

En Cordero, Macarena, *Rastros y gestos de las emociones*. Santiago (Chile): Editorial Universidad Adolfo Ibáñez.

# **“Señora, su hijo no va a morir: Enfermeras y madres contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980”.**

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2018). *“Señora, su hijo no va a morir: Enfermeras y madres contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980”*. En Cordero, Macarena *Rastros y gestos de las emociones*. Santiago (Chile): Editorial Universidad Adolfo Ibáñez.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/41>

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



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>.*

CO-EDICIÓN AL CUIDADO DE  
MACARENA CORDERO FERNÁNDEZ  
PEDRO E. MOSCOSO-FLORES  
ANTONIA VIU

RASTROS Y GESTOS  
DE LAS EMOCIONES

*Desbordes disciplinarios*



Ensayo

EDITORIAL  
CUARTOPROPIO

En ese mismo texto y para graficar este desplazamiento de la autoría a la representación, Derrida imagina una escena en la que Jefferson reacciona a un relato en el que Benjamin Franklin le habría permitido sublimar el sufrimiento por la mutilación que suponen este juego de representaciones, además de las enmiendas y cortes que sufre el texto en manos de los *representatives*, y que transforman a Jefferson en redactor de la Declaración y no en su autor. La anécdota que le cuenta Franklin es la del letrero mediante el cual un sombrerero planea promocionar su negocio. Siguiendo el consejo y las enmiendas de varios amigos, el texto del letrero cambia del previsto "*John Thompson, hatter, makes and sells hats for ready money*" a "*John Thompson*" bajo el ícono de un sombrero. Derrida nos dice "El relato reflejaba su desdicha, pero también su mayor deseo. Si bien se mira, más valía una supresión completa de su texto que hubiera mantenido en su lugar, debajo de un mapa de Estados Unidos, nada más que la desnudez de su nombre propio: texto institutor, acto fundador y firmante energía"<sup>44</sup>.

El artículo de *Zig-Zag* monumentaliza la firma de los próceres destacando además su función institutiva, "...de don José Miguel Carrera, elegante y juvenil como el caudillo; de Pedro de Valdivia, en que hay trazos de espada y de penacho de yelmos; de Mariano de Egaña, meticulosa y severa como el célebre jurista"<sup>45</sup>, pero borra el nombre propio de Quindos, operando una mutilación similar a aquella que implica su trayectoria como escritora y grafóloga, solo que duplicando el precio a cambio del cual podrá transformarse en un nombre y un acto fundante para otras mujeres en la prensa, en la época en que concede la entrevista a Durand titulada significativamente "Juanita Quindos". La mutilación de los nombres de los consultores y consultoras en el "Consultorio Grafológico" es la contracara de su propia mutilación mediante el uso de un seudónimo masculino como grafóloga y otro como escritora, de su fama como coleccionista de firmas de escritores hombres, como si en ese acto performara su propia exclusión de la ciudad letrada, pero también la promesa de un ingreso diferido, aplazado en el seudónimo.

<sup>44</sup> Derrida, *Otobiografías*, 25.

<sup>45</sup> Anónimo, "Un puñado de firmas", s/p.

## SEÑORA, SU HIJO NO VA A MORIR: ENFERMERAS Y MADRES CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL, CHILE, 1950-1980

María Soledad Zárate Campos<sup>1</sup>

*Ya se va para los cielos  
ese querido angelito  
a rogar por sus abuelos,  
por sus padres y hermanitos.  
Cuando se muere la carne,  
el alma busca su sitio  
adentro de una amapola  
o dentro de un pajarito...*

*Cuando se muere la carne,  
el alma busca en la altura  
la explicación de su vida  
cortada con tal premura,  
la explicación de su muerte  
prisionera en una tumba.  
Cuando se muere la carne,  
el alma se queda oscura.*

Cuando Violeta Parra escribió el *Rin del Angelito*, a mediados de la década de 1960, en Chile morían 96,5 niños mayores de un año y 33,5 al mes de vida por cada mil nacidos vivos, cifras muy lejanas de las altísimas tasas de mortalidad infantil de principios del siglo XX pero que aún eran una preocupación de la salud pública local.

<sup>1</sup> Este artículo es resultado de la investigación desarrollada en el marco del Proyecto FONDECYT N° 1161204 "Profesiones sanitarias femeninas en Chile 1950-1980. Prácticas, relaciones de género e identidades laborales", 2016-2019.

Esta canción, que aparece en el disco *Las últimas composiciones* (1966), se inspiró en la muerte de su hija Rosa Clara<sup>2</sup>. Esta expresión de dolor y de desconcierto frente a la muerte de un pequeño/a es un contrapunto respecto de la tradicional resignación que la muerte infantil inspiró en la sociedad chilena<sup>3</sup>. Los versos de Violeta visibilizaron una emoción escasamente discutida en el ámbito público de esos años; que sucedía en la vida familiar, en la vida de madres y padres luego de la muerte de un recién nacido o de un infante.

En términos historiográficos y, a nivel internacional, estas emociones no han sido estudiadas de manera particular, pero sí se han documentado algunos de los efectos culturales y sociales del combate contra la mortalidad infantil (en adelante MI), por ejemplo, los significados simbólicos y efectos político-económicos de la muerte infantil en distintas sociedades<sup>4</sup>. Para el caso chileno, la batalla contra la MI y su derrota por medio de políticas sanitarias implementadas desde 1920, ha sido analizada por la historia de la salud pública<sup>5</sup> y de la salud materno-infantil<sup>6</sup>, preferentemente, como un indicador de progreso y de éxito de la comunidad médica, y es

- 2 Paula Miranda, *La poesía de Violeta Parra*. Santiago: Editorial Cuarto Propio, 2013.
- 3 Juan Pablo González y Claudio Rolle, *Historia social de la música popular en Chile, 1950-1970*. Santiago: Universidad Católica, 2009.
- 4 Esteban Rodríguez Ocaña, "La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea", *Dynamis* vol.23 (2003): 27-36; Joseph Bernabeu Mestre, "Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo. 1939-1950", *Revista de Demografía Histórica* vol.20: 1 (2002): 123-44; Irvine Loudon, *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press, 1992.
- 5 María Angélica Illanes, *En el nombre del Pueblo del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud Pública, Chile 1880-1973*. Santiago: Ministerio de Salud, 2010; Jorge Jiménez de la Jara, *Ángelitos salvados: Un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Santiago: Ediciones Uqbar, 2009; Nelson Vargas, *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Editorial Universitaria, 2002; Christian Fernández, "¡Asegurémonos que el pequeño sea grande! La pediatría contra la desnutrición infantil durante la Unidad Popular, 1970-1973", Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Alberto Hurtado, 2014.
- 6 Véase los trabajos de María Soledad Zárate, "Parto, crianza y pobreza en Chile", en *Historia de la Vida Privada en Chile Tomo 3*, eds. Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri C. Santiago: Taurus Ediciones, 2007; "El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile, (1900-1950)", en *Historia y cultura de la alimentación en Chile: miradas y saberes sobre nuestra culinaria*, comp. Carolina Sciolla. Santiago: Fundación para la Innovación Agraria, 2010, 235-61; María Soledad Zárate C. y Lorena Godoy Catalán, "Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)", *Historia, Ciencias, Saúde - Manguinhos* vol.18: 1 (2011): 131-51.

una materia presente en la incipiente historia de la infancia<sup>7</sup>, pero sabemos menos respecto de los aspectos socio-culturales que rodearon esa cruzada.

Si bien la historiografía y la sociología han documentado la trayectoria de las políticas sanitarias que lideraron esa batalla, principalmente desde la perspectiva médico institucional, demográfica y estadística, aún es escasa la documentación de los cambios socio-culturales que estas políticas promovieron en las familias, y de las emociones que rodearon la relación entre madres, hijos y profesionales en el marco de aquellas políticas.

Este capítulo selecciona y analiza aspectos del impacto social y emocional asociados a las políticas implementadas por el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI) del Servicio Nacional de Salud (SNS), y lideradas por las enfermeras, entre 1952 y fines de la década de 1970, periodo caracterizado por una progresiva reducción de la tasa de MI. Recurriendo a la información que reportan fuentes documentales y orales, y privilegiando el punto de vista de las enfermeras, se revisan algunas acciones sanitarias dirigidas al cuidado de los recién nacidos, lactantes y niños, que suponían un vínculo periódico con madres beneficiadas del SNS.

En este periodo, el SNS lideró la puesta en marcha de programas inspirados en la medicina social y comunitaria, es decir, en políticas que privilegiaban en su diagnóstico, prevención y curación las consideraciones socio-ambientales que afectaban a la población. El sello de dichas políticas estaba dado por las profundas vinculaciones entre salud y economía, en donde la primera tenía por mandato asegurar la existencia de una fuerza de trabajo sana y activa, y la segunda condicionaba los lineamientos programáticos de la primera. Asimismo, la consolidación de la medicina social y del enfoque multi-causal de las enfermedades, y la convicción, cada vez más compartida entre la comunidad médica y política, de que la salud no solo era una aspiración individual sino también un indicador de desarrollo robusteció la nueva impronta de estas políticas. El papel que cumplían los profesionales en el SNS fue una de

- 7 Jorge Rojas F., *La Historia de la infancia en el Chile republicano 1810-2010*. Santiago: Editorial Ocho Libros, Junta Nacional de Jardines Infantiles, 2010.

las discusiones que animó el debate de las relaciones entre ciencias sociales, medicina y salud pública que emergió a fines de la década de 1950<sup>8</sup>. En ese marco, los profesionales del Servicio debían procurar un mayor conocimiento de la vida cotidiana de los asistidos, llegar a ellos e intervenir su medio, y en el caso de la salud infantil, el factor para mejorar las intervenciones sanitarias era, entre otros, reforzar los vínculos con las madres, con quienes efectivamente se relacionaban frecuentemente en el marco del cuidado de los hijos.

En Chile se cuenta con un registro monumental de fuentes escritas producidas por la comunidad médica respecto de diagnósticos, políticas y evaluaciones de políticas sanitarias que combatieron la MI. En ese registro, la historiografía y las voces de otros profesionales sanitarios y sociales, que por sus tareas eran quienes implementaban dichas políticas y tenían mayor contacto con madres e hijos, son escasas<sup>9</sup>. En virtud de esta restricción, la realización de entrevistas a profesionales como matronas, asistentes sociales y enfermeras, en parte, pueden compensar ese desbalance<sup>10</sup>; el registro de sus impresiones permite acceder a información sobre el contacto que establecieron con la población beneficiada y el trabajo que realizaron que no es posible obtener en las clásicas fuentes documentales.

El análisis combinado de fuentes documentales y fuentes orales permite constatar que aquellas políticas no solo impactaron en los indicadores sanitarios sino también en la discreta y gradual construcción de vínculos y confianzas entre madres y profesionales, madres e hijos, y en la emergencia de la salud infantil que se amplió, pues ya no se trataba de concentrarse solo en la contención de enfermedades mortales durante el primer año de vida sino en el cuidado de los niños que sobrevivieron a ese crítico periodo. A modo de hipótesis, planteamos que la construcción de dichos vínculos

8 Jorge Gaete, "Ciencias Sociales y Medicina: 40 años después (1ª parte)", *Revista Chilena de Salud Pública* vol.16: 1 (2012): 47-57.

9 María Soledad Zárate C., "Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950", en *Historia de las mujeres en Chile Tomo II*, eds. Ana María Stiven y Joaquín Fermandoi. Santiago: Ediciones Taurus, 2013, 119-51.

10 Este capítulo se apoya en la recopilación de entrevistas realizadas a distintos profesionales sanitarios y a madres en el marco del Proyecto FONDECYT N° 1161204 (2016-2019), en desarrollo: "Profesiones sanitarias femeninas en Chile 1950-1980. Prácticas, relaciones de género e identidades laborales".

es constitutiva del éxito de dichas políticas: la mayor confianza y seguridad entre madres y enfermeras son componentes claves de la adhesión de la población femenina a las recomendaciones sanitarias y del reconocimiento de la cooperación que se establecía entre ambos grupos sociales. También del trabajo clínico y educativo que las enfermeras hacían con las madres se desprende el interés por potenciar el vínculo entre madres e hijos en el marco de un nuevo escenario: el de la sobrevivencia de los hijos y no el de su eventual muerte. Ciertamente, los vínculos entre madres y enfermeras y madres e hijos, no estuvieron exentos de conflictos y desencuentros, pero estos no empañan su virtudes y logros, al menos, en el marco de la derrota de la MI.

Este capítulo se apoya en la lectura de fuentes documentales clásicas –monografías médicas, memorias institucionales del SNS y estadísticas sanitarias– y en aquellas referidas específicamente al trabajo sanitario de las enfermeras<sup>11</sup>. También se incluye en el análisis 8 entrevistas a enfermeras<sup>12</sup> –de un conjunto mayor de entrevistas realizadas a profesionales sanitarios– que ejercieron entre la década de 1950 y 1970<sup>13</sup>.

En particular, las entrevistas a enfermeras que trabajaron en el PSMI reportan información de carácter menos prescriptivo sobre el diseño, implementación e impacto de las políticas que combatían la MI y promovían la salud infantil en general. En los testimonios orales, las enfermeras describen, con matices y límites, diversos aspectos respecto de la relación de las madres con los profesionales sanitarios a propósito del cuidado de los hijos, y de las madres con sus hijos, particularmente en el marco de su sobrevivencia física, de la gradual importancia del cuidado psicosocial de aquellos y la paulatina aceptación de las recomendaciones.

11 Rosalba Flores de Fernández, *Historia de la enfermería en Chile: Síntesis de su evolución educacional: 1era. Parte* (Santiago: 1965); PESMIB, *Participación de la enfermera, matrona y auxiliar de enfermería en la atención materno-infantil en consultorios y postas 25 áreas PESMIB-1976*. Santiago: Unidad de Investigación y Evaluación PESMIB, 1976.

12 Véase anexo.

13 Véase el uso combinado de fuentes orales y documentales para la revisión histórica sobre el trabajo de las matronas en Lorena Godoy y María Soledad Zárate, "Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile, 1952-1973", *Revista Ciencias de la Salud* vol.13: 3 (2015): 411-30.

## Combatir la mortalidad infantil en el SNS

Desde fines del siglo XIX, la salud infantil estuvo presente en los debates locales referidos a la profesionalización de la medicina, la caridad sanitaria y los primeros esfuerzos estatales por diseñar políticas dirigidas a la protección de los infantes<sup>14</sup>. Sin duda, la principal inspiración de aquellos esfuerzos era la contención de las altas tasas de MI que hacían de Chile uno de los países a la delantera de tan triste guarismo. La figura del niño, particularmente el más pobre, contó con una creciente visibilidad pública desde la segunda mitad del siglo XIX en el ámbito sanitario que se acentuó en los primeros años del siglo XX. El combate contra este flagelo fue uno de los desafíos que inspiró tanto las políticas sanitarias provistas por la Beneficencia como por el Estado chileno desde fines del siglo XIX, demandando importantes recursos financieros, técnicos y profesionales<sup>15</sup>.

El progresivo descenso de la tasa de mortalidad neo natal e infantil fue posible gracias a políticas de protección sanitaria, jurídica y laboral, principalmente dirigidas a la población femenina, es decir, a las madres. El incipiente control médico prenatal, la progresiva profesionalización de la asistencia del parto –y su creciente hospitalización– los subsidios de alimentos y leche a madres trabajadoras, el descanso pre y post parto son algunas de las medidas implementadas desde la década de 1920 por la Caja del Seguro Obligatorio (CSO), lideradas por médicos, enfermeras y matronas<sup>16</sup>.

En Chile, la TMI alcanzaba los 258 por mil nacidos en 1925, descendiendo a 117,8 en 1952, y a 55,4 en 1975<sup>17</sup>. La documentación médica referida a este flagelo social ha constatado su transversalidad, sus negativas consecuencias y las distintas concepciones respecto de su significación

14 María Soledad Zárate, *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. Santiago: DIBAM, 2007.

15 Congreso Nacional de Protección a la Infancia, *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia, 21-26 Septiembre 1912*. Santiago: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1912.

16 Zárate, "Parto, crianza y pobreza en Chile".

17 Ernesto Medina, "Evolución de la salud pública en Chile de los últimos años 25 años", *Revista Médica de Chile* 105 (1977): 740; Ana María Kaempffer, "Evolución de la salud materno infantil en Chile, 1952-1977", *Revista Médica de Chile* 105 (1977): 680.

política y social. Si la tasa de la MI fue una estadística de profunda preocupación respecto del crecimiento demográfico y del proyecto nacional industrializador en las primeras décadas del siglo XX, desde la década de 1950 aquella adquirió el carácter de indicador de desarrollo social<sup>18</sup>.

El descenso registrado desde la década de 1950, que exhibía importantes diferencias regionales, fue atribuido a la acción de los servicios de protección materno-infantil de la CSO primero, luego a la acción del propio SNS que desde 1952 reforzó el incremento de la atención profesional del parto y el control del recién nacido y el lactante.

Las medidas que el SNS puso en marcha adquirieron cobertura nacional; los gobiernos de Eduardo Frei, Salvador Allende y, el Régimen Militar, brindaron un importante respaldo a las tareas del PSMI<sup>19</sup>, y pese a importantes carencias presupuestarias, a las dificultades para descentralizar las políticas de un servicio de carácter nacional y a la escasez de profesionales sanitarios –esta última debilidad corroborada por las enfermeras entrevistadas– el SNS alcanzó logros importantes respecto de la salud chilena, entre ellos, el descenso de la MI<sup>20</sup>.

Los diagnósticos y las acciones del PSMI fueron abordados específicamente por médicos pediatras y enfermeras –también matronas en el caso de los controles prenatales–, y apoyados indirectamente por asistentes sociales. Los logros de la contención de la MI descansaron en la formación universitaria de los profesionales en pediatría como, por ejemplo, el médico Julio Meneghello, quien tuvo un papel clave en el avance científico de esta especialidad y en la formación que recibían las enfermeras<sup>21</sup>. Antiguos problemas como la desnutrición y la prematuridad adquirieron nuevas dimensiones como consecuencia de un conocimiento pediátrico más sofisticado, y políticas como el programa de vacunaciones, el control del niño

18 Zárate y Godoy, "Madres y niños".

19 Mario Livingstone y Dagmar Raczynski (eds.), *Salud pública y bienestar social*. Santiago: Universidad Católica de Chile y CIEPLAN, 1976; "Programa Básico de Gobierno de la Unidad Popular", en *Los mil días de Allende, Volumen I*, Miguel González Pino et al. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1997, 947-60; Francisco Mardones R., "Planes y Programas de Salud en Chile", *Cuadernos Médico-Sociales* vol.46: 1 (2006): 66-73.

20 Zárate y Godoy, "Madres y niños".

21 Vargas, *Historia de la pediatría chilena*.

sano y el tratamiento particular de enfermedades estacionales infantiles alcanzaron importante protagonismo.

A través del PSMI, se implementaron cinco líneas de acción: la atención profesional del parto; el incremento del control prenatal; la implementación de programas de alimentación complementaria dirigidos a madres, nodrizas y lactantes; la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar y la implementación del plan de planificación familiar desde mediados de la década de 1960. En todas ellas, salvo en la última, los niños eran beneficiarios centrales, y las enfermeras tenían importantes responsabilidades en la mayoría de ellas. Una de las tareas del PSMI fue realizar un diagnóstico más fino respecto de cifras y causas de la tasa de MI como, por ejemplo, lo hacía la memoria del servicio de 1959:

se calcula que en Chile se inician, cada año, unos 350.000 a 380.000 embarazos, de los cuales sólo las dos terceras partes llegan a término con niños vivos. La tercera parte se pierde en abortos y nacidos muertos. De los 250.000 niños nacidos vivos, unos 20 a 25 mil nacen inmaduros, con un peso inferior al normal y con un desarrollo insuficiente de sus diversos órganos y sistemas, lo que determina su extraordinaria fragilidad a cualquiera circunstancia desfavorable del ambiente. Corresponden a este grupo, los 10.000 lactantes que fallecen antes de cumplir un mes de edad y, en parte, los 10.000 lactantes que mueren por diarreas infantiles, que encuentran un terreno susceptible por el menor peso de los niños, su vitalidad precaria y la menor duración de la lactancia natural.<sup>22</sup>

Junto al control prenatal que monitoreaba la vida intrauterina, después del parto la población infantil era sujeto de supervisión sanitaria desde el recién nacido hasta el niño de 15 años. Dichas supervisiones eran a través del *control del niño sano*, donde pediatras y enfermeras revisaban el crecimiento y desarrollo de la población infantil sana (el niño enfermo lo veía directamente el pediatra). Este instrumento clave del PSMI era un programa nacional dirigido a institucionalizar el control

22 Servicio Nacional de Salud, *El Servicio Nacional de Salud. Iena. Etapa 1952-1958*. Santiago: Impr. Central de Talleres del SNS, 1959, 54.

sanitario periódico y sistemático. También se contaba con el programa de vacunaciones y de control de la desnutrición, las visitas domiciliarias realizadas exclusivamente por las enfermeras y las unidades de cuidado del niño prematuro. Las altas tasas de MI se concentraban entre el primer mes y el año de vida, y solían relacionarse a patologías gastrointestinales y respiratorias que, por medio de una asistencia pediátrica focalizada y anticipada, eran paulatinamente contrarrestadas.

A través del PSMI se avanzó en distintas direcciones en la protección sanitaria de madres y niños que redundó en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad de ambos grupos. El decidido impulso del parto hospitalario supuso convencer a las mujeres de atenderse en aquellos recintos y también aumentar la dotación de maternidades y camas disponibles para dicha atención lo que se transformó en una demanda insatisfecha y ampliamente debatida en la década de 1960. Beneficios como la asignación familiar<sup>23</sup> que recibían las embarazadas permitió el incremento del control prenatal<sup>24</sup>; la creación de consultorios en sitios cercanos a las residencias de las madres incrementó el volumen de los controles prenatales y postnatales, y posibilitó la atención conjunta obstétrica-pediátrica y la formación de Unidades o Servicios de prematuros<sup>25</sup>. En 1961, y a casi diez años de la fundación del SNS, el PSMI estaba consolidando las políticas relativas a la asistencia del parto, la dación de leche y el perfeccionamiento del personal sanitario como también el incremento del *control del niño sano*, instancia en que se le entregaba a las madres la leche y educación sanitaria, y los lactantes recibían las vacunas programadas<sup>26</sup>.

23 Servicio Nacional de Salud, "Instrucciones sobre un nuevo monto de la Asignación Familiar", *Boletín Servicio Nacional de Salud* vol.3: 1 (1957): 91; Servicio Nacional de Salud, "Procedimientos para la asignación médica a la embarazada", *Boletín Servicio Nacional de Salud* vol.3: 2 (1957): 274.

24 Entre 1958 y 1962 se produjo un aumento del 100% de las consultas prenatales, especialmente en algunas provincias. "El fomento de la salud, actividades y programas", *Revista de Medicina Preventiva y Social* vol.4: 1-2 (1964): 55.

25 Jorge Howard Balaresque, *Atención del prematuro: manual de procedimientos del Centro de Prematuros del hospital Luis Calvo Mackenna*. Santiago: Universidad de Chile, 1957.

26 *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*. Santiago: Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS, 1961, 28; Zárate y Godoy, "Madres y niños."

Una cualidad específica de este trabajo sanitario fue la participación activa y creciente de las madres; eran ellas que llevaban a los niños a los controles y a las citas del programa de vacunaciones; eran ellas las que debían aplicar en sus hogares y en la vida cotidiana, las recomendaciones y acciones prescritas relativas a higiene y alimentación. Participación que era mayormente cautelada por las enfermeras, quienes tenían la responsabilidad de mantener un contacto permanente y periódico con aquellas y sus hijos, pasados los primeros días después del parto, periodo supervisado por las matronas. El trabajo de las enfermeras era fomentar el compromiso materno con el cuidado de los hijos, pero, ciertamente, eran las mujeres quienes definitivamente tomaban la decisión de que ese compromiso fuera sólido. Este aspecto, relativo a la implementación de las políticas de contención de la MI, ha sido menos explorado; este da cuenta de la importancia de la consideración de aspectos culturales y emocionales que estuvieron involucrados en las relaciones establecidas entre madres y enfermeras que aportan a la comprensión de la derrota de la MI, y son un ejemplo de la progresiva confianza en las políticas del SNS.

### Enfermeras: comprometidas con la salud infantil

Las enfermeras fueron parte del significativo grupo de profesionales paramédicas – matronas y asistentes sociales entre las más numerosas –, mayoritariamente mujeres, que el SNS reclutó para la implementación de numerosas políticas sanitarias. Sabemos que entre 1965 y 1973, en su conjunto ellas constituían el 33,5% de los profesionales del Servicio Nacional de Salud, entre los cuales los médicos alcanzaban el 46%<sup>27</sup>. Estas profesionales se responsabilizaron por las dimensiones asistenciales que demandaban un trato más humano y cercano con la población, como lo requería el SNS: al recoger las necesidades de las personas, supervisar recomendaciones sanitarias e implementar procedimientos clínicos, los programas sanitarios que ellas conducían necesariamente

27 *Estadísticas de Salud*. Santiago: Dirección de Estadísticas y Censos, 1965-1980.

establecían vínculos significativos con grupos comunitarios, familias pobres y beneficiarios individuales.

Los vínculos del conjunto de estas profesionales con las familias, la comunidad, los centros de madres (CCMM), las juntas de vecinos, los clubs, los departamentos de bienestar de las empresas, estaban fuertemente sustentados en actos en los que predominaba el habla, el acompañamiento, la conversación, el encuentro. Así lo atestiguan los informes y los escasos testimonios en primera voz de la época, como también las entrevistas realizadas a estas profesionales.

Si en la primera mitad del siglo XX, estas profesionales eran representadas como el puente entre la miseria y la caridad, y las primeras ayudas estatales, el trabajo territorial de estas profesionales desde fines de la década de 1950 adquirió un nuevo carácter: ellas eran el enlace humano y territorial del Estado asistencial, y su peregrinación por ciudades y campos era una de las principales acciones para difundir información y asistencia, tareas constitutivas de prestaciones que se basaban progresivamente en el derecho y en la convicción de que el trabajo con la población era un pilar clave del fomento al desarrollo socioeconómico.

En particular, el trabajo de las enfermeras en la atención primaria y en la asistencia hospitalaria, referido a la educación sanitaria de las madres beneficiadas y al seguimiento clínico preventivo del cuidado físico y psicosocial de sus hijos, ahora se inspiraba en el marco doctrinario del SNS de la medicina social y comunitaria, adquiriendo un papel protagónico, hasta entonces desconocido. La atención al lactante, del pre escolar y del escolar, líneas de acciones especialmente significativas y lideradas principalmente por enfermeras, eran también las ocasiones en que estas profesionales tenían el mayor contacto con las madres que, en buena medida, se concretaba en los numerosos encuentros entre ambas en los cuales efectivamente predominaba la conversación, la lección, el interrogatorio, las recomendaciones y también la oportunidad de la intimidad y la confianza para revelar situaciones familiares y personales. Era en estas prestaciones que ocurrían en consultorios, hogares o recintos de la salud comunitaria donde se materializaba la atención preventiva realizada por estas profesionales, que incluía el control de niño sano, la vacunación,

la alimentación complementaria y la educación sanitaria. También estas acciones eran escenario de la activa campaña de promoción de lactancia materna en que el SNS estaba empeñado y que era favorecida entregando leche a las nodrizas y a las madres imponentes del Servicio de Seguro Social, un auxilio de lactancia en dinero (25% de sus salarios). Para lograr esta atención el servicio se proponía la captación del recién nacido, educando para ello a las madres en los controles prenatales, lo que exigía una constante coordinación entre servicios obstétricos y consultorios materno-infantiles<sup>28</sup>.

Sin embargo, fuentes documentales de inicios de la década de 1960 consignan que la escasez de profesionales, de insumos técnicos y la falta de locales adecuados para la atención del niño sano, la falta de profesionales y el alto porcentaje de cuadros mórbidos entre lactantes, eran factores que entorpecían el desarrollo del programa de atención, especialmente su componente preventivo, pues la atención a enfermedades absorbía prácticamente la totalidad de las horas médicas y de enfermería, cuestión que las enfermeras entrevistadas corroboran. El aumento de recursos profesionales y financieros no podía concentrarse solo en la práctica de una medicina preventiva, pues en la década de los sesenta aún era importante tratar una serie de patologías infantiles que padecía una generación de niños subalimentados o que exhibían condiciones físicas desfavorables. Esto se tradujo en el crecimiento significativo en la década del cincuenta y comienzos de los sesenta de las atenciones pediátricas<sup>29</sup>. Una de las tareas importantes de las enfermeras respecto de la alimentación era su papel en el fomento de la lactancia materna como lo refrenda la enfermera Rosa, quien sostiene que al egresar a fines de la década de 1960, la leche era de libre demanda, "cada vez que el niño quería vamos dándole el pecho, sin el aseo correspondiente. Los niños llegaban 6, 7, 8 meses a puro pecho, y nunca le habían dado una comida, las mujeres nos decían es que yo los he criado a todos así. Perfecto, usted los ha criado

28 Servicio Nacional de Salud, *Manual de procedimiento para enfermería*. Santiago: Impr. Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS, 1966.

29 Servicio Nacional de Salud, "Nuestra finalidad va hacia la familia y la comunidad", *Boletín Vida Médica* vol.14: 8 (1962): 12.

así, les decía, pero ahora trate de darle una alimentación equilibrada, dele el almuerzo, la comida, y sus cuatro mamaderas".

Si los niños sobrevivían al parto, eran las enfermedades crónicas y la desnutrición las que requerían la concentración de profesionales y recursos materiales, trayendo consigo la multiplicación de controles y supervisiones médicas lideradas por enfermeras. Es precisamente en el crecimiento del número de estas atenciones donde las responsabilidades de las enfermeras se ampliaron y fortalecieron. Sin duda, se multiplicaron las interacciones con las madres, incrementando las posibilidades de encuentros y, también de desencuentros, en donde la educación sanitaria y el fomento del cuidado del niño fue el escenario de una serie de conversaciones y relaciones entre ambas.

En la década de 1950, la práctica de la colocación familiar, es decir, el proceso de ubicación de niños huérfanos en familias que pudieran acogerlos, era una función que también cumplía el SNS, servicio que tenía atribuciones respecto del "mejoramiento de los establecimientos de protección de menores, así como la obtención de recursos para aumentar la ayuda económica, la colocación familiar y la internación en establecimientos"<sup>30</sup>. Las enfermeras cumplían un rol en esta práctica dado que colaboraban en los informes relativos al desarrollo físico y social de los niños, pero también en las calificaciones morales y psíquicas que se hacía de las madres biológicas en casos de disputas de custodia, responsabilidades destacadas particularmente por Natalia, una de las enfermeras entrevistadas.

Otro trabajo importante de estas profesionales era la supervisión que hacían de salas cunas y jardines infantiles para hijos de trabajadoras. Su tarea era alejar a los lactantes de enfermedades, pero también reemplazar de alguna manera a las madres que trabajaban, precisamente porque la sobrevivencia de los infantes también tenía un impacto en la economía familiar que la pareja en su conjunto debía asumir. Cabe señalar que el

30 Servicio Nacional de Salud, *Doctrina y política del SNS: planificación en salud y el SNS*. Santiago: Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS, 1962, 38; Servicio Nacional de Salud, *El Servicio Nacional*.

conjunto de las entrevistadas manifiesta una actitud más comprensiva con las mujeres que trabajaban remuneradamente, a diferencia de la condena de los médicos que aún persistía en la década de 1960.

El estudio de la enfermera Doris Krebs de 1961, apoyado por la Organización Panamericana de la Salud y el SNS dio cuenta de la envergadura del trabajo de las enfermeras en el PSMI. Krebs sostenía que 985 enfermeras trabajaban en el SNS, cifra que constituía el 75% de las 1.299 enfermeras activas identificadas por el censo realizado el año anterior. Las enfermeras empleadas por el SNS fueron responsables de 477.000 visitas domiciliarias durante 1961, entre las cuales solo 16.000 eran correspondientes a adultos; el resto se concentraba en atención prenatal y postnatal a embarazadas, principalmente dirigidas a la revisión del recién nacido (176.00); 248 mil atenciones al recién nacido propiamente tal (control sano, prematuros y atención en unidades especiales), y 37 mil atenciones a lactantes<sup>31</sup>.

Para apoyar este trabajo, el SNS estimuló la formación de auxiliares de enfermería, diseñando programas de adiestramiento para este nuevo personal. Las auxiliares estaban bajo la autoridad de las enfermeras y debían contribuir a un trato respetuoso, meta especialmente requerida en la atención materno-infantil donde fueron muy numerosas<sup>32</sup>; su labor fue materia de manuales que regulaban aspectos clínicos y sociales referidos a la asistencia que brindaban<sup>33</sup>. Como sostiene la enfermera Margarita: "En ese tiempo se hacía mucha capacitación al personal para que tratara bien a la gente, para que no asumieran esa actitud que se tenía hasta ese momento, que la tenía no solamente la enfermería sino que los médicos, el ser muy paternalista, se era muy dueño del enfermo y ¿por qué le hiciste esto a esta guagua?". Según Margarita y otras enfermeras consultadas, había que asegurar que los nuevos auxiliares contribuyeran al trato respetuoso y humanitario de las madres en el que estaba empeñada la institución. Pero también era preciso asegurar que ciertas prácticas asistenciales fueran

rigurosas en pos del cuidado del niño; por ejemplo, reservar los turnos hospitalarios nocturnos solo para las enfermeras y no los auxiliares, pues sus observaciones eran más agudas y podían hacer un seguimiento más útil.

El importante volumen asistencial que asumían las enfermeras y que progresivamente requirió el SNS fue una cuestión que todas las entrevistadas corroboraron: como sostiene la enfermera María usualmente ellas atendían en promedio a 7 pacientes por hora, lo que ella consideraba una "barbaridad"; barbaridad relativa a la luz de lo que sucede en cualquier consultorio público en el Santiago actual. Pero junto con reconocer el alto número de asistidos, las propias enfermeras entrevistadas plantean que su alto grado de compromiso era una ventaja al momento de cumplir con los objetivos trazados por el PSMI. Es llamativo que tanto las enfermeras entrevistadas que consignamos en este capítulo, como los otros profesionales sanitarios entrevistados en el marco de nuestra investigación mayor, comparten unánimemente la existencia de un fuerte compromiso con las tareas del SNS, consonante con la épica que, a juicio de algunos investigadores, inspiró una parte importante de la historia de esta institución y que ha sido personalizado principalmente en los médicos<sup>34</sup>. Sabemos que ese compromiso fue transversal a otros profesionales como las matronas, las asistentes sociales y las enfermeras<sup>35</sup>. Junto con sostener, estratégicamente, las funciones profesionales, dicho compromiso también motivaba el creciente trabajo con las madres y alentaba la cercanía con ellas; dicho vínculo se comprendía como un componente clave del éxito de las políticas materno-infantiles.

#### Las visitas domiciliarias: madres y enfermeras a solas

Tú ibas a ver a todos los recién nacidos y los prematuros, hacías visitas de recién nacidos y de prematuros, revisabas las condiciones de la casa, las

31 Doris Krebs, *Necesidades y recursos en enfermería en Chile*, Primera Parte (Santiago: 1962).

32 Servicio Nacional de Salud, *Diez años de labor, 1952-1962*. Santiago: Talleres de Imprenta de la Sección Educación para la Salud del SNS, 1962.

33 Lidia Witzel Trincado, *Manual del auxiliar de enfermería* (Santiago: Servicio Nacional de Salud, Sub-Depto Recuperación de la Salud, Sección Enfermería, 1970).

34 María Eliana Labra, "Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950)", *Cuadernos médico-sociales* vol.44: 4 (2004): 207-219; Nina Horwitz et al., *Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública. Periodo del Servicio Nacional de Salud* (Santiago: Serie de Publicaciones Científicas, Representación OPS - Chile, 1995), 40.

35 Godoy y Zárate, "Trabajo y compromiso"; Zárate, "Al cuidado femenino".

condiciones sanitarias, hacíamos un informe sanitario de la casa. Si tenía alcantarillado, si tenía agua potable, cómo era la disposición de basura, la disposición de excretas, la higiene en general del hogar. Y revisabas al recién nacido y entrevistabas a la madre, para ver qué nivel de escolaridad tenía, cómo se manejaba en el cuidado del recién nacido y darle algún tipo de educación útil a su situación. Verle su programa de vacunas, entregarle sus documentos con los que ella tenía que ir al consultorio a presentarse.

En el relato de la enfermera Natalia, las relaciones entre madres y enfermeras giraban en torno al cuidado y recuperación de los niños enfermos y desnutridos que habían logrado sobrevivir a los primeros días después del parto. Un punto de encuentro clave era la visita domiciliaria, actividad en la que la enfermera —frecuentemente acompañada por la auxiliar de enfermería— tenía la oportunidad propicia de educar a las madres en terreno, de cerciorarse del grado de comprensión de las indicaciones entregadas y cómo eran aplicadas en las prácticas cotidianas, así como la ocasión de conocer de cerca las condiciones materiales y la situación familiar en que vivía el niño. Dicha práctica era una herencia de las iniciadas por estas profesionales en el contexto de la formación de las enfermeras sanitarias y de las primeras unidades sanitarias desde fines de la década de 1920 y en la década de 1940 respectivamente, y las tareas que suponían las visitas domiciliarias fueron fuente de diversas controversias respecto de los límites entre el quehacer de estas profesionales y las asistentes sociales<sup>36</sup>.

Dichas visitas crecieron sustantivamente en este periodo tanto en número como en cobertura, para luego descender a partir de la década de 1970, cuando el trabajo terminó concentrándose mayoritariamente en consultorios y hospitales. Se trataba de una práctica de larga tradición en el país, también realizada profusamente por las asistentes sociales con objetivos ciertamente cercanos; usualmente eran entendidas como instancia que proveía información a médicos, industriales e instituciones que era útil para impulsar mejores hábitos de convivencia familiar y

36 "Enfermería", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 22:4, (1943): 358-361; María Godoy, Yolanda Ortiz, Nora Fardella, "Desarrollo y perspectiva de la enfermería sanitaria en Chile", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 30:2, (1951): 158-64.

laboral, incorporar hábitos alimenticios e higiénicos<sup>37</sup>. Se trataba de una mirada integral que, en el caso de las enfermeras, se concentraba mayormente en la educación sanitaria de la madre; las enfermeras ingresaban a los hogares para hacer evaluaciones, proponer o finalmente dictaminar recomendaciones. En ocasiones, estas visitas eran parte de un proyecto mayor, vinculado crecientemente al trabajo u organización comunitaria y, lo que solía primar en las visitas domiciliarias, a juicio de nuestras entrevistadas, era un cierto pudor generalizado respecto de la pobreza de las condiciones en que los visitados vivían y que las enfermeras solían reconocer.

### La enfermería y la medicina popular

Desde tiempos de la CSO, las enfermeras estuvieron familiarizadas con la medicina popular a través del contacto con las madres, especialmente en zonas suburbanas y en los campos. Pero como lo describen las memorias del trabajo de la CSO, se trataba de un conocimiento usualmente despreciado por las autoridades médicas<sup>38</sup>.

El incremento de la planta profesional paramédica del SNS también tuvo por objetivo extender la influencia de la medicina formal en áreas rurales donde aún reinaba el "curanderismo intenso" a mediados del siglo XX. No obstante, iniciativas del SNS dan cuenta de esfuerzos por reconocer la confianza que generaba la medicina popular, objetivo que se enmarcó en la creciente influencia de las ciencias sociales en la medicina. Algunos directivos del SNS apoyaron iniciativas que recogían algunos "diagnósticos" y "tratamientos" de la medicina popular, pues reconocían su importante papel en la vida de la población. Un interesante ejemplo de este esfuerzo son las publicaciones del ensayista y recopilador de la cultura popular, Oreste Plath, referidas a la salud materno-infantil desde la década

37 Maricela González, "Inside Home. La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940", *AMMENTU, Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)* vol.4 (2014): 241-243.

38 Zárate, "Parto, crianza y pobreza en Chile".

de 1950. Plath investigó los significados culturales de las enfermedades y su impacto popular, con el fin de ampliar el reconocimiento de las percepciones populares en estas materias y el adiestramiento de los profesionales en ellas<sup>39</sup>. Particularmente destaca el curso para matronas que publicó la sección de Educación para la Salud del SNS denominado "Aspectos antropológicos en relación con la madre y el niño en Chile" en 1960<sup>40</sup>.

Este pequeño manual que pasaba revista a una serie de creencias populares que rodeaban al ciclo maternal, fue también usado ampliamente por las enfermeras, como sostiene la enfermera Carolina, alumna de Plath en la Universidad de Chile, quien señala que esta formación en su carrera tuvo el propósito de evitar la descalificación categórica de las creencias populares y favorecer su integración, en tanto fuera posible, al conjunto de las recomendaciones formales. Este ejercicio era una clave potente por parte del SNS para cimentar relaciones de confianza con las madres, práctica desconocida un par de décadas atrás, y se proponía valorizar públicamente ese conocimiento y ponerlo al servicio de una mejor relación entre profesionales sanitarios y la población en torno a dos objetivos claves: reducir las tasas de MI y de mortalidad materna (MM), y comprender algunos aspectos de las cualidades del apego materno en el mundo rural.

El uso de este manual, de influencia muy limitada, daba cuenta del reconocimiento y respeto de diversas creencias campesinas y populares en torno al alumbramiento y la crianza de los hijos que, a juicio de las enfermeras entrevistadas, tenían sentido entre las mujeres que atendían. El uso de hierbas medicinales, prácticas de cuidado y formas de alimentación eran traspasados de generación en generación, y solían ser aspectos que aparecían en las conversaciones entre enfermeras y madres. Las primeras suelen señalar que era importante no descalificar agresivamente estas creencias pues se corría el peligro de "ahuyentar" a las mujeres de los consultorios.

39 Oreste Plath, *Folclore folclórico chileno en la anatomía y patología del individuo*. Santiago: Impr. Talleres Gráficos Casa Nacional del Niño, 1950; *Tuberculosis: historia y folclore médico*. Santiago: SNS, Sección Educación para la Salud, 1960; *Folclore médico chileno*. Santiago: Unlited, Copesa Editorial, 2009.

40 *Aspectos antropológicos en relación con la madre y el niño en Chile*. Santiago: Universidad de Chile, 1960.

## La educación sanitaria maternal

El llamado a las madres a comprometerse con el cuidado de los hijos, con un lenguaje lejano y preferentemente culpabilizador, estuvo presente en las primeras cartillas de puericultura editadas desde fines del XIX; se trató de una estrategia de escaso alcance pues, en su mayoría, las mujeres pobres a las que estaban dirigidas las políticas caritativas y de la CSO no leían<sup>41</sup>. Si bien algunas cartillas hacían distinciones de clase que redundaban en las diferencias educacionales y sociales entre las mujeres, el tono general de la difusión de la puericultura, hasta bien entrado el siglo XX, insistía en la ignorancia transversal femenina como factor fundamental de las muertes infantiles.

Pasada la primera mitad del siglo XX, las cartillas dirigidas al cuidado sanitario infantil fueron un instrumento frecuente del SNS a juzgar por las fuentes documentales que las invocan, aun cuando no se cuenta con el registro físico de la mayoría de ellas<sup>42</sup>. Un dato no menor que nos indica la importancia del material didáctico o la folletería entregada por el SNS es que en la década de 1960, el 82,4% del total de la población ya sabía leer respecto del exiguo 40% en la década de 1920<sup>43</sup>.

A partir de la década de 1950, la comunidad médica pediátrica matiza crecientemente sus juicios respecto de la vinculación entre las muertes infantiles y la ignorancia materna. Por ejemplo, la principal publicación del Colegio Médico, fundado en 1948, si bien consignaba aún la importancia de la ignorancia femenina en la tasa de MI, lo hacía en el marco de un repertorio de factores que daban cuenta de la importancia de las causas medioambientales: "...de los factores más importantes de ésta elevada mortalidad son las malas condiciones de vivienda, el hacinamiento de las

41 Rafael Sagredo, "Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías", en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri, *Historia de la vida privada, el Chile moderno de 1840 a 1925*, Tomo 2. Santiago: Taurus, 2005; María Soledad Zárate, "Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920". *Nomadas*, Serie Monográfica N°1, junio (1999): 163-182.

42 Servicio Nacional de Salud, *Doctrina y política del SNS*; Servicio Nacional de Salud, *Educación sanitaria en el SNS: Sus fundamentos, fines, funciones y organización*. Santiago: Sub-Departamento de Educación Sanitaria, 1958.

43 *Estadísticas de Chile en el siglo XX*. Santiago: INE, 1999.

poblaciones, la falta de saneamiento básico, la sub-alimentación, la escasa educación higiénica de la población y, sobre todo de las madres para el cuidado de sus niños<sup>44</sup>.

El mejoramiento de la salud infantil no era ajeno al debate que se consolidó desde la década de 1950 de que buena parte de las enfermedades eran consecuencia de la combinación de factores socio-ambientales. Lo cierto es que el descenso que registraba la MI, especialmente después del progresivo arribo de los antibióticos en la década de 1940, se explicaba por razones multifactoriales como la acción eficaz del programa de vacunaciones iniciado en la década de 1950, el mejoramiento en la alimentación de las embarazadas y nodrizas, y la extensión de obras de infraestructura sensibles a la salud colectiva como el alcantarillado y el agua potable, entre otras<sup>45</sup>. En esta transición la responsabilidad de las madres se matizaba, porque la ignorancia femenina también comenzaba a ser entendida como una consecuencia de la falta de instrucción escolar o de acceso a información, más que por desidia personal.

Una preocupación que se atisba en los textos del SNS, que emerge con fuerza entre las enfermeras entrevistadas, era la contradicción flagrante entre el legítimo interés por promover educación sanitaria e impartir esa educación en contextos de altísima precariedad material, en donde la mayoría de las recomendaciones sugeridas dependían de la existencia de mínimas condiciones estructurales. En ese marco, un aspecto clave del trabajo de las enfermeras era favorecer el uso de un lenguaje educativo más cercano y comprensivo, traducir el lenguaje técnico que escuchaban las mujeres de boca de los médicos que las asistían a un lenguaje cercano y comprensible para ellas. Por ejemplo, la enfermera Rosa era categórica respecto de la insistencia en la limpieza para evitar las temidas diarreas: "Las diarreas muchas veces se producían porque se preparaba una mamadera y la dejaban al aire, entonces se paraban las moscas. O sea, la eliminación de la basura tampoco era muy normal, entonces las moscas se paraban, no se lavaban las manos... eran tantas las cosas que te decían".

44 *Boletín Vida Médica* vol.14: 10 (1962): 14.

45 Pablo Camus y Felipe Zúñiga, "La salud pública en la historia de Chile", *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 17, (2007): 155-175.

En la medida que descendía el número de niños que morían, la educación sanitaria dirigida al cuidado de los recién nacidos e infantes cobraba sentido y pertinencia. Se potenciaban recomendaciones que consideraban con más precisión el origen y posición social de las beneficiarias; se trataba de recomendaciones situadas que aludían a circunstancias reconocibles por las mujeres que las recibían. Como lo describe Rosa, las enfermeras no solo enseñaban a las madres a cocinar, a hacer las camas, a limpiar el brasero, a ventilar las habitaciones, a bañar al niño para favorecer la sobrevivencia infantil, sino también porque progresivamente se entendía que las recomendaciones que favorecían una mejor salud de los hijos eran también un vehículo para mejorar las condiciones sanitarias de la familia en su conjunto. Una parte sustantiva de dicha educación era convencer a las madres de la necesidad de cambiar prácticas de higiene ancestrales que impactaban negativamente en el hogar, consideradas ritos de una domesticidad desacreditada: el brasero mal encendido o encendido toda la noche, el lavado de una precaria vajilla en acequias, la escasa esterilización de los utensilios, las habitaciones mal ventiladas, la alimentación infantil saturada de grasas. Y porque si el primer objetivo de difundir esas recomendaciones era evitar la muerte infantil en el primer año de vida, el segundo objetivo fue mejorar su calidad de vida en los años siguientes.

Espacios como los consultorios de lactantes o infantiles, servicios hospitalarios, casas de socorro o postas se convirtieron en un escenario propicio que no solo eran visitados por embarazadas o púerperas, sino por mujeres que asistían al control del niño sano periódicamente, y que observaban que sus hijos crecían y se alejaban de la muerte. La enfermera Margarita es una de las que defienden la envergadura del papel que cumplía su oficio en la difusión de normas sanitarias, particularmente, gracias a los vínculos que establecían con las madres y sus familias. Junto al testimonio de las otras enfermeras, se refrenda que la salud familiar adquiría especial significación en torno a la figura del niño que sobrevivía, particularmente pasado el primer año de vida. Ese niño venía para quedarse y para transformarse en el eje de la vida de sus madres, especialmente si era el primer hijo, y para reforzar el papel doméstico que social y sanitariamente se les adjudicaba a las mujeres en el círculo familiar.

Natalia, enfermera que trabajó en el Centro de Adiestramiento Investigación Materno Infantil, CAIMI, del Hospital de Niños Manuel Arriarán fundado en la década de 1950, es una de las entrevistadas que presenta una de las miradas más reflexivas sobre el cuidado que se brindaba a los hijos en la década de 1960, y también un juicio de largo plazo respecto de las beneficiarias del programa. ¿A quiénes recibían y educaban estas enfermeras? A su juicio, tanto a “madres ordenadas” como a madres que presentaban dificultades para ejercer el rol de cuidado, es decir, gradualmente se reconocía que el cuidado de los hijos era ejercido de diferentes maneras en virtud de la diversidad de madres que existían. El juicio general es coincidente entre las entrevistadas: las mujeres expresaban de distintas maneras preocupación por sus hijos y estaban atentas a las recomendaciones, aun cuando les fuera muy difícil seguirlas. Por supuesto también se reconoce la existencia de mujeres que ejercían la maternidad en modalidades reprochables para los estándares de la época.

En general, la mayoría de las entrevistadas sostienen que en la década de 1960 emergió una frecuente valoración a la privacidad y la intimidad familiar que propiciaba no exponer a las madres frente a otras respecto de las carencias en que vivían o la dificultad de no seguir las normas de cuidado infantil como, por ejemplo, la alimentación. Esta recomendación favorecía que las mujeres confiaran más en las profesionales, entregando información fidedigna de sus rutinas hogareñas. En esta línea, el testimonio de Rosa es categórico. A su juicio, había “que creerle a la madre, y va a depender cómo tú le digas, porque si te vas a enojar con la mamá, ella no va a volver contigo, y vas a tener problemas con ella... te va a desprestigiar, ¡¡no, con esa enfermera yo no me atiendo!!”.

### Salud infantil y salud comunitaria

Uno de los aspectos más valorados del cuidado infantil que brindaba el PSMI es que este se convirtió en una tarea que, si bien descansaba particularmente en las madres, en un amplio sentido también fue una tarea prioritaria para la comunidad organizada. Esto cobró sentido,

particularmente, en el gobierno demócrata cristiano de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) y de la Unidad Popular de Salvador Allende (1970-1973) en donde la medicina social, aquella que era sensible a diagnósticos y políticas que ponían en el centro las condiciones socio-ambientales, fue entendida como un proyecto que la población debía construir diariamente<sup>46</sup>.

Un aspecto específico del cuidado sanitario infantil del Chile de estos años fue el trabajo que se realizaba en frecuentes *tomas de terrenos* entre 1960 y 1973. La vida cotidiana de las poblaciones más carenciadas, sin acceso a la vivienda, alcantarillado y agua potable, fueron objeto de atención en virtud de la visibilidad que las dirigencias poblacionales hacían de sus niños y de las operaciones que lideraba el SNS. Y las profesionales como asistentes sociales y enfermeras tuvieron algunas responsabilidades en la capacitación de líderes o voluntarios, llamados a multiplicar las tareas y los efectos de las políticas sanitarias<sup>47</sup>.

En el marco de esta orientación sanitaria comunitaria, el número de la población beneficiaria creció sustantivamente. El ejercicio de una auténtica medicina social no solo suponía la participación activa de la población sino más horas de trabajo de los profesionales. Si las tareas del PSMI en su conjunto se incrementaron exponencialmente, la creciente urgencia por contar con más profesionales paramédicos, particularmente enfermeras, fue evidente. Los controles prenatales, postnatales y del niño, como los programas de vacunaciones supusieron, en rigor, incrementar concretamente la demanda de enfermeras y matronas de manera inédita desde la década de 1960<sup>48</sup>.

46 Luis Weinstein, *Salud y Democratización*. Madrid: Editorial Villamay, 1977; Nina Horwitz et. al., *Salud y Estado en Chile*.

47 Para el caso de las asistentes sociales véase los exhaustivos trabajos de Maricela González, “Vino nuevo en odres viejos. Servicio Social de mediados de siglo XX en Chile. La construcción de la consolidación profesional, 1950-1973”, en Lizana, Ruth (comp.). *Trabajo social e investigación*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2014; Maricela González, “Logros son acciones”. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile. El Servicio Nacional de Salud, 1952-1973”, Tesis para optar al grado de Doctora en Historia, Universidad Católica de Chile, 2017.

48 Fresa Solís, “Recursos humanos y atenciones de salud en el área no médica. Análisis de veinte años”, *Cuadernos Médico sociales*, XXIX, 9 (1988): 99-107.

Por ejemplo, Carolina, entrevistada que tuvo un variado desempeño profesional tanto en consultorios como hospitales, dedicó parte importante de su carrera a asesorar a centros de madres y a los primeros servicios sanitarios de la Población Nueva La Habana, ubicada en la periferia de la capital, en el marco de un sólido compromiso político. Su vinculación con grupos de mujeres organizadas territorial y políticamente fue valiosa; en su narración se presentan los dilemas más profundos de la bien intencionada cruzada de la educación sanitaria y el desafío de difundirla en contextos de dramática precariedad. Asimismo, Carolina valora categóricamente el trabajo de búsqueda que hacía la auxiliar cuando las madres se ausentaban de los controles o talleres, pues ellas realizaban la tarea de “convencer” a las madres.

Recién nacidos y lactantes en improvisadas cunas que eran cajas de cartón, rincones oscuros y malolientes que servían para la preparación de alimentos y como depósitos de basuras, reconocimiento de relaciones familiares en las que primaba la violencia y el abandono son parte de la narración de las enfermeras entrevistadas que trabajaban en aquellas poblaciones. Pero también lo son aquellos pequeños logros cotidianos que eran fruto del trabajo educativo que se hacía con la población femenina. Según Carolina, la higiene de manos y alimentos, la insistencia en el baño corporal de los pequeños, el uso del talco para evitar la humedad corporal eran pequeños éxitos que se daban gracias a la valoración del trabajo con la familia y el alto respeto que generaban las enfermeras.

Pero los buenos resultados del PSMI no solo se reflejaban en la asistencia de las madres a los controles, sino también en su presencia en improvisados talleres que abordaban distintas temáticas; alimentación, higiene, embarazo y parto y hasta sexualidad adolescente (estos últimos generalmente conducidos por matronas). La buena acogida de estas reuniones se explica por varias razones: a juicio de las enfermeras, las madres progresivamente entendían que eran una buena ocasión para mejorar sus conocimientos sobre crianza, pero también las mujeres se reconocían en otras y compartían sus dudas y angustias respecto de los cuidados de los hijos con sus “iguales”. Era también la oportunidad para valorar el conocimiento de mujeres con diferentes biografías como, por ejemplo,

aquellas de ascendencia mapuche, reconocidas por sus superiores prácticas de higiene. Se trataba de instancias que fomentaban relaciones más horizontales entre madres y enfermeras, y a juicio de Carolina, era menos probable que este tipo de relaciones y circunstancias se diera entre los médicos y la población femenina.

Para la mayoría de las enfermeras y matronas entrevistadas<sup>49</sup>, las mujeres que habitaban en poblaciones periféricas y terrenos “en toma” declaraban serias intenciones de controlar su natalidad. Pero en la época en que Carolina trabajó en la población Nueva La Habana, ella evidenció cómo la escasa educación, la pobreza extrema y el abandono eran obstáculos importantes para la recepción de información referida a la planificación familiar. No obstante, en medio de esas dificultades, el testimonio de las enfermeras que trabajaban en proyectos de salud comunitaria en la época refuerza cómo la entereza y el compromiso materno con el cuidado de los hijos emergía en los operativos sanitarios dirigidos a promocionar los beneficios del control natal, en parte, gracias a la constitución de redes de confianza con ellas, cualidades prácticamente ausentes en la narrativa de las fuentes documentales producidas por médicos de la primera mitad del siglo XX.

### El reconocimiento a las buenas madres

El conjunto de medidas, tecnologías y recursos humanos que el PSMI puso en práctica en la época eran factores claves de la reducción de la TMI, no obstante, el reconocimiento del cuidado que podían brindar las madres beneficiarias de estas políticas es un elemento que diferenciaba el trabajo del SNS con las políticas anteriores; los documentos dan cuenta de esto de manera incipiente, pero las enfermeras consultadas lo refrendan. Para las entrevistadas, se contaba con mujeres más comprometidas porque gradualmente entendían mejor, por ejemplo, las ventajas de la asistencia oportuna que representaban el control prenatal y posnatal o la necesidad de respetar el cronograma de las vacunaciones. Ciertamente, juicios negativos respecto

49 Godoy y Zárate, “Trabajo y compromiso”.

de las madres persistían en la década de 1950 como el del médico Víctor de la Mazza que sostenía que “las mujeres de nuestro pueblo son incapaces de adquirir conocimientos con facilidad, o porque se considera que mientras no mejoren las condiciones ambientales, económicas y culturales, son inútiles los esfuerzos de esta índole”<sup>50</sup>.

Específicamente las enfermeras María, Claudia y Rosa, sostienen que los profesionales sanitarios y los programas de vacunas eran bien acogidos, aun cuando en algunos casos, las madres no llegaban a tiempo o no asistían oportunamente a los consultorios en las fechas programadas. Para ellas, eso sí, el carácter obligatorio que tenía la administración de la vacuna no daba espacio, en la mayoría de las ocasiones para consultas o posiciones contrarias por parte las mujeres. La instrucción era asegurar, por todos los medios posibles, que los programas de vacunación se cumplieran.

Las enfermeras entrevistadas sostienen que las madres eran felicitadas cuando el niño salía del “grado tres de desnutrición” que indicaba desnutrición severa, una práctica altamente beneficiosa y que contrastaba con posiciones de antaño. Esta información es relevante pues da cuenta de una antigua práctica del trabajo asistencial dirigido a la salud infantil: en las dispensarias de la caridad privada y los consultorios de la CSO ya existía la costumbre de “premiar” a las mujeres que exhibían a los hijos más vigorosos y saludables en la década de 1930<sup>51</sup>.

María sostiene que, en términos comparativos, las madres parecían más empoderadas en la década de 1960: tenían menos temores de consultar y se tomaban más tiempo para entender las recomendaciones. Y quizás lo más valioso, indica que las profesionales estaban más preocupadas de que las mujeres “compartieran” a que “acataran” las normas, porque había crecido el valor de la adhesión de las madres al PSMI y este era entendido como un logro de sus objetivos. Y María es también la profesional, entre las entrevistadas, que más importancia le concede al trabajo que hacían las parteras en contextos suburbanos y rurales precisamente para el trabajo de

50 Víctor de la Mazza, “Consideraciones sobre puericultura popular”, *Revista Chilena de Pediatría* vol.28: 8 (1957): 333.

51 Asunción Lavrin, *Mujeres, Feminismo y Cambio Social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2005.

acercamiento a las madres, y con quienes podían darse relaciones de colaboración en algunos casos.

Coincidentes con los documentos del SNS, las enfermeras entrevistadas confirman el crecimiento de la asistencia materna a los controles prenatales que, en parte, se debía a que se les aseguraba el acceso a la leche, a las vacunas, a los alimentos, y a la asignación familiar; una percepción que los documentos de la CSO ya destacaban en la década de 1940, cuando la entrega de beneficios a las madres trabajadoras afiliadas se había consolidado<sup>52</sup>. Es en este punto que la visión de las madres es especialmente relevante de analizar, pues preliminarmente podemos sostener que la información que arrojan las entrevistas a madres beneficiadas da cuenta de la coexistencia de juicios positivos y negativos del control prenatal y postnatal. Las madres entrevistadas valoran la educación y los subsidios materiales, la supervisión que recibían los hijos en el control periódico, conocido como “del niño sano”, era altamente valorizada por las madres. Pero también reconocen temor al maltrato que podían recibir de parte de los profesionales.

Llama la atención que, para las enfermeras entrevistadas, lo que animaba progresivamente a las madres era un “genuino sentimiento maternal”, pues en rigor los beneficios no eran para ellas sino para sus hijos. Las enfermeras sostienen que este rasgo no era comentado en los documentos del SNS, lo que podría explicar la ausencia de reflexiones que aludan a la mayor o menor confianza en el vínculo que las madres creaban con sus hijos.

Margarita, enfermera con una experiencia profesional muy diversa, recuerda haber asistido y escuchado a madres de distinto origen social y cultural, lo que le permitió registrar distintas experiencias maternas como la de campesinas, quienes se caracterizaban por exhibir una asistencia muy irregular a los controles, que no se podía atribuir únicamente a una falta de interés, sino a las grandes distancias entre consultorios y sus hogares, y a la menor familiaridad con prácticas asistenciales institucionalizadas.

52 Zárata, “Parto, crianza y pobreza en Chile”.

Las enfermeras entrevistadas refuerzan la ausencia de los padres en la crianza de los hijos, al menos, en lo que se refiere al ámbito sanitario. Los instructivos y manuales de crianza del SNS corroboran esta percepción; raramente eran aludidos como, por ejemplo, en un manual de 1972 que aconsejaba a la mujer embarazada que “deje que su marido la ayude y lleve las cosas o levante los objetos pesados”, y recomendaba al marido que “proporcione a su esposa, diversión y recreación. Converse con tiempo sobre la llegada del nuevo niño”<sup>53</sup>. Pero las enfermeras dan cuenta de que, si bien ellos no eran considerados en las recomendaciones dirigidas al cuidado infantil, su trabajo era escuchar las quejas de las madres respecto de las conductas de sus parejas, de su alcoholismo y/o del escaso apoyo que recibían de ellos. Particularmente, las enfermeras que trabajaron en el primer Programa de Planificación Familiar que el PSMI puso en marcha desde mediados de la década de 1960 reiteran esta información. Las visitas al consultorio podían ofrecer momentos de intimidad que servían para darles apoyo emocional a las madres; y estas contar con un espacio para “narrar” sus desventuras, disipar dudas y compartir pequeñas alegrías. Preliminarmente, podemos señalar que las madres entrevistadas enseñan que esos momentos de intimidad eran valorados, sin embargo, en materia de sexualidad el vínculo que establecían con enfermeras y matronas era inicialmente esquivo y requería de instancias más frecuentes para consolidarse.

### Niños en riesgo y apoyo emocional materno

Una nueva tarea del SNS fue la preocupación por brindar asistencia específica a los niños prematuros y a los que debían ser hospitalizados. Los nuevos conocimientos respecto de la salud física infantil y el uso de nuevas tecnologías fueron claves para sumar este tipo de asistencia, liderada por enfermeras y, que podía ser especialmente beneficiosa si se aseguraba la colaboración de las madres<sup>54</sup>.

53 Servicio Nacional de Salud, *Mientras su hijo está en camino*. Santiago: El Servicio, 1972, 11-13.

54 Jiménez de la Jara, *Angelitos salvados*.

La conformación de las primeras unidades de neonatología en algunos centros hospitalarios de Santiago en la década de 1960, marcaron un antes y un después en la asistencia pediátrica especializada como, por ejemplo, lo fue el Centro de Prematuros del Hospital Luis Calvo Mackenna en Santiago<sup>55</sup>. Se trataba de la conjunción entre tecnología, conocimiento y apoyo institucional para la recuperación del niño prematuro, pero también para aquellos que experimentaban otras patologías importantes. La recuperación del prematuro, que hasta la década de 1950 estaba sentenciado a morir, se convirtió en una importante labor que requirió, por ejemplo, que las enfermeras se entrenaran en nuevas tecnologías como el uso de incubadoras y en el reconocimiento de variables clínicas asociadas al desarrollo físico y psicomotor<sup>56</sup>. Su participación en unidades hospitalarias especialmente dedicadas a los niños prematuros, las situó en una relación de profunda y permanente proximidad con las madres y sus hijos. Pero también atentas, como sostiene la enfermera Natalia, de eventuales abusos de una excesiva tecnología en el trabajo sanitario el que lesionaría la pérdida de contacto entre pacientes y familia. Su propuesta, como también la de varios artículos publicados en la *Revista de Enfermería* a fines de la década de 1960, era cautelar la observación y compromiso con los individuos y no solo con el conocimiento tecnológico, particularmente, en el cuidado de los niños.

La cruzada por salvar a niños prematuros y enfermos era la expresión de que el combate contra la muerte infantil se había ampliado; no solo se trataba de cautelar la vida intrauterina, durante el parto o en sus primeros días de vida, sino también desafiar a la muerte en los primeros meses de vida. Hasta mediados del siglo XX, los testimonios de profesionales, de recopiladores de la cultura popular y de antropólogos sostenían reiteradamente que en el Chile de la primera mitad del siglo, era frecuente que los pequeños que enfermaban no recibieran cuidados adecuados o que,

55 Howard y Thompson, *Atención del prematuro*.

56 Son las enfermeras las que contribuyeron al registro de índices locales de peso y talla del niño chileno con el objeto de perfeccionar las curvas de desarrollo nacionales. Véase sobre esta temática también María Soledad Zárate, “Crianza, apoyo psicosocial y apego: su pasado y presente en las políticas materno-infantiles, Chile, s. XX”, en *Salud mental y vínculos tempranos* eds., Javiera Navarro, Francisca Pérez y Mauricio Arteaga. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2017.

en ocasiones, las madres manifestaran desidia que se combinaba con una cierta resignación ante el fatal desenlace, actitud que contribuía a paliar el dolor de lo inevitable y asegurar que la transición entre vida y muerte fuera menos traumática. Cabe interrogarse cómo ese escenario emocional se modificó con los esfuerzos de la tecnología médica y la asistencia profesional, y cuál fue el papel que jugaron las madres en ese proceso. Aquí solo podemos adelantar que todas las enfermeras entrevistadas reconocen que la experiencia del dolor de las madres de ver a sus hijos enfermos, sufrir o morir, era evidente, pero se expresaba de una manera extremadamente reservada. Esta actitud podría explicarse, según ellas, por el temor a ser reprendidas por los profesionales sanitarios, a ser culpabilizadas y humilladas, y por la legítima incomodidad que experimentaban al compartir con extraños una situación como aquella<sup>57</sup>.

El importante papel de la neonatología en la recuperación de los niños prematuros consideró como clave la temprana instrucción de las madres en la recuperación de sus hijos enfermos por parte de las enfermeras desde fines de la década de 1950<sup>58</sup>, y desde fines de la década de 1960 dicha instrucción era cada vez más activa y se consideraba protagónica. Así lo acredita la enfermera Berta, entusiasta seguidora de los preceptos del pediatra Julio Meneghelo, quien fomentó importantes cambios en la atención del niño hospitalizado y la elaboración de los protocolos referidos a esta específica atención<sup>59</sup>. Berta fue una de las primeras enfermeras en recibir instrucción en neonatología en los Estados Unidos a fines de la década de 1968, en donde según su testimonio, la presencia de las madres era especialmente valorada en la recuperación de los niños enfermos; “yo era partidaria de que las mamás cuidaran a sus hijos en el hospital, yo dejaba entrar a las mamás, habían visitas 2 veces a la semana, logré

57 Dichas observaciones se ven refrendadas en el conjunto de 12 entrevistas realizadas a madres beneficiarias del PSMI, pero que no son incluidas en el análisis que hace esta ponencia.

58 Howard y Thompson, *Atención del prematuro*.

59 Julio Meneghelo, *Lecciones de pediatría: Patología y clínica del prematuro y lactante*. Santiago: Editorial Universitaria, 1955; Julio Meneghelo, Jorge Rosselot y Francisco Mardones Restan, “El rol de la pediatría clínica y social en los avances de la salud del niño y de la familia: Chile 1900-1995”, *Pediatría al día* vol.11: 4 (1995): 223-32.

que la visita fuera diaria, logré que la mamá estuviera más tiempo con el niño, yo le decía al doctor estos niños se mueren de pena. Cuando yo te contaba que los primeros años se morían mucho los niños, y se morían mucho los niños en la noche, y no habían enfermeras para hacer turnos de noche”. La participación activa de las madres comenzó a ser una práctica gradual en la década de 1970 cuando se permite como norma general que los niños fueran cuidados por sus madres en los hospitales a partir de esa década.

El firme protagonismo que el SNS les concedió a las enfermeras en el cuidado infantil, fue un objetivo que se refrendó en la formalización de una serie de normas nacionales en la década de 1970; el cuidado de los niños asistidos en consultorios, hospitales y en sus hogares fue uniformado, particularmente, en pos del combate contra las diarreas y las neumonías<sup>60</sup>. Las nuevas normas de hospitalización infantil eran producto del tratamiento de variadas patologías –malformaciones, enfermedades genéticas transmitidas vía intrauterina, desnutriciones severas y cáncer infantil– pero también dan cuenta del emergente proceso de especialización que experimentaron las enfermeras hospitalarias. Dichas normas también relevaron la gradual práctica de un trato deferente hacia las madres que debían permanecer en los servicios pediátricos, tendencia emergente en el campo de las prácticas asistenciales. La presencia cercana de las madres junto a sus hijos hospitalizados fue reconocida como ventajosa para el trabajo de enfermería y muy celebrada por las enfermeras. Más interesante aún es que las enfermeras entrevistadas la dotan de un valor adicional: las madres que acompañaban a sus hijos en los hospitales desarrollaban con ellos un vínculo que favoreció su carácter y su integridad, y las convirtió gradualmente en individuos que merecían respeto entre la comunidad médica.

60 Servicio Nacional de Salud, *Normas para la atención del recién nacido: normas pediátricas*. Santiago: Quimantú, 1973; *Normas de atención médica intrahospitalaria*. Santiago: Departamento de Pediatría, Área Norte, Hospital Roberto del Río, Departamento de Salud, Universidad de Chile, 1976; Servicio Nacional de Salud, *Normas para la prevención, tratamiento y control de las diarreas infantiles: normas pediátricas*. Santiago: Quimantú Ltda, 1973.

## Conclusión

Considerando fuentes documentales y orales que privilegian el juicio de las enfermeras, este artículo analiza el trabajo que estas profesionales realizaron en el marco del Programa Materno Infantil del SNS y las relaciones establecidas con las madres entre 1950 y 1980. El análisis de estas fuentes aporta evidencias respecto de algunos efectos sociales y emocionales que trajeron consigo las políticas implementadas en una nueva etapa del combate contra la MI. Junto con transformarse en una batalla que valoraba y premiaba la colaboración entre profesionales sanitarios, y entre ellos y las madres en pos de un bien mayor, el hijo, la sobrevivencia de los niños supuso una mayor insistencia en el valor de la educación sanitaria y en el reconocimiento más comprensivo de las limitaciones que imponía la pobreza respecto del cuidado de los hijos como se aprecia en documentos institucionales y en los testimonios de las enfermeras.

La reducción de la mortalidad fue un escenario propicio para avanzar, preliminarmente, en el fomento de relaciones que redujeran la culpa que recaía sobre las madres, y en su gradual reemplazo por la promoción de un incipiente apego materno a los hijos que sobrevivían o se sobreponían a enfermedades que en el pasado inmediato habían sido experimentadas como una condena de muerte. La gradual derrota de la MI estimuló la atención de otros fenómenos relativos a la salud infantil. Las mujeres y las enfermeras, en virtud de sus responsabilidades maternas y de la supervisión médica que debían ejercer, respectivamente, fueron parte del proceso de ampliación de la salud infantil.

A la luz del análisis combinado de fuentes documentales y de los testimonios de las enfermeras, las relaciones establecidas entre ellas y las madres no solo pueden ser calificadas de instrumentales, sino también de gradual colaboración; y fueron entendidas por estas profesionales como una estrategia eficaz en el combate contra la mortalidad y las enfermedades infantiles. Pero en el nuevo contexto institucional y programático que inspiró al SNS, aquellas relaciones también supusieron una multiplicidad de encuentros que necesariamente pusieron a madres y enfermeras en mayor cercanía emocional. Los testimonios orales de las enfermeras indican que existía una motivación a hacerse partícipe de las vidas de las

madres, a desarrollar una mirada más empática de sus decisiones y un interés por aparecer menos directivas y autoritarias.

Asimismo, el cruce entre la información que reportan ambas fuentes da pruebas de que los progresos contra la mortalidad y las enfermedades infantiles no pueden ser entendidos si no se considera que la adhesión de las mujeres a las metas del PSMI fue un componente clave de ese éxito. La experiencia de ver sobrevivir a los niños favoreció la confianza de la población femenina en un proyecto que también ellas parecían apoyar gradualmente, como lo sostienen los testimonios de las enfermeras, y como se recoge en una revisión preliminar de las primeras entrevistas a madres que estamos desarrollando. La acción educativa y preventiva que caracterizó el trabajo de las enfermeras reforzaba un sólido mensaje: los niños pueden sobrevivir a enfermedades gracias a mejoras en las condiciones materiales, ámbito en que el SNS ciertamente tenían menor influencia, y los cuidados maternos que podían ser guiados y supervisados.

El reconocimiento de los profesionales sanitarios en su conjunto, y en particular de las enfermeras, de la diversidad de las mujeres y de la influencia determinante que tenía la escasa educación y la pobreza de aquellas es uno de los aspectos de la relación que tuvo un gradual impacto en la promoción del vínculo con sus hijos. La importancia de las condiciones socio-económicas de las madres era materia de constante preocupación que solía entenderse en un contexto mayor y como una consecuencia difícil de manejar por las mujeres, y que no era posible modificar en el corto y mediano plazo. La frecuencia del registro de esas condiciones en los documentos, memorias del SNS como en manuales sanitarios de la época son refrendadas por las entrevistadas como también la importancia de que la relación madre e hijo merecía un cuidado tanto en la forma como el fondo que, sin duda, repercutiría virtuosamente en la atención que las primeras brindarían a sus niños. La educación de las madres pasaba por insuflar en ellas el *amor a sus hijos*, aspiración que la mayoría de las enfermeras entrevistadas declara.

Las recomendaciones dirigidas a optimizar el trato y la conducta de las profesionales con las madres —aspecto menos frecuente en los documentos institucionales del SNS— propiciaba relaciones de confianza que podemos

entender por varias razones. Primero, el mandato del SNS de proteger a las madres no solo estaba dirigido a una protección clínica sino también moral: un trato más humanizado y deferente con la población femenina basada en la incipiente lógica de derechos de las madres y de los niños que el SNS empujaba. Segundo, el número creciente de mujeres alfabetizadas que estaban en condiciones de recibir y comprender pequeños folletos con instrucciones escritas ameritaba también el compromiso de un mayor cuidado por parte de las profesionales. Pero también el creciente número de mujeres que establecieron vínculos con el SNS al convertirse primero en beneficiarias del Estado como embarazadas, parturientas, y luego como madres vinculadas al SNS por al menos la primera década del niño, es un proceso que resignificaba la relación de beneficiarias y políticas sanitarias. Al analizar el papel de las enfermeras en este proceso, sus percepciones sobre su trabajo y sus límites, nos aproximamos a ciertos aspectos que caracterizaron los vínculos que establecieron con las madres, y que en el futuro confrontaremos con la información que reportan las entrevistas a este grupo y a otros profesionales sanitarios.

## Anexo

### Caracterización de las entrevistadas

Las entrevistas fueron realizadas en la ciudad de Santiago, entre fines del año 2010 y 2016. Se realizaron entrevistas individuales “en profundidad”, caracterizadas por ser flexibles y no estandarizadas. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y media, fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad. Todas las participantes firmaron previamente una carta de consentimiento informado aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Alberto Hurtado (Santiago de Chile).

Tabla 1. Enfermeras Entrevistadas

	Nombre	Edad	Años de formación	Principales recintos asistenciales en que trabajó entre 1955 y 1980
E1	Carolina	73 años	1956-1960 en U. de Chile.	1960-1968 Consultorio Rosita Renard; 1968-1971 Enfermera tratante Posta Central; 1971-1973 Departamento de Capacitación de la Coordinadora de Centros de Madres (COCEMA); 1971-1972 Voluntaria Consultorio Población Nueva La Habana; 1973-1982
E2	Berta	72 años aprox.	1958 - 1961 U. de Chile	1961-1965 Pediatría en el Hospital San Borja Arriarán y posteriormente en Hospital Roberto del Río, siempre como parte de la cátedra del doctor Julio Meneghello. 1965-1967 estudia en EE.UU. (Cornell) Neonatología. 1968 ingresa Servicio de Neonatología, Hospital Calvo Mackenna. A comienzo de los años setenta y hasta 1981 docente Escuela Enfermería PUC.

E3	Claudia	72 años aprox.	1959-1962 U. de Chile	Enfermera materno-infantil SERMENA La Serena. Posgrado en Docencia en Salud, Escuela de Salud Pública U. Chile Docente U. Chile, La Serena -1971-1973
E4	María	71 años aprox.	Escuela de Enfermería de la PUC. 1960-1963	1964-1971 Consultorio Quinta Bella. Enfermera Tratante y Enfermera Jefe suplente 1971-1973 Enfermera en la Facultad de Enfermería Universidad de Chile de Chillán 1973-1976 SNS Santiago
E5	Rosa	69 años	1966-1969 U. de Chile.	1969-1971 Consultorio de El Monte. 1971-1975 Consultorio de Colina; Consultorio de Independencia; es asignada a trabajar en Sala cuna de Panamericana de Algodones; 1981-1989.
E6	Margarita	66 años aprox.	1963-1966 Enfermera PUC	1967-1969 Posta Central. 1969 Hospital de Curanilahue, Consultorio; 1971-1973 Hospital Sótero del Río; Consultorio San Gregorio, Escuela de Auxiliares de Enfermería del Hospital Sótero del Río; 1973 viaja fuera del país; 1979, regresa a Chile a trabajar en Clínica Alemana.
E7	Cristina	66 años	1963-1966 Enfermera PUC	1967 Posta Central; 1968 Hospital de Curanilahue; 1969 Servicio Sur Santiago, Consultorio San Rafael, Hospital Sótero del Río; Consultorio La Granja; 1972 enfermera jefe del área, del área sur-oriente
E8	Natalia	64 años	1964-1969. U. de Chile.	1968-1973, CAIMI, Centro de Adiestramiento Investigación Materno Infantil dependiente del Hospital San Borja Arriarán; 1973-1975/6 Consultorio en Chillán; 1976 Instituto de Seguridad del Trabajo (IST).

## CUERPOS VIVIDOS EN EL NACIMIENTO: DEL CUERPO MUERTO DE MIEDO AL CUERPO GOZOSO

Michelle Sadler

### Apertura

En nuestro país, la casi totalidad de los partos son atendidos por profesionales médicos, ocurren en instituciones de salud y contamos con excelentes indicadores de morbimortalidad materna e infantil, que nos sitúan a la par de países desarrollados<sup>1</sup>. No hay duda de que la profesionalización e institucionalización de la atención del nacimiento, que fueron materia de gran preocupación social y médica desde el siglo XIX en adelante<sup>2</sup>, incidieron positivamente en el descenso de la mortalidad infantil y materna. No obstante lo anterior, el excesivo énfasis en los aspectos técnicos y patológicos del parto ha llevado a lo que en una reciente publicación dentro de la serie de Salud Materna del prestigioso journal *Lancet*<sup>3</sup>, se denomine como el problema de “mucho y muy pronto”, que alude a un exceso de intervenciones que se realizan sin esperar los tiempos fisiológicos del nacimiento, y que producen daños en la salud de madres y bebés. En paralelo, ese mismo énfasis en la técnica se relaciona con la falta de atención a los aspectos integrales de la atención del nacimiento, que llevan al descuido de las dimensiones emocionales del cuidado.

En 2014 la Organización Mundial de la Salud publicó una declaración sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato

- 1 Alejandro Goic, “El sistema de salud en Chile: Una tarea pendiente”, *Revista Médica de Chile* 143 (2015): 774-786.
- 2 María Soledad Zárate, *Dar a Luz en Chile, S. XIX: De la Ciencia de Hembra a la Ciencia Obstétrica*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana -DIBAM- y Universidad Alberto Hurtado, 2007.
- 3 Suellen Miller et al., “Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide”, *The Lancet* vol. 388: 10056 (2016): 2176-92.