del parto (domicilio u hospital), la identificación y límites de las competencias de matronas y médicos y el combate contra la mortalidad materno-infantil. En particular, la asistencia médica del parto, en sus aspectos técnico-clínicos, sociales y relativos a su cobertura, se transformaron en metas centrales para la cuestión de la salud de los futuros "ciudadanos" que estaban por nacer y su incorporación al Chile moderno. Una mayor cobertura materno-asistencial suponía, por una parte, asegurar el acceso de más población que no podía proveerse de beneficios médico-sanitarios y, por otra, la preparación de personal especializado responsable de los programas que los proveían.

El crecimiento del volumen asistencial de las maternidades y el establecimiento de los incipientes servicios obstétricos que disponían las instituciones mencionadas, generó cambios urbanos al estimular un tránsito femenino inédito por la capital. Un mayor número de mujeres embarazadas o con sus retoños en los brazos se desplazaban por Santiago, al compás de los horarios de maternidades y consultorios. Se gestaba un nuevo peregrinar que no solo tenía por fin la salud de madres e hijos, sino su incorporación a nuevas estadísticas y a un circuito asistencial que giraba en torno a encuestas, exámenes físicos y principios de entrenamiento en puericultura¹⁵. Las mujeres aprendían

a ser parte de una rutina que incluía la entrega y conservación de papeletas, recetas, folletos; a sus itinerarios habituales —que contemplaban la fábrica, el taller, la oficina, la tienda, la casa, la calle— se sumaban todos aquellos servicios asistenciales a los que podían acceder por el hecho de ser madres.

A mediados del siglo XX, el modelo de observación e intervención de las parturientas impuesto por la Casa de Maternidad de Santiago —alojada en el Hospital San Borja desde 1875— se había sofisticado¹⁶. La atención maternal de urgencia, de la asistencia pública y de hospitales como el del Salvador y de San Vicente de Paul, era parte de esta nueva realidad en las primeras décadas del siglo XX. A continuación, las nuevas maternidades hospitalarias (del Hospital Barros Luco, Carolina Freire, etc.), los consultorios de la C.S.O., los centros preventivos de la D.G.S., las secciones maternales de casas de socorro rurales y postas de primeros auxilios, las Gotas de Leche y los servicios obstétricos de otras entidades de previsión social y de organizaciones filantrópicas privadas¹⁷, modificaban el paisaje sanitario y alimentaban procesos sociales de singular envergadura para la historia urbana: la asistencia médica y la atención a las mujeres.

Respecto de estas últimas, los servicios obstétricos contribuyeron a hacer de las mujeres-madres habitantes más propias y asiduas del centro y de comunas jóvenes de la capital. Un efecto más sutil —pero no menos importante— de la diseminación de aquellos servicios fue su contribución a la paulatina visibilidad pública de estas mujeres en la ciudad y a la difusión de representaciones sociales que nacieron en torno a ellas y su deambular urbano, representaciones que ofrecían elementos para enaltecerlas, com- padecerlas o sublimarlas, que no detallamos aquí, pero que serán materia de un futuro estudio. Sin olvidar estos efectos, nuestra hipótesis de mayor envergadura es que el trabajo médico-asistencial realizado por aquellas instituciones favoreció el conocimiento, por medio de fuentes directas, de aspectos fisiológicos de las embarazadas y de las madres urbanas, nutriendo con observaciones y datos locales las políticas sociales que las situaban en el centro de la preocupación estatal desde la década de 1920. Establecidos en diversas comunas a mediados del siglo XX, dichos servicios e instituciones promovieron el control sanitario de madres e hijos inserto tanto en las nuevas orientaciones ideológico-científicas de la medicina como en la consolidación de especialidades que contaban con una trayectoria modesta, pero importante desde fines del siglo XIX: obstetricia y ginecología para el caso de las mujeres, y las emergentes especialidades de puericultura y pediatría para el caso de los recién nacidos y los niños. La relación entre

Mujer "Elena Caffarena", 1997, recopila numerosos artículos alusivos a la maternidad obrera publicados en el periódico feminista, *La Mujer Nueva*. Algunos de ellos se encuentran disponibles en el sitio www.memoria-chilena.cl, de la Biblioteca Nacional de Chile.

¹⁶ Véase el estudio de próxima publicación de la autora, *Dar a Luz en Chile, S. XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica*, parte III: "La Casa de Maternidad de Santiago".

¹⁷ La citada tesis de la abogada María Ferrero, *El problema materno-infantil...*, entrega un anexo con 102 instituciones sociales y sanitarias que operaban en Santiago en 1944, dirigidas a este binomio social que contemplaba no solo las sostenidas por las Juntas de Beneficencia, de la C.S.O. y de la D.G.S., sino aquellas creadas por cajas previsionales privadas como, por ejemplo, la de los empleados municipales, de las Fuerzas Armadas, de organizaciones católicas y otros credos religiosos, como también filantrópicas.

¹³ Ambas leyes fueron impulsadas por el médico Eduardo Cruz Coke durante su gestión como Ministro de Salubridad y Asistencia Social (1937-1938). Para más detalles, véase el artículo de Carlos Huneeus y María Paz Lanas, "Ciencia política e historia. Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938", *Historia*, Santiago, P. Universidad Católica de Chile, 35, 2002.

¹⁴ Ferrero, *El problema materno-infantil...*, pp. 117-126. Véase más detalles de estas materias en Roseblatt, *Gendered Compromises...*, loc. cit.

¹⁵ El texto de Corinne Antezana-Pernet, *El MEMCH hizo historia*. Santiago. Fundación Biblioteca y Archivo de la

la fundación y trayectoria de estos servicios, inspirados en la protección médica de este binomio social, sugiere algunas interrogantes relativas a su real cobertura espacial y a los problemas que aquellos enfrentaron, los cuales nos permiten especular sobre su influencia en la vida de las mujeres que los visitaban, depositando paulatinamente su confianza y transformándose en su "población objetivo".

¿Cuáles eran los principales propósitos de los recintos sanitarios y servicios de asistencia médica maternal, emplazados en la capital de la primera mitad del siglo XX? Si nos concentramos en las maternidades, la respuesta es relativamente sencilla: el control hospitalario del parto se consideraba un factor que podía evitar la muerte materna e infantil de aquellos alumbramientos complicados, asegurando la salud de ambos, al menos durante un par de horas antes y después del parto. En apariencia, entonces, se trataba de un objetivo sanitario limitado a un período fisiológico relativamente breve de la vida de las mujeres y sus hijos. Si incorporamos los consultorios de asistencia curativa y preventiva y los asilos, de distinto sello institucional, los objetivos médico-asistenciales se ampliaban al contemplar las primeras prácticas sistemáticas de control pre y postnatal, que también eran factores que disminuían la morbilidad y mortalidad materno-infantil. A ambos objetivos sanitarios, fundacionales para la medicina chilena, se sumaba la entrega de los subsidios de maternidad y lactancia de la C.S.O. y de la D.C.S.—bajo las modalidades específicas que cada entidad contemplaba—, la enseñanza sistemática de la puericultura y la vigilancia de la salud del recién nacido, la que podía extenderse, en algunos casos, a etapas de la vida infantil pre-escolar, escolar y adolescente.

Para comprender mejor la expansión de la asistencia obstétrica capitalina, es recomendable dividir la primera mitad del siglo XX en dos etapas. La primera de ellas, tiene como punto de partida la Casa de Maternidad de Santiago del Hospital San Francisco de Borja en el siglo XIX y los principales servicios médicos que asistieron a las madres en las dos primeras décadas del siglo XX, la Maternidad de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, la Maternidad del Salvador y las Gotas de Leche que ofrecían asistencia obstétrica. Después de 1924, se agregan a aquellas instituciones los centros de asistencia médica y social de la C.S.O. y de la Dirección General de Sanidad. Asimismo, esta etapa estuvo marcada por la creación de nuevas maternidades como la de San Vicente de Paul, la Maternidad Nacional del Barros Luco y por un creciente número de servicios de naturaleza privada y previsional.

El servicio domiciliario de partos y las matronas

Paralela a la precaria, pero alabada hospitalización de las parturientas pobres que llegaban a la Casa de Maternidad de Santiago, en los últimos años del siglo XIX se fomentó la formalización del servicio domiciliario de atención de partos por matronas, establecido tempranamente por la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile. Esta pionera modalidad asistencial, permitía introducir variables de seguimiento

científico a embarazadas que difícilmente se acercaban a los centros hospitalarios de la época, y entregar atención médica a aquellas mujeres que, presentando partos normales, no estaban en condiciones de pagar por ellos.

Desde fines del siglo XIX, el número de las matronas tituladas iba en claro aumento. Su formación en la antigua sala maternal de la Casa de Huérfanos, inaugurada por Sazié en 1834, se trasladó a la Maternidad del antiguo Hospital de San Borja de Santiago en 1875, donde aquella era dirigida por el médico Alcibíades Vicencio desde 1892¹⁸. Más tarde, en 1913, este establecimiento fue reorganizado con el nombre de Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas, al que se fusionó el Instituto de Puericultura de Santiago, institución de beneficencia creada en 1906 y dirigida a las madres más pobres de la ciudad¹⁹. Los requisitos para las candidatas consistían básicamente en la presentación de un certificado de honorabilidad y buena conducta, y un certificado médico; a partir de 1913, debían comprobar su paso por el quinto año de primaria, cuestión que seleccionaba con mayor celo a las postulantes²⁰.

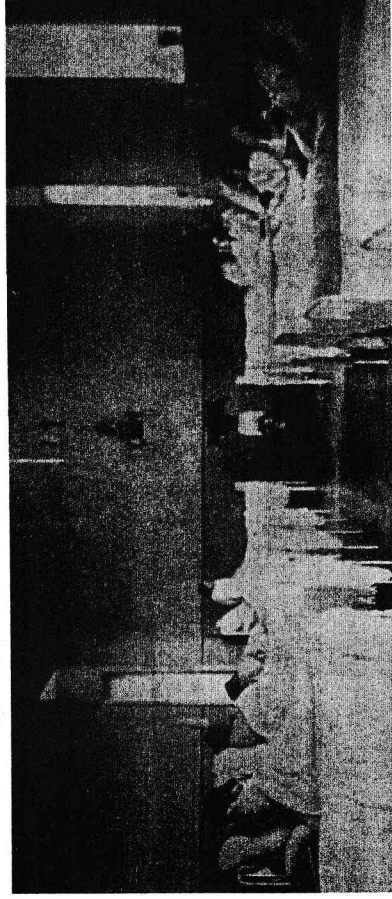


Figura 1
Hospital San Francisco de Borja, Sala de Maternidad (espera).
Universidad de Chile, *Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas*, Santiago, Imprenta Zig-Zag, 1917 (Biblioteca Nacional de Chile).

¹⁸ Para una revisión detallada de la formación de las matronas en la segunda mitad del siglo XIX, véase *Dar a luz en Chile...*, parte II: "De partera a matrona". Fuera de la capital, la formación de matronas iniciaba sus primeros pasos en las provincias de Valparaíso en 1894, en el Hospital San Agustín bajo la dirección del doctor Juan Edwin Espic, y luego en 1918, en la ciudad de Antofagasta, en el Hospital del Salvador bajo la dirección del doctor Ismael Larrain Machefo. Ricardo Cruz Coke, *Historia de la Medicina en Chile*, Santiago, Universitaria, 1995.

¹⁹ Universidad de Chile, *Hospital San Borja, Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas*, Santiago, Zig-Zag, 1917, p. 5.

²⁰ "Reglamento de Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas", Decreto N° 7317, Santiago, 1913, en *Ibid.*, pp. 8-10.

La formación de las matronas en la Maternidad del San Borja fue un ejemplo concreto, si bien con efectos limitados, de la modernización de la atención materno-infantil del nuevo siglo. La flamante Escuela de Obstetricia y Puericultura ofreció las primeras novedades de la atención a las madres: la creación de un Consultorio Obstétrico, ubicado en la céntrica calle Merced (n° 384) que seleccionaba a quienes serían asistidas en su propia casa y las que debían ir a la Maternidad, y el Servicio Domiciliario de Partos, que atendía a las "enfermas del parto" hasta el octavo día del puerperio en su propia casa, especialmente a aquellas que vivían en situación de pobreza extrema.

Hacia fines de la década de 1910 este servicio extendió su cobertura a las embarazadas que concurrían a las Gotas de Leche "Lorenzo Fuenzalida", "Julio Bustamante" y "Baldomero Allende de Torres", esta última emplazada en el centro de la capital. A juzgar por la cifra de mujeres que concurrían, la demanda por el servicio prestado en el consultorio obstétrico creció en pocos años; las 199 embarazadas que llegaron a él en 1906, en solo diez años sumaban 2.935, de las cuales un número importante requería curaciones a dolencias como la sífilis y declaraba su deseo de "conservar un niño"²¹. Por su parte, el servicio domiciliario de partos registró un crecimiento más modesto en su cobertura: 114 parturientas en 1906, 1.083 en 1912, para descender a 891 en 1916²².

En ambos servicios, la atención a la madre y al niño era de responsabilidad de la matrona, si bien la autoridad final recaía idealmente en el médico, solicitado en las situaciones de riesgo patológico o de muerte materno-infantil. Por lo general, las matronas eran asignadas a barrios que se ubicaban en los límites del corazón de Santiago; es decir, entre Estación Central por el poniente, la entrada al barrio Independencia y Recoleta por el norte, la comuna de Ñuñoa por el oriente y el barrio de Avenida Matta por el sur. El compromiso laboral de las matronas era el de ejercer de forma exclusiva en estos servicios, mecanismo a través del cual se pretendía controlar el eventual ejercicio privado.

No menos crucial fue la labor asistencial provista por el importante número de matronas que ejercía en forma privada y que, concentradas en la capital, anunciaban sus servicios en la prensa desde fines del siglo XIX. La cobertura de la asistencia privada del parto no es parte de la investigación de este artículo; no obstante, a juzgar por la guía médica de Santiago, publicada por Adolfo Meyer en 1902, más de doscientas matronas vivían en la ciudad²³. Dicho número podría ser un indicador, si es que todas ellas eran "examinadas" y estaban activas, respecto de la demanda creciente por sus servicios y competencias formales en la asistencia urbana del parto. Pero, si bien el número de matronas egresadas crecía, médicos de la época estimaban que era insuficiente, principalmente en la capital²⁴. Es posible que tal "escasez" se explicara en virtud del acentuado

interés de la medicina formal por aumentar la cobertura asistencial del parto en manos de las matronas en desmedro de las *parteras* que, a principios del siglo XX, aún mantenían una posición relevante en aquel mercado asistencial.

El mayor protagonismo de las matronas, quienes paulatinamente se convertían en el personal más especializado de la asistencia del parto en las primeras décadas del siglo XX, estaba en directa relación con las nuevas orientaciones de la atención materno-infantil: la necesidad de controlar en forma médica la mayor cantidad de etapas del embarazo y la convicción de que ellas podían ser las agentes educativas de las madres más idóneas, dada la cercanía e intimidad que se establecía entre ambas. Al amparo de las nuevas secciones de maternidades de los hospitales de la Beneficencia y de los futuros servicios obstétricos, el campo profesional de las matronas se convertía en una atractiva aunque discreta oportunidad de inserción laboral urbana y en una oferta educativa es cogida sólo por mujeres.

Luego de la puesta en marcha de los servicios materno-asistenciales de la C.S.O., la cobertura del servicio domiciliario de partos de las trabajadoras y esposas de asegurados se amplió significativamente en el país y, en particular, en la ciudad de Santiago, pues se trataba de la modalidad asistencial en la que la C.S.O. concentró importantes esfuerzos, dado que no contaba con maternidades propias. La política general era asignar recursos para que esta experiencia fisiológica, en tanto se desarrollara en forma normal, fuera asistida en las casas de las beneficiadas, principalmente por las matronas empleadas por la C.S.O. Esta opción requería contar con más matronas que cubrieran las demandas asistenciales diseminadas por la ciudad y el fortalecimiento de sus conocimientos y prácticas, pues se verían enfrentadas, de manera frecuente, a asistir casos clínicos complicados y a competir con la "autoridad" de las *parteras*. Tales desafíos inspiraron la insistencia médica en el adiestramiento estricto de las matronas. Para los médicos, la formación científica de aquellas era estimada como la mejor inversión que el Estado podía hacer, pues colaboraba con la prevención y el cuidado de la madre y el hijo, la reducción de la mortalidad materno-infantil, la mejor y más segura asistencia de la madre al momento del parto y la disminución del campo de acción e influencia de las *parteras*.

En 1941, 5.874 partos en Santiago eran atendidos en el domicilio por la C.S.O. —y otros 1.160 en el resto de la provincia— en contraste a los solo 550 atendidos por el pionero servicio de la Escuela de Obstetricia en 1940 y a los 448 del Patronato Nacional de la Infancia²⁵. Una de las razones de esta importante diferencia numérica era el mayor radio urbano de la asistencia domiciliar de la C.S.O., gracias a que contaba con aliados para captar a las parturientas: por una parte, los consultorios repartidos por la ciudad —que en 1946 alcanzaban a dieciséis— y, por otra, la positiva acogida a la propaganda que la Caja Previsional difundía en los centros laborales de este servicio.

²¹ *Ibid.*, pp. 25-26.

²² *Ibid.*, p. 28.

²³ Adolfo Meyer, *Guía médica de higiene y beneficencia. Con un plano nuevo i guía de Santiago*, Santiago, Imp. Litografía y Encuadernación Barcelona, 1902, pp. 123-130.

²⁴ Varios juicios en este sentido se encuentran en: *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, 21-26 de Septiembre 1912, Santiago, Imp., Litografía y Encuadernación Barcelona, 1912, p. 216. El

censo de 1920 contabilizaba 1.643 matronas en el país, número que no distinguía entre aquellas que contaban o no con la categoría de "examinadas"; Dirección de Estadística, *Censo de población de la República de Chile*, 1920, Santiago, Imp. y Litografía Universo, 1925.

²⁵ Carlos Ramírez, "La asistencia maternal en Santiago de Chile", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 7, n° 4, mayo de 1942, p. 202.

Del parto domiciliario al hospitalario

"Una llega hasta mí. Va a solicitar la papeleta de hospitalización. El médico, que es bondadoso y afable, quiere persuadirla de que debe esperar el hijo en su casa [...] (Ella no quiere, porque vive en condiciones paupérrimas). Pero el Hospital no tiene camas y por eso no puede aceptarla. Finalmente ocurre el trance cuando ella está en su casa y sale sola a la calle. Cualquiera transigente termina ayudándola y la mayoría de las veces no alcanza a llegar al Hospital. Y el suceso ocurre allí, en la vía pública, ante extraños. Siente pudor, algo instintivo en ella. No sabe si su hijo será su dicha o tormento, pero ella lo ama, más que a sí misma".

"Escenas de un consultorio", Santiago, 1943, passim.

A inicios del siglo XX, la asistencia hospitalaria del parto representaba un porcentaje exiguo del número de nacimientos en el país. Solo un poco más de dos mil mujeres eran asistidas en la Casa de Maternidad de Santiago en 1899²⁶. No obstante, la falta de maternidades y, en las que sí existían, la carencia de un número suficiente de camas, se convirtió en un tópico relevante y de carácter público, particularmente en las ponencias presentadas en el citado Primer Congreso de la Beneficencia Pública de 1917. La asistencia médica que las mujeres recibieran en ese momento crucial de sus vidas constituía el punto de partida *vital*, en una época en que el control médico previo al parto o prenatal era, prácticamente, solo una proposición retórica, sin posibilidades de ser ejercida, tanto por factores culturales como materiales.

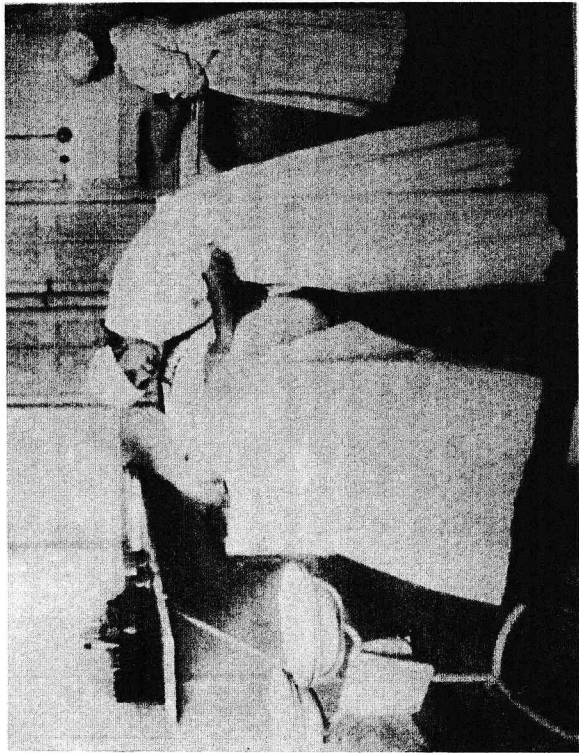


Figura 2
Policlínica, examen de la enferma, Maternidad del Hospital del Salvador.
Carlos Monckeberg, "La Maternidad del Hospital del Salvador", *Revista de Beneficencia Pública*,
III, 1919 (Biblioteca Nacional de Chile).

En una de las presentaciones de este congreso, los médicos Carlos Monckeberg, J. Edwin Espic y Manuel Guzmán Montt entregaban un nutrido diagnóstico de los servicios de maternidad que funcionaban en el país. En el sur, estaban el servicio maternal de Concepción, que contaba con veintinueve camas para un poblado de más de 60.000 habitantes; el de Valdivia, con solo cuatro a cinco camas que debían cubrir las demandas de las provincias del Bío-Bío, Arauco y Malleco, que reunían a más de 500.000 habitantes —se trataba proporcionalmente de una cama por cada 17.000 almas—; en Chillán, la sala maternal contaba con veinte camas que debían ofrecer cobertura a las provincias de Ñuble, Maule y Linares, que reunían a una población de más de 390.000 personas, lo que suponía que una cama en la maternidad era proporcional a 19.500 personas. Por su parte, Santiago contaba con cuatro maternidades, dos en el Hospital de San Borja, la del Hospital del Salvador y la ubicada en Melipilla, las que en su conjunto disponían de 188 camas, cada una proporcional a 4.400 habitantes²⁷. El informe recalca las dificultades más frecuentes que caracterizaban a estos servicios asistenciales; por ejemplo, el transporte de las "enfermas", y la escasa dotación de instrumentos, de médicos y de matronas en las secciones hospitalarias que servían, en forma eventual, para atender partos. Igualmente, las distancias que las embarazadas debían recorrer para contar con asistencia médica, se estimaban como uno de los factores más decisivos para entender la frecuente presencia de mujeres que presentaban partos complicados en las maternidades. Un testimonio de aquella constante, eran las dantescas escenas que se repetían en las puertas de la Casa de Maternidad del San Borja, desde el siglo XIX, toda vez que un número importante de las parturientas eran transportadas en estado agónico por las calles del Santiago decimonónico²⁸.

Las conclusiones de los médicos Monckeberg, Espic y Guzmán Montt reforzaban la creación de maternidades en puntos más periféricos de Santiago y el perfeccionamiento de la asistencia médica domiciliar del parto en las provincias, y sugerían la dotación de más médicos, el adiestramiento de matronas y la introducción de formalidades técnicas en el funcionamiento de estos servicios. Para el caso de Santiago, se aconsejaba la creación de tres nuevas maternidades en los barrios capitalinos Matadero, Cañadilla y Estación Central, dada la concentración poblacional que aquellos evidenciaban.

Lo cierto es que el lento crecimiento del número de secciones maternales no era el único obstáculo del proceso de hospitalización del parto que estos y otros médicos criticaban en sus escritos desde los primeros años del siglo XX. También la preferencia histórica por la asistencia domiciliar del parto, era un elemento que explicaba la escasa demanda femenina por buscar auxilio médico en estos recintos durante este trance fisiológico. La construcción y habilitación de maternidades suponía, entonces, crear la necesidad y generar la confianza de ingresar a ellas entre las mujeres que darían a luz.

Pasada más de una década de las reformas que apostaban por la protección sanitario-maternal, impuestas en la década de 1920, la literatura científica es prolifera

²⁷ "Maternidades y Hospitales", *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, I, 1917, pp. 248-249.

²⁸ Zárate, *Dar a luz en Chile...*, parte III, loc. cit.

²⁶ "Boletín anual de la maternidad", *Memorias de la Junta de Beneficencia*, Santiago, 1899.

en diagnósticos y evaluaciones sobre el quehacer obstétrico, el radio de su cobertura asistencial y los resultados que alcanzaba. Carlos Ramírez, médico de la oficina maternal de la Dirección General de Sanidad, de la Maternidad de San Borja y, luego, de la Maternidad Nacional, escribió una serie de artículos hacia fines de la década de 1930 y principios de la de 1940 en que se proponía dar cuenta de los principales problemas y desafíos que suponía la asistencia maternal, específicamente la obstétrica, e identificar las principales interrogantes que, a su juicio, componían la denominada *obstetricia social*²⁹. Gracias a una observación médico-asistencial más sistemática de las madres, en los distintos centros preventivos capitalinos que le tocaba supervisar, Ramírez listaba nuevas interrogantes que emergían entre quienes ejercían la obstetricia de su generación. Se trataba de cuestiones que combinaban preocupaciones de orden clínico y social que, dejando atrás una práctica obstétrica centrada de preferencia en el ejercicio de manobras e intervenciones quirúrgicas localizadas en el cuerpo femenino, daban espacio a inquietudes relacionadas, entre otras, con difundir la educación sexual, con discutir el por qué de las extensivas prácticas abortivas y con la defensa de las madres solteras, particularmente porque aquellas que no eran trabajadoras "aseguradas" o no estaban casadas con hombres "asegurados", no podían acceder a los beneficios sociales contemplados por la C.S.O.

En 1938, Ramírez ofrecía al selecto grupo científico que se reunía en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología —organismo fundado solo en 1935— una radiografía de lo que denominaba el "problema de la asistencia maternal" en Chile, precisamente en la época en que la Ley de Medicina Preventiva y la Ley Madre y Niño se ponían en marcha y la cobertura de beneficios se extendía a las mujeres casadas con trabajadores asegurados. Según su análisis estadístico, en 1937 se produjeron 160.000 nacimientos en el país, entre los cuales 7.000 correspondían a nacidos muertos. De los 153.000 nacidos vivos, 45.000 correspondían a los nacidos en maternidades (29,4%), 48.000 a nacidos en domicilios "en buenas condiciones" (31,3%), 17.000 a los atendidos por el servicio domiciliario del Seguro Obrero (11,1%) y 43.000 nacidos "sin ninguna clase de atención técnica y comodidades" (28,1%)³⁰. Si sumamos los porcentajes respectivos, se concluye que los partos atendidos en condiciones médicas formales en maternidades y por el servicio domiciliario de la C.S.O. alcanzaban el 40,5% del total de los partos de nacidos vivos en el país.

Comparando las cifras nacionales de 1931 y de 1951, según cifras entregadas por el *Anuario estadístico*, el siguiente cuadro muestra la tendencia en alza de los nacidos en recintos maternales en el país. En un lapso de veinte años, el crecimiento de los nacidos vivos en estos centros se duplicó, lo que puede interpretarse como un signo de creciente confianza en la asistencia hospitalaria del parto, por parte de las mujeres de menores recursos y de la clase trabajadora.

²⁹ Carlos Ramírez, "Problemas de obstetricia social. Proyecto de protección maternal e infantil por el Estado", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 3, n.º 9, octubre de 1938.

³⁰ Carlos Ramírez, "Estado actual del problema de la asistencia maternal en Chile", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 4, n.º 4, mayo de 1939.

CUADRO 1
NACIDOS VIVOS SEGÚN LOCAL DE PARTO.
CHILE, 1931-1951

| Año | Total | Maternidades y hospitales | % | Casa habitación | % |
|------|---------|---------------------------|-------|-----------------|-------|
| 1931 | 149.488 | 25.737 | 17,22 | 120.646 | 80,71 |
| 1951 | 191.332 | 71.494 | 37,37 | 119.473 | 62,44 |

Fuente: *Anuario estadístico*, 1931, 1951.

El porcentaje restante se repartía entre aquellos nacidos en cistés, conventillos, asistencia pública y vía pública, que oscilaba entre un 0,5 y 2,5% del total de nacidos vivos.

Hacia mediados de siglo, la demanda nacional por asistencia hospitalaria del parto era una preocupación que trascendía a la comunidad médica, pues la disponibilidad de camas era una cuestión que suponía la incorporación de más recursos estatales. Para el año 1944, 201.904 mujeres habían requerido asistencia del parto en servicios hospitalarios del país. El número de camas destinadas a maternidades en recintos de la Beneficencia alcanzaba a 1.889 en salas comunes y 287 en pensionado, y en clínicas particulares la cifra ascendía a 272 camas, lo que hacía un total de 2.448 camas, cuando solo veinticinco años antes el cálculo más optimista indicaba la disponibilidad de un poco más de 300³¹.

Estas cifras no gozaban de un rigor indiscutible, dadas algunas variables importantes a considerar como, por ejemplo, el que los pensionados de los hospitales de la Beneficencia, en particular los provinciales, no disponían de camas destinadas para un estricto y exclusivo uso de la atención del parto. Eran frecuentes las críticas de los médicos respecto de la necesidad de contar con aquellas camas para la hospitalización general de enfermos. Aparentemente, la única excepción entre los establecimientos de la Beneficencia fue el pensionado perteneciente al Hospital del Salvador en Santiago, creado en 1917 y equipado con "10 departamentos compuestos, cada uno, de un dormitorio amoblado con cierto lujo y de una sala de instalación de toilette con instalación completa"³².

Asimismo, las cifras de hospitalización del parto pueden ser aun mayores si se recuerda que en las provincias era habitual que las parturientas que corrían peligro de muerte fueran ingresadas, con el propósito de salvar sus vidas, a otras secciones hospitalarias. Finalmente, las cifras nacionales no incluían el número de los partos asistidos por instituciones benéficas que ofrecían asistencia maternal a domicilio —es probable que el número no fuera muy significativo— y de los partos verificados en clínicas particulares.

³¹ Ferrero, *El problema materno-infantil...*, pp. 139-140. El número de mujeres se obtenía de la suma de los partos de nacidos vivos, de nacidos muertos y "el número de abortos controlados".

³² Carlos Monckeberg, "La Maternidad del Hospital del Salvador", *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, III, 1919, p. 244.

Del parto domiciliario al hospitalario

"Una llega hasta mí. Va a solicitar la papeleta de hospitalización. El médico, que es bondadoso y afable, quiere persuadirla de que debe esperar el hijo en su casa [...] (Ella no quiere, porque vive en condiciones paupérrimas). Pero el Hospital no tiene camas y por eso no puede aceptarla. Finalmente ocurre el trance cuando ella está en su casa y sale sola a la calle. Cualquiera transiente termina ayudándola y la mayoría de las veces no alcanza a llegar al Hospital. Y el suceso ocurre allí, en la vía pública, ante extraños. Siente pudor, algo institutivo en ella. No sabe si su hijo será su dicha o tormento, pero ella lo ama, más que a sí misma".

"Escenas de un consultorio", Santiago, 1943, passim.

A inicios del siglo XX, la asistencia hospitalaria del parto representaba un porcentaje exiguo del número de nacimientos en el país. Solo un poco más de dos mil mujeres eran asistidas en la Casa de Maternidad de Santiago en 1899.²⁶ No obstante, la falta de maternidades y, en las que sí existían, la carencia de un número suficiente de camas, se convirtió en un tópico relevante y de carácter público, particularmente en las ponencias presentadas en el citado Primer Congreso de la Beneficencia Pública de 1917. La asistencia médica que las mujeres recibían en ese momento crucial de sus vidas constituía el punto de partida vital, en una época en que el control médico previo al parto o prenatal era, prácticamente, solo una proposición retórica, sin posibilidades de ser ejercida, tanto por factores culturales como materiales.

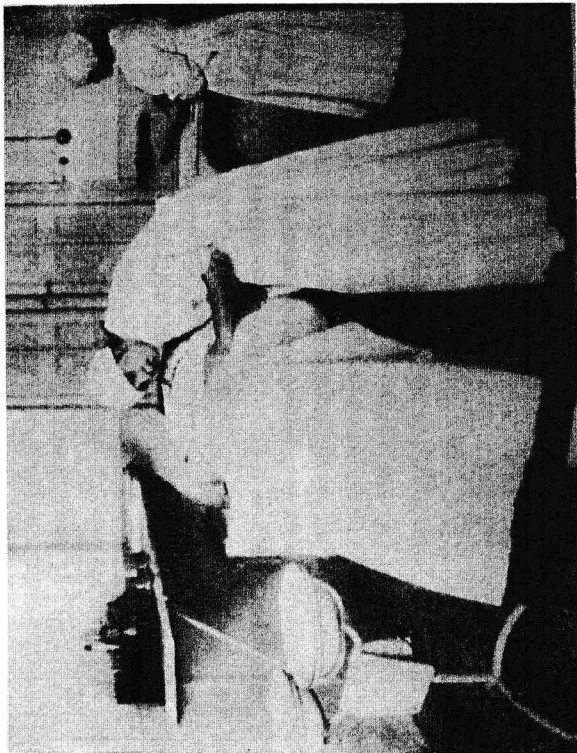


Figura 2
Polioclínica, examen de la enferma, Maternidad del Hospital del Salvador.
Carlos Monckeberg, "La Maternidad del Hospital del Salvador", *Revista de Beneficencia Pública*, III, 1919 (Biblioteca Nacional de Chile).

En una de las presentaciones de este congreso, los médicos Carlos Monckeberg, J. Edwin Espic y Manuel Guzmán Montt entregaban un nutrido diagnóstico de los servicios de maternidad que funcionaban en el país. En el sur, estaban el servicio maternal de Concepción, que contaba con veintinueve camas para un poblado de más de 60.000 habitantes; el de Valdivia, con solo cuatro a cinco camas que debían cubrir las demandas de las provincias del Bío-Bío, Arauco y Malleco, que reunían a más de 500.000 habitantes —se trataba proporcionalmente de una cama por cada 17.000 almas—; en Chillán, la sala maternal contaba con veinte camas que debían ofrecer cobertura a las provincias de Ñuble, Maule y Linares, que reunían a una población de más de 390.000 personas, lo que suponía que una cama en la maternidad era proporcional a 19.500 personas. Por su parte, Santiago contaba con cuatro maternidades, dos en el Hospital de San Borja, la del Hospital del Salvador y la ubicada en Melipilla, las que en su conjunto disponían de 188 camas, cada una proporcional a 4.400 habitantes²⁷. El informe recalca las dificultades más frecuentes que caracterizaban a estos servicios asistenciales; por ejemplo, el transporte de las "enfermas", y la escasa dotación de instrumentos, de médicos y de matronas en las secciones hospitalarias que servían, en forma eventual, para atender partos. Igualmente, las distancias que las embarazadas debían recorrer para contar con asistencia médica, se estimaban como uno de los factores más decisivos para entender la frecuente presencia de mujeres que presentaban partos complicados en las maternidades. Un testimonio de aquella constante, eran las dantescas escenas que se repetían en las puertas de la Casa de Maternidad del San Borja, desde el siglo XIX, toda vez que un número importante de las parturientas eran transportadas en estado agónico por las calles del Santiago decimonónico²⁸.

Las conclusiones de los médicos Monckeberg, Espic y Guzmán Montt reforzaban la creación de maternidades en puntos más periféricos de Santiago y el perfeccionamiento de la asistencia médica domiciliaria del parto en las provincias, y sugerían la dotación de más médicos, el adiestramiento de matronas y la introducción de formalidades técnicas en el funcionamiento de estos servicios. Para el caso de Santiago, se aconsejaba la creación de tres nuevas maternidades en los barrios capitalinos Matadero, Cañadilla y Estación Central, dada la concentración poblacional que aquellos evidenciaban.

Lo cierto es que el lento crecimiento del número de secciones maternales no era el único obstáculo del proceso de hospitalización del parto que estos y otros médicos criticaban en sus escritos desde los primeros años del siglo XX. También la preferencia histórica por la asistencia domiciliaria del parto, era un elemento que explicaba la escasa demanda femenina por buscar auxilio médico en estos recintos durante este trance fisiológico. La construcción y habilitación de maternidades suponía, entonces, crear la necesidad y generar la confianza de ingresar a ellas entre las mujeres que darían a luz.

Pasada más de una década de las reformas que apostaban por la protección sanitario-maternal, impuestas en la década de 1920, la literatura científica es prolifera

²⁷ "Maternidades y Hospitales", *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, I, 1917, pp. 248-249.

²⁸ Zárate, *Dar a luz en Chile...*, parte III, loc. cit.

²⁶ "Boletín anual de la maternidad", *Memorias de la Junta de Beneficencia*, Santiago, 1899.

en diagnósticos y evaluaciones sobre el quehacer obstétrico, el radio de su cobertura asistencial y los resultados que alcanzaba. Carlos Ramírez, médico de la oficina maternal de la Dirección General de Sanidad, de la Maternidad de San Borja y, luego, de la Maternidad Nacional, escribió una serie de artículos hacia fines de la década de 1930 y principios de la de 1940 en que se proponía dar cuenta de los principales problemas y desafíos que suponía la asistencia maternal, específicamente la obstétrica, e identificar las principales interrogantes que, a su juicio, componían la denominada *obstetricia social*²⁹. Gracias a una observación médico-asistencial más sistemática de las madres, en los distintos centros preventivos capitalinos que le tocaba supervisar, Ramírez listaba nuevas interrogantes que emergían entre quienes ejercían la obstetricia de su generación. Se trataba de cuestiones que combinaban preocupaciones de orden clínico y social que, dejando atrás una práctica obstétrica centrada de preferencia en el ejercicio de manobras e intervenciones quirúrgicas localizadas en el cuerpo femenino, daban espacio a inquietudes relacionadas, entre otras, con difundir la educación sexual, con discutir el por qué de las extensivas prácticas abortivas y con la defensa de las madres solteras, particularmente porque aquellas que no eran trabajadoras "aseguradas" o no estaban casadas con hombres "asegurados", no podían acceder a los beneficios sociales contemplados por la C.S.O.

En 1938, Ramírez ofrecía al selecto grupo científico que se reunía en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología —organismo fundado solo en 1935— una radiografía de lo que denominaba el "problema de la asistencia maternal" en Chile, precisamente en la época en que la Ley de Medicina Preventiva y la Ley Madre y Niño se ponían en marcha y la cobertura de beneficios se extendía a las mujeres casadas con trabajadores asegurados. Según su análisis estadístico, en 1937 se produjeron 160.000 nacimientos en el país, entre los cuales 7.000 correspondían a nacidos muertos. De los 153.000 nacidos vivos, 45.000 correspondían a los nacidos en maternidades (29,4%), 48.000 a nacidos en domicilios "en buenas condiciones" (31,3%), 17.000 a los atendidos por el servicio domiciliario del Seguro Obrero (11,1%) y 43.000 nacidos "sin ninguna clase de atención técnica y comodidades" (28,1%)³⁰. Si sumamos los porcentajes respectivos, se concluye que los partos atendidos en condiciones médicas formales en maternidades y por el servicio domiciliario de la C.S.O. alcanzaban el 40,5% del total de los partos de nacidos vivos en el país.

Comparando las cifras nacionales de 1931 y de 1951, según cifras entregadas por el *Anuario estadístico*, el siguiente cuadro muestra la tendencia en alza de los nacidos en recintos maternales en el país. En un lapso de veinte años, el crecimiento de los nacidos vivos en estos centros se duplicó, lo que puede interpretarse como un signo de creciente confianza en la asistencia hospitalaria del parto, por parte de las mujeres de menores recursos y de la clase trabajadora.

²⁹ Carlos Ramírez, "Problemas de obstetricia social. Proyecto de protección maternal e infantil por el Estado", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 3, n° 9, octubre de 1938.

³⁰ Carlos Ramírez, "Estado actual del problema de la asistencia maternal en Chile", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 4, n° 4, mayo de 1939.

CUADRO 1
NACIDOS VIVOS SEGÚN LOCAL DE PARTO.
CHILE, 1931-1951

| Año | Total | Maternidades y hospitales | % | Casa habitación | % |
|------|---------|---------------------------|-------|-----------------|-------|
| 1931 | 149.488 | 25.737 | 17,22 | 120.646 | 80,71 |
| 1951 | 191.332 | 71.494 | 37,37 | 119.473 | 62,44 |

Fuente: *Anuario estadístico*, 1931, 1951.

El porcentaje restante se repartía entre aquellos nacidos en citsés, conventillos, asistencia pública y vía pública, que oscilaba entre un 0,5 y 2,5% del total de nacidos vivos.

Hacia mediados de siglo, la demanda nacional por asistencia hospitalaria del parto era una preocupación que trascendía a la comunidad médica, pues la disponibilidad de camas era una cuestión que suponía la incorporación de más recursos estatales. Para el año 1944, 201.904 mujeres habían requerido asistencia del parto en servicios hospitalarios del país. El número de camas destinadas a maternidades en recintos de la Beneficencia alcanzaba a 1.889 en salas comunes y 287 en pensionado, y en clínicas particulares la cifra ascendía a 272 camas, lo que hacía un total de 2.448 camas, cuando solo veinticinco años antes el cálculo más optimista indicaba la disponibilidad de un poco más de 300³¹.

Estas cifras no gozaban de un rigor indiscutible, dadas algunas variables importantes a considerar como, por ejemplo, el que los pensionados de los hospitales de la Beneficencia, en particular los provinciales, no disponían de camas destinadas para un estricto y exclusivo uso de la atención del parto. Eran frecuentes las críticas de los médicos respecto de la necesidad de contar con aquellas camas para la hospitalización general de enfermos. Aparentemente, la única excepción entre los establecimientos de la Beneficencia fue el pensionado perteneciente al Hospital del Salvador en Santiago, creado en 1917 y equipado con "10 departamentos compuestos, cada uno, de un dormitorio amoblado con cierto lujo y de una sala de instalación de toilette con instalación completa"³².

Asimismo, las cifras de hospitalización del parto pueden ser aun mayores si se recuerda que en las provincias era habitual que las parturientas que corrían peligro de muerte fueran ingresadas, con el propósito de salvar sus vidas, a otras secciones hospitalarias. Finalmente, las cifras nacionales no incluían el número de los partos asistidos por instituciones benéficas que ofrecían asistencia maternal a domicilio —es probable que el número no fuera muy significativo— y de los partos verificados en clínicas particulares.

³¹ Ferrero, *El problema materno-infantil*, pp. 139-140. El número de mujeres se obtenía de la suma de los partos de nacidos vivos, de nacidos muertos y "el número de abortos controlados".

³² Carlos Monckeberg, "La Maternidad del Hospital del Salvador", *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, III, 1919, p. 244.

Pese a estos reparos a las cifras, presentamos a continuación un cuadro respecto del lugar de la asistencia del parto en la capital, elaborado a partir de la información de los anuarios estadísticos. Las cifras asistenciales para el caso de Santiago evidencian que su volumen era mayor al de las provincias y, de manera similar a la tendencia nacional, el porcentaje del control hospitalario del parto se duplicó entre 1931 y 1951. Cabe señalar que las cifras de los partos verificados en los hogares de las futuras madres incluían tanto aquellos que recibieron asistencia médica formal—de orden privado o estatal— como aquellos que no contaron con ningún tipo de auxilio profesional.

CUADRO 2
NACIDOS VIVOS SEGÚN LOCAL DE PARTO.
SANTIAGO, 1931-1951

| Año | Total | Maternidades y hospitales | % | Casa habitación | % |
|------|--------|---------------------------|-------|-----------------|-------|
| 1931 | 33.060 | 11.102 | 33,58 | 21.226 | 64,20 |
| 1951 | 53.976 | 32.512 | 60,23 | 21.246 | 39,36 |

Fuente: Anuario estadístico, 1931, 1951.
El porcentaje restante se repartía entre aquellos nacidos en cfrés, conventillos, asistencia pública y vía pública, que oscilaba entre un 0,5 y 2,5% del total de nacidos.

Para matizar el análisis de las cifras que aportan los anuarios estadísticos, un nuevo estudio del médico Carlos Ramírez resulta iluminador³³. Reanudando sus observaciones sobre la asistencia médica del parto pero, esta vez, concentrándose en la capital, Ramírez enumeraba las instituciones hospitalarias y los servicios domiciliarios disponibles en la provincia de Santiago en 1941³⁴. De los 36.929 partos producidos ese año, 26.518 (71,8%) fueron atendidos bajo asistencia médica formal. De estos, la proporción entre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria del parto alcanzaba a 18.486 y 8.032 respectivamente; es decir, un 69,7% y un 30,2%. Respecto de los 10.411 restantes, Ramírez suponía que una cuarta parte—es decir, 2.602—recibieron asistencia domiciliaria apropiada o en algunos de los pensionados de las maternidades capitalinas porque, a su juicio, esa cifra correspondía a la "tendencia general entre la gente pudiente". Concluía, entonces, que 7.809 partos—es decir, un 21,14% del total de partos en Santiago—no

³³ Ramírez, "La asistencia maternal...", *passim*.

³⁴ Según Ramírez, la provincia de Santiago contaba en la época junto a la emblemática Maternidad del San Borja, con la Maternidad del Hospital de San Vicente de la Universidad de Chile, del Hospital Salvador, del Hospital Barros Luco, del Hospital Nacional y de la Maternidad "Carolina Freire" del Patronato Nacional de la Infancia. Adicionalmente incluía las cifras, por su relevancia, de la Clínica Santa María y del Dr. Bunster y de los servicios domiciliarios de atención del parto del Seguro Obrero, de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile y del Patronato Nacional de la Infancia. Finalizaba con la inclusión de las cifras de los hospitales situados fuera del Departamento de Santiago como, por ejemplo, el de San Antonio, Melipilla y Buin, y del servicio domiciliario de la C.S.O. de la zona.

habían contado con "condiciones técnicas suficientes" ni fueron atendidos en ningún servicio institucional³⁵. En síntesis, la oferta de asistencia médica del parto en Santiago, tanto hospitalaria como domiciliaria, tendía a cubrir más de la mitad de los que se producían hacia mediados del siglo XX.

¿Cómo era la asistencia del parto en los hospitales de la capital?, ¿qué avances se contaban desde las primeras salas de fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX? Las monografías destacan aspectos como la asepsia, el establecimiento de salas de aislamiento, el creciente aunque siempre insuficiente número de camas, el aumento de la disponibilidad de médicos tocólogos y matronas, el acceso a intervenciones quirúrgicas como la cesárea y a manipulaciones obstétricas, a tratamientos farmacológicos que podían controlar el ataque de fiebres puerperales y de sorpresivas eclampsias³⁶. El perfeccionamiento científico de médicos y matronas, por medio de las cátedras impartidas en la Universidad de Chile y por el trabajo de seguimiento de las direcciones de la C.S.O. y de la D.G.S., aportaba más competencias al tratamiento de patologías vinculadas al embarazo, el parto y el puerperio—como la recurrente sífilis—, y al control de las mujeres que recurrían a los hospitales con signos evidentes de prácticas abortivas³⁷.

Atención obstétrica primaria: consultorios y centros preventivos

El retrato de Victoria Vignes que citamos al inicio, como otros similares, describían escenas que ilustran el deambular de las mujeres urbanas de la primera mitad del siglo XX por consultorios, a la espera del "veredicto del médico" y del examen de la matrona. Elocuentemente, la misma Vignes especulaba sobre las emociones que invadían a las madres que llegaban hasta el consultorio para recibir control prenatal:

*"Cada una de ellas es una historia. Al parecer son figuras opacas que no gesticular, que no expresan nada y caminan como queriendo pasar inadvertidas [...] en cambio, la vida interior de todas ellas es enorme [...] ¿Cómo será el hijo? [...] ¿nacirá muerto? [...] ¿Será bueno, será cruel, idiota o asesino? [...] Como sea, ya lo quiere y lo espera. Si es desgraciado, más lo amará, si los demás lo desprecian ella lo amará por todo el mundo, y con sus frágiles brazos le hará un fortín para que no lo roce el odio de los hombres"*³⁸.

³⁵ La cifra total de los partos asistidos en la casa-habitación, 18.443, se obtiene de la suma de los indicados 8.032 más 10.411 partos que no fueron, según Ramírez, "atendidos por instituciones técnicas".

³⁶ La mayoría de las monografías consultadas se publicaron en la *Revista Médica de Chile* y en el *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*.

³⁷ Véanse más detalles sobre el perfeccionamiento de médicos y matronas en el texto de la Caja del Seguro Obligatorio (sección "Educación sanitaria"). *Doce lecciones de obstetricia y puericultura*, Santiago, Imp. Lathrop, 1941.

³⁸ "Escenas de un consultorio", Santiago, 1943, *passim*.

A la atención de los partos que ofrecían maternidades y el servicio domiciliario de la Escuela de Puericultura, se sumaba la oferta estatal representada por los consultorios de la C.S.O., los centros preventivos y maternos infantiles—primero de la D.C.S. y luego de PROTINFA—, que ofrecían atención obstétrica de carácter preventivo, junto a la enseñanza de la puericultura, la atención de lactantes y la entrega de subsidios en dinero y especies a embarazadas y madres desde la década de 1920. La expansión territorial de aquellos por el centro de Santiago y algunas comunas más periféricas fue un componente estratégico del proyecto de protección médica materno-infantil. Proyecto ideológico-científico que, además de salvaguardar la salud de aquel binomio social, se inspiraba en la profunda y creciente sospecha de que el instinto maternal no sería tal, sino que se trataría de una actitud, una entrega, que se podía crear donde no existía, reconducir cuando manifestara distorsiones y, por tanto, el ejercicio de una correcta maternidad era una empresa modelable y dirigible. Para tal propósito, la cercanía de médicos, matronas y enfermeras de aquellos servicios con las futuras madres y con aquellas que amamantaban, podía asegurar que ese vínculo se educara, propósito que era difícil de fomentar con el eventual y breve arribo de las parturientas a las maternidades. No menos importante era la labor que estos servicios hacían al distribuir los subsidios de maternidad y lactancia entre las mujeres beneficiadas por las agencias estatales citadas³⁹.

El aumento de la atención profesional del parto en manos del programa de la C.S.O. estimuló la discusión acerca de los beneficios que tenía, tanto la modalidad hospitalaria como la domiciliaria del mismo, pues aunque la Caja no administraba recintos clínicos propios, sí contaba con la facultad de hospitalizar los partos de las beneficiadas que no pudiesen ser asistidas en el domicilio⁴⁰. Pasados veinte años de la creación de la C.S.O., lo cierto es que la sección Madre y Niño era una de las que movilizaba importantes recursos materiales y humanos diseminados en 207 consultorios, 367 postas, 125 estaciones médico-rurales y dos institutos de Madre y Niño en todo el país que, sumados a los de la caridad privada, permitieron sostener que en la década de 1940 la cobertura asistencial de este binomio social se había convertido en una de las áreas más visibles de la medicina curativa y, con éxitos más modestos, de la medicina preventiva nacional⁴¹.

Para el caso de Santiago, a mediados de la década de 1940, el número de consultorios casi alcanzaba los veinte, los que se concentraban en el centro de Santiago y solo

algunos se ubicaban en el barrio de Providencia, Quinta Normal y San Miguel⁴²; ellos formaban parte de los servicios de la C.S.O. capitalinos que, en su conjunto, atendían casi el 25% de la demanda nacional por asistencia materno-infantil⁴³. Un buen ejemplo de la concentración urbana de la cobertura de la C.S.O., lo constituyeron las 73.957 consultas de embarazadas en la capital respecto de un universo nacional de 221.500 que se produjeron en el país durante 1941⁴⁴.

Respecto de las beneficiarias capitalinas de la C.S.O., un estudio que exploraba las "actitudes de las madres" aseguradas y las no aseguradas de la década de 1940, sostenía que entre estas últimas la preferencia por recibir asistencia del parto en el domicilio era significativa. Recordemos que estas mujeres accedían a subsidios por el hecho de estar casadas con hombres "asegurados" y, en consecuencia, sus hijos eran considerados legítimos. Entre las aseguradas, la mayor proporción de asistencia hospitalaria del parto se debía, según los autores, a que el porcentaje de madres solteras era mayor; por tanto, los costos familiares de internarse podían ser menores. La influencia del trabajo físico como factor de morbilidad materno-infantil era un fenómeno que contaba crecientemente con sólidas evidencias, en particular en la ciudad de Santiago, donde el trabajo femenino urbano era más visible: las madres aseguradas, es decir, las que trabajaban en fábricas y talleres, eran las más afectadas, en contraste con las madres no aseguradas, que podían dedicar mayor tiempo a labores como "duñas de casa"⁴⁵.

En los primeros años de la década de 1930, los centros preventivos capitalinos de la D.C.S., enteramente gratuitos, se abocaban a una serie de tareas que tenían por objeto dar vida a la naciente "medicina preventiva" como, por ejemplo, la repartición de folletos educativos a las madres, la inmunización contra enfermedades transmisibles, la realización de exámenes preventivos y la atención de "consultas prenupciales" para prevenir enfermedades hereditarias. Cabe señalar que la propaganda de la mayoría de los folletos sobre educación maternal estaba dirigida a mujeres jóvenes o "niñas", percepción que se justificaba en la idea de que aquellas podían ser más sensibles a las recomendaciones sanitarias que las mujeres más adultas que, eventualmente, habían sido asistidas por parteras en sus primeros partos o, usualmente, declaraban mayor desconfianza respecto de la medicina formal. La preocupación por una estratégica distribución territorial de los servicios maternos tenía por fin atraer al mayor número de embarazadas que estaban en la etapa prenatal y lo más temprana posible; tal tarea contó con el débil trabajo del Departamento de Propaganda y Educación Sanitaria en el caso de los centros preventivos de la D.C.S. que se emplazaron, en su mayoría, en el centro de la ciudad en la

³⁹ El subsidio de maternidad correspondía al 50% del salario durante doce semanas (seis antes del parto y seis después de él) de las cuales cuatro eran de cargo de la Caja y ocho de cargo directo del patrón. El subsidio de lactancia, correspondía al 10% del salario durante doce meses.

⁴⁰ El crecimiento de la asistencia médico-formal que proveía la C.S.O. era sostenido en la década de 1930: en 1938 ascendía a 22.000 partos y en 1939, la cifra sobrepasaba los 25.000, de los cuales 8.000 correspondían a partos atendidos en maternidades. Más detalles en Raúl Ortega Jefe de la sección "Madre y Niño" de la C.S.O.J. "La hospitalización en los Servicios Madre y Niño de la C.S.O.", *Revista de Asistencia Social*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, vol. 9, n.º 2-3, junio-septiembre 1940.

⁴¹ Respecto de quienes proveían la asistencia, para igual época, se contabilizaban: 127 pediatras; 50 tocólogos, 120 enfermeras, 250 matronas funcionarias, 75 matronas domiciliarias y 98 visitadoras sociales. Ferrero, *El problema materno-infantil...*, p. 89.

⁴² Véase el citado anexo de instituciones sociales y sanitarias en *Ibid.*, loc. cit.

⁴³ Raúl Ortega, Onofre Avendaño y Pedro Araya, "Los servicios de Madre y Niño durante el año 1942", apartado del *Boletín Médico Social de la CSO*, Santiago, Caja del Seguro Obligatorio, n.º 111-112, 1944, p. 6.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 7.

⁴⁵ Raúl Ortega y Adriana Castro, "Actitud de las madres frente al seguro social. Comparación entre la asegurada y la no asegurada", *Boletín Médico Social de la CSO*, Santiago, Caja del Seguro Obligatorio, año XI, n.º 120-122, 1944, pp. 487-492.

década de 1930⁴⁶. Para los médicos citados, como Carlos Ramírez, Luisa Pfau y Raúl Ortega, que dirigían aquellos centros, lo ideal era que las mujeres puerperas realizaran los controles a los recién nacidos en los servicios de su sector, evitando eventuales peregrinaciones que desalentaban el cumplimiento de las recomendaciones de médicos, matronas y visitadoras sociales.

Uno de los desafíos más importantes que enfrentó la asistencia obstétrica estatal a mediados de siglo, era convocar y persuadir a las mujeres a aceptar el control prenatal y seguir las indicaciones que estos prescribían. En virtud de iniciar esta política, los centros preventivos, que hasta 1942 prestaban preferentemente atención médica al lactante y preescolar, en adelante extendieron con mayor energía su labor al campo prenatal. En Santiago existían diez de estos centros, ubicados en los barrios más populosos, y veintiséis se repartían en otras localidades del país. El servicio maternal se concentraba en el control periódico del embarazo y en la atención de los problemas sociales y jurídicos de las embarazadas; la asistencia del parto no era parte del servicio pues los centros no contaban con matronas domiciliarias, a excepción de las de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, institución con la cual mantenían colaboración. Cada centro contemplaba el apoyo de un tocólogo, un pediatra, una enfermera sanitaria, una matrona y una auxiliar. Desde 1944, la PROTINEA inició vínculos de colaboración con la Dirección General de Sanidad, con el propósito de establecer centros materno-infantiles en algunas unidades sanitarias como la de Quinta Normal⁴⁷, y también con el Seguro Obligatorio. Esta alianza reforzaba la especial influencia que se le atribuía al trabajo de la enfermera sanitaria en la formación de hábitos de higiene en los hogares de las madres y en la creación de "centros de madres" que reunían fondos para ir en auxilio de las más pobres⁴⁸.

⁴⁶ Las direcciones de algunos de esos centros preventivos eran las siguientes: CP N° 1, Artesanos 951, CP N° 2, Santa Rosa 1985; CP N° 3, Bascuñan Guerrero 1809; CP N° 5, José J. Pérez 4406; CP N° 6, Victoria Subercaseaux 292; CP N° 7, Delicias 4539; CP N° 8, Manuel Montt 313. Véanse detalles sobre las tareas relativas a la puericultura que se enseñaban en aquellos centros en: Otto Schwarzenberg, *Educación, alimentación e higiene del niño. Un consejo para las madres*, Santiago, Dirección General de Sanidad, Dpto. de Bienestar de la Madre y del Niño, 1934.

⁴⁷ El Servicio Nacional de Salubridad creó en 1943, con el aporte técnico y financiero de la Fundación Rockefeller, la primera Unidad Sanitaria en una comuna eminentemente obrera de la zona poniente de la capital, Quinta Normal. Para más detalles, véase los siguientes artículos: Hernán Urzúa Merino [Director Unidad Sanitaria n° 1 Quinta Normal], "Unidades Sanitarias en Chile. Su ubicación en el desarrollo de la salubridad chilena" (Informe presentado a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, 12 al 24 de enero de 1947), *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, año 26, n° 5, mayo 1947; Romero y Nacienceno Ortega, "Unidades Sanitarias de Chile", *Ibid.*, año 31, n° 1, julio 1952.

⁴⁸ Véase el artículo de la médica Luisa Pfau, "Labor médico social del Departamento del Niño de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia", *Boletín Médico Social de la CSO*, Santiago, Caja del Seguro Obligatorio, año XII, n° 128-130, julio-agosto 1945.



Figura 3 Esperando el pago del subsidio, C.S.O. (década de 1940). Archivo Fotográfico, Museo Enrique Laval, Universidad de Chile.

La cobertura de la asistencia maternal en el Santiago de mediados de siglo

Con la intención de contar con una asistencia "maternal y prenatal" planificada y de mayor cobertura, el médico Carlos Ramírez sugirió una división de Santiago en cinco sectores, que tenían por eje una de las cinco maternidades de la Beneficencia, división territorial que era coherente con las variables del crecimiento poblacional a principios de la década de 1940⁴⁹. El sector norte, ubicado entre la ribera sur del río Mapocho y limitado al poniente con el ferrocarril a Valparaíso, contaba con la Maternidad del Hospital San Vicente de la Universidad de Chile, el Hospital de la Beneficencia Roberto del Río, el Consultorio N° 2 y el Centro Recoleta, ambos de la C.S.O., más algunos centros preventivos de la D.C.S.⁵⁰

⁴⁹ Ramírez, "La asistencia maternal...", *passim*.

⁵⁰ El sector también contaba con cuatro Cotas de Leche del Patronato Nacional de la Infancia que no prestaban atención específica a las madres.

El sector sur se circunscribía por el norte a la calle Ñuble (entre el ferrocarril de Puente Alto, calle Rondizzoni y Subercaseaux, y el ferrocarril a San Antonio), por el oriente limitaba con el ferrocarril a Puente Alto, al poniente con el de San Antonio y por el sur se abría indefinidamente. Este sector contaba con la Maternidad del Hospital Barros Luco, la Posta N° 2 de la Asistencia Pública, dos consultorios de la C.S.O. y la Maternidad "Susana Palma de Alessandri" que, según Ramírez, solo atendía abortos.

Por estos años, el sector oriente era el que exhibía menor cantidad de servicios médico-asistenciales. Circunscrito al poniente con la Avenida General Bustamante, al sur con el ferrocarril a Puente Alto y al norte con la ribera sur del río Mapocho, la zona contaba solo con la Maternidad del Hospital del Salvador y el Consultorio Médico N° 16 de la C.S.O.⁵¹

Para Ramírez, el sector poniente tenía como límites la Avenida del Club Hípico y Blanco Encalada al oriente, la calle República y Bulnes hasta la línea del ferrocarril a Valparaíso; por el norte, el sector también limitaba con la línea del ferrocarril a Valparaíso y por el sur con la línea del ferrocarril a San Antonio. En esta zona, los servicios eran encabezados por la Maternidad Nacional, la Maternidad "Carolina Freire", el Centro "Las Rosas" de la C.S.O., la Posta N° 3 de la Asistencia Pública y tres centros preventivos Madre y Niño⁵².

Finalmente, el sector central, circunscrito a los límites trazados por los sectores anteriores, era el que contaba con el mayor número de servicios asistenciales hacia fines de la primera mitad del siglo XX. Junto a la Maternidad del San Borja, se disponía de una Gota de Leche que ofrecía atención maternal —la "Abelardo Núñez"—, con la Posta Central de la Asistencia Pública, el Centro de Salud N° 1, el Consultorio N° 1, dos centros de la C.S.O. y tres centros Madre y Niño.

El catastro de Ramírez, sumado al que ofrecía la tesis publicada por Matte Ferrero de Luna, enseñan que las alternativas asistenciales del parto y obstétricas en el Santiago de mediados del siglo XX eran sustancialmente mayores a las disponibles a principios de siglo cuando la Maternidad del San Borja era prácticamente el único espacio hospitalario que contaba con dotación de recursos humanos y materiales para asistir alumbramientos. Las cifras del aumento del control hospitalario y del servicio domiciliario del parto eran parte de las transformaciones que experimentaba el ciclo *maternal* y la medicina capitalina hacia mediados de dicho siglo.

El proceso de medicalización formal del parto, se proponía como un ideal asistencial que se debía verificar tanto en el hospital como en el domicilio de la parturienta; en este último caso, solo cuando se trataba de partos normales. Si bien los médicos ligados a recintos sanitarios apoyaban la opción hospitalaria desde inicios del siglo XX, también reconocían que la escasez de camas y dotación de personal, más la "resistencia" de las mujeres a ingresar al hospital, constituían impedimentos frecuentes que sugerían

el fortalecimiento de la asistencia domiciliaria bajo supervisión médica. A este tipo de asistencia, que constituía la prolongación de la práctica histórica de parir en el hogar, se le atribuían dos ventajas estratégicas: el contar con la confianza de las mujeres y con el acceso a un auxilio sanitario donde el protagonismo lo detentaba la matrona más que el médico.

Con miras a hacer más real y efectivo el control médico del parto, la vinculación más estrecha entre los servicios hospitalarios, la atención domiciliaria y los consultorios y centros preventivos se transformó en un factor clave para algunos médicos hacia fines de la década de 1940; según uno de ellos, Manuel Moreno, la asistencia de la embarazada, de la parturienta y de la puérpera encarnaba la deseable vigilancia médica sobre la maternidad que, finalmente, debía "influir psicológicamente en ellas, dándoles la sensación de seguridad inherente a una organización de la cual forma parte integrante"⁵³. No obstante, los límites de esa deseable vigilancia estaban ligados a la falta de recursos económicos y a la falta de constancia de las madres para asistir periódicamente a los controles que se les prescribían. Para el doctor Moreno, el perfeccionamiento de la atención puerperal en el domicilio o la "levantada precoz de las puérperas", eran prácticas que aportaban alivio a la presión por la demanda del parto hospitalario, pero que también requerían de una coordinación extra entre los servicios asistenciales y los profesionales involucrados en la asistencia del parto. En tanto se pusieran en práctica, ambas modalidades abogaban por el freno a la creciente hospitalización, fenómeno asociado a altos costos económicos. Por una parte, las que experimentaban un parto normal y recibían una buena atención puerperal no tendrían necesidad de asistir al hospital; por la otra, a quienes parían en maternidades se les alentaba a retornar a sus casas lo más temprano posible, y así contar con aquella cama para un nuevo parto.

En síntesis, la primera mitad del siglo XX puede ser interpretada como el telón de fondo de dos transiciones paulatinas y, hasta ahora, definitivas, que operaban especialmente para el caso de Santiago: del parto atendido en la casa al parto atendido en el hospital y el paulatino establecimiento del control obstétrico pre y postnatal. El crecimiento de la asistencia médica del parto y del control sanitario de las mujeres embarazadas y puérperas se explica, respectivamente, por el aumento del servicio domiciliario asistencial de partos y de la cobertura en las salas maternales de los hospitales capitalinos, y por los servicios ligados a la C.S.O. y a la D.G.S. Por su parte, las iniciativas privadas, como las Gotas de Leche, los asilos y refugios, tuvieron un papel importante en la ampliación del repertorio médico-asistencial de las madres más pobres de la ciudad de Santiago, lo que merece ser estudiado de manera específica más por su significación y efectos sociales que por su cobertura.

La modernización de antiguas maternidades hospitalarias, la construcción de nuevas maternidades y de consultorios obstétricos, y el creciente tránsito de mujeres entre aquellas edificaciones y sus hogares, fueron expresiones urbanas del crecimiento de la

⁵¹ También se encontraba la Gota de Leche n° 14 que atendía solo a lactantes y enseñaba puercultura, ubicada en la comuna de Ñuñoa.

⁵² Similar al caso del sector norte, la zona poniente también disponía de cuatro Gotas de Leche que no prestaban asistencia maternal.

⁵³ Manuel Moreno, "Sobre la atención domiciliaria del puerperio", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, vol. 7, n° 4, mayo 1942, p. 210.

cobertura obstétrico-asistencial, del inicio de la transición asistencial del parto domiciliario al hospitalario, y de la consolidación de la *medicina de la mujer y maternal* como especialidades científicas. Asimismo, aquellas expresiones urbanas operaron ventajosamente en el proceso de institucionalización y visibilidad pública de la asistencia médica general. La relación entre las mujeres y los profesionales sanitarios involucrados en aquellos —principalmente médicos y matronas— fue parte del proceso de paulatina medicalización que experimentaba la población más necesitada que, para el caso de las mujeres, las convertía tanto en *beneficiarias* como en *insuños* del entrenamiento clínico de la medicina obstétrica capitalina en la primera mitad del siglo XX chileno.

ÍNDICE ANALÍTICO

- A**
 Abadie, Jardín— 105.
 Abraham— 61.
Académie de Sciences— 241.
 Acha, Omar— 300, 303.
 Aconcagua, valle de— 107, 109, 112.
 Aduana (Valparaíso)— 155.
 Aguirre Cerda, Pedro— 261.
 Agustín, san— 61.
 Agustinas, calle (Santiago)— 216.
 Ahumada, calle (Santiago)— 194.
 Alameda / Alameda de las Delicias, avenida (Santiago)— 217, 251, 252.
 Alegre, cerro/colina— 101, 103-106, 111, 145.
 Alemania— 167.
 Avenida (Temuco)— 106.
 Alessandri, Arturo— 213.
 Alfonso Ugarre, Avenida (Lima)— 275, 279, 285.
 Alhambra, La— 201.
 Almendral, El (Valparaíso)— 105, 106, 137, 138, 140, 145, 146, 152.
 Alvarez Pérez, Francisco Salvador— 110.
 Alvear, Marcelo de— 298.
 Alzérreca, José Miguel— 196, 199, 201.
 Allende, Rafael— 201.
 "Alfanes", Raphael de— 73.
 América / del Sur / Latina / Hispano / Ibero— 28, 38, 43, 58, 59, 64, 68, 95, 96, 98, 143, 175-177, 194, 243, 258, 259, 264, 265, 267, 268, 283, 290, 291, 304.
 Américo Vespucio, circunvalación (Santiago)— 253.
 Amunátegui, calle (Santiago)— 216.
 Miguel Luis— 27, 70.
 Ancud— 116, 245.
 Andrade, Belisario— 28.
 Angrand, Leonce— 272.
 Antofagasta— 126, 254, 316, 321.
 Andes, Cordillera de los— 29, 168.
 Apocalipsis— 27, 30, 37, 38, 46.
 Apoquindo, baños de— 260.
 Aramburu, Pedro Eugenio— 307.
 Arancivia, Felipe— 278.
 Arauco— 325.
 Arcaya, Julián Luis de— 80.
 Arenas, Joseph de— 87.
 Arequipa— 35, 41, 59, 264.
 Argentina— 99, 108, 112, 210, 292, 294, 299, 301, 304, 309, 310, 315.
 Avenida— 154.
 Legación de— 191, 198, 216.
 aristocracia / aristócratas— 67-69, 77, 85, 217.
 arrabales— 71, 78, 98, 166, 174, 183, 192, 209, 247.
 Arse, Cabino— 80.
 Juvenal Antonio— 80.
- B**
 bajo pueblo— 67, 69, 90, 161, 186, 190.
 Balmaceda, Daniel— 202.
 Elías— 202.
 Encarnación F. de— 202.
 José Manuel— 191-217, 248.
 Rafael— 202, 203, 208, 211.
 Balmaceda Valdés, Eduardo— 211, 213, 217.
 Balta, José— 272.
 Bañados Espinosa, Julio— 191, 193, 201, 202, 205-211, 213, 215.
 Baquedano, Manuel— 191-194, 198-200, 204, 205, 211-214, 216.
 Barbosa, Enrique— 203.