

SER MATRONA A MEDIADOS DEL SIGLO XX. EL GÉNERO COMO  
DISTRIBUIDOR DE OPORTUNIDADES Y ORGANIZADOR  
DE LAS EMOCIONES<sup>1</sup>

M.<sup>a</sup> Jesús Montes-Muñoz

María F. Jiménez-Herrera

*Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona  
majesus.montes@urv.cat*

Ana Castells-Montes

*Institut Català de la Salut*

Maria Antonia Martorell-Poveda

*Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

*Resumen: La profesión de matrona se ha identificado durante siglos como una tarea femenina. Ser matrona implicó una forma de vida. En este trabajo, a partir de las narrativas de matronas que ejercieron en los años 1945-1960 del siglo pasado, se profundiza en la influencia que tuvo el género en sus decisiones profesionales y en el rol que como mujeres se les asignó. Se rescatan las experiencias y emociones que nos transmiten, así como las formas de resistencia que activaron.*

*Palabras clave: matrona, género, identidad profesional, emociones, representaciones sociales.*

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de una investigación más amplia llevada a cabo en el Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Ha sido subvencionado por el Institut Català de les Dones.

Being a midwife in the mid-twentieth century. Gender as a provider of opportunities and organizer of emotions

*Abstract: The profession of midwifery has been identified for centuries as a woman's job. Being a midwife, however, was not only a job but also a way of life. In this chapter, through a close reading of the narratives of midwives practicing between 1945 and 1960, I explore the influence of gender both on their career choices and on the roles they were assigned as women. The analysis focuses on the experiences and emotions their narratives convey, as well as the forms of resistance they employed.*

*Key words: midwives, gender, professional identity, emotions, social representations.*

### *Introducción*

Ser matrona fue, hasta el siglo XVIII, un oficio eminentemente femenino. El interés de los varones cirujanos en la práctica de la asistencia al nacimiento dio como resultado su progresiva ocupación de este campo hasta llegar a apropiárselo (Ortiz, 2010). La medicina, en su progreso, impuso su autoridad basándose en un saber definido como científico, apoyado en la publicación de textos y artículos en los que se justificaron el control que ejercieron sobre la formación de las matronas.

En la Ley de Instrucción Pública de 1857 se definió el reglamento para la enseñanza de los estudios de matronas y las condiciones requeridas a las aspirantes (Álvarez Ricart, 1988). La obtención del título podía ser a través de una formación oficial o libre, aunque en ambos casos debían estar inscritas en una universidad. También se les exigió ser casadas o viudas, con la necesidad de presentar la licencia del marido, así como la justificación de buena vida y costumbres certificada por el párroco. A principios del siglo XX, un Real Decreto reorganizó la profesión y se creó el título de «practicante autorizado para la asistencia a partos normales» (Linares Abad, 2009).

La primera escuela reconocida como Escuela Oficial de Matronas fue la Casa de Salud Santa Cristina, adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid, en 1931 (Gálvez Ginachero, 1948). En la revisión de los

textos utilizados para la instrucción de las matronas en este centro (Orengo Díaz del Castillo, 1948-1953) se aprecia que, además de los saberes teóricos propios de la profesión, la formación estuvo centrada en la consolidación de la obediencia que debían mantener hacia los dictámenes médicos. Estos discursos ya venían produciéndose desde décadas anteriores sobre las consideradas profesiones «auxiliares de la medicina» (Bossi, 1925), que fueron las de practicante, enfermera y matrona. Mientras tanto, en las demás facultades de Medicina de España podía cursarse la carrera por libre (Álvarez Sierra, 1955).

Las matronas tituladas tenían, en 1930, la colegiación obligatoria, lo que resalta la necesidad de control sobre su ejercicio profesional, así como «la persecución de quienes actúen sin título legal, como de aquellas otras personas que con serio peligro para la salud pública exploten las prácticas del curanderismo» (citado en Estatutos y Reglamento, 1951: 34). Posteriormente, la Ley de Sanidad Nacional de 1944 estableció la unificación colegial de todas las profesiones auxiliares sanitarias (Terré Rull, 1997) y, en 1951, se aprobaron los estatutos y reglamento del Consejo General de Matronas y de los Colegios Oficiales. La profesión de matrona permaneció hasta 1953 como carrera independiente, unificándose en ese año con las carreras de practicante y enfermera en la única titulación de Asistente Técnico Sanitario (ATS). Los estudios de matrona quedaron supeditados a esta titulación, de la que la obtención del Diploma de Asistencia Obstétrica (matrona) constituiría una especialidad de dos años de duración, tal como ha permanecido hasta nuestros días.

Por otro lado, estas normas no pueden desmarcarse de la situación política e ideológica que se vivía en España. Durante el primer franquismo (1939-1959), el régimen impulsó toda una serie de medidas pronatalistas, generando una visión muy determinista de las mujeres, reduciéndolas a su papel de madres, «ángel y esencia del hogar». Todo esto se concretó en leyes protectoras de la familia (García Nieto, 2000), y ayudas que el Estado ofrecía a las mujeres casadas que cesaban su actividad laboral (Roca, 1996), y «que tenía como fin centrar a las mujeres en las tareas de reproducción social en el seno del hogar, porque se reconoce a la familia como célula primaria, natural y fundamento de la sociedad, y al mismo tiempo como una institución moral dotada de derecho inalienable y superior a toda ley positiva» (García Nieto, 2000: 725). La procreación se consideró un deber hacia

la patria (Nash, 1991). En ello, el régimen contó con el apoyo de la Iglesia, puesto que su política pronatalista también giraba en torno a la protección de la familia y los principios morales del catolicismo. La Sección Femenina tuvo también un papel crucial en el adoctrinamiento moral y de instrucción de las mujeres.

La atención al nacimiento en los partos normales en la primera mitad del siglo xx tenía lugar mayoritariamente en los domicilios asistidos por una matrona, que, en caso de necesidad, debía llamar al médico. El régimen de asistencia fue el de beneficencia, que estaba a cargo de instituciones municipales, o el sistema de igualas que fomentó en Cataluña el desarrollo de pequeñas mutuas y cajas de enfermedad, que se encargaron de dar cobertura privada en la asistencia al parto (Gervás; Pérez Fernández; Palomo Cobos; Pastor Sánchez, 2005). Esta línea de actuación culminó con la Ley de 14 de diciembre de 1942, fecha en la que se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que, además, daba cobertura también a la asistencia por maternidad.

En esta dinámica, resulta interesante recoger la información que nos aporta Bosch Marín (1950) sobre los resultados de la asistencia a los partos en España, en el estudio realizado entre 1947-1949. El autor señala que durante este periodo fueron atendidos a domicilio el 94,2% de los partos y el 5,8% en las residencias. El parto será asistido por una matrona si «se presume normal y la vivienda de la gestante reúne un mínimo de condiciones higiénicas» (Bosch Marín, 1950: 4), apuntando posteriormente que el 61,3% de los ingresos en las residencias maternas correspondieron a distocias sociales, esto es, aquellas mujeres en condiciones de pobreza extrema. Respecto a los resultados de los partos, en las residencias el 31,8% fueron distócicos, frente a un 8,4% en los domicilios, así como una mortalidad materna en el trienio del 3,2% en las residencias y del 0,4% en los domicilios. Bosch justifica estos datos por el desplazamiento de las mujeres con problemas a las maternidades, aunque, como ha quedado reflejado, más de la mitad de ingresos respondieron a distocias sociales. De estos resultados se desprende que las matronas tuvieron una sólida formación práctica para la resolución de los problemas, así como en su diagnóstico precoz.

Es en este contexto histórico en el que situamos la profesión de las matronas en el presente estudio. Nos propusimos recoger los relatos de aquellas mujeres que ejercieron en la ciudad y provincia de

Tarragona, para conocer las interpretaciones y vivencias de cómo experimentaron y desarrollaron sus tareas profesionales, cómo se sintieron, cómo respondieron a las demandas de la época y la implicación que esto tuvo en sus vidas. En el análisis de los discursos se rescatan sus voces para dar visibilidad y reconocimiento a una tarea poco representada en la historia de las profesiones sanitarias.

Tomamos el género como hilo conductor inherente a la profesión, considerando las diferencias que se dieron entre mujeres y hombres, tanto en la formación como en los valores, normas, supuestos y obligaciones sociales, que eran desiguales para ambos. La incorporación de estas diferencias llevó implícita responsabilidades y papeles sociales que promovieron sentimientos diferenciados según el sexo. Esto es, las sociedades construyen universos emocionales de relaciones en normas colectivas a las que contestar según sean hombres o mujeres, en un tiempo y contexto determinado (Le Breton, 2009).

En este artículo se analiza de qué modo los componentes de valores morales y creencias atribuidos a las mujeres por su género van a resultar en la intención del mantenimiento de la subordinación de las matronas, así como en generar y reforzar la obediencia al poder patriarcal establecido. Para ello, en primer lugar analizamos la decisión sobre la elección y el ejercicio profesional, continuamos con las relaciones que establecieron con los médicos y las formas de resistencia que ejercieron, para, finalmente, recoger las emociones que transmitieron de su trabajo.

Han sido ocho las matronas entrevistadas. Pilar (1933), que llevó a cabo toda su vida profesional en la ciudad; María (1917) y Carmen (1932), que los primeros años ejercieron en zonas rurales para trasladarse posteriormente a la ciudad; y Julia (1919), Adela (1920), Ana (1921), Manuela (1923) y Laura (1931), que ejercieron en las zonas rurales en poblaciones de entre 1.500 y 15.000 habitantes. Los criterios para su selección fueron básicamente dos: que hubieran ejercido a mediados del siglo pasado —independientemente de zonas urbanas o rurales— y que fuera posible la comunicación. No se consideraron otras variables por la escasez de matronas con estas características. A todas ellas se les realizó una entrevista con un guión establecido, pero abierta, de forma que diera lugar a la expresión libre de sus experiencias. A Pilar, Carmen, Ana y Manuela se les realizó una segunda entrevista de las mismas características con la intención de ampliar

la información de la primera. Las entrevistas fueron recogidas en grabación en el propio domicilio de las matronas. Se realizaron entre los años 2000 y 2009 y, a fin de mantener el anonimato, sus nombres en este artículo son ficticios.

En el análisis de los relatos utilizamos también referencias teóricas de diferentes procedencias, como aquellas correspondientes a textos de formación publicados por médicos, investigaciones en las que se refleja la ideología de la época y escritos en forma de memorias realizados por las propias matronas. Queremos resaltar la importancia de los documentos orales que estas mujeres han generado. La fragilidad de la edad hace que hoy dos de ellas ya no estén con nosotros, otras dos hayan olvidado la experiencia y otra no se pueda comunicar. Desde aquí, queremos agradecerles a todas su generosidad.

### *Ser matrona. Elección y ejercicio profesional*

Las posibilidades de elección en las familias que pudieron dar estudios a sus hijas se reducían a maestra, enfermera y matrona. Al preguntar a Ana por qué se hizo matrona, explicó: «Un día oí hablar a mis padres que decían: una maestra y otra matrona», y a ella le correspondió lo segundo.

En el documento a modo de autobiografía que Ana nos proporcionó, nos relató el proceso que siguió hasta alcanzar dicho objetivo:

Cuando en 1936 tenía catorce años, estalla la guerra y la vida de todos queda marcada. Yo comencé a trabajar en la fábrica del pueblo. Yo pensaba que podía ser enfermera, pero la guerra iba haciendo estragos y se suspendieron todos los planes [...]. Sin dejar la fábrica comencé a estudiar. No fue posible encontrar un profesor en el pueblo ya que el maestro que se había comprometido, eligió enseñar a tres chicos que hacían comercio y me dejó plantada.

Esta situación fue la consecuencia de la concepción ideológica en el reparto de tareas entre sexos, del que las mujeres siempre salieron perjudicadas. Los estereotipos de género presuponían la necesidad de una mayor inversión en formación para los hombres. Con ello, las mujeres quedaban en desigualdad de oportunidades, aunque, en palabras del profesor —según recuerda Ana—, «ya sé que para ti es de vida

o muerte». Aun reconociendo la injusticia y el daño derivado de ello, prevaleció el mantenimiento y perpetuación de los valores sociales.

Pero las mujeres como agentes participantes en la sociedad toman decisiones que afectarán a sus vidas: «Las dificultades me dieron ánimos, no me acobardé. Pensé ‘¡ahora o nunca!’ Y ese ‘nunca’ me dio coraje» (Ana). Buscó entonces otras opciones que le dirigieran a su objetivo:

Como el sábado no se trabaja, iba a Tarragona. Mi hermana estaba de maestra en un convento de monjas y cuando podía, venía a aclararme lo que no entendía. El domingo volvía al pueblo, mi padre venía a buscarme con un carro y la mula a Valls, dos horas de camino con frío y mal tiempo. Él lo aguantaba todo igual que yo.

El relato de Ana es, además, un verdadero documento gráfico que nos aporta las imágenes de la situación social en la que se encontraban mujeres y hombres en aquellos años. En él se reflejan las condiciones de vida, los recursos y los medios técnicos disponibles, es decir, que el género constituía un factor más en la organización de las relaciones, no el único.

La elección profesional decidida por los progenitores fue la norma entre las matronas entrevistadas. Por ejemplo, Pilar quería ser diseñadora, «pero mi padre nos encauzaba a lo que él quería. Yo no quería ser enfermera y al final ¡enfermera!», aunque «con enfermera no me conformaba, yo quería ser algo más». Manuela estudió magisterio en primer lugar pero, «en el pueblo ni en el entorno no me hubieran dado plaza hasta que yo hubiera sido mayor y mira [...] ¿por qué no te haces comadrona? (le dijo su madre). Entonces te quedarás en el pueblo», así que estudió para matrona. Responder a la tradición familiar de matronas u obstetras también formó parte de la elección entre las entrevistadas.

El género fue el condicionante en la decisión de la elección profesional. Ser matrona fue consecuencia de un cálculo de intereses. En unas se capta la tendencia a la búsqueda de la ampliación de horizontes de libertad y de autonomía en el trabajo, pero también el prestigio profesional —que va más allá de ser practicante o enfermera—, tal como afirmó Pilar. El reconocimiento social y los beneficios económicos fueron otros factores decisivos implícitos que expusieron. La palabra «vo-

cación» apareció en ocasiones a lo largo de algunos relatos, pero para hacer alusión a la satisfacción en su experiencia profesional, no como tendencia inicial para la elección a la que se suele hacer referencia cuando se trata de profesiones femeninas dedicadas al cuidado de otros.

El siguiente paso fue la inscripción para la realización de los estudios. «Fui a la Facultad de Medicina para matricularme. ¡Me parecía que estaba viviendo una aventura maravillosa! ¡Me parecía que tenía delante la inmensidad! El mundo se abría. ¡Lo había conseguido!» (Ana). Cuatro de las matronas estudiaron por libre con la ayuda del farmacéutico o el médico del pueblo, que, además, les proporcionaron los contactos para la realización de las prácticas en los hospitales. Tres de ellas también siguieron, a la vez que los de matrona, los estudios de practicante, «porque en el pueblo no había practicante y claro, a mí me fue muy bien porque pude entrar enseñada» (Laura), y como forma de mejorar los ingresos familiares. El resto realizó los estudios en régimen de internado.

Ser matrona estaba establecido como profesión auxiliar de la medicina. Sus funciones estaban condicionadas por la voluntad o decisión de «si el médico lo autoriza» o «si el médico lo decide así» (Orengo, 1953), poniendo énfasis en que su misión era la de dar ayuda «ejecutando las órdenes médicas y cumpliendo sus instrucciones» (Box, 1944: 20). En este sentido, el texto de Orengo (1953), con cuatro ediciones, muestra una fuerte insistencia en el mantenimiento de este orden de obediencia de las matronas hacia las decisiones del médico varón, aunque fueran superfluas, lo que reproducía las normas sociales del sometimiento en el que las mujeres debían permanecer. Con esta finalidad, el uso de discursos amenazantes que generaban miedo frente a los posibles riesgos fue un recurso muy utilizado en los textos, si bien también se elogiaba a las matronas obedientes por «su labor verdaderamente admirable» (Orengo, 1953: 191).

Desde estos discursos se justificaron y reforzaron los beneficios de la conformidad con las tareas sencillas propias de las mujeres, con menos formación, y por lo tanto menos valoradas social y económicamente que las asignadas a los médicos hombres. Todas las matronas entrevistadas se mostraron agradecidas hacia quienes les habían formado y rememoraron nombres de médicos porque «se portó muy bien conmigo» (Julia) o «el Dr. X me ayudó siempre. Me dejaba entrar cuando operaba y cuando hacía visitas me explicaba. Sí, me admitió

para que hiciera allí las prácticas» (Manuela). El reconocimiento de las matronas hacia los médicos fue generalizado.

Otro aspecto en el que consideramos el género como modelador de las decisiones y distribuidor de las emociones es que todas estas mujeres, al finalizar sus estudios, regresaron al núcleo familiar para desarrollar su profesión en un entorno que les era conocido. Tres de ellas hablaron de la invitación médica para quedarse en la ciudad (Barcelona) y ejercer como su colaboradora. Pero los lazos familiares o las normas sociales respecto al compromiso con sus mayores fueron más fuertes. Así lo explicó María: «Cuando se lo dije, la mamá dice “no, no, no. Tú, nena, no irás a Barcelona, ¿verdad que no me dejarás? ¿No me dejarás?” “No, mamá, no padezcas”. Y no la dejé». Manuela manifestó la intención de quedarse en el pueblo porque «yo quería estar al lado de mis padres. Yo fui siempre ‘la nena’ y la mimada, y claro, yo estaba bien con ellos y me necesitaban. Me hubiera sabido muy mal dejarlos». Esta decisión de volver les aseguraba, además, la posibilidad de tener trabajo en el mismo lugar de la residencia familiar. Para ello, las redes sociales de amistades resultaron un recurso.

Vivir cerca de la familia pudo ser la respuesta que socialmente se esperaba de las hijas, por la obligación moral de cuidar como tarea tradicionalmente asignada a las mujeres. Pero proporcionarse apoyo fue una necesidad mutua, que fue respondida por ambas partes porque «si trabajaba, los niños comían en casa de mi madre» (Laura) y «yo recuerdo que mi padre vino una noche aquí, a dormir en una butaca. Los niños tenían sarampión, ¡todo se arregla!» (Manuela). Al ser una profesión con dedicación horaria total e imprevisible, la familia fue un recurso imprescindible con el que todas ellas contaron para el cuidado de sus criaturas.

Entendemos que el trabajo, aunque les proporcionó independencia y mayor autonomía que al resto de las mujeres, no les eximió socialmente del cumplimiento de sus roles. Manuela lo explicó así:

Llegaba por ejemplo a las 6 de la mañana de un parto y ya no me ponía a dormir porque a las 8 tenía que ayudar a mis dos hijos a arreglarse para ir a la escuela por mucho sueño que tuviera. Y cuando ellos estaban en la escuela, como también soy practicante, salía a las 9 de la mañana a pie y cuando acababa a las 11 o las 12 tampoco podía dormir porque venían los niños a comer. Solo podía hacer la siesta cuando los niños volvían a la escuela.

En general, hablaron de «organización familiar» para referirse a la dinámica cotidiana del cuidado de la casa y de las criaturas. Las menos, contaron con la colaboración de la pareja. Fueron principalmente las abuelas y abuelos quienes les dieron más apoyo. Además, todas necesitaron ayuda contratada.

### *El espacio de las matronas. Relaciones y prácticas*

Las matronas entrevistadas ejercieron con plaza en propiedad en la Asistencia Pública Domiciliaria en las zonas rurales junto a un médico generalista. En las ciudades o poblaciones más grandes contaban con médicos obstetras que seleccionaban a las matronas con quienes querían trabajar, con plaza en el Servicio Obligatorio de Enfermedad. Las relaciones que se establecieron entre ellos en ambos grupos fueron diferentes, ya que, así como en la ciudad las matronas se sabían parte de una unidad sanitaria dependiente de la dirección médica, en las zonas rurales trabajaron de forma autónoma e independiente.

En este último caso, las relaciones que establecieron en general fueron de confianza y colaboración, tal como explicó Adela:

La sutura de la episiotomía la hacía el médico pero tenía la costumbre de coserlas a la mañana siguiente y luego quedaban muy mal. Por eso dije: 'o viene a coserlas enseguida o lo hago yo'. Así se lo dije al médico y él dijo: 'mira, si es de día, no me importa que me llames, pero si es de noche y puedes hacerlo tú, ya te lo harás tú'. Entonces ya no le llamaba.

Una de las características profesionales ha sido esta disponibilidad de las matronas respecto a los horarios, sobre todo nocturnos, en los que tenían permitido sobrepasarse en sus competencias profesionales. Manuela, por ejemplo, explicó que, en un parto que tuvo lugar por la noche, tuvo que intervenir más de lo habitual. Al día siguiente «le dije (al médico) que recetara unos antibióticos porque tal y como había ido, que no hubiesen complicaciones». Estas matronas tuvieron una gran autonomía, pero aunque trabajaban solas, necesitaron de la autorización y la consideración de las opiniones médicas.

La colaboración llegó a crear lazos de amistad en Laura que, con motivo del nacimiento de su primer hijo, decidió quedarse en su casa ayudada por una compañera. Habló con el médico así: «solo me

preocupa algo. Que si tengo un desgarro, no me coserán. Porque yo sabía que otras no cosían. Y me dijo (el médico) que si era por eso tranquila. Tú tienes el crío y si tienes un desgarro me llamas y yo bajo a arreglarte. Y así fue». La relación de confianza se mostró más intensa cuando compartieron clientela privada, como explicó Julia: «'Usted misma ya verá, según cómo esté. Si progresa o no, ya me avisará'. Y, ya cuando estaba a punto de nacer, ya viene el tocólogo, hace la tarea final y, por poca cosa que sea, hacen algo y ya está».

Pero estas situaciones, explicaron, dieron lugar a algunos malentendidos con las mujeres, como «me han llegado a decir que por qué no he llamado antes al médico porque claro, cuando él llega ya nace el crío» (Carmen). También, en ocasiones, se generaron tensiones en las relaciones: «Llamó rápido al médico. "¡Respire, no apriete!" Si no hubiera tenido tiempo el doctor de llegar, la hubiera reñido» (Julia). Llamar al médico cuando en el parto surgía una complicación era una obligación de las matronas, pero también, y por motivos económicos, se le debía llamar cuando se trataba de partos normales de los servicios privados o mutuas. Estas fueron las normas que se dictaron en los textos dirigidos a su formación:

Se adaptará a las costumbres del doctor y seguirá minuciosamente sus órdenes. Se enterará bien, por ejemplo, de en qué momento del parto debe llamar al médico y cuidará mucho de avisar con tiempo para que no llegue después del nacimiento de la criatura. Cuando el periodo expulsivo avanza rápidamente, se retrasa un poco el parto si se coloca a la mujer de lado y se procura que no empuje (*Orengo, 1974: 255*).

Así, Pilar afirmó con una ligera tristeza que «nosotras hacíamos el trabajo y ellos se llevaban los laureles», lo que denota la actitud de servicio y obediencia en que se debieron mantener. Los roles del cuidar asignados a las mujeres «en función de las necesidades de los otros» implicó en las matronas su total dedicación, aunque menos valorada que las de los obstetras o médicos, que, con una dedicación temporal menor que las mujeres a quienes asistieron, tuvieron más reconocimiento y mejores salarios. Y es que «las mismas tareas pueden ser nobles y difíciles cuando son realizadas por unos hombres, o insignificantes e imperceptibles, fáciles y triviales, cuando corren a cargo de las mujeres» (Bourdieu, 2000: 79).

Otra de las particularidades del trabajo de las mujeres que estudió Narotzky (1988), y que se refleja en las matronas, es su disponibilidad en tiempos imprevistos, a cualquier requerimiento y con espacios de tiempos muertos en la espera del parto, que llenaron de diferentes maneras, tal como explicó Pilar: haciendo compras, recogiendo a los niños del colegio, preparando la comida, etc., para salir de nuevo a acompañar a la mujer en su parto. El valor del tiempo de los médicos y obstetras fue diferente porque «no pueden permanecer todo el tiempo al lado de la paciente» (Orengo, 1953: 181), por esto «la matrona, debidamente instruida, nos ahorra mucho trabajo y nos evita pérdidas inútiles de tiempo» (Clavero Núñez, 1952: 80), pero, continúa el autor, la matrona debe ser «medianamente educada y agradable» (*Ibidem*, 1952: 80).

La autorización y control médico sobre las matronas estaban aceptados, y la relación que entre ellos se estableciera era indicativa de la posibilidad o no de trabajo en el pueblo o zona. Así, Vía, en su relato biográfico, explica que el médico de cabecera «era un excelente tocólogo» y relata: «me hizo muchas preguntas que me parecían innecesarias [...] después, repensándomelo comprendí que se trataba de algo parecido a un examen para saber los conocimientos que yo tenía» (1972: 17). También en otras ocasiones se dieron situaciones contrarias, como explicó Carmen del médico de cabecera que tenía como referencia: «no sabía nada y no quería saber nada (de los partos). Dice: “si necesitas alguna medicación me la pides, pero no cuentas conmigo”. Entonces yo no le llamaba para nada». Ella tomó las decisiones, aunque los honorarios de la asistencia a los partos repercutían en ambos. Contrariamente a este dejar hacer, María se encontró con el entorpecimiento: «era joven, pero ¡tan pobre de espíritu! Que no podía sufrir ni que (la matrona) tomara la presión. De estos he conocido muchos, no sabían hacer y no te dejaban hacer», y ante las dificultades, finalmente decidió trasladarse a la ciudad.

Así, la jerarquía médica fue la norma, pero las matronas apenas lo cuestionaron. Sus relatos se centraron más en la satisfacción del trabajo bien realizado, en el que persiste una identidad profesional marcada por sentimientos de orgullo porque «no se me ha muerto nadie», aseguró con énfasis Carmen, o «comencé haciendo 12 partos en un mes, luego 30 y 40» (Julia), o demostrando su prestigio porque «todas me buscaban» (Manuela), presumiendo de los diagnósticos acertados

que hizo. Pero eso sí, este orgullo profesional lo presentaron protegido por la humildad de que «Dios me ayudó» o, como Julia, asegurando que su habilidad diagnóstica fue porque «¿Ves que don me dio Dios nuestro señor, no?». «Gracias a Dios» es una frase que se repitió en sus relatos, que entendemos es la tendencia a la modestia propia de su sexo, desde la que no se reconocen los buenos resultados como consecuencia de su saber. Esto no aparece en los discursos médicos de la misma época<sup>2</sup>.

### *Resistencias*

Las matronas ejercieron formas de resistencia en las que se refleja la no aceptación o el cuestionamiento de algunas de las normas pautadas. Así, Ana replanteó el rol del médico explicando que, cuando se le llamaba por una alteración en un parto, la matrona se supone que debía pasar a un segundo plano como ayudante en sus intervenciones. Pero ella lo redefinió diciendo que «si la matrona atendía el parto y cuando tenía problemas llamaba al médico, entonces el médico es el ayudante de la matrona y no al contrario». La ayuda médica ante situaciones de urgencia fue valorada por quienes dispusieron de ella. Esto suponía que, además de ayudantes del médico, en su presencia pasaban a ocuparse de las tareas domésticas, como recoger, ordenar la habitación y limpiar el instrumental utilizado por el médico (Vía, 1972). Manuela tomó decisiones:

Había un médico que le interesaba hacer partos. Hicimos equipo. Fue bien, pero el asunto monetario es el que hizo cambiar las cosas. Porque me venían a buscar a mí, y yo no iba a buscarle a él porque ¡Toda la noche allí! dilatando, preparando la cama y toda una serie de cosas y cuando era el momento de gloria, le teníamos que llamar a él. Pero no a todos (los partos). Yo siempre iba a asistir a los pobres, pero él no [...], porque allí no se podía sacar dinero. Estas cosas se saben y me sabe mal decirlo. ¡Ya he dicho demasiado!.

<sup>2</sup> Se han revisado las publicaciones médicas de la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* en los años en que ejercieron estas mujeres.

Al tratarse de partos normales, su actuación no trascendió, pero, aun con los años que han pasado, no deseó profundizar en aspectos que pudieran suponer el descrédito médico. Esto lo hemos encontrado en los relatos de otras matronas cuando, no conformes con algunas relaciones, en la entrevista no entraron a cuestionar el poder médico, con una lealtad profesional que, entendemos, es consecuencia del aprendizaje en las relaciones de género y cumplimiento de roles.

Solo en una ocasión Julia nos aportó el ejemplo de la defensa de su propio saber. Ante un diagnóstico impreciso que realizó, y al no coincidir con la opinión del médico, este la recriminó. Julia asumió su poder diciéndole: «Escuche, tengo un título y, si me equivoco, pues me equivoco yo. Pero también puedo opinar porque tengo un título, ¿no?». Finalmente, los resultados repartieron razones a medias, pero ella afirmó que estaba dispuesta a que los padres supieran la verdad, defendiendo así su prestigio, aun en contra de la opinión médica.

Otras formas de resistencia se derivaron del aprendizaje realizado en la formación, como la práctica de las episiotomías: «Aunque no tenía autorización para hacerlas, pero los médicos las hacían en los hospitales y entonces, si veía que era necesario, la hacía» (Julia). Dependiendo del lugar y año de formación, así como de las decisiones del médico que ejercía en la zona, las matronas tuvieron prohibida la realización de la sutura del periné. Esta fue una atribución médica, ya que repercutía en sus ganancias (Bosch Marín, 1950). María se encontró con este impedimento y, ante la incompetencia médica para resolver un desgarró, en adelante decidió no llamarlo. Las matronas entrevistadas que tenían los estudios de practicante estaban autorizadas a realizar pequeñas intervenciones y suturas.

Consideramos también prácticas de resistencia el uso de medicamentos en el parto. Laura afirmó que «los conocía todos», pero esto ya generalmente con la autorización médica y con la finalidad que ya hemos analizado de no causarle molestias, sobre todo nocturnas, con llamadas.

### *Las emociones*

Ser matrona supuso responder a un sistema de normas que las implicaba como mujeres, como profesionales y como madres, en el orden socialmente establecido. Cada uno de estos ámbitos impregnaba y

unificaba sus relatos. Pero hay otros aspectos que no queremos dejar de reflejar. Se trata de la soledad y el aislamiento en que ejercieron la mayoría, y las emociones que, aunque pudieron experimentarse por ambos sexos, consideramos interesante rescatarlas, ya que son parte importante en sus relatos. La responsabilidad profesional sobre la educación e higiene en la época fue una cuestión en la que se reflejaron las condiciones sociales y el papel social de las matronas:

La suciedad es un peligro. Había que matar las moscas para hacer el parto bien. Claro, porque estaba en el suelo, en la paja y claro, ¿cómo tenía que hacer el parto de esa manera? Había fardos y cogí tres o cuatro para hacerles de cama y también poner el instrumental. Me llevé de casa tres o cuatro tallas de ropa blanca y limpia (*Manuela*).

Y en otra ocasión María explicó: «Pedí un recipiente para hervir los guantes. Me trajeron un bote de conserva de tomate vacío que estaba sucio y digo: ‘aquí no hiervo el guante, me trae un pote que esté limpio y brillante’. Esa mujer se enfadó». Desde los textos médicos, la posición de la matrona respecto a las familias se consideró privilegiada (Orengo, 1953). A ellas les fue asignada la transmisión de normas higiénicas que aseguraran las buenas condiciones sanitarias, alejando así la posibilidad de muerte en el parto, pues el fantasma de la fiebre puerperal estaba presente.

Estar al lado de la vida lleva implícito la posibilidad de la muerte. Todas se refirieron a ella para afirmar que la evitaron, aunque se presentó en ocasiones. La muerte posible en el nacimiento fue una preocupación que tradujeron en «miedo», y que manifestaron de diferentes formas. Adela se refirió directamente: «Sí, tenía miedo. He hecho 5.000 partos sola y siempre he tenido miedo hasta que ha nacido el crío y les he visto a los dos que estaban bien». Gádamer afirma que «La angustia y el miedo se encuentran en estrecho contacto con las situaciones de hallarse amparado y de quedar repentinamente expuesto a lo vasto y a lo desconocido» (Gádamer, 1996: 168). Ser requerida para un parto supone situarse en la incertidumbre, porque siempre parece guardar un secreto desconocido. Así lo vivió Ana: «Cuando llamaban a la puerta, el corazón me saltaba. Cargada de miedo iba a ver a la partera de turno y me hacía cargo de la situación» (entendiendo como «situación» el entorno doméstico y familiar de la mujer)

«porque tú allí eres una extraña y tienes que poner orden para que todo vaya bien». También, la comercialización de los antibióticos hacia 1948 supuso un antes y un después en la asistencia obstétrica (Vía, 1972). Esto lo rememoran las matronas de mayor edad.

La prudencia y la responsabilidad como componentes de sus funciones fueron muy valoradas en el ejercicio profesional, y, aunque generalmente los partos evolucionaron con normalidad<sup>3</sup>, «algunas veces se presentaba una complicación imprevista y me dejaba un gusto amargo y un sufrimiento que tenía que guardar para mí sola» (Ana). El aislamiento y soledad de las matronas rurales fue la tónica de su práctica hasta más allá de los años sesenta. Posteriormente, según explicaron, se reunían una vez al año para compartir las anécdotas y aspectos curiosos que habían vivido. Raramente hablaron de los miedos, inseguridad o dificultades cotidianas porque «cada una hacía lo que sabía o lo que podía» (Pilar).

La tristeza también apareció en el relato. Vino de la mano de las condiciones sociales que se vivieron: «la posguerra es peor que la pobreza. Te encontrabas familias que habían perdido los hijos en la guerra y, aunque tuvieran tierras, estaban abandonadas» (María), o de las condiciones de los emigrados: «asistiendo partos en el suelo» (Mauela); y Ana, de sus prácticas en Barcelona, aseguró que «no había imaginado nunca tanta pobreza».

Pero fueron las emociones positivas las que caracterizaron sus discursos:

Mi trabajo fue de una gran responsabilidad. Ayudar a la madre en el momento de tener un hijo para mí es muy importante, recibir en mis manos un recién nacido lleno de vida es un hecho emocionante. La experiencia de trabajar en el pueblo hace seguir sintiéndome todavía ligada a ellos por una especie de afecto (Ana).

Las matronas rurales compartieron con el resto de mujeres un mismo entorno social, estableciendo entre ellas lazos de solidaridad más allá de los meramente profesionales. Así lo encontramos en las explicaciones de Adela: «Aquella mujer se quedó sin leche [...]. Le di

<sup>3</sup> En la experiencia de Vía (1972) el 95% de los partos son normales y Orengo (1967) eleva esta cifra al 96%.

de mamar (a la criatura) hasta que pudimos llevarla... porque era pequeña». Y sigue su relato: «a veces me daban lástima y llevaba ropa y comida de mi casa». También María se ofreció para adoptar una criatura ante la dificultad de los padres como ayuda para su mantenimiento.

En todas ellas prevaleció el relato de las emociones positivas de su ejercicio profesional y, como demostración de su veracidad, nos hablan de las mujeres y hombres que en la actualidad todavía les recuerdan con cariño.

### *Conclusiones*

Desde el género, a través de la asignación de roles, se definen formas de pensar y de sentir diferenciadas para las mujeres y los hombres. Se construye un universo de representaciones compartidas socialmente a las que se espera respondan unas y otros, de las que, en general, las mujeres han salido poco beneficiadas. En la formación de las matronas, caracterizada como femenina, se les inculcó la obediencia y sumisión al poder masculino en el que, salvo algunos episodios, todas situaron sus tareas profesionales y las relaciones que establecieron entre ellas, los médicos y su entorno profesional.

Cuidar a otros, o «ser para otros», como condición inherente al ser mujer derivó en la aceptación de las decisiones que sobre sus vidas tomaron sus familias y en la obligación sentida de dar una respuesta positiva a las necesidades que les plantearon. Esta condición se prolongó al servicio incondicional a las mujeres en sus partos y a las demandas médicas profesionales.

Los sentimientos respecto a los resultados de los partos, que se traducen en inseguridad y miedo, consideramos que fueron consecuencia de los límites socialmente pautados en su formación, así como de los discursos de culpabilidad que tradicionalmente han recaído sobre las prácticas de las matronas. Por contra, aunque la mortalidad materna e infantil de la época fue más alta en los hospitales (Bos Marín, 1950), desde los escritos médicos no muestran estos sentimientos, pues parece entenderse que en sus acciones están eximidos de ellos —por la distribución según el género—, y por el poder que se les proporciona socialmente gracias al saber que se les supone, en el cual estos son contrarrestados.

Así, las matronas estuvieron sujetas al reparto de oportunidades y obligaciones que les generaron respuestas emocionales en dos ámbitos diferentes pero complementarios, pues se encuadraron en el único marco del patriarcado. Por un lado, debieron responder a los roles socialmente asignados como mujeres, y por otro, siempre en su condición femenina, al acatamiento de normas profesionales dictadas desde los varones. Aun así, explicaron que el ejercicio de su profesión fue fuente de satisfacciones, les proporcionó beneficios y, en diferentes medidas, activaron formas de resistencia con las que introdujeron cambios.

### *Bibliografía*

- ÁLVAREZ RICART, M. del Carmen (1988) *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos.
- ALVAREZ SIERRA, José (1955) *Historia de la profesión adaptada al programa de Ayudante Técnico Sanitario*. Madrid: Murga.
- BOSCH MARÍN, Juan; DE LA CÁMARA, Juan-Pedro; SÁENZ DE TEJADA, Venancio (1950) «270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia topológica prestada en el Seguro obligatorio de enfermedad durante los años 1947 a 1949». Disponible en: <[http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1002070](http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1002070)>. Consultado el 15 de marzo del 2010.
- BOSSI, I.M. (1925) *Manual de obstetricia y cirugía menor para las comadronas*. Barcelona. Gustavo Gili, Editor.
- BOURDIEU, Pier (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BOX MARÍA-COSPEDAL, Antonio (1942) *Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. Madrid: Instituto Editorial Reus. 4ª Edición.
- CLAVERO NÚÑEZ, Ángel (1952) *Aspectos humanos del parto normal*. Valencia. Edición del autor.
- Estatutos y reglamento del consejo general y colegios oficiales de matronas de España*. (1951). Madrid. Impresos Sánchez.
- GADAMER, Hans Geor (1996) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- GARCÍA-NIETO, Mª Carmen (2000) «Trabajo y oposición popular de las mujeres durante la dictadura franquista». En DUBY, Georges y PERROT, Michelle (dir.) (2000) *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus.

- GAVEZ GINACHERO, José (1948) «Prólogo». En ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, Francisco (1948) *Obstetricia para matronas*. Ed. del autor. 1º ed.
- GERVÁS, Juan; PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes; PALOMO COBOS, Luis; PASTOR SÁNCHEZ, Raimundo. (2005). *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.
- LE BRETON, David (1999) *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Plaza Edición.
- LINARES ABAD, Manuel (2009) «Mujeres matronas, un recorrido por la historia con perspectiva de género». *I Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres*. Disponible en: <[http://www.revistacodice.es/publi\\_virtuales/i\\_con\\_h\\_mujeres/documentos/ponencias/ponenciasMLINARES.pdf](http://www.revistacodice.es/publi_virtuales/i_con_h_mujeres/documentos/ponencias/ponenciasMLINARES.pdf)>, 2009: 18.
- NAROTZKY, Susana (1988) *Trabajar en familia. Mujeres, bogares y talleres*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- NASH, Mary (1996) «Pronatalismo y maternidad en la España franquista». En BOCK, Gisela; THANE, Pat (eds.) (1996) *Maternidad y política de género*. Madrid: Cátedra.
- ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, Francisco (1953) *Obstetricia para matronas*. Madrid, Ed. del Autor. 2º ed.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2010) «Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX». En MORENO SÁNCHEZ, Emilia (coord.) (2010) *Orientaciones para una educación no sexista*. Oviedo: Septen ediciones. S.L.
- ROCA, Jordi (1996) *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la posguerra española*. Madrid: Secretaría del Estado de Cultura. Ministerio de Educación y Cultura.
- SALAZAR AGULLÓ, Modesta; BERNABEU-MESTRE, Josep; MARTÍNEZ MARCO, Emilio et alii (2008) «Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. Colección «Al Servicio de España y del Niño Español». *Matronas Profesión*. 4: 28-33.
- TERRÉ RULL, Carmen (1997) «Anexo a la edición española. La matrona en España. Historia de una profesión». En TOWLER, Jean; BRAMALL, Joan, *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- VÍA, Ramona (1972) *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club Editor. El Pi de les Tres Branques.