

En Sagredo, Rafael; y Gazmuri, Cristián, *Historia de la vida privada en Chile, Tomo 3*. Santiago (Chile): Taurus.

# “Parto, crianza y pobreza en Chile”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2007). “Parto, crianza y pobreza en Chile”. En *Sagredo, Rafael; y Gazmuri, Cristián Historia de la vida privada en Chile, Tomo 3*. Santiago (Chile): Taurus.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/29>

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



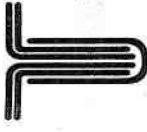
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*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>.*

# Historia de la vida privada en Chile

Bajo la dirección de  
Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri

Tomo III  
El Chile contemporáneo  
De 1925 a nuestros días

TAURUS 

# Presentación

© De esta edición:  
2007, **Agular Chilena de Ediciones S.A.**  
Dr. Anibal Arizúa 1444, Providencia,  
Santiago de Chile.  
Rolando Álvarez, Patricia Arancibia, Paulina Dittborn, Baldomero Estrada,  
Cristián Gazmuri, Rodrigo Hidalgo, Leonardo León, Elizabeth Lira, Luis Ortega,  
José del Pozo, Gonzalo Rojas, Jorge Rojas, Rafael Sagredo, Rafael Sánchez,  
Verónica Valdivia, Ángela Vergara, María Soledad Zárate.

• **Agular, Altea, Taurus, Alfaguara S.A. de Ediciones**  
Av. Leandro N. Alem 720, C1001 AAP, Buenos Aires, Argentina  
• **Santillana de Ediciones S.A.**  
Avda. Arce 2333, entre Rosendo Gutiérrez y Belisario Salinas, La Paz, Bolivia.  
• **Distribuidora y Editora Agular, Altea, Taurus, Alfaguara S.A.**  
Calle 80 Núm. 10-23, Saniaté de Bogotá, Colombia.  
• **Santillana, S.A.**  
Avda. Eloy Alfaro 2277, y 6 de Diciembre, Quito, Ecuador.  
• **Grupo Santillana de Ediciones S.L.**  
Torrelaguna 60, 28043 Madrid, España.  
• **Santillana Publishing Company Inc.**  
2043 N.W. 87 th Avenue, 33172, Miami, Fl., EE.UU.  
• **Agular, Altea, Taurus, Alfaguara S.A. de C.V.**  
Avda. Universidad 767, Colonia del Valle, México D.F. 03100.  
• **Santillana S.A.**  
Avda. Venezuela N° 276 e/ Mca. López y España, Asunción, Paraguay  
• **Santillana S.A.**  
Avda. San Felipe 731, Jesús María, Lima, Perú.  
• **Ediciones Santillana S.A.**  
Constitución 1889, 11800 Montevideo, Uruguay.  
• **Editorial Santillana S.A.**  
Avda. Rómulo Gallegos, Edif. Zulia 1er piso, Boletia Nie., 1071, Caracas, Venezuela.

ISBN: 956-239-349-6 (Obra completa)

ISBN: 978-956-239-526-7 (Tomo III)

Inscripción N° 165.419

Impreso en Chile/Printed in Chile

Primera edición: septiembre de 2007

**Cubierta:** Ricardo Alarcón Klaussen sobre *El 18 de septiembre*, óleo sobre tela de Israel Roa, 1953. Colección Museo Nacional de Bellas Artes, DIBAM.

**Fotografía de portada:** Marcela Contreras

**Fotografía de láminas:** Juan José Alfaro González

**Selección iconográfica y redacción, corrección y**

**edición de textos de láminas:** Rafael Sagredo Baeza

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial.

La acogida de los tomos I y II de la *Historia de la vida privada en Chile*, que hasta el momento se expresa en cuatro y tres ediciones respectivamente en menos de dos años, y en positivas evaluaciones de la crítica, no hace más que confirmar la opción que en su oportunidad tomamos. Se trataba de alejarse de la historia como pedagogía cívica, aquella ligada a la organización de la república y a la construcción de la nación que, en nuestra opinión, impidió ocuparse de muchos temas y preguntas que hoy forman parte de esta obra.

Nuestro punto de partida fue la época actual y sus desafíos; entre otros, la necesidad de explicar por qué las cosas habían ocurrido de un modo inesperado, diferente a como, de acuerdo con la historia pública, se supone que debían haber sucedido. En el ámbito de lo privado, en el sentido de lo no público, pensábamos que podrían encontrarse las claves que darían cuenta de la resistencia de los actores a comportarse según el papel que previamente se les había asignado, a rebelarse y poner en entredicho la supuesta trayectoria excepcional que nos muestra la historiografía sobre Chile; por ejemplo, olvidando su calidad de ciudadanos capaces de vivir plenamente los valores republicanos.

Tal vez, sospechábamos, las continuidades históricas estaban más lejos de lo que siempre se ha creído de esos dos monstruos, creados y creadores de modernidad, que son el Estado y la política, y también debían buscarse, por ejemplo, en los temas abordados en los volúmenes de esta obra. O, quizás, es que la visión general de la evolución histórica nacional prevaleciente es como el óleo de Israel Roa que ilustra la portada de esta obra. *El 18 de septiembre*, fiesta nacional, ícono, símbolo gozoso, momento de exaltación, de entusiasmo y fervor popular en torno a la patria, la nación, la república y sus éxitos. Instante de celebración pública que sólo muestra la exterioridad de los sujetos ahí representados en familia en sociedad, sin adentrarse, como esta obra lo hace, en su dimensión privada, incluso íntima, mostrando, cual microscopio, una realidad en demasiadas ocasiones muy distinta a la visión pública del conjunto.

Acaso, luego de esta *Historia*..., ¿cabe alguna duda de que para las grandes mayorías la expansión experimentada por el país desde el siglo XIX en adelante fue sólo una ilusión, una posibilidad si no imposible, a lo menos muy remota hasta bien entrado el siglo XX? Podrá tal vez interpretarse que las graves convulsiones experimentadas por el Chile de la segunda mitad de la centuria pasada, que finalmente terminaron afectando incluso a aquellos que siempre habían estado ajenos al miedo, dolor, violencia y precariedad derivada de la realidad social, también tuvieron como antecedente las características de la existencia privada de los chilenos. Todas las cuales, finalmente, terminaron haciéndose presentes en la vida social y pública, experimentando así la sociedad, como conjunto, lo que la mayor parte de las generaciones de chilenos había vivido en el ámbito que le era propio.



## Parto, crianza y pobreza en Chile

María Soledad Zárate

«Madre, cuéntame todo lo que sabes por tus viejos dolores. Cuéntame cómo nace y cómo viene su cuerpecillo, entrabado en mis vísceras.

Dime si buscará solo mi pecho o si se lo debo ofrecer, incitándolo.

Dame tu ciencia de amor ahora, madre. Enséñame las nuevas caricias, delicadas, más delicadas que las del esposo.

¿Cómo limpiaré su cabecita, en los días sucesivos? ¿Y cómo lo liaré para no dañarlo?

Enséñame, madre, la canción de cuna con que me meciste.

Eso lo hará dormir mejor que otras canciones». «Cuéntame, madre...», *Desolación*, Gabriela Mistral

En *Desolación* (1922), Gabriela Mistral dedica su prosa y poesía al sentimiento y ejercicio de la maternidad. Para la poetisa, todo lo que una mujer necesitaba saber para ser una buena madre lo aprendía de la propia, en el seno familiar: y/o en sus redes sociales más cercanas. La experiencia de quien había parido y criado resultaba irremplazable, e imprescindible su transmisión de mujer a mujer: la confianza en la sabiduría de la que ha sido madre era incuestionable.

De manera opuesta, la maternidad y las madres en la mirada de la medicina y de la asistencia social de Chile desde 1920, eran una experiencia y un grupo humano, respectivamente, que requería normarse, entrenarse y medicalizarse, en especial si pertenecían al segmento poblacional más pobre. El vasto repertorio de publicaciones que médicos y asistentes sociales produjeron y que se multiplicó significativamente en las décadas siguientes así lo corroboran. Gracias al registro monumental de esas fuentes es posible reconstruir parte de la experiencia del ciclo maternal<sup>1</sup> de las mujeres pobres y trabajadoras que serían o eran madres y que buscaban auxilio en los servicios caritativos-privados de las gotas de leche y asilos, y en los estatales de la Caja del Seguro Obliga-

Imagen de Guillermina Malvenda, quien parió en la calle, junto a su bebé. Una triste realidad que la protección social progresivamente fue erradicando. *Unidad, Revista de los empleadas de la Caja de Seguro Obligatorio*, año 6, N° 72, julio de 1947, p. 3.

gatorio y la Dirección General de Sanidad en la primera mitad del siglo XX.

El cuidado de parturientas, recién nacidos y lactantes, provisto por agentes sanitarios y sociales, era entendido como parte del proceso de reproducción de una nación e inspiró una cruzada estatal que, explícitamente, se propuso la intervención biológica.<sup>2</sup> La historia de la maternidad es, entonces, parte de una dimensión estratégica de la protección estatal y del proyecto sanitario-profesional del Chile contemporáneo.

La profesionalización del cuidado maternal tenía como principal propósito médico reducir las altas tasas de mortalidad infantil y maternal al mejorar las condiciones asistenciales de la embarazada, del parto y de los primeros años de vida de los hijos. Pero también propiciaba la difusión de la puericultura y el vínculo materno-infantil que comenzaba a estarse beneficioso. La muerte del bebé a los pocos días de nacer que, hoy por hoy, constituye una excepción y una sorpresa dado el avance alcanzado por la obstetricia y la pediatría, en el pasado reciente chileno era un hecho natural, aceptado y cotidiano. Más aún, para muchas mujeres resultaba un alivio, pues se decía que cada nuevo nacimiento era una tragedia para la familia obrera, como lo dejan entrever las lavanderas que dialogan en el conventillo recreado por el escritor Nicomedes Guzmán en su novela *Los hombres oscuros*, de 1939:

«—¡Parece que Jacinto ya me plantó "otro"! ¡Este mes no me llegó la "cuestión" ...!»

—¿Por qué no lo aborta, vecina?

—¿Abortar? ¡Matarlo? ¡Ni me lo diga...! ¡Como si yo no hubiera visto el guaguito que botó mi comadre Zulema! ¡Chiquitito, una mano de sangre apenas, se movía como un grande! ¡Daban deseos de llorar, vecina, por Diosito! ¡Casi me atacué!»

—La suerte que yo no tendré más chiquillos... ¡No sería tampoco capaz de botarlos! ¡Es un crimen! ¡Qué culpa tienen los pobrecitos! ¡Una suerte que me hayan sacado los ovarios!»

—¿Encuentra suerte eso, vecina? Después de todo, los chiquillos son una alegría para una... ¡Si la vida fuera fácil, yo me sentiría feliz de parir hartos chiquillos!... Pero así como va la vida, hasta pesa parir. ¡La vida la endurece a una! ¡No deja de ser bonito que la preñen a una...!»<sup>3</sup>

¿Qué sabemos de las mujeres que se convertían en madres en el Chile de la primera mitad del siglo XX? ¿Cómo parían? ¿De qué morían las parturientas, los recién nacidos y los infantes menores de un año? ¿Dónde era mejor que se produjera el parto, en la casa o en el hospital? ¿Qué conductas, hábitos y moral familiar era necesario reformar para disminuir los altos índices de mortalidad materno-infantil, de abandono de los hijos y del aborto? ¿Qué políticas específicas podían mejorar las condiciones de vida de la población femenina pobre que estaba embarazada o que ya era madre? Estas fueron algunas de las preguntas que inspiraron las políticas de protección estatal médica y social dirigida a las embarazadas y madres de la clase trabajadora e indigente.

Este artículo examina la trayectoria de algunas de aquellas políticas del Chile contemporáneo, que dieron vida a transformaciones que afectaron la experiencia del parto y la primera crianza y que fomentaron, entre otras consecuencias, el que ambas perdieran paulatinamente el carácter íntimo y la naturaleza doméstica que las rodeaba hasta entonces, para convertirse en materias de debate público sanitario. Paralela y contradic-

toriamente, el parto y la primera crianza experimentaron procesos de privatización en la medida que el primero fue, de manera progresiva, confinado al espacio hospitalario, y la segunda era circunscrita al espacio del policlínico, el consultorio y/o la oficina social. Ambas transiciones implicaban desechar gradualmente la influencia de las redes familiares y de la medicina popular y familiar en pos de integrar la de los profesionales sanitarios y asistenciales.

## Parir en casa

En Chile, el lugar del parto hasta pasada la mitad del siglo XX fue preferentemente el domicilio de la futura madre; no obstante, en el caso de la capital los partos asistidos en maternidades y hospitales ya alcanzaban el 60% de los nacidos vivos en 1951<sup>4</sup>. Asimismo, la asistencia sanitaria del parto estuvo preponderantemente en manos femeninas, parteras y matronas, salvo en Santiago, donde la disponibilidad de médicos era mayor<sup>5</sup>.

Desde fines del siglo XIX, la asistencia del parto y el cuidado de los hijos estimularon la formación obstétrica de las matronas y médicos, y su entrenamiento clínico en la Casa de Maternidad de Santiago. La asistencia del parto dejaba de estar exclusivamente en manos de parteras —conocidas por practicar una «ciencia de hembras»<sup>6</sup> ligada al conocimiento médico popular e indígena— y comenzaba modestamente a ser parte de la preocupación de médicos y matronas instruidos en la naciente «ciencia obstétrica», inspirada en su mil europeo<sup>7</sup>. Sin desconocer este proceso, lo cierto es que aún la «ciencia obstétrica» se reducía a la oferta de un puñado de médicos y matronas que en Santiago beneficiaba a la población femenina que podía pagar sus servicios o a la más pobre que recurría a la Casa de Maternidad que, por ejemplo, no recibía más de dos mil mujeres en 1899<sup>8</sup>. En 1900 se contabilizaban 110.697 nacidos vivos en el país<sup>9</sup>, y en 1895 el Censo registraba la existencia de 842 médicos y 814 matronas<sup>10</sup>.

La mejor de las estimaciones indica que ambas categorías agrupaban a personas que declaraban tal oficio sin contar con certificación formal. Lo seguro es, entonces, que más de la mitad que se declaraba matrona, en realidad fueran parteras y/o curanderas; en consecuencia, la «ciencia de hembra» era la que se empleaba en la mayoría de los partos del país.

¿Qué sabemos respecto de los preparativos del parto, quiénes estaban junto a las mujeres? Pese a la importancia de este momento en la vida femenina, los testimonios de mujeres son escasos, y es necesario recurrir a fuentes literarias, médicas y asistenciales que se concentran preferentemente en la descripción de partos complicados y con desenlaces trágicos, y a los manuales de puericultura que incluían recomendaciones útiles al parto en el hogar de la futura madre.

Hacia fines del siglo XIX, la principal compañía de las mujeres durante el parto en la casa eran las otras mujeres de la familia, las vecinas, la partera, la matrona o la «meica». Sólo en contadas excepciones se incluía al «médico o la partera, una criada y dos personas sumamente afectadas a la parturienta, en el trance del parto»<sup>11</sup>. Cuando los dolores del alumbramiento comenzaban se recomendaba dar una alimentación sólida a las mujeres que les brindara energía para tolerar el esfuerzo físico del trabajo de parto: era habitual estimular el consumo de caldos de ave



y/o carne de vacuno, y de vino caliente, recomendación frecuente en las siguientes décadas. Por ejemplo, Wenceslao Hidalgo, médico, sostenía en 1877, que si el parto se prolongaba mucho, «las fuerzas faltan y la mujer tiene deseo de tomar algo, se le puede dar un poco de caldo o bebidas ligeramente refrescantes; pero nunca el vino caliente que suele aconsejarse para aumentar las fuerzas»<sup>12</sup>.

Por esta época, las mujeres privilegiaban posturas y movimientos que facilitarían la expulsión de la criatura, apoyadas por quienes las acompañaban, no obstante, Hidalgo ya escribía que el lugar más cómodo para desembarazar era la posición acostada, que empezaba a imponerse en los recintos hospitalarios, por la comodidad que representaba para el médico. Cuando los dolores eran más intensos, la labor de la matrona, partera, médico o familiar consistía en «poner sus manos sobre las partes como sujetándolas en cada esfuerzo, con lo cual no se mitigarán los dolores, sino que se evitarán desgarraduras, que en ese tiempo del parto son frecuentes y mucho más en las primizas o primiparas». Si la expulsión de la placenta no se producía espontáneamente, «hay necesidad de ayudar a la naturaleza, ya por fricciones sobre el vientre o haciendo ligeras contracciones del cordón umbilical en el momento en que se producen las contracciones del útero». La extracción violenta de la placenta era una práctica relacionada a la muerte maternal a causa de hemorragias internas, y el ser atribuida usualmente a las parteras fue uno de los tempranos argumentos para desprestigiar la asistencia que ellas proveían<sup>13</sup>.

El cuento de Manuel Guerrero Rodríguez «El parto»<sup>14</sup>, publicado en 1941, ofrece una detallada descripción de los momentos en que Eulogia, una campesina de la solitaria tierra sureña de Confluencia, experimenta los dolores de parto en compañía de su asustada hija, Chana, a quien le dice:

«Estoy enferma... muy enferma... Voy a tener un chiquillo. Tú lo vas a ver. La mujer sufre mucho cuando va a parir... Dicen que también se puede morir entre los dolores. Tu padre no ha llegado de los barbechos. Dijo que llegaría por ayer: cinco días son muy largos... No hay quien vaya a buscar a la partera... No hay quien vaya a buscar a doña Clema... Pero yo creo que ya no sirve: está muy vieja... Yo no sé qué voy a hacer si tu padre no llega... Hay que tener agua caliente. ¡Ay! Me duele todo el cuerpo... Los animales paren solos. Dicen que a veces las mujeres también paren solas, pero sufrirán más, mucho más...»<sup>15</sup>.

Ante la posibilidad de ver morir a su madre, Chana sale en busca de auxilio, que encuentra en un pescador, Peirucho, quien se autodefine «bien baqueano para cortar ombigos». Peirucho se hace dueño de la situación como un auténtico «meico del campo», solicitando utensilios necesarios, como paños, fájero, mantillas y una cuchara nueva de lata para cortar el ombigo. A Chana le ordena matar una gallina y preparar un caldo; mientras él pelaba y despedazaba el ave, Eulogia bebía el vino que serviría de sedante para aminorar los dolores que se aproximaban. La «armada», un lazo de cuero encebado que pasaba por la viga que estaba sobre la cama de Eulogia y que se deslizaba entre sus axilas, era el mecanismo para ser alzada por Peirucho hasta que sólo la punta de sus pies rozara el camastro:

«Abierta de piernas, sujetándose el vientre que parecía abrísele, so-baba su carne dolorida. Los gritos de dolor no encontraron eco en la pieza plagada de agujeros. El hombre, hábil maestro de esa operación

salvaje pero necesaria, abría campo entre las roídas ropas como si preparara un nido. La parturienta presentaba un aspecto atrozmente repugnante. Chana enterrábase las uñas en sus huesos para no dar rienda suelta a la desesperación»<sup>16</sup>.

El colgar a la parturienta fue una experiencia común, a juzgar por fuentes médicas y folclóricas latinoamericanas que destacan su brutalidad y las distintas modalidades que aquella adoptaba; particularmente fueron las matronas las que conocieron de cerca esta práctica<sup>17</sup>. Lo cierto es que la tarea de quien asistía el alumbramiento se reducía al apoyo moral a la parturienta, la que no se agotaba sólo por los agudos dolores que sentía, sino por el desgaste físico que esta posición le producía y que en el caso de Eulogia fue excesivo:

«Su cuerpo había perdido el mando. Revolvíase en el aire como un animal sacrificado. La cuerda, al rozar con la viga, crujió. De repente, asomó la criatura. Un ¡ay! tremendo saludó su llegada. La recibió Peirucho en la palangana y, rápidamente, operó con la cuchara de lata. Dejándolo a un lado la masa que dejaba escapar el llanto de un niño, descolgó a la madre y cubriendo con un saco el resto de sangre que había en el lecho, la ayudó a tenderse. Una mujer no habría tenido más tacto ni maestría... Limpió el sudor de la mujer y volvió sus dedicaciones al recién nacido»<sup>18</sup>.

Nacido el bebé, el cuidado en la madre se concentraba en los temblores y dolores cólicos uterinos, conocidos como «entuerros», que restauran el tamaño normal de ese órgano y que eran contenidos por fricciones con láudano sobre el vientre. Otro motivo de preocupación, según Hidalgo, era la «fiebre de leche» o «láctea», un estado febril que aparecía habitualmente entre cuarenta y sesenta horas después del parto, y que se caracterizaba por una piel caliente y sudorosa, un pulso ancho y blando, una hinchazón dolorosa en los pechos y un dolor de cabeza más o menos intenso<sup>19</sup>.

Casi cincuenta años más tarde, el médico Isaura Torres publicó en 1926 su manual *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, que dedicaba un apartado al parto domiciliario, si bien las recomendaciones relativas al traslado de la parturienta a un recinto asistencial ya estaban presentes<sup>20</sup>. La higiene del cuerpo de la mujer, especialmente de los órganos genitales, y la suspensión de las relaciones sexuales en el último mes del embarazo eran indicaciones frecuentes. Se listaban los implementos, químicos farmacéuticos y utensilios necesarios para antes y después del parto usados por «personas acomodadas» y «personas pobres»<sup>21</sup>.

En manos de la matrona se iniciaba el ritual higiénico que, similar al descrito por Hidalgo, salvo por la inclusión del lavado intestinal, incluía pasos como la limpieza de órganos genitales por fuera con agua cocida; el no barrer ni limpiar muebles con plumero durante el día y menos durante el parto; extrema higiene en manos, sábanas y agua para evitar la fiebre puerperal; la preparación de la cama con dos sábanas y entre medio de ellas un hule; entibiar la pieza con estufas o braseros, y la permanente disponibilidad de teteras que aportaban humedad y agua hervida. Se insistía en la precaución de no atender a la mujer en el suelo o colgada —como el caso de Eulogia—, y en la limitación del número de personas en la pieza del parto, prácticas que desaparecerían proporcionalmente al crecimiento del parto asistido por matronas y en recintos hospitalarios.

La matrona, y sólo ella, pues Torres no incluía la presencia de parteras, procedía al corte umbilical y aseaba el exterior de genitales de la madre, usando un paño y algodón seco entre las piernas. Ponia alrededor de la cintura una faja abdominal y administraba una inyección de ergotina para evitar hemorragias y regresión de la matriz. El descanso y la restricción de visitas durante los siguientes seis días era la medida habitual luego de un parto normal, pero esta disposición resultaba una ilusión para aquellas mujeres que siendo pobres y solteras debían generar ingresos rápidamente.

Hasta el comienzo del siglo XX, la presencia del médico en el parto de mujeres pobres constituía una excepción, que sólo se daba cuando éstas recurrían a recintos hospitalarios o cuando miembros de sus familias, sacrificando los pocos ahorros y ante la muerte materna inminente, los requerían en sus domicilios. Los peligros que podía detectar el médico en el domicilio y que le competían exclusivamente podían ser, por ejemplo, la posición inadecuada del feto, la dificultad de la mujer para eliminar la placenta o la aparición de hemorragias internas<sup>22</sup>.

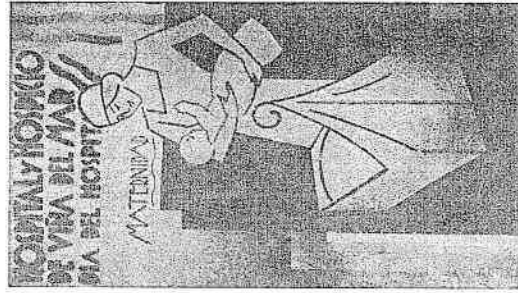
## La madre asegurada: protección social y sanitaria

Aun cuando el parto y el cuidado de la madre pobre siguieron mayoritariamente en manos de matronas y parteras durante las primeras décadas del siglo XX en Chile, las nuevas generaciones médicas — influenciadas por el pensamiento eugenésico europeo y las desventajas de la pobreza femenina urbana local — convirtieron la asistencia del parto en una materia pública que excedía la frontera del ámbito clínico, para ser también uno de los ejes de la «cuestión social» y parte de una política estratégica en pos del descenso de los índices de mortalidad materna y neonatal<sup>23</sup>.

En 1900, por cada mil nacidos vivos en Chile, 342 morían, y en 1920, por igual proporción, fallecían 263. En el Santiago de 1920, la cifra aumentaba a 334 por cada mil. Estas cifras incluían a los niños muertos antes del primer mes de vida, que representaban aproximadamente más de un 36% de la mortalidad infantil total<sup>24</sup>. Considerando que los reportes estadísticos de la época no eran exhaustivos, el índice de mortalidad materna más confiable corresponde a 1930, año en que murieron 1.147 mujeres en el parto y por complicaciones puerperales en recintos hospitalarios, de un total de 169.395 nacidos vivos en el país. En el caso de Santiago, de 9.645 nacimientos exitosos en las tres maternidades capitalinas más antiguas, 180 mujeres fallecieron por causas similares en 1920<sup>25</sup>. Uno de los significados históricos de estas cifras fue la influencia que tuvieron en la transformación del control del embarazo y del parto entre las mujeres pobres como uno de los objetivos político-demográficos que podían garantizar el nacimiento de ciudadanos, y particularmente trabajadores sanos y productivos, útiles al desarrollo industrial que la economía local experimentaba y el Chile moderno requería después de la década de 1920.

Las ponencias presentadas en el 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) lo confirman.

Afiche alusivo al día del hospital que ilustran imágenes de maternidad. *Revista de Asistencia Social*, tomo 3, N° 4, diciembre de 1934.



Celebrados en Santiago, estos eventos fueron protagonizados por médicos que, palpando diariamente los límites de las instituciones disponibles, abogaban por mayores atribuciones sanitarias para el Estado y la caridad organizada, y entendían la medicina como un factor de progreso social, al estilo de los Estados benefactores europeos. Frente a la proletarización femenina urbana<sup>26</sup>, sugerían la elaboración de medidas jurídicas-laborales que protegerían a las parturientas y a la infancia abandonada, y la creación de «dispensarios de amas» y «asilos maternos» que ampararían a las embarazadas y a las que darían a luz, a semejanza de la asistencia pública parisina<sup>27</sup>. Inspirados en médicos franceses, como Pinard y Budin, algunos discutían el efecto del trabajo físico en el ciclo maternal, las ventajas para las mujeres pobres de parir en maternidades<sup>28</sup> y la necesidad de perfeccionar las estadísticas, tarea emprendida por el primer Instituto de Puericultura de Santiago, fundado en 1906<sup>29</sup>.

Paralelamente al reconocimiento por parte de la clase médica y de organizaciones caritativas de los beneficios clínicos y sociales de la atención profesional del parto, la década de 1920 sumó a un nuevo actor interesado en su cobertura asistencial: el Estado. Su inicial intervención se concretó por medio de dos instrumentos legales: la Ley de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio de 1924 (en adelante CSO) y las reformas al Código del Trabajo de 1931, que consagraban los derechos de la madre obrera, el descanso prenatal y postnatal y los subsidios maternales<sup>30</sup>. La primera ley, presentada por el diputado conservador y médico Ezequiel González Cortés e inspirada en sus observaciones del sistema previsional alemán, declaraba la afiliación obligatoria de la población obrera, hombres y mujeres menores de sesenta y cinco años, a un seguro de enfermedad e invalidez. Con respecto a las parturientas, establecía la obligatoriedad de la «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 23% en el período posterior, prolongado hasta el destete cuando amamantaren a su hijo. Este período no podrá exceder de ocho meses»<sup>31</sup>. Contando inicialmente sólo con matronas y médicos, los servicios asistenciales de la CSO convertían el auxilio profesional del parto, domiciliario y hospitalario, en un objetivo de política sanitaria.

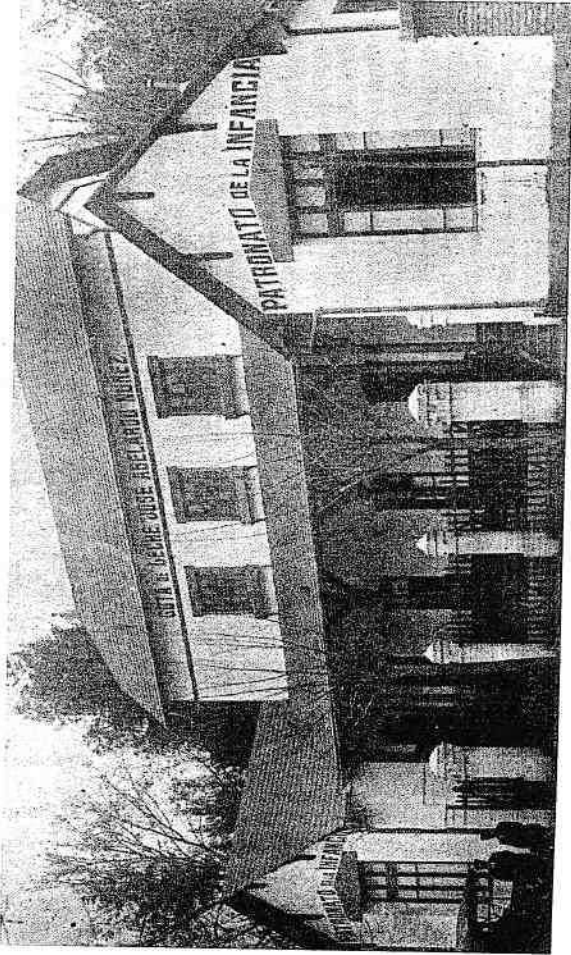
Por su parte, la Dirección General de Sanidad (en adelante DGS), regida por el Código Sanitario de 1931, dispuso la creación de centros preventivos Madre y Niño, que fueron heredados por el Departamento Central de Madre y Niño, creado en 1940<sup>32</sup>. Estas reparticiones públicas apoyaban a las mujeres indigentes y a los niños abandonados, población que no accedía a los beneficios de la Caja del Seguro Obligatorio. En adelante, las políticas asistenciales distinguirían a las madres aseguradas y no aseguradas.

Por medio de la biografía de una joven y empobrecida mujer que iba a ser madre, la aspirante a visitadora social (en adelante VS) Guillermina Gronemeyer proporciona antecedentes emblemáticos de lo que sucedía con una de las primeras beneficiarias de las políticas maternales y su peregrinación institucional a fines de la década de 1920. Se trataba de una mujer de sólo diecinueve años, que nunca es identificada por su nombre y que en 1928 estaba embarazada y no contaba con un lugar donde pasar los últimos días de su preñez ni donde dar a luz<sup>33</sup>. Al momento de contactarla, la joven ejercía como empleada doméstica y esperaba un hi-

jo de un hombre que la visitaba frecuentemente en el hogar en que trabajaba, al que primero describe como soltero y con el que, según ella, no podía casarse porque residía en el sur del país. Al abandonar este trabajo, su vida se convirtió en una aflicta travesía: en el nuevo hogar en que se emplea es rechazada al poco tiempo a causa de su estado, busca auxilio en un asilo maternal y al presentar síntomas de aborto es enviada a una maternidad. Luego de recuperarse es devuelta al asilo, donde no es recibida, pues aún faltaba tiempo para el parto, y viajó al sur a la casa de una conocida.

En adelante, la tarea de Gronemeyer consistió en asegurar que esta mujer no atentara contra la vida del retoño y que tampoco albergara deseos de abandonarlo después de nacido: «Le aconsejamos en primer lugar que no abandonara a su hijo y que era su deber criarlo y le citamos que fuera el sábado 16 a la Maternidad Carolina Freire para que la examinara el doctor y para ver si la admitían en el Asilo Maternal».<sup>34</sup> En los siguientes días, Gronemeyer se encargó de revisar la libreta del Seguro Obligatorio de la embarazada, verificando el retraso de dos meses de su cotización y que aún era posible pagar esa deuda. Luego, asiste a la Maternidad Carolina Freire y paga el seguro, además de proveer tejidos y moldes de confección para que la madre hiciera la ropa del bebé. No obstante, en una nueva visita se enteró que la joven ha dejado el recinto asistencial y comienza su búsqueda en las maternidades de San Borja, de la Asistencia Pública y en la de San Vicente. Paralelamente se entrevista con su primer empleador, quien le informa de circunstancias desconocidas por la embarazada eran falsos, pues el supuesto padre del bebé era casado, «muy honrado» y no vivía en el sur. Además, a ella la habían despedido de ese trabajo por problemas de conducta y por la constatación de sus «facultades trastornadas», razón por la que permaneció una breve temporada en la Casa de Orates.

Fachada del edificio del Patronato Nacional de la Infancia en 1919. *Revista de Beneficencia Pública*, tomo III, 1919, p. 24.



A los pocos días, la mujer da a luz en una maternidad no identificada. Al encontrarse con la joven madre, ésta le confiesa «que el padre de la guagua era el señor del sur, antes había dicho que era soltero porque así se lo había él exigido que dijera, y le había prometido ayudarla. Después de haberle dado algunos consejos, le prometimos ir a buscarle la ropa y la mandamos a guardar cama».<sup>35</sup>

Al dar a luz, las posibilidades asistenciales para mujeres abandonadas o sin redes parentales se reducen a la acogida temporal en un asilo maternal, pues ninguna maternidad las admitía, a menos que la fecha del parto estuviera próxima; atrás habían quedado los días en que la Casa de Maternidad de Santiago permitía la permanencia de algunas mujeres por más de siete u ocho días. Aunque sin éxito, Gronemeyer intentó otra solución que aún era común entre las mujeres que parían en total desamparo en Santiago:

«A las nueve de la mañana la llevamos a la Casa de Huérfanos para que la reciban de ama con su guagua. Hablamos con la visitadora, quien iba a conseguir ocuparla ahí sin que abandonara a su hija, pero después de haberla examinado encontró que no alcanzaba a dar la leche suficiente para poder alimentar a tres niños, de modo que no la dejaron».<sup>36</sup>

Como se aprecia, convertirse en ama o nodriza —mujer que comerciaba con la leche de su propio pecho— era una alternativa laboral para aquellas que, después de haber parido y que conservaban a sus hijos, su dotación de leche era abundante, con la cual se podrá alimentar a más de un niño simultáneamente. No obstante, este oficio caía en descrédito en virtud del mandato social de la lactancia materna y del exclusivo derecho del niño sobre la leche que producía su madre.<sup>37</sup>

Sin perder las esperanzas, Gronemeyer insistió ante sus profesoras por tener una nueva oportunidad para auxiliar a esta mujer; en tanto, visitaba la Oficina de Empleos del Club de Señoras, insertaba un aviso en *El Mercurio* y recurrió al Asilo Maternal, donde, gracias a la gestión de una visitadora titulada, la joven madre fue aceptada. A su juicio, aquella mujer encontró un poco de alegría y tranquilidad para pensar, acompañada de su pequeño hijo, en un nuevo futuro:

«En resumen, la situación era bien crítica, iba a ser madre, sin recursos, abandonada por todos, sus patrones la despedían al imponerse de su estado; ella pensaba abandonar a su hijo y ocuparse. Todos los desengaños y sufrimientos que ha pasado han sido ocasionados por la ignorancia, más que por malicia. Ahora está muy cambiada, resignada y agradecida de los servicios que le hemos hecho y que a ella no se le habían ocurrido; por ejemplo, la ayuda que recibió del seguro, etc.»<sup>38</sup>

La historia de aquella mujer reunía algunas de las carencias más recurrentes entre la población femenina pobre: la espera de un hijo en soledad a consecuencia del repudio de la pareja, la incertidumbre de dónde partir, el dolor y la impotencia de ser rechazada por el entorno social más cercano, la pérdida de la fuente laboral, la elección del aborto o del abandono del hijo como eventuales soluciones ante la falta de apoyo material y emocional.

El nuevo papel del Estado, trazado por las reformas y organismos creados en la década de 1920, se profundizó con algunas modificaciones, como la extensión temporal del auxilio a las madres aseguradas hasta la edad de un año del hijo y de la atención de éste hasta los dos años, desde 1936, y la ampliación de beneficios a las esposas de asegurados, en



1938<sup>39</sup>. Asimismo, la llegada al poder del Frente Popular ese mismo año<sup>40</sup> y la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva y la Ley Madre y Niño, multiplicaron las tareas sanitarias dirigidas a disminuir el impacto de las «enfermedades sociales», como la tuberculosis y la sífilis, y la mortalidad materno-infantil en la clase trabajadora. «capital humano» más castigado por la acelerada industrialización<sup>41</sup>. Respecto a la asistencia del parto provista por la CSO, se reforzó el fomento al criterio preventivo y la creciente cobertura nacional del parto domiciliario y hospitalario. Por ejemplo, en 1938, la CSO asistió 22 mil partos, y ya al año siguiente la cifra sobrepasaba los 25 mil, de los cuales ocho mil correspondían a partos atendidos en maternidades<sup>42</sup>.

Los servicios maternos y de lactantes, responsables de la embarazada hasta el primer año de vida del hijo, y de éste hasta que cumplía dos años de edad, fueron el foco de atención de los consultorios de la CSO<sup>43</sup>. «La Administración General de la Caja tiene fe en la honestidad y en el sentimiento maternal de la mujer obrera, y espera que, sometida a la disciplina del consultorio y al consejo orientador del médico, pronto tendrá conciencia plena de los problemas de su sexo y de sus deberes y derechos como madre y como asegurada, y se hará acreedora a los premios que fija el reglamento respectivo. Además, en esta forma se alcanzará que estos servicios sean una verdadera escuela práctica de la madre obrera chilena, que vitalizará, en parte, la raza; que generará cultura, ejemplos permanentes y ramos técnicos que obedecerán a directrices centralizadas e integrales»<sup>44</sup>.

¿Qué efectos tuvieron estas reformas estatales sociosanitarias en la vida de las mujeres y madres que podían acceder a ellas? Entre los principales fenómenos sociales estaban el redescubrimiento de la madre soltera, de la influencia negativa del trabajo físico y los escasos cuidados prenatales en la embarazada, la ausencia de condiciones sanitarias adecuadas para el parto y el puerperio, y la falta de control médico de la madre y del recién nacido. Frente al desafío de obtener un compromiso estable de las beneficiadas, estas reformas fueron acompañadas de una serie de estrategias, como la instauración del Día de la Madre desde 1924, las visitas benéficas a las parturientas hospitalizadas, la creación de redes femeninas —como la Liga de las Madrecitas, fundada por la médica Cora Mayers— o la premiación de las madres que alcanzaban metas comprobables, como el aumento de peso, amamantamiento continuo y/o higiene personal de sus hijos<sup>45</sup>.

El deambular de las madres por los servicios de la beneficencia y de las agencias estatales capitalinas en busca de auxilio médico y material, como el caso reseñado por Gronemeyer, fue una dimensión de las nuevas rutas urbanas de la población femenina en la primera mitad del siglo XX. La exposición del cuerpo grávido, la multiplicación de los interrogatorios clínicos y sociales frente a hombres médicos, matronas y visitadoras sociales comenzaron a ser parte de una rutina asistencial específica y estimulaban las confesiones femeninas de una vida envuelta en apremios y ansiedades ante la noticia de un nuevo hijo.

## De la casa a la maternidad

La transición del parto asistido en la casa al hospital, un fenómeno todavía escasamente documentado, fue parte del vasto debate público de



Madre e hijos con la visitadora social que, cuando el caso lo requiera, llegaba hasta el hogar del niño para hacer las investigaciones necesarias y enseñar las reglas elementales de Higiene. *Servicio Social*, año II, N° 1, marzo de 1928, p. 27.

las transformaciones sanitarias asistenciales en la primera mitad del siglo XX chileno. En la década de 1920, el parto hospitalario registraba signos de crecimiento respecto a fines del siglo XIX, cuando sólo existía la Casa de Maternidad de Santiago, gracias a que las madres aseguradas de la CSO contaban con financiamiento para ser hospitalizadas si se presentaban complicaciones en sus partos y a que la oferta hospitalaria también era atractiva para las mujeres más pobres y no aseguradas.

La posibilidad de palear en un recinto asistencial o asilo era una atrayente pero complicada opción frente al cuarto sucio, al conventillo maloliente o a la casucha en ruinas en que vivían las mujeres pobres de Santiago. Atrayente porque liberaba temporalmente a las mujeres de un ambiente poco higiénico y de las tareas domésticas, pero complicada porque las ponía en la encrucijada respecto de qué hacer con los otros hijos o parientes que dependían de su presencia y cuidados. Pese a esta controversia, Luisa Fabres, visitadora social de la Maternidad Carolina Freire, del Patronato Nacional de la Infancia, sostenía en 1928, como otras profesionales, que la hospitalización del parto era altamente beneficiosa para la «madre soltera, aquella mujer que se ve repudiada por los de su casa y que se encuentra en completo abandono»<sup>46</sup>.

Entre 1900 y 1930 se sumaron a la Maternidad del Hospital San Borja, antigua Casa de Maternidad de Santiago, la Maternidad de la Escuela de Obstetricia y Puericultura Alcibíades Vicencio, que destacaba por su cobertura; la del Hospital Clínico o San Vicente, que era pagada —a excepción del grupo de menesterosas—, con capacidad de 155 camas y con disponibilidad de dispensarios anexos para embarazadas y de puericultura, y la Maternidad del Hospital del Salvador, con 100 camas, gra-

tuita y con dispensarios similares al hospital anterior.<sup>47</sup> Luego, se agregaron las maternidades Carolina Freire, del Patronato Nacional de la Infancia, Madre e Hijo, de la Unión Evangélica de Chile; Susana Palma, y las ubicadas en clínicas privadas, como la Alemana y Santa María. En Santiago, las maternidades del San Borja, del Salvador y San Vicente de Paul acogieron a 20.849 parturientas en 1920, y en 1952, las mismas instituciones, con sus respectivas secciones de pensionado, y más las maternidades Carolina Freire y Madre e Hijo, registraban la atención de 30.444 mujeres.<sup>48</sup>

Las embarazadas que accedían a recintos maternales desde fines del siglo XIX eran solteras en su mayoría o en proporciones muy significativas, antecedente que justificó la preocupación médica por estas mujeres. El informe de Carlos Ramírez, médico del San Borja y de la Oficina Maternal de la DGS, señalaba que en 1938 la Maternidad de San Borja había asistido 3.150 partos, de los cuales 1.442 correspondían a madres solteras, es decir más del 45% del total, y de 970 hogares visitados al azar en todos los sectores de la capital, sólo 735 estaban conformados por parejas legalmente constituidas, o sea que más del 24% carecía de esta condición.<sup>49</sup>

Ese mismo año, otro estudio de Ramírez ofrecía al selecto grupo científico que se reunía en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, organismo fundado en 1935, una radiografía de lo que denominaba el «problema de la asistencia maternal» en Chile. Según su análisis estadístico, en 1937 se produjeron 160 mil nacimientos en el país, entre los cuales siete mil correspondían a nacidos muertos. De los 153 mil restantes, 45 mil correspondían a los nacidos en maternidades (29,4%), 48 mil en el domicilio «en buenas condiciones» (31,3%), 17 mil a los atendidos por el servicio domiciliario del Seguro Obrero (11,1%) y 43 mil nacidos «sin ninguna clase de atención técnica y comodidades» (28,1%).<sup>50</sup> Si sumamos los porcentajes respectivos, se concluye que los partos atendidos en condiciones médicas formales, en maternidades y por el servicio domiciliario de la CSO, alcanzaba el 40,5% del total de los partos de nacidos vivos en el país.

¿Qué ventajas ofrecía la hospitalización del parto entre las mujeres pobres? Sin duda, la primera fue la caída de la mortalidad materna por causas sépticas y no sépticas, que paralelamente se benefició de la introducción del uso de las sulfadrogas y antibióticos hacia fines de la década de 1930, más disponibles en partos hospitalarios que domiciliarios.<sup>51</sup> Aquellos partos complicados que presentaban hemorragias, traumatismos, septicemias puerperales, toxemias o señales de aborto podían tener un mejor pronóstico de recuperación en recintos que contaban con instrumentos, medicamentos y personal médico. Prueba de esto es el estudio de 1956 que calculaba que la tasa de mortalidad materna de las maternidades de Santiago descendió en promedio de 22 a 1,1 fallecidas por mil nacidos vivos entre 1932 y 1952.<sup>52</sup>

También la hospitalización del parto podía prevenir la mortalidad de los niños al nacer y durante su primer mes de vida; a comienzos de la década de 1950, el estudio del médico José Miguel Ugarte sostenía que las causas históricas de la mortalidad de un 41,8% de niños menores de un mes entre 1917 y 1951 se repartían entre quienes presentaban «debilidades congénitas», «vicios de conformación», «nacimiento prematuro y consecuencias del parto». La tesis de Ugarte era que si el cuidado prenatal y el control médico del parto hubieran contado con políticas de ma-

yor cobertura, las dos últimas causas de mortalidad no habrían sido tan significativas.<sup>53</sup>

Las condiciones higiénicas y asistenciales en que se producían los partos hospitalarios reportaban ventajas sustanciales respecto de las presentes en los partos domiciliarios de las mujeres pobres. Además, las parturientas podían ser atendidas, recobrar energías para el regreso a sus labores, atender a la parentela que dependía de ellas y, temporalmente, estarían protegidas de un nuevo embarazo, agresiones o relaciones sexuales indeseadas.

No es menos cierto que aunque el deseo de los médicos era asegurar una mejor atención del parto fomentando la hospitalización de las mujeres que tenían una naturaleza riesgosa o no podían ser asistidas en el domicilio por la pobreza de los mismos, las maternidades no contaban con el número de camas necesario para absorber la demanda asistencial. Por ejemplo, de las 26.555 camas disponibles en los hospitales de la beneficencia en 1952, sólo 2.213, el 8,3% del total, estaban destinadas a la asistencia obstétrica.<sup>54</sup> En la década de 1940, la Asociación Médica de Chile sostenía lo siguiente: «La asistencia pública se ve obligada a aceptar la recepción de tales enfermas y a asistirles, aunque no tiene el instrumental, ni las camas, ni el personal especializado en obstetricia para practicar esta asistencia en forma científicamente adecuada.

»Lo que la asistencia pública puede y tiene que hacer para no abandonar partos y abortos en la vía pública, a pesar de su falta de dotación y medios, no ha sido posible que lo hagan las maternidades sometidas a reglamentos rígidos, preocupadas de estadísticas que aparecen así artificialmente mantenidas, indiferentes al clamor de las futuras madres que encuentran cerradas las puertas aunque las torturan los dolores del parto y muchas veces tengan que tener a sus hijos en la calle o en el camastro de una ambulancia».<sup>55</sup>

La crítica al quehacer de las maternidades aludía a la selección que éstas hacían de las asistidas, a diferencia de la obligación que tenía la asistencia pública de aceptarlas a todas, aun sin contar con personal técnico ni instrumentales adecuados. ¿Cómo resolverlo? Las sugerencias apuntaban, por una parte, a reproducir algunos procedimientos que aún son familiares en el Chile actual, como el uso de camillas en el suelo y de corredores como salas de parto para la atención de la sobredemanda y, por otra, reforzar el servicio domiciliario que las matronas prestaban.

El control sanitario de los partos domiciliarios fue prácticamente inaplicable en zonas rurales hasta la década de 1940, donde otros problemas sociales, como el alcoholismo o la falta de asistencia quirúrgica y dental, eran igualmente crudos y la confianza campesina era mayor en la medicina popular que en la universitaria. En 1938, el médico Arturo Larraín sugería que para apoyar el progreso de la atención maternal se consideraran las siguientes recomendaciones: la persecución a las parturientas, mediante la aplicación de multas o de prisión según gravedad de la denuncia; persuadir a las parturientas de ser asistidas en los consultorios rurales, dada «la falta absoluta de higiene en las habitaciones campesinas», y «desarrollar el servicio social de los fundos, con el fin de proveer de sábanas y otros materiales a las enfermas, cuando sea preciso atenderlas en el propio domicilio».<sup>56</sup>

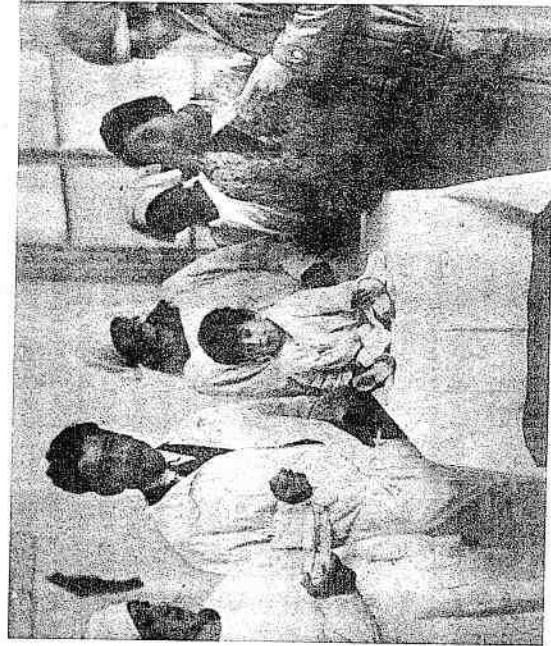
La atención hospitalaria del parto en el campo era aún más escasa por el bajo volumen y dispersión territorial de las maternidades, la preferen-

cia de la población por la asistencia que brindaba la partera o matrona del pueblo y la poca o nula experiencia de los médicos residentes en la especialidad obstétrica. El testimonio de uno de ellos, José Ilic, es convincente. Recién titulado, Ilic viajó al sur para hacerse cargo de la Casa de Socorro del pueblo de Villa Alegre en 1943. A los pocos días de su arribo se presentó una «enferma de parto en trabajo», la que, a juicio de la matrona residente, debía ser atendida por Ilic haciendo uso del fórceps, situación delicada porque éste recordaba que no había prestado mayor importancia a la especialidad y práctica obstétrica en sus años de estudio:

«Un escalofrío me recorrió la espalda. Fui a conocer el fórceps de Tarnier que había en la vitrina del pabellón y empecé a recordar las reglas de su manejo... me encerré en el escritorio a repasar apresuradamente mis apuntes de obstetricia».<sup>57</sup>

La tardanza de Ilic fue tal, que sólo pasado un buen tiempo recibió un tímido golpe tras la puerta de su escritorio: «Doctor, la enferma ya se mejoró... ¡solal!». Afortunadamente, la matrona había atendido a la mujer con éxito; se trataba de una profesional con dos o tres años de servicio que había sido ayudante del médico Víctor Manuel Gacitúa, profesor de la clínica del Hospital San Borja: «No era, pues, una de esas viejas comadronas que una podría haber esperado en un pueblecito de provincia». Una sanción disciplinaria era la explicación de que una profesional con esa trayectoria se encontrara en aquel perdido pueblo sureño en la década de 1940. No obstante, al poco tiempo, la llegada de otra parturienta que traía la cabeza del feto retenida obligó a Ilic a practicar la temida aplicación del fórceps:

«Pero discretamente dirigido por la matrona, inicié la bárbara intervención. Me parecía sentir crujiir los huesos de la criatura bajo la presión de las tenazas del metálico instrumento; mas había que hacerlo, y con temor al comienzo, aunque animado por el progreso de la expulsión, terminé por realizar una extracción de un niño vivo, lo que compensó las frías gotas de sudor y el temor que sentía por mi inexperiencia».<sup>58</sup>



Control pediátrico en el Día de Consulta en la Casa de Leche. El niño en la camilla, rodeado por médicos, enfermeras, la visitadora social y su madre, refleja el interés que despertaba este grupo de la población. *Servicio Social*, año II, N° 1, marzo de 1928, p. 62.

Pese a los obstáculos reseñados, lo cierto es que entre 1920 y 1960 el porcentaje de los nacidos vivos en partos hospitalarios en el país creció del 6,7% al 50,1%, como lo enseña el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 1**  
**Porcentaje partos hospitalarios entre nacidos vivos**  
**(Chile, 1920 y 1960)**

| Años | Nacidos vivos | Partos hospitalarios | % nacidos vivos |
|------|---------------|----------------------|-----------------|
| 1920 | 146.725       | 9.767                | 6,7             |
| 1960 | 225.758       | 113.196              | 50,1            |

Fuente: *Anuario Estadístico*, 1920, 1960.

En el caso de Santiago, el crecimiento de la cobertura hospitalaria del parto fue aún más significativo, pues entre 1931 y 1951 ésta se duplica:

**Cuadro N° 2**  
**Nacidos vivos según local de parto**  
**(Santiago, 1931 y 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 |

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

A mediados de la década de 1940, cerca de la cuarta parte de los nacimientos en el país estaban controlados técnicamente por la CSO, lo que se tradujo en el incremento de la participación de médicos y/o matronas en partos domiciliarios y hospitalarios. No obstante, no hay que olvidar que el parto en plena calle aún era una realidad habitual para las mujeres más pobres. Patéticas y comunes eran las noticias de partos en la calle como el de Guillermina Maluenda, que en el Santiago de 1947, en la «madrugada de un sábado del mes de junio, dio a luz, cerca de su casa, en el Zanjón de la Aguada en la capital, abandonada de toda atención médica. Una buena vecina [que] fue su matrona, ayudó a esta mujer de nuestro pueblo».<sup>59</sup>

El aumento de la asistencia privada del parto también fue un fenómeno observable desde fines del siglo XIX y principios del XX, liderado por los servicios que brindaban las matronas. Según una guía médica de Santiago de 1902, más de 200 matronas vivían en la ciudad<sup>60</sup>, cifra aún insuficiente, principalmente en la capital, si es que se deseaba combatir efectivamente la cobertura que brindaban las parteras, que todavía mantenían una posición relevante en aquel mercado asistencial<sup>61</sup>.

Desde la década de 1920, los anuncios de prensa de pequeños recintos asistenciales eran un elocuente testimonio de un mercado en crecimiento al que podían acceder mujeres que tenían ciertos ingresos. La actividad de estas maternidades fue normada por el Reglamento de Maternidades Particulares, elaborado por la Oficina Maternal y de Eugenesia en 1938 y modificado en 1940<sup>62</sup>. Éste consagraba el derecho del médico o la matrona a prestar asistencia obstétrica en el recinto bajo con-

diciones específicas, entre las que destacaban la delimitación estricta de las competencias de ambos respecto de la atención manual del parto normal, el uso de instrumental y de fármacos anestésicos, estos últimos reservados exclusivamente al médico. La supervisión de estos establecimientos tenía por fin último poner trabas a lo que se creía su principal objetivo: la realización de abortos clandestinos. Para ello se estipulaba que la interrupción de un embarazo sólo podía ejecutarse contando con una orden escrita firmada por tres médicos<sup>63</sup>. Pese a la resistencia que opuso el Frente Nacional de Matronas a este reglamento, en virtud de que se estimaba atentatorio de la libertad profesional, finalmente el Sindicato de Matronas apoyó la medida estatal<sup>64</sup>.

## La madre pobre y soltera

La madre pobre y soltera se convirtió en protagonista de una encrucijada social y sanitaria: por una parte, cuidar a los hijos y, por otra, proveerse de recursos para subsistir. El trabajo u oficio remunerado a los pocos días o, quizás, recién pasadas algunas horas de dar a luz no era una elección para ella, sino una obligación. Aunque el parto establecía un antes y un después en su vida, la pobreza fomentaba la separación del hijo de la madre durante el puerperio, período significativamente estratégico para la consolidación del vínculo entre ambos. Si bien las publicaciones que daban cuenta de los perjuicios del trabajo físico femenino durante el ciclo maternal y la inconveniencia de que las mujeres «abandonaran» a sus hijos para salir a trabajar largas jornadas en la fábrica se multiplicaron desde la década de 1930, nadie ponía en duda que su manutención y la de sus vástagos estaban en sus manos<sup>65</sup>.

El trabajo de las visitadoras sociales en los servicios de las maternidades, de la CSO y de la DGS es una provechosa fuente para conocer las percepciones y estrategias de intervención sanitaria y social aplicadas en beneficio de estas madres. Por medio de estadísticas que buscaban desenmarañar el misterio de la pobreza femenina y orientar la implementación de políticas, las VS fueron agentes clave del trabajo de los consultorios en la transmisión del valor moral y social de una madre dedicada y la consolidación de la disciplinada familia proletaria urbana<sup>66</sup>. La difusión de los beneficios de las leyes que protegían a las madres y el trabajo persuasivo eran los componentes más importantes de esta cruzada social. Como lo defendió la VS Berta Araya en 1941, aquella «desconfianza o reticencia a la intervención extraña en la solución de un problema que se considera personal»<sup>67</sup> constituía uno de los principales desafíos con que se encontraban estas mediadoras asistenciales.

Estudios como los publicados por las visitadoras sociales Luisa Fierro Carrera en 1929 y María Santelices en 1938 refuerzan que, en su mayoría, eran éstas las que concentraban el mayor esfuerzo asistencial, pues se intentaba, por todos los medios posibles, convencer al padre de formalizar los vínculos parentales a través del matrimonio y posterior reconocimiento del hijo, tarea «que se les proporcionaba con gusto, sobre todo si se trata de jóvenes buenos, trabajadores. Unirlos es preservarlos: se les ve arraidos hacia su hogar por amor al hijo, y adquieren hábitos de economía para subvenir a sus nuevas obligaciones»<sup>68</sup>. Probablemente, ésta

fue una de las tareas que mayor intervención suponía en la intimidad femenina, pues no sólo se trataba de identificar y promover la dedicación al cuidado de los hijos en las nociones correctas de la puericultura, sino también de introducir la formalización del vínculo emocional a través del acto legal del matrimonio:

«Vano esfuerzo; las respuestas evasivas me dejan comprender que ese hogar no se constituirá nunca legalmente. Y así veo, no muy lejano, el sombrío porvenir de una madre que no pudo resistir al cariño, abandonada con sus pequeñuelos, agobiada por el peso de una familia y que pide al sentimiento materno fuerzas para luchar, mientras ese hombre sin afectos ni educación contrae una unión legal con otra»<sup>70</sup>.

Si no era posible contar con el apoyo del padre, el trabajo de la asistente social era convencer a la madre que la alternativa correcta era conservar al hijo y no abandonarlo o entregarlo a la Casa de Huérfanos. Bien lo sabía Luisa Fierro al transmitir las dificultades que suponía ligar la maternidad con la felicidad en el contexto social en que vivían estas mujeres: «¡y qué satisfacción para la visitadora cuando se ven al fin coronados sus esfuerzos! Y oye la frase: "Señorita, búsqueme empleo donde pueda tenerlo a mi lado, no lo abandonaré"»<sup>71</sup>.

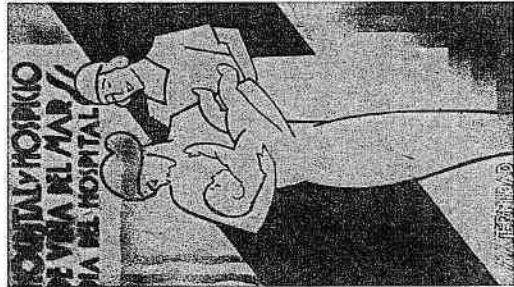
Santelices, en su memoria de 1938, presentaba una muestra de 50 mujeres, en su mayoría empleadas domésticas, a las que entrevistó durante su práctica en la Maternidad San Francisco de Borja y en el Consultorio N° 1 del Seguro Obligatorio, sección Madre y Niño<sup>72</sup>. Los factores del crecimiento del fenómeno de los niños nacidos fuera del matrimonio eran de orden «raciales», como la falta de principios morales; de orden cultural, como la ignorancia en que vivía el pueblo, y también de orden social, como su pobreza material. Estos factores parecían ser aún más amenazantes para las mujeres que perdían su trabajo como empleadas domésticas a causa de un embarazo que no era bien recibido por sus patrones y que se constituía en la evidencia física de una caída moral:

«Casi siempre la muchacha que se entrega por primera vez se viene desde el campo a la ciudad "para buscar ocupación", y a veces el pretexto de ello es ocultar su estado de embarazo ante sus familiares. Aquí debe trabajar, ya que no cuenta con medios económicos para mantenerse y no puede recurrir al seductor, por ser éste de su mismo pueblo; pues bien, se emplea entonces en el servicio doméstico, encontrando siempre a su alcance vacantes, por cuanto la patrona exigente "prefiere siempre a la muchacha de campo, por ser más hacendosa y menos exigente que las que hasta ahora ha tenido a su servicio". La garantía que la muchacha encuentra en esta clase de empleo es el ningún conocimiento y práctica que él exige»<sup>73</sup>.

La figura masculina del *seductor* correspondía al hombre que sólo se interesaba en la mujer para obtener favores sexuales usando el engaño y la mentira premeditada y que, bajo ninguna circunstancia, actuaba como padre y proveedor de esa familia constituida por la madre y el hijo. Santelices reseñaba las múltiples actitudes de rechazo del padre al saber de la noticia del embarazo, los temores femeninos respecto de perder la fuente laboral o la desesperanza ante el producto de un acto sexual no consentido:

«Generalmente, la muchacha se muestra reacia a confidencias de orden sentimental, sobre todo en la primera encuesta; aquí juega un rol importantísimo la bondad en el trato de la visitadora hacia la cliente, su

Revista de Asistencia Social, tomo 3, N° 4, diciembre de 1934.



tacto, tino y discreción para formular ciertas preguntas que puedan herir su susceptibilidad».<sup>74</sup>

A partir de su encuesta, Santelices sostenía que después del parto, algunas mujeres optaban por ejercer como empleadas domésticas, dada «la dificultad para cuidar al niño, si sigue en fábrica o taller, y las pocas expectativas de sostenerse ella y su hijo, debido a múltiples gastos que éste le ocasionará, al contar solamente con el escaso salario semanal».<sup>75</sup> No obstante, también es cierto que nacido el retoño los problemas para ser recibidas en residencias particulares no eran pocos.

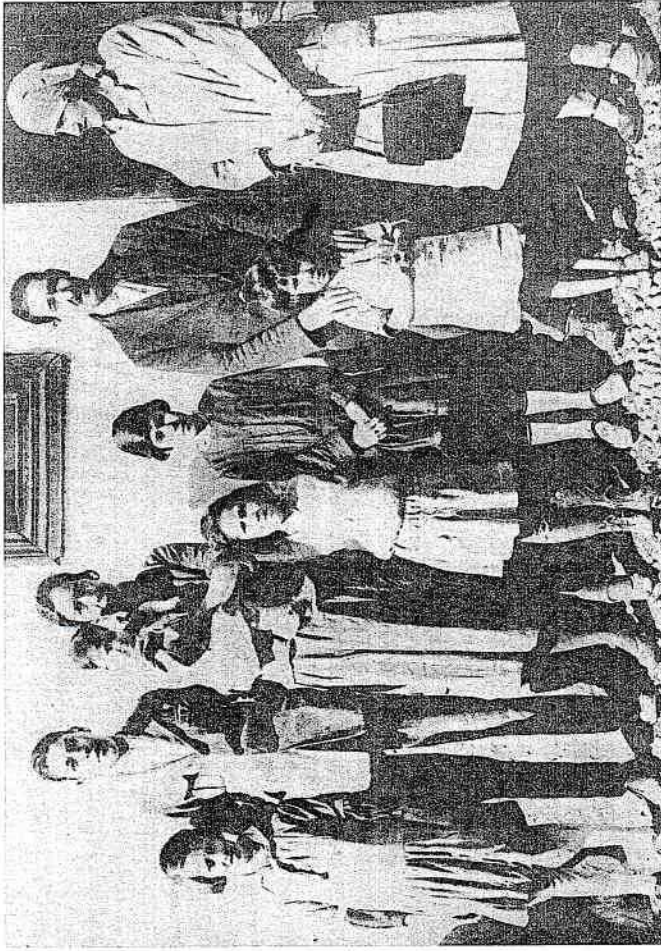
Si las políticas asistenciales estatales, al menos teóricamente, estructuraron un trabajo focalizado en la parturienta hacia fines de la década de 1930, los límites de aquellas son evidentes cuando se conoce el testimonio de madres que no accedían a beneficios estatales, como lo refleja el testimonio de Carmen Yáñez en la carta que envió a la Primera Dama de la nación, Rosa Markman de Videla, desde Linares en 1952:

«Con gran necesidad y vergüenza recorro a Ud. con la esperanza que ha de oírme esta necesidad que me aflige. Soy madre de tres niños y otro por llegar y estoy en una pobreza que no se puede explicar, sobre todo con mi madre enferma... vino la señorita visitadora, se impuso de mi pobreza, pero de ahí no saqué nada. Por eso recorro a Ud. que con su alma noble me ha de ayudar en ropita vieja, sobre todo para mi madre, que ya está vieja y enferma, y aquí que el invierno es tan frío».<sup>76</sup>

Lo que acontecía con las mujeres que parían y que no tenían acceso a los servicios y seguros de la CSO, ni protección laboral, era un campo de asistencia social que sólo tenía cobertura entre la caridad organizada. Según Luisa Fierro, este era un gran problema en el Chile de la década de 1920: instituciones como la Casa Nacional del Niño recibían niños sin madre, el Asilo Maternal de Santiago acogía a mujeres para que pudiesen alimentar a sus hijos, pero no les daban recursos, obligándolas a trabajar a los pocos días de dar a luz. Una limitada alternativa, entonces, era la entrega del niño a una *pouppinière* —donde una nodriza podía alimentarlo— o a instituciones de protección de lactantes, como las Cunas de San José y la Obra Sweet. Pese a su reducida capacidad, los asilos constituían la alternativa a la que más recurrían médicos y visitadoras sociales para dar solución a los casos apremiantes de parturientas y puérperas desamparadas, como por ejemplo la Pre-Maternidad del Amor Misericordioso de la Cruz Blanca, que podía recibir hasta 22 mujeres durante los meses que precedían al parto y atender casos de partos de urgencia por una matrona residente, y el Asilo Maternal del Patronato de la Infancia, que con capacidad para 42 madres las recibía con su respectivo hijo después del parto, pudiendo permanecer hasta seis meses.<sup>77</sup>

No obstante estas pequeñas soluciones, la carta de Genevieve Muñoz a la Primera Dama de la nación de mediados de siglo XX ejemplificaba un futuro incierto, sin matices, cuando la maternidad se ejercía en medio de la pobreza urbana, cargando con trabajos desgastadores por un largo período, sin acceso a beneficios estatales y escaso apoyo de la pareja y de redes familiares:

«La situación mía es muy mala, yo me encuentro enferma debido a tanto hijo que he tenido... he sido lavandera más de ocho años, debido a eso me encuentro enferma, una debilidad general, descalcificación a los huesos y los riñones y principio de reumatismo al corazón. Y sólo me viven cuatro hijos porque nacen pesando 1 kilo 800 gramos, eso no



Familia asistida por una visitadora del Servicio Social. *Servicio Social*, año II, N.º 1, marzo de 1928, p. 81.

es peso normal para una guagua recién nacida, nacen raquíuticos... mi situación es bastante triste porque mi marido es muy tomador, mis niños andan descalzos... y no puedo trabajar, tenemos dos camitas donde dormimos todos amontonados, no tengo sábanas, no tengo una frazada, no tengo ni taza en que tomar té, ni plato ni servicio; nada, señora, para mí ni para mis hijitos. Es bastante triste mi situación, uno de mis niños tiene cuatro años, el otro cinco, el otro siete años y diez... a veces he pensado en la muerte, pero mis hijos qué hacen con un padre como el que tienen...».<sup>78</sup>

## Control prenatal y postnatal: orígenes, supervisión médica y persuasión

A inicios de la década de 1930, el cuidado prenatal era una sentida recomendación médica, pero su puesta en práctica muy rudimentaria y de escasísima cobertura. El médico Arturo Baeza Goñi advertía que el servicio prenatal en Chile estaba en pañales, «en parte por la falta de organización y en parte también por falta de educación maternal y de cultura en nuestra población femenina».<sup>79</sup>

El valor de la asistencia prenatal encontró acogida tempranamente en el quehacer de la Maternidad y Dispensario Madre e Hijo, fundada en 1923 por la Unión Evangélica de Chile. En sus inicios este recinto fue sólo un dispensario dedicado a proteger a madres desamparadas y a sus niños, que luego inauguró un servicio de maternidad en 1927, con siete

camas y un pensionado, y en 1928 funcionaba una clínica prenatal y un servicio de atención dental<sup>80</sup>. Para 1932, el crecimiento de la infraestructura y de los recursos materiales era indudable<sup>81</sup>.

La singularidad de Madre e Hijo era la atención prenatal, que propendía a la reducción de las complicaciones del embarazo de las mujeres que eran recibidas dos veces por semana en el recinto. A las madres se les imponía la obligación de concurrir una vez al mes antes del séptimo mes de embarazo, y pasado dicho mes de gestación, el control se estipulaba cada quince días. Entre los efectos psíquicos del control médico maternal, que ponía en contacto a mujeres que vivían en similar situación, estaba la creciente preocupación por el autocuidado y una verdadera competencia entre ellas por presentar hijos más lozanos y robustos:

«El hecho de juntarse muchas embarazadas que comentan los accidentes, las enseñanzas o los resultados de los prolijos cuidados a que son sometidas, les va formando a las recién llegadas la conciencia de las obligaciones que como futuras madres pesan sobre ellas y de las normas a que deben estar sujetas durante este período tan importante de su vida»<sup>82</sup>.

Según Baeza, los resultados positivos de la Maternidad Madre e Hijo se debían a que a ella acudía «gente relativamente acomodada con alguna instrucción, que trata de favorecer en la medida de sus fuerzas la labor en que está empeñado el personal», o «una clientela de cierta cultura que sabe aprovechar en beneficio de sus hijos». Estas mujeres podían seguir mejor las prescripciones respecto del aseo personal, cumplir con la realización de exámenes vaginales, de orina y presión arterial, y acatar la prohibición del trabajo físico excesivo<sup>83</sup>. El control postnatal de este recinto propendía a asegurar que los niños recibirían asistencia hasta los dos años en la clínica de puericultura, primero provisto por un médico y luego por una enfermera; si en 1928 se asistía a 70 lactantes, en 1931 la cifra ya alcanzaba los 228<sup>84</sup>.

En 1932, siguiendo los argumentos de Baeza Goñi, la médica Figueroa insistió en el valor de la educación prenatal emprendida por la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, en la Maternidad San Borja y en los centros preventivos impulsados por el Servicio Nacional de Salubridad Pública<sup>85</sup>. El apoyo que estos centros brindaban en la última etapa del embarazo, especialmente de la mujer soltera, eran estratégicos para la supervivencia del hijo: «Basta que una mujer se presente en su último período de gestación para que se le niegue toda ayuda en circunstancias que ella sólo solicita trabajo. La mujer soltera, próxima a ser madre, tiene un duro calvario que seguir hasta el fin. Esta es la causa principal por qué muere en este país un número muy subido de hijos ilegítimos... Los hijos ilegítimos son los hijos del amor, como los nacidos en hogar constituido, justo es que aquellos merezcan análogas consideraciones y gocen de los mismos privilegios»<sup>86</sup>. La consideración de Figueroa respecto del trato equivalente entre hijos nacidos fuera como dentro del matrimonio era excepcional si se compara con las atribuciones negativas que se le imputaban a la condición de los ilegítimos<sup>87</sup>. Igualmente, la existencia y apoyo estatal a estos centros colaboraría en la disminución de la tasa de abortos:

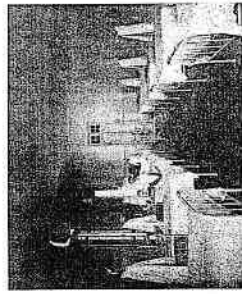
«¿Cuántas hay que interrumpen su embarazo por el temor al enorme fardo de sufrimientos que les aguarda para el momento de ser madres! Son arrojadas del hogar y abandonadas por el seductor de oficio, y en la desesperación de conseguir trabajo debido al estado de embarazo eviden-

te, desesperadas destruyen la vida del fruto del amor. Sordos al grito de nuestra conciencia censuramos a la culpable. ¿Quién pudo otorgarnos el derecho de acusar si somos incapaces de prestar ayuda e impedir que tales cosas sucedan? Debemos tender las manos fraternalmente y ayudarlas a reconstituir y legalizar su vida»<sup>88</sup>.

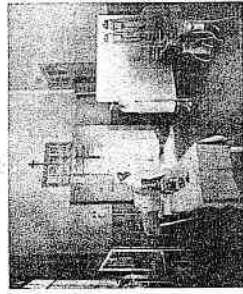
El procedimiento asistencial para las mujeres embarazadas aseguradas debía persuadir las de valor de la consulta médica periódica y del seguimiento regular de las instrucciones que recibían. Por ejemplo, la VS Hilda González, en su estudio sobre el servicio de lactantes del Consultorio N° 2 de la zona norte de Santiago, listaba algunas de las obligaciones y derechos que se requería inculcar a las jóvenes madres, como por ejemplo el responder encuestas socioeconómicas, el someterse a exámenes de laboratorio y de rayos X, seguir los consejos del personal sanitario e interrogar al médico cada vez que se tenían dudas<sup>89</sup>. También se buscaba convencer a las mujeres que mantenían vínculos con servicios sanitarios que, a más tardar quince días después del cese de la regla, se presentaran al centro de tratamiento para someterse a exámenes clínicos y de laboratorio que confirmaran su estado grávido. No obstante, lo que usualmente ocurría era que las mujeres no acudían a los consultorios antes del quinto mes de embarazo.

Las recomendaciones y el seguimiento de las VS pretendían que la vida de la madre, desde el momento en que se sabía embarazada, se centrara en la preparación del nuevo ser y en la multiplicación de tareas y procedimientos nunca antes practicados, como por ejemplo asistir a trabajos prácticos de «cocina de leche» y de elaboración de ropero infantil durante el embarazo; exigir al médico del centro maternal el certificado para presentar en el trabajo y conseguir reposo durante seis semanas antes y después del parto; avisar oportunamente al centro maternal de la proximidad del parto para programar la visita domiciliar de la matrona el mismo día. Se aspiraba a que idealmente el médico, la visitadora social, la enfermera sanitaria y la matrona fueran percibidos por las madres como «sus más fieles amigos y consejeros de la formación de su hijo», y simultáneamente que ellas demostraran cada vez que se les pidiese que sabían «alimentar, vestir, bañar y educar a su niño», y que conocían «cuáles son sus deberes y derechos como madre y como asegurada»<sup>90</sup>. Llegado el momento del parto, se recomendaba que las aseguradas y no aseguradas dieran a luz en sus domicilios, previo informe de la VS y de la enfermera sanitaria, y sólo en casos de riesgo o cuando el domicilio no contaba con adecuadas condiciones higiénicas, optar por la atención en un recinto maternal.

Luego del parto, la matrona debía dar aviso a la enfermera sanitaria de la Oficina del Niño y a la visitadora social para que acudieran al hogar familiar y revisaran el entorno del nuevo lactante: «La madre debe presentarse al consultorio a los quince días del parto, con su niño bañado y con ropa limpia, libreta de Seguro Obligatorio, inscripción del niño y su ficha médica maternal. Con todos estos documentos se inscribe al niño en la sección lactante, donde se le da el carnet con el nombre de la madre del niño, número de inscripción de la libreta de seguro, médico que corresponde al sector en que vive y horas de consulta. Una vez ingresado el lactante, tiene su ficha médico-social, donde se anota la evaluación de su desarrollo»<sup>91</sup>. El control postnatal era una exigencia centrada en la atención del recién nacido, en el estímulo a las



Maternidad de San Vicente. Boletín de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, Año I, diciembre de 1929, N° 11, p. 718.



Sala de partos de la maternidad. Boletín de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, Año I, diciembre de 1929, N° 11, p. 718.

madres para que cumplieran con los controles sanitarios periódicos y recibieran los subsidios monetarios y en especies durante el período de amamantamiento.

En cuanto el niño ingresaba al servicio de lactantes, la visitadora social verificaba en el hogar sus condiciones de vida material, moral y jurídica, debía buscar trabajo para los miembros cesantes de la familia e instruir a la madre, todas tareas obligatorias hasta cumplidos los dos años de vida del niño. Para la VS Luz Cañas, esta restricción de edad limitaba la cobertura de la «defensa» sotosanitaria del niño, pues la proporción de los que recibían estos beneficios era aún pequeña: «los niños deberán convivir necesariamente en el plantel educacional o en la simple vida social, y aquellos que han carecido de la atención sanitaria, a que me he referido, estarán en condiciones de contagiarse a los que quedaron en mejores condiciones».<sup>92</sup>

Aun para los niños que cumplían con los requisitos de edad y condición civil, algunas disposiciones eran contraproducentes, como por ejemplo la no admisión de lactantes mayores de tres meses que, en ocasiones, eran casos que ocurrían porque la madre, o los padres en su conjunto, desconocían los beneficios y se presentaban tardíamente en los consultorios. Muy desfavorable era la situación de aquellos a los que se les privaba de asistencia luego de no concurrir durante tres veces consecutivas, debido a la imposibilidad de las madres de salir en horas laborales o a la necesidad de atender una numerosa familia que dependía exclusivamente de su presencia.

Visitadoras y médicos, al propiciar lazos de confianza con las mujeres, buscaban contar con información fidedigna respecto de aspectos íntimos no sólo ligados al embarazo, sino a su vida sexual y familiar, de estratégica importancia al momento de asegurar un entorno sano para el recién nacido. En este sentido, el apoyo al sistema prenupcial o el resguardo de la formación de matrimonios afines biológicamente entre las visitadoras como Luz Cañas fueron algunas de las disposiciones eugenésicas que generaron interés en Chile.<sup>93</sup> También el grave problema social del mal venéreo y sus efectos sanitarios en el niño aparecían en el relato de Cañas ilustrando las dificultades para contener la propagación de la sífilis y las reservas que los tratamientos generaban entre los padres u otros miembros masculinos de la familia:

«En una casa a la cual debí concurrir para hacer el cuadro sanitario del estado del niño, me encontré con que el padre y la madre estaban atacados por la sífilis; la reacción de ambos arrojaba tres cruces. Ante mis insinuaciones, la madre se sometió a un tratamiento, pero el padre no quiso iniciar su curación. En estas condiciones, los esfuerzos de la madre por sanar eran estériles, ya que el trato con su esposo la dejaba en las mismas condiciones que al comienzo. Hablé con el marido, sin que él accediera a someterse a un tratamiento, hice la denuncia que correspondía en la Sección Lúes y se procedió a hacer las tres citaciones que prescribe el reglamento, al hombre aludido, sin que éste acudiera. Finalmente, se informó a la Dirección de Sanidad para que se procediera a detenerlo con el objeto de que se sometiera a curación».<sup>94</sup>

El control de madres y lactantes en los consultorios de la CSO propició la elaboración de estudios sobre las condiciones socioeconómicas en que era vivido el ciclo maternal. Por ejemplo, la VS Berta Araya diagnosticó sustantivamente la realidad socioeconómica de 150 familias —cons-



Baño de un niño en el Patronato Nacional de la Infancia. *Revista de Beneficencia Pública*, tomo III, 1919, p. 32.

tituidas por madres aseguradas o esposas de trabajadores asegurados— de un universo de 1.400 a 1.549 lactantes entre 1939 y 1940 asistidos en el Centro Las Rosas, ubicado en el barrio de Quinta Normal. Su estudio concluyó que las condiciones físicas de los hogares y la heterogeneidad y nivel educativo de los habitantes del barrio eran deficientes. Asimismo, la alta venta de bebidas alcohólicas y la irregularidad del transporte colectivo atentaban contra la acción de «elementos civilizadores», como la escuela e iglesia presentes en el barrio.<sup>95</sup>

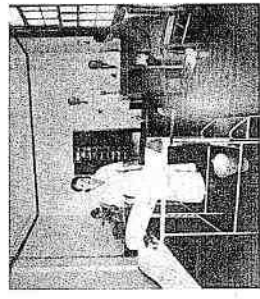
Respecto de las cualidades habitacionales, un 78% (117 casos) correspondía a la de tipo suburbano, donde predominaba la calzada de tierra y piedras, acequias a tajo abierto que transportaban aguas servidas, y sólo 19,3% (29 casos) al tipo urbano, con disponibilidad de alcantarillado y pavimentación. El piso de tabla estaba presente en el 84% de los casos, lo que representaba también un avance en la infraestructura urbana. El acceso a «baño de lluvia» o ducha estaba reducido únicamente para el 33% de los casos, y al «WC de patente» para el 44%. La disponibilidad de un solo dormitorio era la realidad del 94% de los casos; no obstante, el uso de una cama por más de una persona se daba en 168 casos en que servía de lecho sólo para dos personas. Este aspecto era crucial, dado el interés de crear nuevos hábitos morales y sanitarios entre los miembros de la familia, los que debían comenzar tempranamente en el niño.

Los oficios de la madre, en un 53%, estaban repartidos en mayor proporción entre las que realizaban «labores de aguja», «empleada doméstica», «lavandera», «obrero de fábrica», frente al 40% de casos donde su profesión era clasificada como «labores del sexo» o «dueña de casa».<sup>96</sup> En el caso del padre, el 69,3% se concentraba en oficios como «obrero de la construcción», «obrero de fábrica», «obrero de artes mecánicas», «empleado doméstico» y «obrero de trabajo independiente».

Respecto al lactante, la condición de ilegitimidad era un problema para el universo de madres aseguradas que correspondía sólo al 24,8% de los casos. El 58,6% dormía en su propio lecho, fuera éste cama o canasto; el 72,6% contaba con vestuario suficiente y el 82% de los niños era amamantado o recibía leche en modalidades auxiliares, como leche en polvo o desecada y sopas, todas condiciones materiales que estaban por sobre el promedio de la población infantil no asegurada.

La entrega de beneficios a las aseguradas —pago de subsidios de lactancia en dinero o alimentación, como harina y leche— fue una importante motivación para que las madres acudieran a los controles postparto y para que se hiciera efectiva la vigilancia de la lactancia materna. El dar pecho era el seguro de subsistencia del recién nacido más valorado por la comunidad médica, argumento que justificó la extensión temporal del amamantamiento subsidiado de ocho meses a dos años en 1936. Sin embargo, la aplicación de este beneficio como medida de control postnatal no estuvo exenta de problemas. El uso que algunas mujeres daban al subsidio en dinero fue cuestionado por algunos médicos y políticos, al punto de solicitar su supresión; se decía que no cumplía su propósito, dado que no era usado para comprar leche o que no era necesario adquirir alimento si los bebés, hasta el sexto mes, sólo consumían aquel vital elemento. También se sostenía que dicho dinero era tomado por los padres para malgastarlo en vicios como el alcohol. Según el médico Arturo Bohórquez, más del 45% de las madres gastaba dicho dine-

Interrogatorio de una embarazada, Centro Maternal Politécnico, Valparaíso. *Revista Asistencia Social*, tomo 4, N° 4, diciembre de 1935, p. 689.



ro en «maquillaje»<sup>97</sup>. La respuesta a esta grave acusación no se hizo esperar. La secretaria de la Sección Madre y Niño, de la Administración General de Santiago, Rebeca O'Brien Pflanz, en tono aclaratorio, daba cuenta que el dinero era entregado sólo si era posible comprobar que la madre amamantaba a su hijo. Por tanto, dicho subsidio no era para alimentación directa, sino para su propio beneficio, como el mejorar la manutención de la madre o el vestuario del lactante. Es decir, se trataba de un apoyo monetario que respaldaba la decisión de dar pecho el mayor tiempo posible financiando una porción de las necesidades materiales de las madres que trabajaban o que aún estaban en su período de descanso. Finalmente, O'Brien cerraba su réplica explicando que luego que el médico comprobara que el amamantamiento había concluido, dicho subsidio se suspendía —pese a no completarse el año—, y que en ningún caso las madres recibían un subsidio de lactancia doble, es decir dinero y leche simultáneamente.<sup>98</sup>

¿Cuántas mujeres accedían a los beneficios de la asistencia materno-estatal a mediados del siglo XX en Chile? En 1941, el 23,8% de los partos del país era cubierto por la Sección Madre y Niño de la CSO, y la capital concentraba la cobertura de más del 25% de aquellos. Las consultas de las embarazadas en centros maternos registró un importante aumento en sólo dos años: de 149.779 mujeres en 1939 a 221.500 en 1941.<sup>99</sup>

Gracias al pionero estudio de los médicos Raúl Ortega y Adriana Castro, basado en el análisis de 3.500 fichas clínicas de niños asistidos en consultorios de Santiago durante 1943, es posible hacer algunas estimaciones respecto de «la actitud de las madres» aseguradas y las no aseguradas frente al control pre y postnatal.<sup>100</sup> Entre las conclusiones se sostenía que en ambos grupos la primera consulta prenatal se producía en el 60% de los casos sólo después del quinto mes de embarazo, cifra que revelaba la necesidad de mejorar la modalidad para atraer a las mujeres en períodos más tempranos de su preñez. Respecto de la modalidad del parto, la proporción de los domiciliares y hospitalarios entre las aseguradas era casi igual, a diferencia de las no aseguradas, en que más del 70% paría en su casa, dado que sólo las primeras recibían financiamiento para la hospitalización.

Más del 80% de las madres que acudían al control postnatal y del recién nacido lo hacían antes del primer mes de vida de este último. Este aspecto era una prueba concreta, según Ortega y Aguayo, del «alto rendimiento de la labor educativa desarrollada por enfermeras, visitadoras y auxiliares maternos en el domicilio para que las madres inscriban a los niños».<sup>101</sup> También se presentaba como motivación de la temprana inscripción del niño entre las aseguradas, el legítimo interés de cobrar el auxilio maternal, más que la autenticidad por asegurar la prevención de enfermedades. Para Ortega y Castro, esa opinión se alojaba entre los «médicos de gabinetes» o entre aquellos que aún clasificaban a las madres chilenas como «un conjunto torpe, ignorante y con la desidia e indolencia característica del chileno». En consonancia con la idea de perfeccionar el sistema asistencial e insistir en la política preventiva, estos médicos apostaban por la «responsabilidad de la madre chilena» y recordaban que las actitudes negativas que se les imputaban existían en «porcentaje nada despreciable en todos los países y aun en capas sociales más elevadas».<sup>102</sup>

## Una nueva ciencia: la puericultura

Una adicional estrategia de expansión del cuidado prenatal y postnatal fue la difusión de la ciencia de la puericultura en publicaciones desde fines del siglo XIX, bajo el supuesto de que tanto profesionales sanitarios como las propias madres se beneficiarían de su lectura, reduciendo en la disminución de la mortalidad materno-infantil.<sup>103</sup> Entre sus objetivos estaban la «vulgarización» de nociones de cuidado científico, que ponían «al alcance de todos» un repertorio de «consejos prácticos», reforzados por un lenguaje que apelaba al mejoramiento de la raza, a la recuperación del debilitado vigor del pueblo y al reemplazo de prácticas y hábitos populares que se consideraban especialmente dañinos. Otro planteamiento común de los textos era la habitual calificación de las mujeres pobres como individuos ignorantes del correcto cuidado del niño y de su propio cuerpo. Se estimaba que este defecto no era privilegio de las clases pobres, sino compartido por el género femenino; no obstante, los descargos se concentraban en las faltas cometidas por las más pobres. El citado texto de Wenceslao Hidalgo fue pionero al plantear que una mujer informada y bien entrenada en el cuidado de los hijos reportaba beneficios económicos y sanitarios insospechados.

Pese al limitado impacto de manuales y cartillas, en virtud de las altas tasas de analfabetismo femenino, el análisis de los mismos permite conocer algunos aspectos del cuidado maternal vigentes y cuáles se debía modificar. Aunque la influencia fue probablemente muy limitada, tanto por el restringido número de ejemplares como por los modestos efectos entre mujeres analfabetas o escasamente educadas, no es menor cierto que parte de las prescripciones, si bien reflejaban problemas reales, eran prejuicios de quienes los redactaban. Posteriores a 1920, algunos manuales, que reunían preferentemente información científica, incluyeron aspectos relativos a procesos fisiológicos femeninos más útiles a profesionales sanitarios que a las mujeres.

Una materia clave fue la promoción de una alimentación adecuada de madres e hijos. Durante el embarazo, la mayoría de las prescripciones se concentraban en fomentar en la futura madre una alimentación balanceada que, por ejemplo, excluyera en ocasiones el consumo de carne y sustancias albuminosas, el alcohol y bebidas excitantes, y que si promoviera la abundante ingesta de vegetales y frutas, leche (entre uno y dos litros diarios), harinas, cereales y legumbres. Un repetido diagnóstico era que los bebés consumían alimentos y preparaciones similares a los de adultos que no eran apropiados para sus necesidades fisiológicas y el funcionamiento de su sistema gastrointestinal infantil, dado que con ellos «se les rompía la hiel». Numerosas eran las normas de crianza que instaban a cambios como el «no malcriarlos», regular los ciclos y frecuencia del amamantamiento, no permitir que fueran besados, especialmente en la boca, como método de prevención de enfermedades, mantener estricto control del peso, tener conocimiento de los primeros auxilios indispensables para socorrer al recién nacido y al lactante, cumplir con los controles médicos y el plan de vacunas, particularmente contra la viruela.

Inspiradas en una fuerte crítica a las nodrizas, las campañas en pos de la lactancia materna desde fines del siglo XIX se reforzaron con el trabajo de las Gotas de Leche del Patronato Nacional de la Infancia y, más



tardé, con el estímulo monetario y la sistemática persuasión que médicas, enfermeras y visitadoras pusieron en práctica entre las madres asguradas<sup>104</sup>. No obstante, hasta mediados del siglo XX las nodrizas eran estimadas un mal necesario y se optaba por la mayor regulación posible de su actividad en beneficio de los niños que debían alimentar: los propios y los ajenos. Frecuentes eran los llamados y exhortaciones de médicos como Luis Calvo Mackenna y Cora Mayers a fomentar la lactancia materna en virtud de argumentos como aquellos que sostenían que no era madre quien no amamantaba, que la leche no era propiedad de la madre sino de sus hijos, o que difundían la convicción de sus beneficios propiedades inmunológicas en los recién nacidos<sup>105</sup>. Dar pecho al bebé era una «obligación sagrada». Como lo dictaminaba una cartilla de la Cruz Roja, las mujeres «jamás [debían] venderse de amas, porque significa robar y vender alimento que por legítimo derecho pertenece a su guagua»<sup>106</sup>.

Las recomendaciones relativas a la higiene personal y ambiental también se contaban entre las predilectas de estos escritos, porque aludían, estratégicamente, a las consecuencias sociales del hacinamiento urbano. Sin embargo, eran las más difíciles de ser cumplidas por la falta de agua potable y de recursos para la construcción de salas de baño en las frágiles viviendas proletarias: el baño «tibio» personal o el baño «por partes», y en promedio dos veces a la semana, prescrito por Isaura Torres, era un lujo imposible de alcanzar. Importante atención demandaba también el diagnóstico temprano de enfermedades venéreas de «trascendencia social» que afectaban las condiciones de la futura descendencia<sup>107</sup>.

En la cruzada por la difusión de la puericultura participaron activamente instituciones estatales, de beneficencia y maternidades privadas que financiaron cartillas y/o folletos. Por ejemplo, de vital importancia fue la cartilla de la Dirección General de Sanidad, de 1936, que afirmó



Sala de maternidad del hospital de la Compañía Carbonífera e Industrial de Lota.

sin titubeos lo que para muchos comenzaba a ser un predicamento uniforme: «el embarazo no es una enfermedad»<sup>108</sup>. Pero todo indica que dicha afirmación era más importante para los profesionales que para las propias madres, pues no aparecen evidencias contundentes en la literatura popular que apoyen la percepción del estado de gravedad como una enfermedad. Pero no es menos cierto que el proceso de medicalización internacional que experimentaba la asistencia obstétrica desde mediados del siglo XIX, estimuló el interés por las patologías que rodeaban el embarazo y el parto. Otros textos editados por la misma repartición eran distribuidos gratuitamente en los centros preventivos de la DGS, como el del médico Otto Schwarzenberg o aquel que reunía conferencias transmitidas radiofónicamente por los médicos del Departamento de la Madre y el Niño<sup>109</sup>. Ambos coincidían en diagnosticar que entre las madres, en su mayoría muy jóvenes, la ignorancia y la pobreza constituían los mayores obstáculos para la introducción de una medicina preventiva que se anticipara a las enfermedades de los recién nacidos e infantes.

Entre las cartillas de recintos asistenciales, la difundida por la Maternidad Madre e Hijo sugería la programación de citas al dentista, el uso de faja «no elástica» durante todo el embarazo, el aseo cuidadoso y masaje de los pezones, especialmente desde el quinto mes, todas al alcance de una clientela de clase media. El resguardo de aquellas prescripciones prenatales era requisito fundamental para el éxito asistencial de las embarazadas que recibía la institución.

En la década de 1930, textos como *El libro de las madres, Nociones fundamentales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales* o *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*, de los médicos Félix Valenzuela, Gastón Valle y Ricardo Rolando, respectivamente, retomaban los tópicos señalados con cuotas de mayor realismo. Particular atención en el texto de Valenzuela cobraba el tema de la leche materna y sus múltiples beneficios en comparación a la provista por la nodriza y las de origen artificial, denominación que recibía la leche extraída de la vaca, burra y cabra y hasta del poroto. Las restricciones al cocimiento excesivo de las leches artificiales y al consumo de carne y sopas eran drásticas, pues se les atribuía la aparición de putrefacciones permanentes en el intestino infantil<sup>110</sup>.

A diferencia de Torres, que las consideraba prohibitivas, Gastón Valle calificaba a las leches artificiales, por ejemplo la condensada y la seca, útiles en caso de que la alimentación materna o la leche de vaca no fueran de buena calidad o no estuvieran disponibles<sup>111</sup>. Como médico director del Consultorio de Asegurados de Quilpué, Valle valoraba la instrucción en puericultura entre profesionales sanitarios de ambientes rurales y reconocía los progresos de las agencias estatales en la tarea de disminuir la influencia del «meico y la comadre» en la asistencia de partos y recién nacidos.

El texto de Ricardo Rolando G., jefe del Servicio de Obstetricia de la Maternidad San Agustín, era la adaptación de una publicación extranjera del Laboratorio Mead Johnson and Company, y fue entregado a las madres gratuitamente gracias al financiamiento de las Farmacias Knop de Valparaíso<sup>112</sup>. La constante advertencia sobre los perjudiciales consejos que las redes familiares y sociales brindaban a las futuras madres es muy importante en el texto y reafirma la voluntad de reducir la influencia de todos aquellos que no eran parte de la profesión sanitaria,

apoyando estratégicamente el monopolio de la figura médica en el ciclo maternal.

Especial mención merece la cartilla *A las madres*, publicada en 1942 y que incluía un texto de Cora Mayers, entusiasta activista de la causa de la puericultura desde 1920, quien no escatimaba calificativos condenatorios para las mujeres que no cumplían con el deber de criar correctamente a sus hijos:

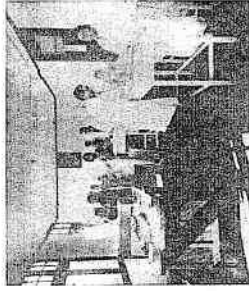
«Forja a tu hijo: pon todas tus fuerzas; junta cuantos rayos de luz vengas dispersos a tu alma y empléalos en esa obra de vida o de muerte. Si quieres, no hagas nada más. Si no puedes, vive oscura, tranquila, retirada y exenta de toda lucha. Te exoneramos de todo trabajo social y político y te concedemos la paz y la libertad a cambio de que nos dejes un hombre. »Pero si nos dejas un malvado, si nos dejas un opresor, un mentiroso, un esbirro, un explotador, un verdugo, un loco, un enfermo, un degenerado, entonces no te absolvemos y cualquiera que sean tus méritos aparentes, decláramos que nos has defraudado y que tu paso por este mundo ha sido una desgracia».<sup>113</sup>

Con un tono plagado de expresiones eugenésicas, este manual incluía información sobre anatomía sexual y procesos fisiológicos femeninos, como por ejemplo la contabilidad precisa de las menstruaciones como método para estimar los tiempos de embarazo o la identificación de los cambios físicos y emocionales de la pubertad. El valor educativo de este tipo de cartillas excedía el ámbito de la puericultura, pues exploraba la difusión del autoconocimiento corporal y de prácticas de observación difíciles de promover entre mujeres pobres, según las quejas de Isauro Torres en 1926.

Entre fines del siglo XIX y mediados del XX, una diferencia significativa del papel y responsabilidad femenina en el correcto cuidado de los hijos fue que la habitual crítica médica respecto de la supuesta desidia y pereza de las mujeres se matizó al considerar los límites que imponían la educación y condiciones de vida que las rodeaban. Bajo este marco, entonces, la necesidad de generar lazos de confianza entre ellas y los profesionales asistenciales cobraba mayor sentido. Las dificultades para que las mujeres acudieran a los controles prenatales y postnatales, y amañaran a sus hijos el mayor tiempo posible, suponían conductas y obligaciones adicionales que cuestionaban antiguas prácticas, y que les demandaban tiempo y energía que debían dividir entre sus familias, sus fuentes laborales y las ocupaciones domésticas.

## Conclusión

La fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952 (en adelante SNS) agrupó a las instituciones prestadoras de salud, brindando asistencia sanitaria integral a la población más desposeída, indigentes, obreros y sus familias, que constituían aproximadamente el 70% de la población nacional<sup>114</sup>. Respecto de la asistencia maternal, se reforzó la hospitalización del parto y el control prenatal en consultorios externos, la capacitación de matronas con apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud y la constitución de grupos de obstetras que asesoraban a las maternidades de Santiago<sup>115</sup>. Hacia 1954, los servicios correspondientes controlaban poco menos del 30% de las mujeres embarazadas, proporción que variaba



Consultorio de Lactantes. Oficina del Niño, Valparaíso. *Revista de Asistencia Social*, tomo 4, N° 4, diciembre de 1935, p. 689.

según la zona del país entre un 50% y un 6,8%. En las provincias agrícolas, sólo un 15% de aquellas se controlaba antes del parto:

«Los partos atendidos en hospital alcanzaron ese año a 78.603, o sea aproximadamente un tercio del total. Los partos a domicilio, atendidos por matronas del servicio, fueron unos 20 mil más, lo cual da alrededor de 40% de partos controlados por el SNS. Los lactantes controlados en 1954 sumaban aproximadamente un 33% de los nacidos vivos. Esta cifra ha sido ligeramente ascendente en los últimos años. Más del 50% de los lactantes en control corresponden a las provincias de Santiago, Valparaíso y Concepción. La proporción de lactantes inscritos en el servicio baja considerablemente en las provincias agrícolas»<sup>116</sup>.

Adicionalmente, el SNS adoptó en 1954 una política amplia en materia de alimentación complementaria a la madre embarazada y nodriza como al preescolar y al escolar, estrenada a inicios de la década en pequeña escala con apoyo de UNICEF<sup>117</sup>. Se estima que en 1956 se repartía el equivalente a 50 millones de litros de leche, distribución que incrementó «significativamente el control prenatal en algunos centros de salud»<sup>118</sup>.

Estos indicadores confirman la creciente inclusión de las embarazadas y madres en el nuevo contexto político-sanitario de la década de 1950. Su calidad de beneficiarias activas es una política que no admitía duda y supuso concentrar las propuestas y críticas en la ampliación de la cobertura asistencial, el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios y las capacidades profesionales, más que en la «resistencia» de las madres a la medicalización.

En la década siguiente se aceleraron estos procesos. En 1960, de los 256.674 partos de niños vivos, 171.813 recibieron atención profesional en hospital o domicilio, es decir un 66,9%. Los 84.861 niños restantes, un tercio del total, nacieron sin recibir ningún tipo de asistencia, cifra que, a juicio del médico Onofre Avendaño, sólo reforzaba el carácter subdesarrollado o incipiente civilización de la sociedad chilena<sup>119</sup>. Aun cuando la dotación de camas obstétricas era menor a la demanda asistencial, la cobertura del parto domiciliario alcanzaba el 90% en ciertas zonas de Santiago<sup>120</sup>, gracias a la reducción de los tiempos de hospitalización, a la atención de dos puérperas por cama o al precoz traslado postparto domiciliario, práctica que se reconocía negativa para la recuperación<sup>121</sup>. Indicadores como el de mortalidad materna descendieron de manera importante: de una tasa de 29,9 a 18,1 por diez mil nacidos vivos entre 1960 y 1969<sup>122</sup>.

Como se aprecia, el volumen asistencial de las instituciones maternales se incrementó notoriamente a mediados del siglo XX, pero las bases ideológicas del cambio en las conductas y hábitos del mundo privado de la maternidad ya se aplicaban en políticas asistenciales caritativas y estatales de limitado alcance desde inicios de ese siglo.

A nuestro juicio, el espíritu de estas políticas se sostenía, en parte, en una estratégica interrogante: ¿las madres nacen o se hacen? Si se nacía madre, su cuidado y atención al hijo —que no necesariamente es sinónimo de amor— era de origen instintivo, natural, por ende, irremplazable e imposible de intercambiar, y se manifestaba, con especial despliegue, a partir del embarazo. Pero a la luz del contenido y objetivos de estas políticas, lo cierto es que el ciclo maternal aparece como un objeto de análisis histórico y cultural. Parir y criar entre las mujeres pobres del Chile contemporáneo se transformaron en experiencias que para los profesionales sanitarios y sociales no podían sobrellevarse confiando sólo en el

instinto maternal, si se quería asegurar una maternidad científica y derrotar la mortalidad materno-infantil. Se requería reentrenar a las futuras madres, propósito que alimentó una silenciosa pero significativa transición: el ciclo maternal dejaba de ser un proceso exclusivo de la intimidad femenina, para transformarse en un problema social, sanitario y estadístico.

En la mirada de los profesionales, la dedicación a la preparación del embarazo, el parto y la lactancia, y al cuidado de sus hijos pequeños, suponía el cambio o adquisición de nuevas conductas y hábitos de parte de las mujeres, que contrastaban con la resignación e indiferencia de ver morir a los hijos que tanto se les criticaba en el pasado reciente. Lo cierto es que el mandato social de ser madre nunca fue unívoco; visitadoras sociales y médicos reconocían, en ocasiones, que no todas las mujeres lo cumplían, como por ejemplo aquellas que se convertían en madres siendo solteras, las aquejadas de enfermedades mentales y físicas incurrables o las que poseían un carácter «voluntarioso» y agresivo.

Cabe destacar que la educación y control sanitario de las madres fueron factores importantes pero no concluyentes del descenso de las cifras de mortalidad materno-infantil. La inversión en infraestructura material, como la cobertura de red de agua potable y alcantarillado a partir de fines de la década de 1940, tiene un valor creciente en la eficacia real de la instrucción en puericultura. No era viable implantar y atender medidas higiénicas respecto del aseo personal, de los alimentos y del entorno ambiental si no se contaba con aquellos recursos.<sup>12</sup>

Pasada la primera mitad del siglo XX, la creciente hospitalización del parto y el control prenatal y postnatal producían efectos de largo plazo en la esfera pública y privada, que se retroalimentaban y que no apuntaron sólo a objetivos como la disminución de la mortalidad materno-infantil. También estimularon el debate público de las condiciones de vida de la clase trabajadora y, particularmente, de las mujeres, su capacidad reproductiva y nutrición. El crecimiento de consultorios, maternidades y agencias estatales, junto a las campañas de difusión de la puericultura y la lactancia materna, contribuyeron a publicar el mundo privado de la maternidad y a la conformación de una opinión pública científica normativa. Para extender la cobertura y eficacia del quehacer de aquellas instituciones fue necesario precisar el perfil social de las madres, saber cómo se cuidaban durante el embarazo y el parto, y así sugerir estrategias que permitieran conservar al hijo tanto durante la espera como después del parto, incentivando el desarrollo del «instinto maternal» y desanimando la opción del aborto y de su abandono en alguna institución o en la vía pública. En definitiva, la vigilancia y apoyo a la maternidad tenía como propósito, en términos de la psicología moderna, la construcción y fomento del apego o vínculo entre la mujer y su hijo donde se pensaba que no existía.

## Notas

- 1 Denominación que usamos para aludir al período del embarazo, parto, puerperio y lactancia que, en promedio, podía alcanzar dos años de la vida de una mujer.
- 2 Existe una amplia literatura internacional que aborda la historia de la maternidad como un eje sustantivo de las políticas estatales de la primera mitad del siglo XX, como por ejemplo Françoise Thebaud: *Cuando nos grand-mères dominaient la vie*. Presses Universitaires de Lyon, 1986; Gisela Bock y Pat Thane (Eds.): *Maternidad y Políticas de género*.

- La mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid, Eds. Cátedra, 1996; Linda Gordon (Ed.): *Women, the State and Welfare*. The University of Wisconsin Press, 1990; Seth Koven y Sonya Michel: *Mothers of a New World*. London, Routledge, 1993. Para el caso chileno véase el trabajo pionero de Asunción Lavrin: *Mujeres, feminismo y cambio social, Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Santiago, DIBAM-Centro Investigaciones Barros Arana, 2005 [1995], el capítulo 4: «Gender and State Building. Charity, Rights and the Professions», pp. 123-148, en Karin Alejandra Roseblatt: *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950*. University of North Carolina Press, 2000. Entre los estudios clásicos de la historia de la medicina chilena consultados en este artículo, los relevantes son: Ricardo Cruz Coke eds.: *Historia de la medicina chilena*. Santiago, Ed. Andrés Bello, 1995; Enrique Laval M.: *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador*, separata VI. Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina en Chile, Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile, 1961.; María Angélica Illanes: *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia [...]. Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973*. Santiago, Ed. Colección de Atención en Chile, eds. Rafael Sagrado y Cristián Gazmuri. Santiago, Eds. Taurus, 2006. Tomo II; Juan Eduardo Vargas: «Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951». *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, año LXVIII, Nº 111, 2002, pp. 133-165; María Soledad Zárate C.: «Enfermedades de mujeres. Ginecología, médicas y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX», en *Pensamiento crítico. Revista Electrónica de Historia*, www.pensamientoelectronico.cl, Nº 1, 2001.
- 3 Nicomedes Guzmán: *Los hombres oscuros*. Santiago, Ed. Zig-Zag, 1964 (1ª ed. 1939), p. 124.
  - 4 Véase cuadro Nº 1.
  - 5 En 1930, Santiago registra 477 médicos, y en 1952, 1.203, *Censos Nacionales*, 1930, 1952. Denominación que aludía a la práctica de las parteras durante el siglo XIX.
  - 6 Para el desarrollo de este tema véase María Soledad Zárate: *Dar a Luz en Chile, S. XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica*. Santiago, DIBAM-Centro de Investigaciones Barros Arana-Universidad Alberto Hurtado, 2007.
  - 8 «Boletín Anual Casa de Maternidad de Santiago». *Memoria de la Junta de Beneficencia*, Santiago de Chile, 1899.
  - 9 *Anuario Estadístico*, Santiago de Chile, Dirección General de Estadística, 1900.
  - 10 *Séptimo Censo General de la Población de Chile, 1895*. Santiago de Chile, Oficina Central de Estadística, Imprenta y Encuadernación Barcelona, 1896. Para la provincia de Santiago, las cifras correspondían a 267 médicos y 212 matronas.
  - 11 Wenceslao Hidalgo: *Medicina doméstica de la infancia, o sea Consejos a las madres sobre el modo de criar, educar y curar a sus hijos por sí mismas*. Santiago, Imprenta El Progreso, 1885. Esta obra fue premiada en el Certamen Literario Científico del 17 de septiembre de 1877 por su acuciosa investigación.
  - 12 Hidalgo, p. 52.
  - 13 Hidalgo, p. 56.
  - 14 Manuel Guerrero Rodríguez: «El parto», en Nicomedes Guzmán (Comp.): *Nuevos cuentos-chilenos*. Santiago, Chile Cultura, 1941.
  - 15 Manuel Guerrero K., p. 187.
  - 16 *Ibidem*, p. 200.
  - 17 Algunos prácticos y procedimientos en la atención del parto para el siglo XIX son descritas en: Pedro Lautaro Ferrer: *Historia general de la medicina chilena* (documentos médicos, biografías y bibliografía). Talca, Imprenta Talca, 1904; Hermilio Valdizán y Ángel Maldonado: *La medicina popular peruana (contribución al folclore del Perú)*. Lima, Imprenta Torres Aguirre, 1922. Tomo I, cap. XI: «La obstetricia», pp. 331-346; cap. XII: «La pediatría», pp. 347-369; Ricardo Archila: *Historia de la medicina en Venezuela (época colonial)*. Caracas, Ed. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1961, pp. 91-94 y 309-311. La actual reelaboración de entrevistadas a matronas chilenas de avanzada edad, en virtud de una futura publicación, corrobora esta información.
  - 18 Manuel Guerrero, p. 200.
  - 19 Hidalgo, p. 66.
  - 20 Isaura Torres: *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*. Prólogo del Dr. Ángel C. Sanhueza. Santiago, Editorial Nascimento, 1926, 342 pp.
  - 21 Isaura Torres, pp. 56-7.
  - 22 Véase Zárate: *Dar a Luz en Chile, S. XIX*.

- 23 María Soledad Zárate: «Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920». *Nonadas. Serie Monográficas*, N° 1, Programa Género y Cultura en América Latina, Universidad de Chile, pp. 163-82.
- 24 *Estadísticas de Chile en el siglo XX*. Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, 1999, p. 30; *Anuario Estadístico*, Vol. I. Demografía y Asistencia Social. Santiago de Chile, Dirección General de Estadísticas, 1920. Las cifras de mortalidad infantil en Chile estaban entre las más altas del mundo, incluyendo Sudamérica. En igual época, países como Estados Unidos, Francia e Inglaterra no superaban el coeficiente promedio de 150 muertos por mil nacidos vivos; véase Alfredo Combaruz: «Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile». *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, 21-26 septiembre 1912. Santiago de Chile, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, pp. 315-13.
- 25 *Anuario Estadístico*, Vol. I. Demografía y Asistencia Social. Santiago de Chile, Dirección General de Estadísticas, 1920.
- 26 En 1912, las mujeres constituían un tercio de la población manufacturera, alcanzando una proporción de tres hombres respecto de una mujer en la industria textil y del tabaco. Oficina Central de Estadísticas, Santiago de Chile, 1912. Véase Elizabeth Hutchison: *Laborers Appropriate to Their Sex. Gender, Labor and Politics in Urban Chile, 1900-1930*. Durham and London, Duke University Press, 2001.
- 27 Robert Simon: «Reducción de la mortalidad infantil del primer año por la asistencia a las madres antes, durante y después del parto». *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*.
- 28 Victor Kömmer: «Protección de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y su influencia sobre la mortalidad infantil». *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, pp. 137-44.
- 29 R. Aldunate: «Datos suministrados por la Estadística del Instituto de Puericultura». *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, pp. 355-59.
- 30 Acompañó a esta ley el establecimiento del Ministerio de Higiene, Trabajo y Seguridad Social. Véase a Jorge Jiménez de la Jara (Ed.): *Medicina social en Chile*. Santiago de Chile, Editorial Aconcagua, 1977; Mario Livingsstone y Dagmar Kaczynsky (Eds.): *Salud pública y bienestar social*. Santiago de Chile, Ciepplan, 1976.
- 31 María Ferrero Matte de Luna: *El problema materno-infantil ante la ley*. Santiago de Chile, Biblioteca Jurídica Universidad Católica, 1946, p. 88.
- 32 Ferrero: *El problema materno-infantil...*, pp. 117-126.
- 33 Gronemeyer, Guillermina: «Todos los trámites necesarios para resolver un caso», en «Algunos casos resueltos por alumnas de primer año». *Servicio Social*, año II, 1928, N° 3, pp. 225-228.
- 34 Gronemeyer, p. 226.
- 35 Gronemeyer, p. 227.
- 36 Gronemeyer, pp. 227-228.
- 37 Un dato revelador indica que en 1895 se consignaba la existencia de 1.674 nodrizas, y en 1920, sólo de 309. *Censos*, 1895, 1920.
- 38 Gronemeyer, p. 228.
- 39 Editorial: «Nueva política médico-social». *Acción Social*, año V, N° 52, agosto 1936, pp. 1-2. Sobre las políticas asistenciales del período de los Frentes Populares véase a Karin Rosenblatt: *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950*. Chapel Hill and London, University of North Carolina Press, 2000. Sobre la Ley de Medicina Preventiva elaborada por el médico y ministro de Salubridad y Asistencia Social (1937-1938), Eduardo Cruz Coke, véase Carlos Huneeus y María Paz Lanas: «Ciencia política e historia. Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938». *Historia*, N° 35, 2002, pp. 151-86.
- 40 Salvador Allende: *La realidad médico-social en Chile*. Santiago, Imprenta Lathrop, 1939.
- 41 Raúl Ortega: «La hospitalización en los Servicios Madre y Niño de la CSO». *Revista de Asistencia Social*, Tomo 9, N° 2-3, junio-septiembre 1940, pp. 536-42.
- 42 Los niños que llegaban a esta sección lo hacían por tres vías: porque sus madres habían recibido asistencia en la sección maternal; porque eran los hijos de asegurados que solicitaban atención antes de cumplir tres meses, y por traslados de otros consultorios. Luz Cañas: *Estudio de los problemas que se presentan en la Sección de Lactantes en el Consultorio N° 3 de la Caja del Seguro Obligatorio*. Memoria Escuela Alejandro del Río, 1941, p. 77.
- 43 Editorial: «Nueva política médico-social», *op. cit.*, pp. 1-2.
- 44 Véase Lavrín: *Mujeres, feminismo y cambio social*. «Puericultura, Public Health and Motherhood», pp. 131-164; María Soledad Zárate: «Las madres obreras: identidad social y política estatal, Chile, 1930». *Revista de Historia Social y Mentalidades*, año 2005, Vol. 1-2, pp. 59-83. USACH, 2005.
- 46 Luisa Fabres: «El Servicio Social de la Maternidad Carolina Freire, del Patronato Nacional de la Infancia». *Servicio Social*, año II, N° 1, 1928, pp. 48-52.
- 47 Junto a estos recintos estaba la Maternidad Carolina Freire, del Patronato de la Infancia, que en esa década sólo atendía partos a domicilio, con una inscripción semanal de 22 madres en promedio; Fierro, p. 274.
- 48 En 1920, la cifra de mujeres que ingresaron a recintos hospitalarios en todo Chile era de 66.872, y en 1952, de 262.266. Dirección General de Estadísticas de Chile: *Anuario Estadístico*, *Asistencia Social*, 1920, 1952.
- 49 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, 1920.
- 50 Carlos Ramírez: «Estado actual del problema de la asistencia maternal en Chile». *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 4, N° 4, mayo de 1939, pp. 203-219.
- 51 Juan Moroder y Francisca López: «Mortalidad materna y sulfadrogas». *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, Vol. IX, N° 3-4, septiembre-Diciembre 1947, pp. 279-88.
- 52 Onofre Avendaño, Hernán Romero y Ernesto Medina: «Mortalidad materna». *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 21, N° 6, 1956, pp. 142-53. Las maternidades consignadas eran las del Hospital del Salvador, José Joaquín Aguirre y San Francisco de Borja.
- 53 José Manuel Ugarte: «Mortalidad materno-infantil en Chile, 1917-1952». *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 17, N° 7, 1952, p. 182.
- 54 José Manuel Ugarte: «Mortalidad materno-infantil en Chile, 1917-1952». *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 17, N° 7, 1952, p. 182.
- 55 «El problema de las maternidades». *AMECH (Asociación Médica de Chile)*, año 5, sep-oct-nov. 1941, N° 9-10-11, p. 3.
- 56 Arturo Larraín: «Los problemas médico-nurales de Chile». *Revista Asistencia Social*, Tomo 7, N° 2, junio 1938, p. 152. Larraín agregaba que era ineficaz «insistir en la necesidad de perseguir criminalmente a los que practican el aborto atentando así la moral pública y limitando la natalidad de nuestra raza». *Ibidem*.
- 57 José Ilie Toro: *Memorias de un médico rural*. Santiago, Ed. Andrés Bello, 1986, p. 18.
- 58 Ilie Toro, p. 19.
- 59 *Unidad*, Revista de los empleados de la Caja de Seguro Obligatorio, año 6, julio de 1947, N° 72, pp. 3-4.
- 60 Adolfo Meyer: *Guía médica de higiene y beneficencia. Con un plano nuevo i guía de Santiago*. Santiago, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1902, pp. 123-130.
- 61 Varios juicios en este sentido se encuentran, por ejemplo, en *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, 21-26 de septiembre 1912. Santiago, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1912, p. 216. El Censo de 1920 contabilizaba 1.643 matronas en el país, número que no distingue entre aquellas que contaban o no con la categoría de «examinadas». Dirección de Estadística: *Censo de población de la República de Chile*, 1920. Santiago, Imprenta y Litografía Universo, 1925.
- 62 «Reglamento sobre Maternidades Particulares», Decreto Supremo N° 946 del 14 de diciembre de 1938. *Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno*, Tomo V, Santiago, Dirección General de Prisiones, 1939, pp. 3859-3867; «Reglamento sobre Maternidades Particulares», Decreto Supremo N° 839 del 30 de agosto de 1940. *Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno*, Tomo III, Santiago, Dirección General de Prisiones, 1940, pp. 1671-1679.
- 63 Respecto de los debates sobre el aborto en las primeras décadas del siglo XX en Chile, véase Andrea del Campo Petrucci: *Una historia desconocida: los albores remotos de una política de salud para regular la fecundidad en Chile, 1915-1930*. Tesis licenciatura en Historia, PUC, 2004.
- 64 Ramírez: «Estado actual del problema de la asistencia maternal en Chile», pp. 214-215.
- 65 M. Guajardo de Atria: «Causas de trabajo obrero femenino en Chile». *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, año IV, N° 44 y 45, 1838, pp. 9-14; Victoria García Carpanetti: «Algunas consideraciones sobre medicina social en la mujer obrera chilena». *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, año IV, N° 44 y 45, 1938, pp. 15-25.
- 66 La tarea de las visitadoras excedía la mera gestión de beneficios, pues se hacían cargo de la educación higiénica, del control e investigación de diagnósticos y tratamientos médicos, de la colocación de embarazadas en instituciones asistenciales y de la gestión de fuentes de trabajo, pensiones alimenticias y habitación. Los métodos de trabajo más usados eran la visita domiciliar, la recolección de datos en encuestas sociales, la búsqueda de personas y la gestión de trámites institucionales. Véase María Angélica Illanes: *El cuerpo de la profitora: la visitación popular como mediación social; génesis y ensayo de políticas sociales en Chile, 1900-1940*. Tesis doctoral Universidad Católica, 2004; Ximena Valdés: «Género, familia y

- matrimonio: la visión de las visitadoras sociales católicas entre 1930 y 1950», *Revista de la Academia*, N° 6, 2001, pp. 177-206.
- 67 Berta Araya: *Labor de la Visitadora Social en un servicio de lactantes de la Caja del Seguro Obligatorio*. Memoria Escuela Alejandro del Río, 1941, p. 144.
- 68 Luisa Fierro Carrera: «El Servicio Social en la maternidad», *Servicio Social*, año III, 1929, N° 4, pp. 254-285; María Santelices: «El Servicio Social frente al problema de la madre soltera y sus hijos», *Servicio Social*, año XII, 1938, N° 4, oct-dic., pp. 151-197.
- 69 Fierro, p. 261.
- 70 Fierro, pp. 261-262.
- 71 Luisa Fierro Carrera: «El servicio social en la Escuela de Obstetricia y Puericultura», *Servicio Social*, año III, N° 2, junio 1929, p. 134.
- 72 La selección de mujeres tuvo en común los siguientes aspectos: madres primíparas, «mejoradas en la maternidad», pertenecientes a la masa obrera y con cuyas parjas no se legalizó la unión. Algunas de ellas recibían algún tipo de ayuda del padre de la criatura o seductor; Santelices, p. 154.
- 73 Santelices, p. 159.
- 74 Santelices, p. 155.
- 75 Santelices, p. 160.
- 76 Linares, 13 de junio de 1952. *Archivo Gabriel González Videla* (en adelante AGGV), Vol. 88, foja 463. Este archivo epistolar es analizado por Diana Veneros Ruiz-Tagle: «El epistolario de la pobreza. Nexos entre mujer y Estado, 1946-1952», y Dina Escobar G.: «Mujeres que escriben al Estado. Chile, 1946-1952», ambos artículos publicados en *Dimensión Histórica de Chile*, 13-14, número temático: «Mujer, Historia y Sociedad». Santiago, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, 1997-1998, pp. 111-137 y 275-332, respectivamente.
- 77 Fierro, pp. 274-276.
- 78 Santiago, 13 de agosto, 1952, AGGV, Vol. 89, foja 179.
- 79 Arturo Baeza Goñi: «Labor que desempeña a favor del niño la Maternidad Madre e Hijos», en VVAA: «La Asistencia Privada en Chile», *Servicio Social*, 1932, año VI, N° 2-3, p. 218.
- 80 Baeza, pp. 216-219.
- 81 Baeza sostiene que se contaba con dos aulas de puérperas con capacidad de 12 camas; dos departamentos de pensionado; una sala de partos; un pabellón montado en forma tal que se puede prestar cualquier atención que se presencie; sala de esterilización; un pequeño departamento para la atención del niño recién nacido; servicio dental; y baños; Baeza, p. 216.
- 82 Baeza, p. 217.
- 83 Baeza, p. 218.
- 84 Baeza, p. 219.
- 85 Doctora Figueroa: «Protección prenatal y a la madre», en VVAA: «La Asistencia Privada en Chile», *Servicio Social*, año VI, 1932, N° 2-3, pp. 225-231.
- 86 Figueroa, p. 230.
- 87 Véase a Asunción Lavrin: *Mujeres, feminismo y cambio social*, pp. 188-205.
- 88 Figueroa, p. 230.
- 89 Hilda González: *Algunas consideraciones sobre el Servicio de Lactantes del Consultorio N° 2 del Seguro Obligatorio*. Memoria Escuela Alejandro del Río, 1942.
- 90 González, p. 19.
- 91 Hilda González, p. 13.
- 92 Luz Cañas, p. 79.
- 93 Luz Cañas, pp. 47-49.
- 94 Luz Cañas, pp. 84-85. Sobre las estrategias de contención de las enfermedades de trascendencia social véase Catalina Labarca: «Campaña de Salvación Nacional. Estado y Educación Sexual 1925-1938». Tesis para optar a licenciatura en Historia. Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2004.
- 95 Estos centros de tratamiento iniciaron su funcionamiento en 1934, con el objeto de ampliar la atención general ofrecida en los consultorios a partir de 1924. El Centro Las Rosas atendía público desde marzo de 1937, conociéndose en un principio como Centro Catedral, ubicado en Catedral N° 3078; Araya, p. 38.
- 96 El 7% restante se repartía en oficios como comerciante, enfermera, telefonista, etc.
- 97 Doctor Arturo Robóque: «Lactancia», *Unidad*, año 2, julio de 1941, N° 13, p. 24.
- 98 Rebeca O'Brien Pflanz: «Lactancia», *Unidad*, año 2, agosto 1941, N° 14, p. 19.
- 99 Raúl Ortega, Onofre Avendaño y Pedro Araya: «Los servicios de madre y niño de la Caja del Seguro Obligatorio durante 1942». Separata *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, año X, N° 111 y 112, 1943, pp. 1-20.
- 100 Raúl Ortega y Adriana Castro: «Actitud de las madres frente al seguro social», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N° 120-122, 1944, pp. 487-92.

- 101 Ortega y Castro: «Actitud de las madres frente al seguro social», p. 488.
- 102 Ortega y Castro: «Actitud de las madres frente al seguro social», p. 489.
- 103 Algunos textos pioneros son: Dr. Federico Gascuña: *Lactancia Artificial y materna o el arte de alimentar y de criar a los niños recién nacidos*. Valparaíso, 3ª ed. notablemente corregida y aumentada, Tipografía Nacional, 1890; Juan Edmundo Espino: *Consejos a las madres de familia para atender a los niños. Adaptación para Chile de los consejos de la Academia de París a la Sociedad Protectora de la Infancia de Valparaíso*, Santiago, Imprenta La Opinión, 1895; E. Fernández Frías: *La Salud de los Niños, o sea Catecismo Higiénico de la Infancia*. Santiago, Imprenta Victoria, 1885.
- 104 Un texto clave de esta campaña fue el del médico Luis Calvo Mackenna: *Propaganda de la Lactancia Materna*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1916.
- 105 Vida Sana, Sección Ed. Sanitaria: «El primer derecho del Niño. La leche de la madre no se puede reemplazar con ningún otro alimento», *Unidad*, año 2, marzo 1942, N° 21, p. 17.
- 106 Cruz Roja de Los Angeles: *Cartilla de Puericultura*. Chillán, La Discusión, 1930, p. 9.
- 107 Isaura Torres: *Cómo Tener y criar hijos sanos y robustos*, p. 29; Cruz Roja de Los Angeles: *Cartilla de Puericultura*.
- 108 Dirección General de Sanidad: *Cuidados del Niño*, Santiago, Imprenta M. Ferrario, 1936, p. 5.
- 109 Otto Schwarzenberg: *Educación, alimentación e higiene del niño. Un consejo para las madres*, Santiago, Dirección General de Sanidad, Departamento de Bienestar de la Madre y del Niño, 1934; Dirección General de Sanidad, Dpto. de la Madre y del Niño de la Dirección General de Sanidad: *Ciclo de Conferencias dictadas por radio por los Sres. Médicos del Departamento de la Madre y del Niño*, Santiago, Talleres Gráficos Gutenberg, 1936.
- 110 Félix Valenzuela: *El libro de las madres*. Santiago, Editorial Cultura, Libro de Unidad Práctica, N° 3, 1933, p. 36.
- 111 Gastón Valle O.: *Nociones fundaméntales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales*. Santiago, Imprenta Gutenberg, 1935, p. 5.
- 112 Ricardo Rolando G.: *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*. Valparaíso, Imprenta Universo, 1938.
- 113 Servicios de Salubridad Fusionados: *A las Madres*. Breve cartilla de consejos para criar hijos sanos y robustos. Santiago, Talleres Gráficos La Crítica, 1942.
- 114 Entre algunos de esas instituciones estaban el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, el Servicio Nacional de Salubridad, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social.
- 115 «Análisis de la marcha del SNS en 1955», *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. II, jul-agosto de 1956, N° 4, p. 528.
- 116 Guillermo Valenzuela, Bogoslov Juricic y Abraham Horvitz: «Doctrina del SNS», *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Vol. I, octubre 1956, N° 1, p. 14.
- 117 «Convenio con Caritas-Chile para el abastecimiento de alimentos en programa de atención materno-infantil», *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. III, N° 5, sep-oct. de 1957, p. 797; «Convenio con UNICEF», *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. II, N° 1, ene-feb. de 1956, p. 66.
- 118 «Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal», *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Vol. III, N° 4, julio-agosto de 1957, p. 564. Informe que adjuntan la Sociedad Chilena de Obstetricia, de Salubridad, de Nutrición y el Capítulo Chileno de la Academia Americana de Pediatría a la carta que envían al Congreso para que se apruebe la asignación familiar desde el sexto mes y la destinación del 5% de la asignación familiar a la adquisición de leche.
- 119 En frecuentes ocasiones, la atención profesional que brindaban las matronas en sus domicilios particulares se verificaba en precarias condiciones materiales y la asistencia en maternidades no era la más idónea. Editorial: «Programas de atención materno». *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XXVI, N° 2, marzo-abril 1961, pp. 173-4.
- 120 Fernando Rodríguez: «Necesidades asistenciales obstétricas de la ciudad de Santiago», *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XXVI, N° 6, nov-dic. 1961, pp. 417-422.
- 121 Onofre Avendaño. Editorial: «Asistencia obstétrica en áreas urbanas de Santiago», *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XXVI, N° 5, sep-oct. 1961, pp. 337-338.
- 122 Fernando Rodríguez, Lucía López y Margarita Notari: «Mortalidad Materna en Chile», *Revista Médica de Chile*, Vol. 98, N° 12, diciembre 1970, p. 862.
- 123 Pablo Camus: *La Salud Pública en la Historia de Chile*, s. XIX-XX, texto inédito.