

Desarrollo de la matronería y dispositivo institucional: herencia y control social

Development of midwifery and institutional device: inheritance and social control

Camila Gueneau de Mussy
Universidad Católica de Chile
camilademussy@gmail.com

Daniela Larraín
University of London
daniela.larrain.s@gmail.com

Tamara Schliak
Universidad Diego Portales
tamara.schliak@gmail.com

RESUMEN

La matronería como profesión surge en occidente en respuesta a la urgencia nacional de controlar la mortalidad infantil, estableciéndose el embarazo, parto y puerperio como procesos en los cuales el cuidado fue cambiando a medida que avanzaba el conocimiento científico, produciendo consecuencias en el histórico lugar que han tenido las mujeres en el acompañamiento y la asistencia del parto. Desde lo anterior, el rol del cuidado a las parturientas adquirió una doble función socio-política: de acompañamiento y vigilancia. El siguiente artículo problematiza esta doble función a través de la figura de las matronas como lugar de materialización del dispositivo institucional que marca las relaciones con las parturientas, y abre un espacio de cuestionamiento acerca de cómo este dispositivo opera en el ejercicio de la violencia obstétrica.

ABSTRACT

The midwives profession arose as an answer to the national urgency to control the infantile mortality, being established the pregnancy, childbearing and puerperium like processes in which the surveillance and accompaniment acquired different qualities as the scientific knowledge developed, having implications in the historical place that women have had in the assistance of childbirth and in the role of accompaniment towards pregnant women. In the following work we think about this double place of midwives, of surveillance and accompaniment, as

an institutional device that marks the relations with the parturients, and opens a space for questioning about the figure of midwives as the main public figure responsible for obstetric violence.

Palabras clave: *matronas, discurso médico, dispositivo institucional, saber, poder.*

Keywords: *midwives, medical discourse, institutional device, knowledge, power.*

INTRODUCCIÓN

En Chile, las matronas han ocupado desde sus inicios un lugar relevante en la asistencia al parto, vinculado principalmente al rol de acompañamiento y cuidado; sin embargo, durante las últimas décadas se han presenciado cambios en las representaciones que se tienen de ellas, siendo situadas como principales responsables de situaciones de violencia hacia las mujeres gestantes.

Si bien hoy existe la tipificación de la violencia obstétrica, la mayoría de los países de latinoamérica y europa no han desarrollado políticas de intervención que den cuenta de una mirada global acerca de este tipo particular de violencia. De esta manera, las prácticas violentas hacia las mujeres gestantes han quedado como responsabilidad de sujetos particulares que la ejercen y no como mecanismo que se desarrolla a partir del modelo actual de atención al parto, donde, por cierto, tienen competencia los estados e instituciones.

En este sentido, las matronas, como principales acompañantes del proceso de embarazo, parto y puerperio, han sido consideradas como el gremio que más desarrolla prácticas violentas hacia las mujeres, lo que ha generado que en Chile desde el Colegio de Matronas surja la necesidad de defenderse planteando que quien ejerce la violencia es el Estado, en tanto mantiene condiciones precarias de atención¹.

Michelle Sadler, en un estudio temprano realizado en Chile el año 2003, plantea que la violencia obstétrica sería un fenómeno relativamente reciente que deriva del proceso de medicalización que se ha desarrollado durante las últimas cinco décadas en el país. Con esto propone que el punto clave es el traslado del parto hacia el hospital, lo que implica un traspaso de la medicina, desde funciones preventivas y curativas a funciones de control y normativización que conlleva una deshumanización del proceso del nacimiento (8). Con esto, señala ella, se instala un *conocimiento autorizado* en relación con la atención del

parto que no fomenta la red de apoyo femenina y la transferencia de saberes, centrándose la atención en las funciones fisiológicas en desmedro de las dimensiones afectivas y socioculturales de las mujeres.

Es en este escenario que surgen preguntas relacionadas con, ¿qué lugares ha tenido la matrona dentro del proceso de institucionalización del nacimiento?, ¿qué contexto socio-político enmarca el desarrollo de la profesión? ¿Visibilizar los lugares que ha encarnado la matrona dentro de la asistencia del nacimiento, permite dar luces de cómo se instala el discurso que las sitúa como agentes principales de la violencia obstétrica?

El siguiente trabajo busca responder las anteriores interrogantes a través de un recorrido histórico y analítico de la formación profesional de la matrona en Europa y América Latina, principalmente en Chile. Se utilizará para su análisis algunas conceptualizaciones de Michel Foucault en torno a la producción de conocimiento y cómo esta se relaciona con las dinámicas de saber-poder.

PARTERAS: ANTECEDENTES PARA EL DESARROLLO DE LA MATRONERÍA

Los primeros antecedentes que se tienen de la historia dan cuenta de que las llamadas parteras o comadronas eran en toda Europa quienes socorrían y apoyaban la salud de mujeres y niños, siendo figuras centrales en la vida comunitaria y, por tanto, portadoras de un considerable poder social (Ortiz-Gómez 1996 113). Actuaban como enfermeras y consejeras de las mujeres, teniendo un saber respecto al proceso reproductivo, tanto en relación a la asistencia del parto como de métodos abortivos y anticonceptivos a través de hierbas medicinales (Ehrenreich 1981 4). Sus conocimientos eran transmitidos oralmente de generación en generación y, al tener las mismas formas de socialización que las mujeres a las que atendían, contaban con su confianza. “Para un gran número de ellas, el arte de partear constituía su principal modo de vida, un oficio en el que las mujeres habían tenido exclusiva competencia durante siglos” (Ortiz-Gómez 1996 113). La partería era un oficio que se enmarcaba dentro del mundo privado, en general se desarrollaba en la casa de la parturienta y sin presencia masculina.

Sin embargo, durante la Edad Media cambia la forma de entender el nacimiento. Debido a la alta tasa de mortalidad generada por las guerras y pestes, surge la necesidad de desarrollar medidas de control sanitarias que aseguraran la vida. En este contexto, la mortalidad infantil asociada al parto se sitúa como uno de los ejes principales de atención, dirigiendo la mirada hacia quienes controlaban la reproducción: las parteras y parturientas, sujetos en los cuales se ancla el cuestionamiento y la intervención.

Si bien las parteras contaban con cierta autonomía por el conocimiento único que tenían del arte de parrear, ya desde el siglo XV habían intentos por modelar su imagen y regular su ejercicio por parte de la iglesia y la medicina, considerando que por su relevancia el nacimiento debía ser vigilado y normado, asegurando que estas tengan cualidades morales mínimas para su desempeño. Ejemplo de esto son las ordenanzas de madrigal de 1448 (Gallego *et. al.* 2005 603), los exámenes realizados por el Real Tribunal del Protomedicato y la difusión de obras sobre obstetricia desarrolladas para normativizar y controlar el ejercicio de la partería. En 1541 el manual de Carbó planteaba que las parteras debían de ser:

Experta en su arte [...] que con buen ingenio y discreción sepa encaminar los partos dificultosos [...] es menester que tenga buenas formas naturales para sufrir el trabajo de la que pare. [...] que sea moderada, es decir que tenga buenas costumbres y una buena complexión natural [...]. No sea riñosa. Sea alegre y gozosa. Sea honrada y casta para dar buenos consejos y ejemplos, sea secreta, que es la parte más esencial [...]. Tenga temor de Dios y sea buena cristiana para que todas las cosas le bien [...] deje las cosas de sortilegios, supersticiones, agüeros y cosas semejantes, porque lo aborrece la Iglesia (*Id.* 605)

¿Qué implicancias sociales tenían estos saberes? ¿Qué dinámicas de poder se establecieron con respecto a la reproducción? En una época en donde las supersticiones y los mitos funcionaron como explicación a los fenómenos de la naturaleza, las parteras o comadronas aparecieron como un referente de saber y de prácticas populares vinculadas al cuerpo femenino, otorgándoles un poder sobre la reproducción y la natalidad. Tal saber y poder posteriormente fueron amenazas para el Estado y la Iglesia, siendo las parteras acusadas de

brujas, junto con todas aquellas sabias y sanadoras que tenían conocimientos populares.

Lo anterior, tuvo como consecuencia la llamada Caza de Brujas, que fue una de las estrategias para el control social desarrolladas entre los siglos XIV y XVII (Federici 2016 26), campañas organizadas, ejecutadas y financiadas por la Iglesia y el Estado (Ehrenreich 1981 9) y que, en relación al nacimiento, trajo como gran consecuencia la marginación de la partera como fuente principal de conocimientos sobre el parto. “Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, siendo reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como verdaderos ‘dadores de vida’” (Federici 2016 160).

Paralelo a este proceso, surge la demanda hacia la medicina a constituirse como disciplina científica que responda a las interrogantes con respecto al cuerpo humano y al mantenimiento de la vida.

MEDICINA MODERNA: IMPLICANCIAS PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO

Entendiendo el rol determinante de la medicina en el proceso de salud y cuidado hacia el nacimiento es que este trabajo no busca cuestionar su cientificidad ni la respuesta de salubridad desplegada por esta, sino más bien apuntalar su carácter social (Foucault 1977 6), que se desarrolla, delimita y atraviesa por ideologías políticas y económicas de cada época, donde la diferencia de género y, en particular, el lugar social de las mujeres, posibilita el entendimiento de las prácticas desarrolladas para y con las matronas.

Con la llegada de la ciencia moderna se cuestionan las formas de comprender la realidad, generando, por una parte, un desplazamiento de los conocimientos teológicos hacia la búsqueda de la verdad científica, basada en la evidencia y la comprobabilidad, y por otra, la predominancia de una nueva forma de gobernar radicada en la emergencia del Estado-Nación y su nuevo proyecto social de salud. Desde aquí, se posiciona a la medicina al servicio del Estado en el rol de control político-científico de este ideal nacional en construcción, siendo, según Foucault, la medicina y el médico el primer objeto de normalización (*Id.* 9).

La medicina al servicio del Estado se sitúa como espacio por excelencia para regular las variables de riesgo, asegurando a través del control de las enfermedades y la reproducción establecer las bases para un Estado conformado por sujetos sanos y normalizados. Los médicos y cirujanos, entonces, ingresan a un espacio hasta el momento inexplorado por la “ciencia formal”, como es el conocimiento del cuerpo femenino y del ejercicio de la partería.

En los siglos XVII-XVIII, como resultado de las ideas mercantilistas y las políticas poblacionistas, se produjo un cambio absoluto, de modo que el arte de partear se asentó definitivamente en la esfera espacial y simbólica de lo público, pasando de ser cosas de las mujeres a ser cosa de los estados. (Ortiz-Gómez y Sánchez 1995 250)

A pesar de no contar con la experiencia requerida para tales fines, estaban a cargo de la docencia, realización de manuales y supervisión de las parteras, hasta entrado el siglo XVII, periodo en que ingresan al parto. El paso detonante para la ocupación de este lugar se le atribuye a la creación del fórceps en el siglo XVII, instrumento delimitado al uso médico y que termina por validar la necesidad de que los médicos varones asistan los partos. Así se fue cercando el radio de acción de las parteras, quienes quedaron a cargo de aquellos partos normales y sin riesgos. Esto transformaba el oficio en profesión, creando dentro de la misma nuevos espacios de poder y de práctica sesgados por el género. “Los varones/cirujanos ocuparon la esfera pública de la docencia, la representación y la autoridad técnica y científica” (*Ibid.*), mientras las mujeres quedaban relegadas al espacio privado y subordinado. Sin embargo en algún punto de la historia se vuelve necesaria la entrada de otros sujetos femeninos al proceso del nacimiento, surgiendo así la figura de las matronas.

MATRONAS: DESARROLLO HISTÓRICO

La historia de las matronas en Europa se remonta al siglo XVII, periodo en cual hay un vuelco respecto a la relevancia que tenía el nacimiento y la medicina obstétrica para el desarrollo social. Uno de los cambios principales fue la necesidad estatal de formar personas para la asistencia del parto.

En América Latina, y en Chile en particular, la medicina popular se encontraba desde la colonia hasta fines del siglo XIX a cargo de las mujeres. Dicha situación cambia al ser estas asociadas a la ignorancia, debido a que pertenecían a un segmento social pobre, lo cual les hacía perder confiabilidad y reconocimiento de sus saberes y prácticas relacionadas al parto. Según Zárata (2007), la *ciencia de hembra*, que era la mantención de dichas acciones médicas por parte de manos femeninas, comienza a ser cuestionada y reducida al lugar de la partera ignorante. Sin embargo, la necesidad de la medicina por instaurar un control con respecto al cuerpo femenino vuelve necesario mantener la imagen de las mujeres a cargo del nacimiento, debido a su histórico vínculo de confianza, acompañamiento y cuidado con la parturienta. Lo anterior da paso a una formación institucionalizada en relación al parto, apareciendo la figura social de la matrona en Europa durante el siglo XVII, y en Chile desde el siglo XIX. Una matrona examinada, formada y entrenada por los médicos y supeditada a la calificación externa.

Se establece, de este modo, la diferenciación entre quienes acompañaban el parto a través de una institucionalización que comienza a envolver el ejercicio, la certificación y la formación de ellas, surgiendo también en Europa la distinción entre parteras populares, parteras certificadas (referidas a aquellas que sin cursar estudios formales contaban con la certificación del Real Tribunal del Protomedicato) y matronas.

Si bien la formación de matronas se realizaba ya desde el siglo XVII en Europa, encontrándose escuelas que intermitentemente enseñaban las prácticas de la medicina y el arte de partear, no es sino en el siglo XVIII que se concretiza su formación a través de tres alternativas: la educación a través de textos o manuales escritos, la formación en escuelas de matronas y la formación reglada en los colegios de cirugía (Conde 2011 41). Lo anterior sostendrá la consagración de la profesión de matrona como actividad quirúrgica mediante el dictamen en 1750 de la Real Cédula, la cual convertía oficialmente el arte de partear como parte de la cirugía.

En el siglo XIX, la formación de las matronas cimentó el terreno de lo que luego se convirtió en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, y que se traduciría en un desmoronamiento del proyecto

de la matrona como principal agente en la atención obstétrica, ya que al ser el arte de partear un *arte* quirúrgico, son los cirujanos los llamados a apropiarse de este espacio, atendiendo a las mujeres de la corte y la alta sociedad, y relegando a las matronas a la atención de la población urbana y rural de bajos recursos económicos (*Id.* 8). La anterior división del trabajo supone una delimitación del alcance de conocimientos de la matrona en relación al parto y, con esta, una pérdida de su posibilidad de acción. Parece ser, en consecuencia, que a mayor institucionalización, ordenamiento y reglamentación de la formación de matronería se observa una menor libertad en el campo de acción. Así, la instrucción de matronas se constituyó como un: “[...] instrumento de subordinación y sumisión más que de liberación, ya que lo utilizaron los cirujanos para su propia definición y ascenso profesionales y acabó expropiando a las matronas de su saber, de su lenguaje, de su cultura/s y en definitiva, de gran parte de su poder social” (Gallego *et. al.* 2005 603).

No obstante, en este siglo dicha formación de la matrona siguió siendo deficitaria, por lo que la práctica, experiencia e intercambio con otras matronas comenzó a situarse como lugar crucial de aprendizaje. Esto se refuerza a fines de 1860 en España, a través de la Ley de Libertad de Enseñanza (Rodríguez *et. al.* 1986 250), donde se crearon escuelas privadas y formales de matronas en las que ellas mismas eran docentes, posibilitando la transmisión de sus saberes (Conde 2011 20). La creación de estas escuelas da espacio para que emerjan actos de resistencia hacia las reglamentaciones y restricciones de un saber normalizado y reconocido, permitiendo, por ejemplo, que en ellas estudien mujeres jóvenes, sin importar su estado civil, exigencias que desde el reglamento de 1861 estaban estipuladas (Ortiz-Gómez y Sánchez 1995 63). Así también la creación de libros y el uso de la palabra escrita por parte de las matronas se instala como un nuevo lugar de resistencia, en tanto busca conservar el saber acerca del parto en manos femeninas (*Id.* 250).

El papel de la matrona se activa y toma fuerza a través de la demanda por una mejor educación. Como consecuencia de ello, en 1857 y con la Ley de Instrucción Pública, se crea el título de matrona, siendo en el siglo XX cuando se asume su verdadera profesionaliza-

ción, produciéndose un reconocimiento legislativo de la formación y función social.

MATRONERÍA EN CHILE: FORMACIÓN Y PROGRAMA DE SALUD ESTATAL

En Chile, la emergencia de la profesión de matrona se desarrolla en un contexto donde ya está instalada la preocupación nacional por las altas tasas de mortalidad infantil y las consecuencias que esto generaba para el desarrollo productivo en el país (Baeza 1924 57). Para ello surgieron políticas higienistas que establecieron requerimientos mínimos en torno a la salubridad y el cuidado de la parturienta y los recién nacidos, siendo la matrona un actor importante en sostener este proyecto nacional.

La profesionalización de la matronería se desarrolla durante los siglos XIX y XX, observándose procesos similares a los acontecidos en Europa. Su instrucción formal en Chile data de 1834, a partir del primer curso dirigido por el médico francés Lorenzo Sazié; de 1875 en adelante la formación se realizará en la Casa de Maternidad de Santiago hasta 1913, cuando se crea la Escuela de Obstetricia y Puericultura. Esta formación se encontraba estrechamente ligada a las políticas higienistas de la segunda mitad del siglo XX, materializadas en el Programa de Salud Materno Infantil. Dicho programa buscaba dar continuidad a la lucha realizada por el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obligatorio (CSO), la Dirección General de Sanidad y los hospitales de la Beneficencia por disminuir la mortalidad. Para esto, uno de los principales elementos fue la creación de instituciones que tenían como finalidad realizar un control del embarazo, parto y puerperio a través de un acompañamiento cercano que estaba a cargo de las matronas. El trabajo realizado por las matronas en estas instituciones generó la consolidación de la matronería como primer oficio sanitario formal del siglo XIX (Zárate 2008 417).

La función de acompañamiento de las matronas se realizaba en muchos casos de forma paralela a la formación, siendo estas instituciones, por una parte, espacios de atención para mujeres y, por otra, de aprendizaje para matronas. Dentro de estas instituciones se encuentran: las Maternidades, el Consultorio Obstétrico, el Servi-

cio Domiciliario de Partos y el Instituto de Puericultura, donde las matronas asistían el embarazo, parto y puerperio, además de vigilar los primeros años de vida y dirigir la crianza de los recién nacidos (Godoy y Zárate 2015 420).

Con esto, la profesión de las matronas adquirió un componente educativo importante, que las diferenciaba del resto de los profesionales. Esta labor educativa hacia las madres se concretaba en citas individuales o charlas grupales en las que se abordaban temas referidos al embarazo (características, hábitos, medidas de higiene y cuidado, alimentación, actividad sexual), la preparación para el parto, puericultura y planificación familiar (*Ibid.*).

Estas instancias eran espacios de intimidad que potenciaban las relaciones de confianza y cercanía entre las mujeres embarazadas y las matronas, lo que era relevante para los objetivos del servicio nacional de salud, en tanto las políticas higienistas consideraban que la principal causa de mortalidad infantil era la ignorancia y desinterés de las madres por sus hijos, además de la falta de vigilancia de los recién nacidos (Simón 1913 221), por lo que una de las principales intervenciones “[...] estaba dirigida a las mujeres como centro de transformación y sujetos transformadores, que las coloca en una situación de responsabilidad-culpa, guardianas de los valores morales e higiénicos” (Montes 2007 34). Para esto era menester asegurar un perfil de matronas que se ajustara a los valores esperados para las mujeres de la época y que permita, a través de la educación y el acompañamiento, dar forma a estas nuevas mujeres madres.

Existen pocos antecedentes acerca de cuáles eran los perfiles de las aspirantes a matrona en Chile; gran parte de ellas pertenecía a una clase económica intermedia, eran hijas de militares, comerciantes o artesanos que podían solventar los gastos de los estudios. Además, eran letradas, un gran número casadas y debían tener una buena conducta (Zárate 2008 224). Esto pone de relieve el componente moral necesario para las labores de acompañamiento, donde parte esencial de la educación se fundaba sobre el reconocimiento de las matronas como representantes de *La Mujer*, dotes que eran traspasados a través de la identificación que tenían con estas las mujeres madres.

En esto se observa nuevamente un componente de género que consideraba que “las mujeres eran más ‘humanas’ y sabían demostrar

mayor abnegación, mayor don de sí, mayor comprensión del sufrimiento ajeno” (Godoy y Zárate 2015 425).

Como lo indicaban los autores, no se aludía a la capacidad intelectual que demandaba el ejercicio de estas profesiones, sino sólo a cualidades personales femeninas. Lo señalado muestra cómo la formación profesional, la definición del perfil y la trayectoria realizada por las matronas fue instaurando el cuidado como una práctica con un doble lugar, que radica por una parte en *acompañar* y, por otra, en *vigilar* el nacimiento.

En consideración a lo anterior, la figura de “la matrona” se va formando como un espacio en el que confluyen y se entrelazan diferentes discursos (sobre el cuerpo, las necesidades de las mujeres, de los recién nacidos, del bienestar nacional, el aborto, etc.), leyes y programas (en torno a los cuidados materno infantiles), instituciones sanitarias (hospitales, casas de maternidad, instituto de puericultura, etc.) y normas morales (sobre cómo comportarse, el cuidado de los hijos, el cuidado del cuerpo), todo lo cual apunta hacia el control del cuerpo gestante y el proceso del nacimiento.

MATRONERÍA Y DISPOSITIVO INSTITUCIONAL

Como herramienta de análisis para comprender el doble lugar del ejercicio de la matrona y la forma en que se entrelaza esta figura con el contexto social, podemos tomar prestado de Michel Foucault (1977) la noción de “dispositivo”, según el cual la red de relaciones de saber/poder, situada históricamente, emerge como respuesta a un acontecimiento urgente; red que se establece entre diferentes componentes o elementos institucionales, incluyendo los discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales y/o filantrópicos, cuyo objetivo sería administrar, gobernar, controlar, orientar y dar un determinado sentido a través de una forma del ejercicio del poder y de la configuración del saber, todo lo cual posibilitaría determinados efectos de verdad y de realidad.

Esto nos puede llevar a imaginar la matronería como dispositivo, en tanto funciona como un espacio de relaciones de saber/poder que, en conjunto con otros elementos institucionales y discursivos,

producen sujetos, en este caso, la transformación del sujeto madre, demarcando un deber-ser y una responsabilidad en relación al cuidado de los hijos.

Este nuevo sujeto se va modelando a medida que va transitando por los diferentes espacios de saber, donde adquiere praxis, conocimientos que quedan inscritos en el cuerpo, haciendo posible el surgimiento de nuevas formas de ser, normativizadas por el contexto.

De este modo, sugerimos que la matronería ha funcionado como estrategia política que responde al objetivo del proyecto nacional de salud reproduciendo las lógicas de saber/poder, ya que su ejercicio permite un acercamiento directo al sujeto a vigilar: la mujer gestante. Desde este punto de vista, la matrona tiene la posibilidad de *acceder* a ella en tanto que es mujer y facilita la identificación. Además, debemos considerar que esta figura mantiene la tradición de asistencia femenina del parto, con la diferencia de que es un espacio atravesado por la vigilancia del saber institucional. La matrona vigilada/vigilante, entonces, no sólo es representante de la norma, sino que también la encarna, posibilitando el disciplinamiento necesario de las mujeres y el cuerpo femenino-gestante para llevar a cabo el proyecto de cuidado y protección de la natalidad.

Si bien el rol de vigilancia responde al objetivo del proyecto nacional de salud, el fundamento de la matronería ha sido hasta el día de hoy el acompañamiento, característica que sostiene la formación y el ejercicio de ellas. Dicho fundamento plantea que la matrona apoya, cuida y asiste el embarazo, parto y puerperio, generando un espacio de reconocimiento y subjetivación en el cual no sólo son vistas las mujeres desde la óptica de la institucionalidad, sino también desde sus necesidades, intereses, dificultades y condicionantes sociales, lo que se traduce en prácticas determinadas.

A partir de lo anterior, las matronas han adquirido un saber radicado en la experiencia de acompañar que trasciende el *qué-hacer*, basado en protocolos y procedimientos, para situarse en el ejercicio práctico del *cómo-hacer*, que establece una forma de cuidado que no solo atiende las variables fisiológicas, sino también las necesidades emocionales y sociales particulares de cada mujer, variables que por su naturaleza no se estiman relevantes de cuantificar ni estandarizar. Esta diferencia tendrá implicancias sobre la valoración de cada uno

de estos saberes, estableciendo una jerarquía en la cual los primeros serán los que delimitan el campo formal del saber y los segundos, aquellos que responden a cualidades personales y que tenderán a asociarse a conocimientos populares, y por tanto no considerados sustanciales para la profesionalización del nacimiento.

Con todo, podemos pensar que la forma en que se han situado estos saberes responde a una dinámica que se sostiene en la articulación entre saber y poder. Foucault (1992) precisa que hay saberes que en un momento histórico determinado han sido relevados a un lugar de legitimidad y verdad a partir de un discurso que se posiciona como hegemónico (17-18). Como “verdad”, entenderemos no aquello que refleja lo verdadero o falso que existe realmente, sino aquello que a través de un discurso validado señala lo que se considera cierto como saber, teniendo finalmente efectos de poder político y social en el conocimiento (*Id.* 178). El discurso médico, en este caso, se impone como aquel discurso legítimo y verdadero, en tanto desarrolla su saber sobre pilares científicos. Este saber se mantiene en un lugar de dominio al invisibilizar y dejar al margen a aquellos saberes que no se ajustan al conocimiento predominante.

Por su parte, aquellos saberes que no se ajustan a los parámetros legítimos, en nuestro caso, los saberes respecto al *cómo-hacer*, propio de la práctica de las matronas, pertenecerían a estos otros saberes al margen: para Foucault, los saberes sujetos (*Id.* 17). Estos “saberes sujetos” refieren a formas consideradas incapaces de otorgar un conocimiento que los cánones científicos exigen, ubicándose en un lugar inferior de otros saberes más institucionales. De esta forma, el filósofo francés menciona: “Cuando hablo de saberes sujetos entiendo toda una serie de saberes que habían sido descalificados como no competentes o insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, por debajo del nivel de conocimiento o científicidad requerido” (*Id.* 18).

Así, el *qué-hacer* y el *cómo-hacer* responden a necesidades diferentes, donde el primero se desarrolla hacia la estandarización y la regulación de los nacimientos, mientras que el segundo responde a la humanización de ese proceso, que pareciera ir marginándose en la medida que los conocimientos científicos van tomando terreno.

Podemos imaginar que la forma en la que se había estado desarrollando la asistencia al nacimiento daba espacio para la existencia del *cómo-hacer* de las matronas, en tanto la función de acompañamiento estaba principalmente a su cargo. De esta forma, el saber médico se sostenía en el ejercicio de la investigación y la búsqueda del perfeccionamiento, mientras que el saber de las matronas en el cuidado directo del parto. Sin embargo, cabe destacar que el *qué-hacer* científico históricamente crece en una progresión hacia la tecnificación, estandarización y protocolarización de la asistencia al parto, que durante la segunda mitad del siglo XX cimienta las bases de lo que hoy conocemos como parto institucionalizado-intervencionista o medicalizado, y que se ha convertido en la modalidad más común y legitimada hasta la actualidad. Con esta estandarización se van desarrollando protocolos, guías y procedimientos que, a partir de la especialización y la fragmentación del cuidado, establecen procesos asistenciales rutinarios y mecanizados, produciendo una rigidez que permite la uniformización y estandarización de los itinerarios clínicos (Hernández y Echevarría 2014 331), reduciendo el campo de acción de los equipos.

De esta manera, la mecanización de los procesos no sólo afecta las prácticas sino también los discursos, en tanto “el miedo al riesgo y las connotaciones morales de recriminación que puede conllevar el no cumplimiento de las normas, favorece la manipulación moral” (*Id.* 335). Esto adquiere mayor relevancia porque influye no sólo en la mujer gestante sino también en los equipos sanitarios, quienes deben planificar sus prácticas de manera preestablecida y mecanizada, asegurando cumplir los protocolos y evitando que los profesionales hagan circular información que esté fuera de lo establecido. Así, “la consecuencia final es una falta de la individualización asistencial desde la que no se pueden integrar las diferentes necesidades, emociones y opiniones maternas” (*Id.* 336), deshumanizando la asistencia al dejar fuera las necesidades que no pueden cuantificarse ni medirse biométricamente.

Con lo anterior, podemos observar que la manera en la que se desarrolla hoy en día el nacimiento ha implicado un cambio relevante en el *cómo-hacer* de las matronas, pasando de ser un trabajo que se realizaba puerta a puerta, adaptado a las condiciones sociales y

económicas de cada mujer, a ser un trabajo estandarizado que busca minimizar los tiempos y mantener todas las variables bajo control.

Es en este escenario donde surge la pregunta por la violencia obstétrica y por el lugar de responsabilidad que tienen las matronas en esto. La historia de la profesión y de la posición que ocupa la matrona dentro del modelo asistencial del parto nos da luces para comprender y complejizar este lugar de responsabilidad.

MATRONAS COMO CARA VISIBLE DE LA VIOLENCIA.

Durante las últimas décadas se ha observado cómo el fenómeno de la violencia obstétrica se ha comenzado a visibilizar a partir de que ciertas organizaciones que han rescatado las experiencias de violencia vividas por las mujeres gestantes. Organizaciones como la Red Latinoamericana de la Humanización del parto y el nacimiento (RELACAHUPAN), la International Cesarean Awareness Network (ICAN) y el Parto es Nuestro (EPEN), trabajan a nivel global para informar y concientizar sobre la violencia obstétrica y las consecuencias para las mujeres y sus hijos. En Chile, agrupaciones como el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile), Agrupación Ritmos de la Tierra, Colectivo Contra la Violencia Obstétrica, Nacer en Libertad, Parir(NOS) Chile, entre otras, tienen como objetivo además de concientizar, denunciar y ser agentes de apoyo para mujeres y sus familias que han sido víctimas de violencia obstétrica.

Es a través de los testimonios que recogen estas organizaciones que la matrona comienza a dibujarse como cara visible y representante de la violencia obstétrica. Si bien no hay acuerdo en la definición del concepto y sus alcances (Instituto Nacional de Derechos Humanos 2016 232), nosotras la entenderemos como:

La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, lo que se expresa como un tratamiento deshumanizado, abuso de medicación, y la transformación de procesos naturales en patológicos, trayendo con esto la pérdida de la autonomía y la habilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la vida de las mujeres (Fernández 2017 s.p)

Esta definición da cuenta, por una parte de prácticas directas desarrolladas frente a las mujeres gestantes que es vivenciada como violencia y, a su vez, de aquel marco de sentido en el cual estas se desarrollan, es decir, un discurso de saber que patologiza los procesos naturales y expropia el saber de la mujer gestante.

Observando la definición y el propósito por parte de las instituciones de visibilizar el fenómeno en cuestión y evidenciar lo normativizado como parte del proceso medicalizado del parto, nos preguntamos qué ideas nos aportan a pensar en el lugar de la matrona como cara visible de la violencia.

Retomamos la propuesta del lugar de la matrona como dispositivo institucional, como red de relaciones de saber/poder que ha posibilitado establecer el nexo entre las mujeres gestantes y la institución a través de la instalación de un saber hegemónico sobre el proceso del nacimiento, que desde sus orígenes desplaza el saber de la mujer gestante sobre su cuerpo. Desde aquí, la matrona es situada como agente de trato directo, como cara visible que acompaña y a su vez responde a la demanda institucional, demanda que, como vimos, ha ido cambiando a lo largo de la historia y donde la posibilidad de desarrollar un *cómo-hacer* adaptado a las necesidades particulares ha ido desapareciendo. Así, las matronas quedan relegadas a un lugar de subordinación, de desigualdad simbólica que facilita que el cuestionamiento recaiga sobre sus prácticas. Con esto, la violencia que viven las mujeres gestantes sería visualizada como una situación excepcional, de negligencia, de mala práctica de una matrona en particular o del gremio, invisibilizando y, por tanto, no cuestionando la violencia como parte constitutiva del actual modelo de atención al nacimiento.

CONCLUSIONES

Luego de realizar el recorrido de la historia de las matronas, podemos observar que la aparición de estas en el proceso del nacimiento está condicionada a un contexto socio-político que instaura la necesidad de control sobre el embarazo, parto y puerperio, evidenciando los riesgos que implicaba que estos procesos estuviesen a cargo de manos femeninas “no calificadas”.

Para lo anterior, comienza un proceso de institucionalización del nacimiento que, si bien cuenta con las matronas como agentes activos en el proceso de acercamiento de las mujeres a la institución, apelando a una cercanía por identificación, lo hace desde la instauración de un saber médico/masculino como discurso hegemónico que poco a poco fue cercando los alcances de la transferencia de conocimientos femeninos sobre el nacimiento, situando estos en un lugar secundario.

De esta manera, la figura de la matrona es instalada estratégicamente en un lugar de engranaje, de dispositivo que a través del cuidado y la vigilancia asegura la adecuación a los programas nacionales de cuidado materno infantil. Estos programas y lineamientos institucionales van atravesando la forma de cuidado que las matronas entregan a las parturientas, reduciendo el acompañamiento al espacio institucional y modelando la intervención hacia una mayor tecnificación y protocolarización del cuidado. La trayectoria histórica de las matronas muestra cómo lo anterior reduce la posibilidad de respuesta a las necesidades particulares de cada mujer, tendiendo a la reproducción de procesos, estandarización y deshumanización del vínculo.

Es desde este actual espacio de medicalización y estandarización del nacimiento que se puede dilucidar la pregunta inicial en torno a la violencia obstétrica y la responsabilidad que se deposita/tienen las matronas en ello. Este nuevo lugar de las matronas como agentes responsables de la violencia se puede entender visualizando que la matrona no es el único actor implicado, sino más bien un agente inserto en un sistema estructural que desvía la atención acerca de la violencia propia del marco institucional y el modelo que sostiene el actual proceso del nacimiento.

Para terminar, parece necesario preguntarnos en una posterior investigación cuáles serían las estrategias de las propias matronas, dentro del actual modelo de atención del parto, para encontrar un espacio de humanización del vínculo, retomando aquello que ha sido el fundamento de su cuidado en torno al nacimiento. Mientras tanto, ya hemos establecido ciertas bases histórico-políticas que permitan pensar y profundizar en los mecanismos subyacentes a este proceso.

NOTAS

1 Anita Román, presidenta del colegio de matronas de Chile, en una entrevista en el diario electrónico de la Universidad de Chile el 12 de Octubre de 2014, menciona: “[...] comparto el diagnóstico de que existe violencia obstétrica, eso lo compartimos todas las matronas del país. Acá hay una violencia obstétrica institucionalizada que se aumenta en el tiempo. [...] Históricamente hemos recibido el clamor de las matronas de asistir mejor. [...] No es fácil hacer turnos desde las cinco de la mañana, sin sentarse, sin tomarse un café o sin poder aliviar el dolor de la mujer porque no hay anestesistas, eso lo hemos vivido siempre las matronas. Me parece injusto que se diga que nosotras somos las culpables de la violencia obstétrica, cuando el gran culpable es el Estado de Chile” (Campos 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAEZA, A. “Mortalidad Infantil - La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante”. *Revista de Beneficiencia Pública*, 14 (1), (1924): 57-59.
- CAMPOS, P. “Colegio de Matronas: ‘La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado’”. Entrevista a Anita Román. Radio Universidad de Chile, 2014. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado/>
- CONDE, F. “Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico”. Discurso presentado en la Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote, Lanzarote, España, 2011. Recuperado de: <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>
- CRUZ, S., P. Jaurés, I. Leiva, C. Ruiz y P. Troncoso. “El discurso de la violencia obstétrica en Chile”. Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile), 2015. Recuperado de: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Discurso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>
- DUPRAY, M. “Los discursos de higiene y el cuerpo femenino como metáfora de ingobernabilidad”. *Revista Arenal*, 14 (1), (2007): 59-78.
- EHRENREICH, B. y D. English. *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Barcelona: Ediciones La Sal, 1981.
- FEDERICI, S. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Ediciones Tinta Limón, 2016 [2004]

- FERNÁNDEZ, J. "Violencia Obstétrica en contextos de crisis de salud", 2017. Recuperado de: <https://www.amnistia.org/blog/2017/08/violencia-obstetrica/>.
- FOUCAULT, M. *Genealogía del racismo*. La Plata: Editorial Altamira, 1992 [1976]
- FOUCAULT, M. "Historia de la Medicalización". *Revista Educación Médica y Salud*, 11 (1), (1977): 3-25.
- FOUCAULT, M. "Sujeto y Poder". *Revista Mexicana de Sociología*, 50 (3), (1988): 3-20.
- FOUCAULT, M. "Verdad y poder. Entrevista con M. Fontana" *Revista. L'Arc*, 70: 1992, 16-26. Recuperado de: <http://www.ram-wan.net/restrepo/hermeneuticas/11.verdad%20y%20poder.pdf>
- GALLEGO, G., M. Miró, P. Ferrer y D. Gastaldo. "Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó". *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4): 2005, 601-607. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a18v14n4.pdf>
- GODOY, L., M. Zárate. "Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973". *Revista Ciencias de la Salud*, 13(3): 2015, 411-430. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4358>
- HERNÁNDEZ, J. y P. Echeverría. "La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69(2): 2014, 327-348. Recuperado de: <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/455/459>
- INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. "Informe anual de la situación de los derechos humanos en Chile". Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016. Recuperado de: <http://indh.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>
- MILLER, J.A. "El juego de Michel Foucault". *Revista Ornicar*, 10, 1997.
- MONTES, M. "Las culturas del nacimiento, representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos". Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Universidad Rovira I, Virgili, 2007. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOLasculturasdelna.pdf>
- ORTIZ-GÓMEZ, T. "Protomedicato y Matronas. Una relación al servicio de la cirugía". *Revista Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 16 (1996): 109-120. Recuperado de: www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/download/105967/150029

- ORTIZ-GÓMEZ, T. y L. Sánchez. "La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII".
- P. BALLARÍN y C. Martínez. *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada: Universidad de Granada, 1995.
- RODRÍGUEZ, J. "La escuela de obstetricia y puericultura de la Universidad de Chile". *Revista de Beneficencia Pública*, 2(1) (1981) 19-40. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0023676.pdf>
- RODRÍGUEZ-Ocaña, E., E. Rosado y R. Moreno. "La polémica en torno a la ley de libertad de enseñanza en España, vista a través del periodismo médico (1861-1874)". *Revista Dynamis*, 5-6 (1986): 245-258. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6382868>
- SADLER, M. "Así me nacieron a mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del Parto Hospitalario". Tesis presentada para optar al título de Antropóloga Social. Universidad de Chile, 2003. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SIMON, R. "Reducción de la mortalidad infantil del primer año por la asistencia a las madres antes, durante y después del parto". Documento presentado en Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, Santiago de Chile, 1913. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75773.html>.
- ZÁRATE, M. *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008 [2007].