

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Matronas Murcianas:

Mujeres y Profesionales

(1940-1977)

Dª. Natalia Emilia Rodríguez Portilla

2014



UNIVERSIDAD
DE
MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

MATRONAS MURCIANAS:

MUJERES Y PROFESIONALES

(1940-1977)

Natalia Emilia Rodríguez Portilla

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dra. María de los Ángeles Castaño Molina

Murcia, 2014

Las comadronas se desplazaban de una casa a otra. Sin tener acceso a libros ni ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su saber por contacto de unas con otras, transmitiéndolo por el espacio y el tiempo, de vecina a vecina, de madre a hija.

(Ehrenreich, 1978 en Collière 1993, p.21)

AGRADECIMIENTOS

He buscado a las matronas murcianas en su llevar y traer vida, en los colores de su presencia y en sus vivencias junto a las mujeres. Y las hallé donde estaban pero no se les veía, y sus palabras dejaron a mi alma señalada. Y sentí la trascendencia de hacer memoria de sus vidas, para convencer de que a través de sus relatos su herencia perduraría. Trabajo y trabajo, mujeres infatigables, profesionales sabias que nos regalan el recuerdo de lo que han vivido, de lo que han tenido. Matronas que os buscaron en tardes grises, noches negras y días claros. A todas las mujeres asistidas disteis algo cada día, cada noche, cada tarde. A mí me abristeis la puerta de vuestras casas y vuestros corazones. Gracias.

A todos las personas que a cambio de nada me han dado mucho y en las que también encontré lo que andaba buscando. Gracias.

En cada pensamiento, en cada idea, en cada una de las palabras de mi trabajo perdurará la huella de vuestro camino enseñado. Gracias María Emilia y María Ángeles por la generosa capacidad de guiar mis pasos como directoras de esta investigación.

Y durante este camino, Miguel, Cari, Eduardo, Isabel, Pablo, Jorge y Carmen, que sois mi tierra, mi gente y mis raíces. Vosotros me habéis cuidado cada día. Estamos juntos en el abrazo de lo que existe y de lo que no, en lo incondicional, en lo infinito, en todo. Gracias.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN **1**

CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN **5**

1.1 Estudios sobre las mujeres. 5

1.2 Estudios sobre las matronas. 9

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO. ESTUDIANDO A LAS MATRONAS DESDE LA HERMÉNUTICA, LA CULTURA Y EL GÉNERO **13**

2.1 Estudiando las vivencias de las matronas desde la Hermenéutica. 13

2.2 Cultura, sexo y género. 17

2.3 La división sexual del trabajo entre los hombres y las mujeres. 33

2.4 La feminización de las profesiones sanitarias. 39

2.5 El concepto de profesión, identidad y estatus profesional. 45

2.6 Matronas, mujeres, género y maternidad. La adopción del rol materno 52

2.7 Los roles de género en la profesión matrona a lo largo de la historia. 58

2.7.1 Mujeres cuidando a mujeres durante el parto: desde el origen de los seres humanos a la Temprana Edad Moderna 60

2.7.2 Hombres y mujeres asistiendo el parto: la incursión de médicos y cirujanos en el contexto del nacimiento en la Temprana Edad Moderna. 68

2.7.3 Influencia del género en la formación de las matronas a lo largo de la historia. 74

CAPÍTULO 3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN **85**

3.1 Contextualizalización socio-política y económica del tiempo vivido por las matronas murcianas (1940- 1977) 85

3.2 Contextualización sanitaria del tiempo vivido por las matronas murcianas (1940- 1977) 88

3.3 Los roles de género en el contexto educativo (1940-1977). 95

3.4 Los roles de género en el trabajo (1940-1977). 104

CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN **111**

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN **115**

5.1 OBJETIVO GENERAL 115

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 115

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA **117**

6.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA INVESTIGACIÓN 117

6.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 120

6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 125
6.3.1 Población objeto de estudio 125
6.3.2 Fijación del tiempo estudiado 126
6.3.3 Ámbito geográfico de la investigación. 127
6.3.4 Selección de la muestra y acceso al campo 128
6.3.5 Descripción de la muestra 131
6.3.6 Fuentes para la recogida de información. 141
6.3.6.1 Fuentes orales. 141
6.3.6.2 Fuentes escritas. 141
6.3.6.3 Fuentes documentales personales. 143
6.3.7 Técnicas de recogida de información. 143
6.3.7.1 Relatos biográficos 143
6.3.7.2 Entrevistas semiestructuradas en profundidad. 150
6.3.7.3 Observación documental. 151
6.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS 151
6.4.1 Documentación de los datos (transcripciones). 151
6.4.2 Proceso de análisis de contenido 152
6.5 RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN 155
6.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 157
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS 157

CAPÍTULO 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 159
7.1 CATEGORÍA 1: LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS 159
7.1.1 Influencia familiar en la formación de las matronas 159
7.1.1.1 El modelo familiar de origen 159
7.1.1.2 Obstáculos en la formación 164
7.1.1.3 Apoyos en la formación. 173
7.1.1.4 La elección de la profesión. 181
7.1.2 La formación académica de las matronas. 194
7.1.2.1 Los itinerarios y requisitos para la obtención de la titulación. 194
7.1.2.2 El contenido de la formación y manuales utilizados por las matronas. 204
7.1.2.3 Los docentes en la formación teórica y práctica de las matronas. 215
7.1.2.4 La vida cotidiana de las matronas en las Escuelas durante su formación. 222
7.2 CATEGORÍA 2: EL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EL CONTEXTO DEL PARTO DOMICILIARIO 233
7.2.1 Estrategias para conciliar trabajo y familia 234
7.2.2 La organización del trabajo de las matronas en el contexto del parto domiciliario 247
7.2.3 La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto domiciliario 254
7.2.3.1 El trabajo de las matronas durante la gestación 254

7.2.3.2 El camino de las matronas hasta las parturientas 264
7.2.3.3 Las matronas y el acompañamiento durante la dilatación 267
7.2.3.4 El espacio y los utensilios de la matrona para la asistencia de los partos en los domicilios. 270
7.2.3.5 El parto, los actores y los espectadores en torno al nacimiento 283
7.2.3.6 Los cuidados en el puerperio 290
7.2.3.7 La matrona ante las complicaciones en el parto domiciliario 294
7.2.4 La relaciones profesionales de las matronas en el contexto del parto domiciliario 305
7.2.4.1 Relaciones de las matronas con los médicos. 305
7.2.4.2 Relaciones de las matronas con los practicantes y ATS. 307
7.2.4.3 Relaciones de las matronas con las parteras. 311
7.2.4.4 Relaciones entre las matronas. 324
7.2.4.5 Relaciones con las familias de la comunidad. 327
7.3 CATEGORÍA 3: EL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EL CONTEXTO DEL PARTO HOSPITALARIO. VIVENCIA DEL CAMBIO 333
7.3.1 El proceso de institucionalización del parto. 333
7.3.2 Los motivos del cambio desde la visión de las matronas. 342
7.3.3 La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto hospitalario. 349
7.3.4 Las relaciones profesionales de las matronas en el contexto hospitalario 358
7.3.4.1 Relaciones de las matronas con los médicos 358
7.3.4.2 Relaciones entre las matronas 362
7.3.4.3 Relaciones con las gestantes y sus familias 370

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES 375

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN 395

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 397

ANEXOS 445

ANEXO 1: Definición internacional de matrona de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) 446
ANEXO 2: Población y superficie de los municipios de la Región de Murcia 447
ANEXO 3: Ficha sociodemográfica participantes 448
ANEXO 4: Normas generales de transcripción 449
ANEXO 5: Documento de consentimiento informado para participantes e Informe de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia 450
ANEXO 6: Orden por la que las Escuelas de ATS Femeninos fueron autorizadas para establecer la especialidad de Matronas 452
ANEXO 7: Programa para las enseñanzas de Matrona conforme a la Orden de 23 de febrero de 1957 453

ANEXO 8: Autoexamen manual *Obstetricia para Matronas* (Orengo Díaz del Castillo, 1953) 454
ANEXO 9: Contenido y estructura del manual *Obstetricia para Matronas* (Orengo Díaz del Castillo, 1953)..... 458
ANEXO 10: Material necesario para un parto domiciliario 459
ANEXO 11: Equipo de la matrona necesario para un parto domiciliario..... 460
ANEXO 12: Matronas colegiadas en Murcia según lugar de residencia (1956-1970) 461

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Alumnado Universitario matriculado en España según área de conocimiento. Curso Ácademico 2010-2011 40
Tabla 2. Número de habitantes y crecimiento de la población en Murcia y España (1940-1981)..... 86
Tabla 3. Coeficiente de natalidad en Murcia y España (1940-1975)..... 93
Tabla 4. Mortalidad infantil en Murcia y España (1940-1975) 94
Tabla 5. Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en España. Cursos 1935-1936, 1940-1941, 1945-1946..... 99
Tabla 6. Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en la provincia de Murcia. Curso 1940-1941 99
Tabla 7. Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en la capital de Murcia. Curso 1940-1941 100
Tabla 8. Presencia de hombres y mujeres en la Segunda Enseñanza en España. Cursos 1935-1936, 1940-1941, 1945-1946, 1950-1951 102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niño en caballo. Años 50..... 159
Figura 2. Niña con muñeca. Años 50 159
Figura 3. Familia. Años 50..... 159
Figura 4. Familia murciana junto al fuego. Años 50..... 160
Figura 5. Niñas y niño vestidos con ropa confeccionada por su madre. Años 50 162
Figura 6. Mujer murciana vistiendo a ñiña 162
Figura 7. Mujer murciana junto a sus hijas al inicio de los años 60 163
Figura 8. Jóvenes durante la Guerra Civil. Madrid, 1936 164
Figura 9. Niñas y niño a la salida del colegio. Años 50 166

Figura 10. Jóvenes alumnos de la Escuela de Maestría. Años 60 166
Figura 11. Carné actividades de la Sección Femenina. Años 60 168
Figura 12. Mujer trabajando en oficina junto a sus compañeros. Años 60 169
Figura 13. Mujeres jóvenes trabajadoras de fábrica. Años 60 170
Figura 14. Texto de Puericultura de la Sección Femenina para alumnas de Bachillerato, Magisterio y Escuelas de Hogar. 1962 182
Figura 15. Título de Practicante de informante 198
Figura 16. Título de Matrona de informante 198
Figura 17. Temario para los estudios de la carrera de Ayudantes Técnicos Sanitarios tras unificación de 1953. Índice de los tres cursos 201
Figura 18. Matrona 04 durante su formación como Ayudante Técnico Sanitario. Años 60 204
Figura 19. Textos utilizados por las matronas entrevistadas 208
Figura 20. Apuntes de clase tomados por matrona 02 durante su formación en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina 218
Figura 21. Orla de graduación matrona 08 218
Figura 22. Orla de graduación matrona 07 218
Figura 23. Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas 223
Figura 24. Plano del piso segundo de la Casa de Salud Santa de Cristina y Escuela de Matronas 224
Figura 25. Matrona 07 durante su formación en Barcelona. Años 60 231
Figura 26. Modelo de Historia Clínica utilizado por matrona 09 durante su trabajo en el contexto domiciliario 260
Figura 27. Registro de partos atendidos por matrona 09 en el contexto del parto domiciliario 260
Figura 28. Registros conservados por matrona 09 de gestantes atendidas durante su trabajo en el contexto del parto domiciliario 260
Figura 29. Familia en carro. Años 50 264
Figura 30. Vehículo años 60 265
Figura 31. Elementos del ajuar para partos normales 272
Figura 32. Instrumental de matrona 08 275
Figura 33. Maletín de trabajo de la matrona 09 275
Figura 34. Pelvímetro 276
Figura 35. Envase de Inductenca 276
Figura 36. Envase de Methergín 276
Figura 37. Envase de Pitocín 277
Figura 38. Cordonete umbilical 279
Figura 39. Procedimiento para esterilizar instrumental con utensilios domésticos 281
Figura 40. Plano de habitación preparada para la asistencia al parto domiciliario 282
Figura 41. Aseo del recién nacido 291
Figura 42. Documento facilitado por partera a las madres para realizar el Registro Civil del recién nacido 322

Figura 43. Niño el día de su bautismo 330
Figura 44. Inauguración “Parque comadrona Benita Tomás Bobadilla” 331
Figura 45. Inauguración de la “Avenida Conchita la comadrona” 331
Figura 46. Noticia de prensa sobre matronas en instituciones hospitalarias, 1969 334
Figura 47. Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, 1970 340
Figura 48. Recortes de prensa sobre el traslado de enfermos de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca a la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, mayo 1975 341
Figura 49. Personal de Hospital Santa María del Rosell (Cartagena, Murcia). Años 70 342
Figura 50. Quirófano de institución hospitalaria 354
Figura 51. Médicos, matronas y auxiliares de enfermería de Ciudad Sanitaria. Años 70 359
Figura 52. Jóven matrona en sala de recuperación de madres 366
Figura 53. Matronas de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Años 70 368
Figura 54. Noticias de prensa sobre la movilización de matronas ante la colegiación única de ATS. Años 1977 y 1978 369
Figura 55. Auxiliares de enfermería pesando a recién nacido. Años 70 371
Figura 56. Ilustración sala nido maternidad 372

INTRODUCCIÓN

En los inicios de la humanidad sólo existían dos verdades absolutas; nacer y morir. Las mujeres se ayudaban unas a otras en el buen uso del "don de dar la vida". Surge así la figura de la matrona, posición desde la que comenzamos un camino de reflexión en torno a la profesión y a nosotras mismas como matronas murcianas, con la intención de volver la mirada a esa verdad del inicio, comprender nuestra evolución y proyectar una profesión futura basada en unos cimientos sólidos fundamentados en el cuidado de los seres humanos. Esto nos llevó a valorar la importancia de conocer y profundizar en las huellas marcadas como colectivo a partir de testimonios narrados por un grupo de matronas que ejercieron la profesión en Murcia, recuperando de la memoria un pasado donde su participación fue esencial para la salud de madres y recién nacidos.

Nuestro interés por el tema se suscitó al comprobar cómo, a pesar de lo trascendental de su labor profesional, las matronas han sido prácticamente invisibles a la mirada de la historia durante siglos, existiendo escasas referencias hacia ellas y a la actividad que han practicado a lo largo de los tiempos. La causa podría ser la presencia mayoritaria de mujeres en la profesión, hecho que, como ha ocurrido con tantas otras ocupaciones, habría dificultado el reconocimiento de sus saberes así como la construcción de una identidad profesional definida. Según el análisis de diferentes autores y autoras, en cada cultura se produce una división sexual del trabajo asignando a hombres y mujeres tareas diferentes (Kottak, 2011; Querol y Triviño, 2004), siendo las actividades desarrolladas por los primeros valoradas en mayor medida que las realizadas por las segundas, entre las que se encuentran los cuidado dirigidos a otras personas (Carrasco, 2011; Comas D'Argemir, 1995; Siles González, 2011). En los últimos años cada vez son más los equipos investigadores que han convertido el estudio de las matronas en el objetivo

central de sus trabajos logrando un mayor conocimiento de su importante contribución a la sociedad, sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer.

Durante las décadas centrales del siglo XX acontecieron grandes cambios culturales que afectaron tanto a la población en general como a la profesión en particular. Nuevas leyes regularon los itinerarios y requisitos formativos para las matronas. Además, paulatinamente se produjo la institucionalización del parto de manera que los nacimientos pasaron de ser un acontecimiento propio del ámbito privado del hogar a integrarse como proceso hospitalario.

A partir de nuestro objeto de estudio y en este contexto emergieron varios interrogantes: ¿Cómo eran las familias de las matronas y de qué modo influyeron en su formación?, ¿qué obstáculos y apoyos encontraron hasta la obtención de la titulación?, ¿por qué eligieron esta profesión?, ¿qué requisitos cumplieron hasta convertirse en matronas y cómo se organizaba el período formativo?, ¿cuáles fueron las experiencias vividas durante esta etapa?, ¿de qué manera se organizaba el trabajo de las matronas en el contexto domiciliario?, ¿qué relaciones establecieron con otros profesionales y la comunidad en la que trabajaron?, ¿qué estrategias desarrollaron para conciliar vida familiar y laboral?, ¿cuáles fueron sus vivencias durante el proceso de cambio por el que se integraron como profesionales en el contexto hospitalario? y, por último, ¿cómo cambió el trabajo de las matronas y las relaciones en este nuevo ámbito?

Para dar respuesta a estas cuestiones nos planteamos como objetivo principal conocer y hacer visibles las vivencias personales y profesionales de un grupo de matronas que ejercieron en Murcia durante el período comprendido entre 1940 y 1977 desde una perspectiva integral y de género, en la que este último se convierte en una categoría analítica fundamental para comprender las relaciones entre mujeres y hombres. La fijación

de este intervalo de tiempo respondió al surgimiento en 1940 de una nueva legislación que modificó los estudios necesarios para el ingreso en la carrera de Practicantes y Matronas. En 1977 las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se integraban en las Universidades provocando un cambio decisivo en cuanto a la concepción de la profesión.

Hemos estudiado las percepciones, sentimientos, creencias y experiencias de las matronas murcianas desde las propuestas de la Hermenéutica, a través de un enfoque cualitativo y escogiendo el método etnográfico. Para la recopilación de información empleamos fuentes orales, escritas y documentos personales aportados por las propias protagonistas, utilizando como técnicas los relatos biográficos, las entrevistas semiestructuradas y la observación documental.

Esta investigación consta de ocho capítulos. En el primero presentamos el estado de la cuestión, exponiendo los principales autores y autoras que desde diferentes disciplinas han convertido a las mujeres y a las matronas en su objeto central de estudio.

En el capítulo dos abordamos el marco teórico sobre el que se sustenta nuestro trabajo a partir del cual planteamos el estudio de las matronas murcianas tomando como referencia la Hermenéutica, la cultura y género. En este apartado contemplamos aspectos como la división sexual del trabajo, la feminización de las profesiones sanitarias, la identidad y estatus de las matronas así como su papel en la adopción del rol materno, concluyendo con el análisis de la influencia de los roles de género sobre la profesión a lo largo de la historia.

A continuación, en el capítulo tres, nos aproximamos a los aspectos socio-políticos, económicos y sanitarios del tiempo vivido por las matronas murcianas durante el periodo estudiado y los roles de género en la educación y el trabajo, ya que su conocimiento será esencial para una comprensión global de los acontecimientos relatados por estas mujeres.

En el capítulo cuatro y cinco exponemos la justificación sobre la que se fundamenta nuestro estudio así como los objetivos generales y específicos planteados.

Seguidamente, el capítulo seis es destinado a la descripción de la metodología empleada para el logro de nuestro propósito donde incluimos la estrategia de búsqueda, los métodos de investigación, el diseño del estudio, el proceso analítico de datos, el rigor seguido durante la investigación así como las limitaciones encontradas y las consideraciones éticas asumidas.

Los resultados y discusión son mostrados en el capítulo siete agrupados en las tres grandes categorías identificadas a partir de los relatos biográficos de nuestras protagonistas principales. La formación de las matronas murcianas, el trabajo desempeñado por éstas en el contexto del parto domiciliario y el hospitalario además de la vivencia del cambio por el que se insertan como profesionales en las instituciones sanitarias, serán los aspectos centrales que estructurarán nuestros hallazgos.

Para finalizar, en el capítulo ocho presentamos las conclusiones de esta investigación dando respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

Con el conocimiento de nuestro pasado y nuestro presente no sólo pretendemos dar sentido al lugar que ocupamos hoy, sino que pretendemos ir más allá y proporcionar a las nuevas matronas una herramienta útil para construir un mañana mejor. Dejar constancia de la labor de estas mujeres profesionales es el mínimo reconocimiento que merecen nuestras generaciones pasadas y que podemos legar a nuestras generaciones futuras.

CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Existen diversas investigaciones, desde perspectivas y temáticas diferentes, que han convertido a las matronas en su objeto central de estudio. Nuestro propósito al abordarlas como mujeres profesionales durante los años comprendidos entre 1940-1977, requiere aproximarnos a la producción científica, surgida desde distintas disciplinas, que guarda relación con nuestro problema de investigación. Así, la Historia, la Antropología y la Enfermería aportarán puntos de vista y enfoques a partir de los cuales podremos enmarcar nuestro trabajo. Resultarán relevantes todos aquellos/as autores/as que han orientados sus esfuerzos a generar conocimiento en torno a la educación y trabajo desde una perspectiva de género, especialmente aquellos dirigidos al análisis de los aspectos que comprenden la formación y ejercicio profesional de las matronas en el contexto del nacimiento.

1.1 ESTUDIOS SOBRE LAS MUJERES.

A partir de los años setenta y en íntima relación con el feminismo contemporáneo, se inicia en España la incorporación de los Estudios de las Mujeres al ámbito de la Historia. Entre las autoras pioneras en estas primeras investigaciones, Cid López (2006) destaca a Mary Nash, cuya tesina *Mujeres anarquistas y la Guerra Civil* presentada en 1974, será decisiva en los primeros pasos para integrar a mujeres y hombres en un pasado común. En la misma línea, Rosa María Capel será otra de las autoras que visibilizarán la presencia de las mujeres en la historia política de nuestro país, mediante el análisis del acceso al voto de las españolas en su obra *El sufragio femenino en la Segunda República española* (Capel Martínez, 1975). Hasta entonces, el interés sobre las mujeres se había centrado fundamentalmente en las biografías de reinas y princesas, pero a partir de ese

momento, con la publicación de estos primeros estudios, se persiguió rescatar y sacar a la luz el papel activo de las mujeres y su acción política durante la Segunda República y Guerra Civil española.

Partiendo de este punto, se comenzó a plantear la idea de que para poder llegar a conocer la realidad social y cultural así como las relaciones sociales, era necesaria la utilización de la categoría género como herramienta de análisis, ya que éste sería determinante en cualquier aspecto de la vida de mujeres y hombres (Scott, 1990).

Entre los/as autores/as que se han marcado como objetivo elaborar un nuevo conocimiento en el que las mujeres han pasado a ser protagonistas, queremos destacar el trabajo de Pilar Folguera Crespo, que junto a Elisa M. Garrido González, Margarita Ortega López y Margarita Segura Graíño, desde la Universidad Autónoma de Madrid, contribuirán a la historia de las mujeres en el contexto español contemporáneo desde una perspectiva de género (Garrido González, Folguera Crespo, Ortega López, & Segura Graíño, 1997). De igual modo, las reflexiones de Isabel Morant Deusa, Catedrática de Historia Moderna de la Universidad de Valencia y especialista en Historia de las Mujeres y Estudios de Género, han resultado fundamentales para nuestra investigación (Morant Deusa, 2005).

Dentro de la Historia, en los últimos años se han venido desarrollando nuevas subdisciplinas, entre ellas la Historia de la Educación de las Mujeres, que cuestionará los significados y realidades culturales tradicionales en cuanto a educación planteados hasta ese momento. En consecuencia, las aportaciones a partir de este nuevo enfoque se realizarán desde distintas perspectivas: por un lado, reconstruyendo un pasado más global donde se consiga un equilibrio entre la visibilidad de hombres y mujeres y, por otro lado, considerando el género como una perspectiva central en cualquier aspecto que se aborde

desde el ámbito académico (Flecha García, 2006). En esta línea de trabajo, destaca la trayectoria del Instituto de Investigación de Estudios de la Mujer en Granada, que ha dado como fruto una abundante producción científica de manos de su equipo investigador. Entre ellas, Pilar Ballarín Domingo (1994, 2001), que junto a otras autoras como Consuelo Flecha García, desde la Universidad de Sevilla o Isabel Grana Gil desde la Universidad de Málaga, incrementarán el conocimiento sobre mujer y educación en España (Flecha García, 1989, 2006; Grana Gil, 2007; Grana Gil, Salchidrián Blanco, Martín Zúñiga, & Del Campo Fernández, 2006). Desde la misma Universidad de Málaga, Isabel Morales Gil trabajará desde el Secretariado de Igualdad y Asistencia a la Comunidad Universitaria.

También desde el ámbito de la Historia, pero orientados hacía el análisis del trabajo y género, destacamos los estudios de Cristina Borderías, Pilar Pérez Fuentes, Carmen Sarasúa y Carme Molinero (Borderías, 2009; Borderías & Pérez-Fuentes, 2009; Sarasúa & Molinero, 2009). Siguiendo una línea de investigación similar, Gloria Nielfa, Catedrática de Historia Contemporánea por la Universidad Complutense de Madrid, será autora de numerosos trabajos centrados en los debates surgidos alrededor del trabajo femenino y su regulación legislativa en España desde una perspectiva de género (Nielfa, 2003a, 2003b).

Además de las aportaciones desde el ámbito de la Historia, incorporaremos algunos planteamientos surgidos desde la Antropología Social y Cultural, la Antropología del Género y la Antropología de la salud.

En el panorama internacional, Kottak (2011) trabajará los conceptos centrales en Antropología Social y Cultural. Uno de los autores españoles destacados en esta misma disciplina será Carmelo Lisón (2000, 2007) sobre todo en lo que toca a sus propuestas alrededor de la hermenéutica cultural. En esa misma dirección Luis Álvarez Munárriz

(1996,2007), desde la Universidad de Murcia, formulará hipótesis en torno al concepto de naturaleza humana como categoría central de las ciencias humanas y sociales.

Serán referente para nuestro trabajo la contribución realizada por Maquieira D`Angelo, Directora cátedra UNESCO en "Políticas de Género e Igualdad entre mujeres y hombres" en la Universidad Autónoma de Madrid (Maquieira, Beltrán, Álvarez & Sánchez, 2001), así como los planteamientos de Teresa del Valle (Del Valle et al., 2002) desde el ámbito de la Antropología Social de la Universidad del País Vasco y Seminario de Estudios de la Mujer de dicha universidad. Igualmente, serán relevantes los conceptos y elementos contemplados por Anastasia Téllez Infantes (2001a, 2001b) y Dolors Comas D`Argemir (1995), en torno a trabajo, cultura y género.

Por otro lado, desde la Antropología de la Salud surgen trabajos como los elaborados por Eduardo Menéndez, Enrique Perdiguero y Mari Luz Esteban que, junto a Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui, encauzarán sus investigaciones hacia la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención como construcción cultural (Esteban, 2004, 2007; Esteban, Comelles, & Díez Mintegui, 2010; Menéndez, 1985, 2003, 2005; Perdiguero & Comelles, 2000). En la misma línea, Lupton (2012) examinará desde diferentes perspectivas la dimensión sociocultural de la medicina en las sociedades occidentales.

Desde el ámbito de la Sociología debemos resaltar las aportaciones realizadas por Inés Alberdi en cuanto a la situación de las mujeres en la sociedad (Alberdi 1986,1999; Alberdi, Escario, & Matas, 2000), así como los planteamientos de Lourdes Benería (1977, 2003) y Cristina Carrasco, que desde las ciencias económicas, incorporarán un nuevo enfoque no androcéntrico a la realidad actual (Carrasco, 2011; Borderías, Carrasco, & Alemany, 1994; Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; Carrasco & Mayordomo, 1999).

1.2 ESTUDIOS SOBRE LAS MATRONAS.

En el contexto internacional existen una serie de expertos/as que, desde los estudios centrados en las matronas y la partería europea de la Temprana Edad Moderna, analizan la transición de la asistencia al parto de manos de las matronas a la incursión de los cirujanos en el campo de la obstetricia. Donnison (1988), Marland (1993), Doreen Evenden (2000), y Klairmont-Lingo (2006), serán algunas de las autoras que desde los años noventa dinamizarán el estudio de las matronas y su desarrollo profesional en la historia.

Centrándonos en el contexto español, destacamos como autoras pioneras en la historiografía de las mujeres en el ámbito de la ciencia y la salud, a Teresa Ortiz Gómez y Monserrat Cabré i Pairet. Su obra *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglo XII-XX* (Cabré i Pairet & Ortiz Gómez, 2001) recopilará los trabajos que a nivel nacional e internacional se ocuparán de construir la historia de las prácticas sanitarias femeninas. Entre éstos, resaltamos las investigaciones de Sheridan (2001), Teresa Ortiz Gómez (2001) y Rhodes (2001) centradas en los conflictos y luchas de poder llevadas a cabo por las matronas en distintas épocas y contextos. Esta última autora, utiliza la historia oral como técnica de investigación, recogiendo y analizando los testimonios de las matronas para abordar aspectos como la identidad, estatus profesional, relación entre saber-poder, autonomía y relaciones profesionales.

Desde la Historia de la Enfermería varios son los autores y autoras que han contribuido a la construcción de la Historia de las Matronas. Entre ellos destacamos a Domínguez Alcón (1986), Antonio Claret y Manuel Jesús García Martínez (García Martínez, 2008; García Martínez & García Martínez, 1999).

Del mismo modo y dentro del ámbito de la investigación en la historia de la Enfermería, Siles González (2011), propone adoptar la perspectiva de la historia social y

cultural para abordar el fenómeno enfermero. Siles González, será autor de numerosas publicaciones en las que presenta la fusión de la Historia y la Antropología como instrumento esencial para conocer la forma en que cada cultura interpreta el proceso de salud-enfermedad (Siles González, 2004, 2010; Siles González & Solano Ruiz, 2007, 2011). En el propósito de encontrar nuevos prismas con los que mirar a la Enfermería, Juan Ignacio Valle Racero, realizará investigaciones de un valor incalculable donde los cuidados enfermeros han sido contemplados desde la diversidad cultural (Valle Racero, 2000). Algunos de sus trabajos considerarán a las matronas y su formación como objetos-sujetos de estudio, colaborando así a un mejor conocimiento del colectivo (Valle Racero, 2002).

Dentro de las distintas tesis doctorales surgidas en el ámbito universitario, resultaron especialmente útiles para nuestra investigación aquellas defendidas en los últimos años cuya atención se centró sobre los profesionales sanitarios, entre ellos las matronas, así como el contexto del nacimiento y los actores sociales en torno al mismo, desde una perspectiva de género.

Consideraremos como uno de los referentes principales en el conocimiento de las matronas la tesis de Manuel Linares Abad, titulada *Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la comarca de Sierra Mágina*, publicada por la Diputación Provincial de Jaén dentro de la colección “Investigación” del Instituto de Estudios Giennenses. Mediante testimonios orales y fuentes escritas, Linares Abad realiza un minucioso trabajo de identificación y cuantificación de las matronas de los municipios de la Comarca de Sierra Mágina (Jaén), contemplando aspectos como el entorno familiar, la formación académica, la práctica profesional y las relaciones de las matronas con otros profesionales y la comunidad (Linares Abad, 2008a).

Desde una visión crítica, Margalida Miró Bonet analizará en su tesis *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos,* el modo en que la identidad enfermera ha sido construida social e históricamente por los discursos y sus relaciones de poder entre los años 1956-1976 (Miró Bonet, 2008).

En un contexto similar de España a mediados de siglo XX, Modesta Salazar Agulló defenderá su tesis *Asistencia materno- infantil y cuestiones de género en el programa <Al servicio de España y del niño español> (1938-1963),* en la cual realizará un análisis de gran parte de las monografías de esta colección, indagando en la participación de las matronas en el programa como autoras y destinatarias de las enseñanzas contenidas en estas publicaciones (Salazar Agulló, 2009).

Desde la perspectiva cultural, María Jesús Montes Muñoz planteará como objetivo de la tesis que recibirá el título *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos,* el análisis de las representaciones y prácticas alrededor de embarazo, parto y puerperio que desde el sistema médico se mantienen socialmente así como la influencia de éstas sobre las gestantes (Montes Muñoz, 2007). Partiendo de la hipótesis de la existencia de desigualdad de género entre mujeres y hombres en cuanto a la atención de la salud, Blázquez Rodríguez (2009) a través de su tesis *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid* , expone la influencia actual del género en los discursos y prácticas en la atención de las mujeres durante la gestación y el modo en que los profesionales, entre los que se encuentran las matronas, han contribuido a la reproducción, mantenimiento y transformación de las ideologías y prácticas de género.

Desde la Universidad de Murcia hemos sido testigo en los últimos años de la evolución de investigaciones que irán enfocadas hacia un conocimiento en profundidad de

las matronas y los aspectos que envuelven al nacimiento. Con la intención de esclarecer el panorama actual de la formación y futura inserción en el mundo laboral de las matronas, Martínez Roche (2005) defenderá la tesis *Formación y profesionalización de los enfermeros internos residentes pertenecientes a las Unidades Docentes de matrona en nuestro país.*

Destacamos desde esta corriente de investigadores/as murcianos/as, el trabajo realizado por Castaño Molina (2009, 2014). En su tesis *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950,* nos acerca desde una perspectiva de género, a la vivencia del parto considerándolo una construcción cultural desde los testimonios de las mujeres que fueron madres en torno a los años cincuenta en el ámbito rural de Abarán (Murcia).

También dentro de ámbito de la sanidad murciana, Hernández Garre (2011) defenderá la tesis *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad* y Arnau Sánchez (2012) su investigación que recibirá el título *Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área 1 de Salud de la Región de Murcia.* Estos autores analizarán las principales representaciones y prácticas de la asistencia al parto hospitalario y la experiencia vivida por padres y profesionales durante el proceso perinatal.

Aunque somos conscientes de la amplia producción científica que, abordando distintas temáticas y líneas de trabajo, está enriqueciendo el conocimiento de las matronas y el nacimiento actualmente, en este primer capítulo hemos querido reseñar aquellos autores/as y estudios más relevantes surgidos de nuestra estrategia de búsqueda a partir de las diferentes palabras clave derivadas del propósito y objeto de estudio de esta investigación.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO. ESTUDIANDO A LAS MATRONAS DESDE LA HERMENÉUTICA, LA CULTURA Y EL GÉNERO.

2.1 ESTUDIANDO LAS VIVENCIAS DE LAS MATRONAS DESDE LA HERMENÉUTICA.

Plantear la investigación que nos ocupa requiere como punto de partida establecer un marco teórico que englobará el conjunto de paradigmas, teorías y conceptos referentes para nuestro trabajo, indicándonos la dirección a seguir y ayudándonos tanto a formular interrogantes como a comprender nuestro objeto de estudio; en este caso las matronas murcianas y sus experiencias como profesionales y mujeres.

Clásicamente el concepto de paradigma en el ámbito científico fue definido por Khun como "(…) realizaciones universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (Khun, [1962]1971, p.13). Desde esta perspectiva, la noción de paradigma es abordada como una constelación de creencias, valores y técnicas que comparten los miembros de dicha comunidad (Khun, 2013) proporcionándoles un modelo para situarse ante la realidad, interpretarla y solucionar los problemas que en ella se plantean (González Morales, 2003). Podrían ser entendidos como una perspectiva general del mundo real, una visión de éste y su complejidad tal y como proponen Polit y Hungle (2000). En definitiva, los paradigmas reunirían los distintos modos y enfoques a través de los cuales los seres humanos se han intentado aproximar al conocimiento.

Entendemos que la elección de un paradigma u otro resultará determinante en cuanto a la orientación del trabajo y el modo de interpretar lo relatado por las matronas

murcianas. En este caso, hemos desarrollado la investigación desde los planteamientos del paradigma hermenéutico, asumiendo sus premisas en cuanto a que la realidad es múltiple, se construye de manera subjetiva, no está separada del sujeto y además sus interpretaciones se refieren a un momento, contexto y lugar concreto (Abad Corpa & Sánchez López, 2013).

La elección del paradigma hermenéutico, con el que abordaremos la investigación, también nos clarificará el modo de hacerlo, es decir los métodos y técnicas de investigación más adecuados para la recogida de datos y el análisis de la información de acuerdo a los principios básicos del enfoque hermenéutico. Por tanto, el paradigma además de definir la orientación del estudio lo dotará al tiempo del modelo metodológico adecuado para la resolución de los problemas planteados (Khun, 2013; Siles González, 2011): en nuestra propuesta será la metodología cualitativa y los relatos biográficos los elementos cohesionadores de esta investigación, ayudándonos a lograr un conocimiento científicamente coherente de las matronas murcianas y la percepción de sus experiencias desde la hermenéutica.

Argumentar los motivos que nos han llevado a la asunción de este paradigma requiere, desde nuestro punto de vista, exponer alguno de los planteamientos y autores/as más relevantes sobre los que se ha fundamentado la hermenéutica hasta la actualidad. Remontándonos a sus orígenes, el término hermenéutica procede del vocablo griego “hermeneia” que significa acto de la interpretación (Cárcamo, 2005). Alude a la figura griega de Hermes, mensajero de los dioses cuyo cometido era transmitir y hacer comprender a los hombres los mensajes divinos de un modo claro y preciso para que éstos cumplieran sus órdenes (Cruz Villalobos, 2012). De ahí, la hermenéutica puede ser entendida como “el arte de Hermes, la técnica del que interpreta, intermedia, da a conocer”

(Delius, 2005 en Cruz Villalobos, 2012, p. 60). Aunque originariamente estaba vinculada a la interpretación de textos bíblicos, con el objetivo de descubrir y reconstruir el mensaje de Dios, más tarde se generalizó a la interpretación de otros textos: literarios, históricos y jurídicos para, finalmente, aplicarse también a las ciencias sociales. En este proceso autores como Schleirmacher, Dilthey y Heidegger, entre otros, serán fundamentales (Cárcamo, 2005). Sin embargo, la hermenéutica cristalizará como filosofía en la obra *Verdad y Método* (1960) de Hans-Georg Gadamer para el que la hermenéutica "es el arte de explicar y transmitir a través de un esfuerzo propio de la interpretación lo dicho por otros, que nos sale al encuentro en la tradición, dondequiera que no sea inmediatamente comprensible" (Gadamer, [1964]1996, p.7). Previamente, sería Heidegger el que iniciaría un camino hacia una filosofía propiamente hermenéutica, surgida como crítica a la fenomenología del que fue su maestro, Husserl. Frente al pensamiento de Husserl por el que la objetividad del saber se fundamenta en dejar que "las cosas mismas" se hagan patentes en su contenido esencial a través de una mirada intuitiva, tal y como se da inmediatamente para el que las vive dejando a un lado presupuestos, opiniones o interpretaciones acerca de ellas, es decir, contemplando las cosas de un modo neutral y sin una predisposición determinada (De la Maza, 2005), Heidegger defendería que las presuposiciones constituyen la posibilidad de la comprensión del significado y por tanto no deben ser eliminadas. De acuerdo a esta idea, la hermenéutica sostiene que el ser humano no es un mero espectador imparcial de los fenómenos que pretende conocer, sino que cualquier conocimiento es mediado por una serie de prejuicios y expectativas (Ruedas Marrero, Ríos Cabrera & Nieves, 2009). Por esta causa consideramos que el estudio que nos ocupa se sitúa próximo a las premisas del enfoque interpretativo o hermenéutico ya que lejos de rechazar de antemano o huir de nuestro bagaje como investigadoras, de

nuestra propia identidad, opiniones o valores previos, los asumimos entendiendo que la naturaleza subjetiva del conocimiento nos facilitará la comprensión de las realidades múltiples, individuales y complejas de las matronas (Siles González et al, 2001).

Además, los planteamientos de Heidegger defenderían que la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural, expresándose por medio del lenguaje. En conclusión, frente al enfoque descriptivo de la fenomenología de Husserl, Heidegger consideraría que el análisis fenomenológico estaría necesariamente situado históricamente, adoptando de este modo un enfoque interpretativo- hermenéutico (Solano Ruiz, 2006). Esto supondrá un cambio del paradigma de la conciencia, basado en la percepción al paradigma de la hermenéutica, fundamentado en la comprensión que ya no parte de la intuición sino del entender, pasando a un primer plano el tiempo y la historia como hilo conductor de la investigación (De la Cruz Valles, 2005). Es precisamente este cambio hacia la comprensión el que, conforme a nuestro punto de vista, nos permitirá dar respuesta a las cuestiones planteadas en este estudio desde la hermenéutica, ya que aunque es de nuestro interés la descripción del trabajo de las matronas y sus experiencias, el objetivo fundamental es la interpretación y comprensión de las percepciones y significados que ellas mismas otorgan a sus vivencias atendiendo a su contexto sociocultural y a través de la interacción e interpretación subjetiva de los sujetos implicados: por un lado las investigadoras y por otro lado las protagonistas como objeto-sujeto estudiado.

Llevado al terreno de los cuidados profesionales prestados por las matronas, Siles González (1997; 2011) señala que en los últimos tiempos, en contraposición a la concepción de la Enfermería desde el enfoque racional-tecnológico, heredero del positivismo, por el que las matronas serían entendidas como meras ejecutoras de técnicas y las mujeres que atienden adoptarían un papel de receptoras pasivas, han surgido otros

paradigmas de carácter social y humanista que sitúan a las personas como centro de todo el proceso, convirtiendo su cuidado en el auténtico núcleo y razón de la Enfermería. En nuestra investigación asumimos estos nuevos planteamientos, entendiendo que la complejidad de la realidad humana, sus valores, sus comportamientos, sus motivaciones…se escapan a los instrumentos numéricos. De esta manera las matronas desde la hermenéutica, lejos actuar exclusivamente mediante la aplicación de procedimientos, se consideran agentes comunicadores, comprensivos e interpretadores de la realidad de las mujeres que cuidan, trabajando en un clima de interacción y atendiendo a las percepciones, inquietudes y expectativas que les transmiten tanto ellas como sus familias y comunidades.

2.2 CULTURA, SEXO Y GÉNERO.

Una vez expuestas las propuestas paradigmáticas sobre las que se sustenta esta investigación en torno a las matronas murcianas y sus vivencias, consideramos necesario abordar los conceptos centrales de nuestro trabajo. Entre estos, se encuentra sin duda la Cultura, concebida como pilar básico del estudio de los seres humanos y por tanto, núcleo de nuestra investigación. Acercarnos a estas mujeres profesionales desde una perspectiva de género hace imprescindible abordar los conceptos de sexo y género, entendiendo este último como esencial para comprender a las personas y las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres dentro de cada cultura.

Cultura

En el análisis del profesor Álvarez Munárriz (2007) sobre la visión histórico-sistemática de la Antropología Social, la obra de Taylor (1975) será identificada como exponente de los principios teóricos que permitirán consolidar una nueva interpretación del ser humano. Taylor considerará la cultura como categoría central sobre la que se articula el

trabajo de campo de los antropólogos, fijando un modelo para la Antropología Sociocultural. Conforme a un nuevo esquema de investigación, el estudio del hombre se fundamenta en el análisis global y comparado de las diferentes culturas existentes, para llegar a conocer el modo de ser, pensar y vivir de los seres humanos. La cultura es definida por este autor como:

> La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad. (Taylor, 1975 en Álvarez Munárriz, 2007, p.28).

Analizando las distintas culturas podemos delimitar principios y rasgos universales y constitutivos presentes en cualquier ser humano, así como patrones culturales particulares confinados únicamente a una sociedad concreta (Álvarez Munárriz, 2007; Kottak, 2011). Para Lisón Tolosana "el hombre es fundamental y radicalmente cultura":

> Lo esencialmente constitutivo del hombre no es su naturaleza social, esto es propio- en sentido amplio- de muchos animales, diminutos como las hormigas, intermedios como los monos y voluminosos como los elefantes; el hombre es fundamental y radicalmente cultura y, en esencia, ser humano es sentir la imperiosa necesidad de otorgar sentido y valor racional, arbitrario y simbólico a las cosas (…) (Lisón Tolosana, 2007, p.19).

Álvarez Munárriz (1996) define la Antropología como la "ciencia del hombre", considerando la dimensión sociocultural la más relevante para su desarrollo; a través de ella entramos en contacto con el individuo en su contexto. En base a esta reflexión, aproximarnos al conocimiento de las matronas murcianas como miembros de una cultura pasa por hacerlo desde una perspectiva antropológica, otorgándole una gran relevancia al contexto particular en el que se desarrollarán sus vivencias. Las matronas, en base a un aprendizaje cultural y la interiorización de un sistema de significados y símbolos establecidos previamente en su cultura, definirán su mundo, expresarán sus sentimientos y

realizarán juicios. Igualmente, la tradición cultural guiará sus comportamientos y percepciones a lo largo de su trayectoria vital (Kottak, 2011). Por tanto, en esta investigación entendemos que no podríamos llegar a comprenderlas si no tuviéramos en cuenta el entramado cultural en el que crecieron y vivieron.

Sexo y género

La distinción entre sexo y género ha permitido indagar de un modo eficaz en los distintos roles, atributos y comportamientos atribuidos a hombres y mujeres en cada cultura (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011). El concepto de género no tiene una definición única y estática, sino que se va precisando y reelaborando conforme avanzan las investigaciones sobre el tema. Surgirá como respuesta al determinismo biológico a partir del cual el lugar ocupado en la sociedad por hombres y mujeres será consecuencia de las diferentes características biológicas que poseen unos y otras.

En respuesta a estos planteamientos deterministas, el sexo sería entendido como un concepto puramente biológico que incluiría las características anatómicas del cuerpo, la genitalidad, la morfología del aparato reproductor y las diferencias hormonales y cromosómicas, mientras el género se referiría a la elaboración cultural que cada sociedad hace de lo femenino y lo masculino (Kottak, 2011; Maquieira et al., 2001; Ramírez Belmonte 2008; Varela, 2005) . En palabras de Téllez Infantes y Verdú Delgado (2011, p.87):

> El término sexo se deriva de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer, mientras que el género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres.

A finales de los años sesenta, Robert Stoller ([1968]1994) hizo patente la diferencia entre sexo y género. En su obra, *Sex and Gender,* defendió la inexistencia de una dependencia biunívoca e ineluctable entre ambas dimensiones:

> (…) the word sex in this work will refer to the male or the female sex and the component biological parts that determine whether one is a male or a female; the word sexual will have connotations of anatomy and physiology. This obviously leaves tremendous areas of behaviour, feelings, thoughts, and fantasies that are related to the sexes and yet do no have primarily biological connotations. It is for some of these psychological phenomena that the term gender will be used (…). Thus, while sex and gender seem to common sense to be practically synonymous (…) one purpose of this study will be to confirm the fact that the two realms (sex and gender) are not at all in inevitable bound in any things like one-to-one relationship, but each may go in its quite independent way. (Stoller, 1968, preface).
>
> (...) la palabra sexo en este trabajo se referirá al sexo masculino o femenino y a los componentes biológicos que determinan si uno es hombre o mujer; la palabra sexual tendrá connotaciones de anatomía y fisiología. Esto no abarca obviamente enormes áreas del comportamiento, sentimientos, pensamientos y fantasías que están relacionados con los sexos y no tienen una connotación fundamentalmente biológica. Es para algunos de estos fenómenos psicológicos que se utilizará el término género (...). Así, mientras que el sexo y el género desde el sentido común parecen ser prácticamente sinónimos (...) uno de los propósitos de este estudio será confirmar el hecho de que ambas dimensiones (sexo y género) no están en absoluto inevitablemente unidas, sino que cada uno puede ir a su manera bastante independiente. (Stoller, [1968]1994, prefacio).

Mediante el estudio de trastornos de la identidad sexual, Stoller concluyó que los comportamientos de un individuo no están determinados por su sexo biológico, sino por la adquisición de una identidad fruto del aprendizaje basado en la vivencia de experiencias, ritos y costumbres atribuidos culturalmente a hombres y mujeres en cada sociedad (Stoller, [1968] 1994). Los hombres y mujeres somos diferentes biológicamente, pero el significado

y el efecto que estas diferencias van a tener será propio de cada cultura (Kottak, 2011). El concepto de género incluirá todas aquellas normas, obligaciones, pensamientos y capacidades que cada cultura inculca en hombres y mujeres y cuya consideración será imprescindible en esta investigación para la comprensión global de los seres humanos (Ramírez Belmonte, 2008; Varela, 2005).

La Teoría Feminista

Entender al ser humano requiere apelar a su naturaleza; "la naturaleza humana constituye un patrón de comportamiento que orienta y dirige la conducta de todos los seres humanos" (Álvarez Munárriz, 1996, p.62). Los derechos fundamentales se cimentan en la existencia de una naturaleza humana sobre la que se sustentan los valores universales para las personas. Desde ellos, podemos deducir qué comportamientos pueden ser éticos y qué acciones son correctas o no lo son (Álvarez Munárriz, 1996). Considerando la universalidad de la naturaleza de los seres humanos, la teoría feminista romperá con la desigualdad basada en la diferencia de lo que a través del sexo biológico cada sociedad ha definido como hombres y mujeres (Amorós & De Miguel, 2010; Castaño Molina, 2009).

Los referentes teóricos del feminismo se remontan a la Ilustración. El movimiento sufragista y la movilización de las mujeres por la ciudadanía en la Revolución Francesa, originarán los primeros planteamientos feministas desde un proyecto emancipador apoyado en la idea de autonomía, igualdad y solidaridad (Amorós & De Miguel, 2010; Castaño Molina, 2009).

A partir del siglo XX, comienzan a aparecer estudios en los que investigadoras como Margaret Mead centrarán su trabajo en el análisis de los roles de género en diferentes culturas. En su obra *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (Mead, [1935] 2006) comparó los rasgos, tareas y actividades asignadas a cada sexo en tres pueblos de

Nueva Guinea, los arapesh, mundugumor y tchabuli, concluyendo que los comportamientos y las actividades que en Occidente eran catalogadas como masculinas o femeninas no eran producto del determinismo biológico, sino de una estructura cultural determinada. Mead negó la categorización universal de los sexos sosteniendo que la distinción entre las atribuciones y tareas consideradas masculinas o femeninas podía no existir, ser diferente o incluso opuesta en cada una de estas tribus (Kottak, 2011). Lo transcendental de sus investigaciones fue descubrir que frente a la biología, sería la sociedad y cultura la que determinaría los comportamientos humanos. Las diferencias biológicas de hombres y mujeres no suponían rasgos innatos de comportamiento ni eran determinantes a la hora de decidir qué tareas desarrollarían. Por tanto, los componentes culturales y la educación cobrarían mayor relevancia en la configuración de la conducta humana independientemente del sexo biológico (Comas D'Argemir, 1995). Desde ese momento comienza a plantearse que lo femenino, lo maternal y la mujer no van obligatoriamente unidos, algo que hasta entonces era dado por supuesto (Moncó, 2009).

En 1949, Simone Beauvoir publicará la obra clave que supondrá retomar la perspectiva feminista, distanciada de los movimientos políticos, *El segundo sexo* en el que utilizará diversas disciplinas como la Biología, Mitología, Historia y Sociología para argumentar que frente a la biología, será la cultura la que configurará la conducta femenina (Beauvoir, [1949] 2013). Beauvoir desde una motivación personal y una filosofía existencialista, enmarca su obra en un pensamiento ilustrado desde concepciones igualitarias de los seres humanos. *El segundo sexo* se divide en dos partes correspondientes a las fases de la investigación seguidas por Beauvoir según el método regresivo-progresivo (López Pardina, 2013); una primera centrada en los orígenes de la situación de las mujeres

y una segunda enfocada a reconstruir el modo en que éstas aprenden su condición y viven su destino tradicional:

> Las mujeres de nuestros días están destronando el mito de la feminidad; empiezan a afirmar de forma concreta su independencia; sin embargo, les cuesta trabajo lograr vivir plenamente su condición de seres humanos. Educadas por mujeres, en el seno de un mundo femenino, su destino normal es el matrimonio que las subordina de nuevo en la práctica al hombre; el prestigio viril está lejos de haberse borrado: sigue descansando en sólidas bases económicas y sociales. Es por lo tanto necesario estudiar cuidadosamente el destino tradicional de la mujer. ¿Cómo hace la mujer el aprendizaje de su condición? ¿Cómo la vive? ¿En qué universo se encuentra encerrada? ¿Qué evasiones tiene permitidas? Esto es lo que trataré de describir. (Beauvoir, [1949] 2013, p. 367).

Sin embargo, el deseo en las mujeres de vivir plenamente como seres humanos, de buscar su propia realidad, logrando el reconocimiento de su existencia y cuestionando su posición de sujeto tradicional, constituirá un acto de rebeldía contra el saber y su poder que provocará, en palabras de Lorite (2010), un des-orden de lo establecido:

> El punto de disyunción – una situación del pensamiento frente a la realidad más que un estricto momento histórico- está caracterizado por la emergencia de un nuevo deseo: el del pensamiento de la mujer que busca una identidad propia. Ahí se instala la posibilidad de des-orden, en la constitución de un deseo que, por su misma presencia, ha empezado a diluir el orden establecido de los signos, a despojarlos de su carácter determinante, definitivo y "natural". (Lorite, 2010, p.13).

Maquieira et al. (2001) señala que la hipótesis de Simone Beauvoir "No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana (…)", enmarcará las investigaciones que permitirán el surgimiento del concepto género en los años setenta con objeto de diferenciar las construcciones sociales y culturales atribuidas a lo masculino y lo femenino de las características biológicas de cada sexo (Lamas, 1995, Ramírez Belmonte,

2008). A raíz de los planteamientos del feminismo comienzan a surgir interrogantes que lograrán configurar un nuevo cuerpo de conocimientos, una nueva visión de la realidad, a partir de las aportaciones de una comunidad científica, que desde distintas disciplinas, convertirán a las mujeres en protagonistas de sus investigaciones en contraposición a la hipótesis de androcentrismo de la ciencia hasta ese momento, donde no se había tenido en cuenta el papel activo de éstas en las sociedades. Según Angrosino (2012), el feminismo dentro del ámbito académico representa un enfoque general con el que aproximarnos a la condición humana desde la consideración del género como factor determinante en todas las relaciones sociales. A partir de las características otorgadas culturalmente a hombres y mujeres, sustentadas sobre su diferente fisiología, es decir, de acuerdo a su sexo biológico, se establecen entre las personas las relaciones sociales basadas en las categorías de género que se hacen patentes en todo grupo humano (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011).

Para comprender a hombres y mujeres debemos conocer su naturaleza humana, común a todas las personas y presente en todos los tiempos y todas las épocas (Álvarez Munárriz, 1996, p.45). Nuestra investigación se realizará con una perspectiva de género entendido como instrumento de análisis para comprender las relaciones sociales; no se trata de conocer la vida de las mujeres, en este caso de las matronas, de modo aislado o independiente, sino de conocer las aportaciones de mujeres y hombres a un tiempo pasado común y el modo en el que se han producido las relaciones entre ambos en el ámbito personal y especialmente en el profesional.

A partir de la hipótesis que defiende la posición secundaria de las mujeres y el dominio masculino como un hecho universal y común a todas las sociedades, tres autoras comenzaron a trabajar para descubrir cuál podría ser la causa de la opresión de las mujeres. La primera de ellas es Sherry Ortner ([1972]1979) que en su artículo *Is female to male as*

nature is to culture?, defendió que mientras las mujeres, a lo largo de la historia y en todas las sociedades, habían sido asociadas simbólicamente con la naturaleza, los hombres lo habían sido con la cultura. Los seres humanos, mediante el pensamiento y la tecnología tratan de dominar a la naturaleza; de la misma manera, si la naturaleza se encuentra subordinada a la cultura, también la mujer se encuentra subordinada al hombre. En este debate, la "naturaleza" queda representada por la biología humana; las mujeres por su papel biológico se consideran más próximas a la naturaleza (Bergesio, 2012). La biología, es decir "la naturaleza", predestinaría los roles que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad (Caño Secade, 2008). Para esta autora "naturaleza" y "cultura" son categorías opuestas y presentes en todas las sociedades (Ortner, [1972]1979).

La dicotomía naturaleza/cultura sostenida por Ortner ha sido muy criticada ya que, como señalan algunos/as autores/as, la determinación de qué cosas son calificadas como elementos dentro de la "cultura" y cuáles como elementos dentro de la "naturaleza", es algo propio y construido por cada cultura; así la interpretación de lo considerado masculino o femenino desde el punto de vista biológico dependerá del contexto social y cultural y por lo tanto no puede ser catalogado como universal (Caño Secade, 2008; MacCormack & Strathern,1980, Téllez Infantes, 2001a). La segunda antropóloga destacada es Michele Rosaldo ([1974] 1979); en su obra *Women, culture and Society: theoretical overview,* señalaría como causa de la subordinación de las mujeres el que éstas hubieran sido adscritas al ámbito doméstico y al espacio de lo familiar mientras que los hombres lo habrían sido a las actividades extradomésticas, políticas y militares, que además de ser más valoradas, les habrían permitido formar asociaciones más amplias. Es decir, llega a la conclusión de que la separación del ámbito público y doméstico es común a todas las sociedades y dentro de un orden jerárquico el ámbito público está situado por delante del

doméstico (Martín Casares, 2006) . Esta postura, según Narotzky (1995) fue rebatida por considerar que las categorías público/doméstico eran una construcción propia de la cultura occidental. En 1980 es la propia Michelle Rosaldo la que abandona su hipótesis y señala la invisibilidad de esta dicotomía y la necesidad de desligar el género del argumento biológico.

Por último, Nancy Chodorow ([1978]1999); en su obra *The reproduction of mothering. Phychoanalysis and the sociology of gender*, atribuyó la opresión de las mujeres al desempeño del rol materno que las situaría próximas a la naturaleza y las recluiría dentro del contexto doméstico (Comas D'Argemir, 1995). En consecuencia, el rol que éstas han desempeñado a lo largo de la historia irá pasando de madres a hijas creando un círculo vicioso por el que las hijas reproducirán el mismo modelo y funciones de maternidad desarrollado por sus madres, mientras que los hijos varones lo obviarán (Moncó, 2011). Para Chodorow, la maternidad, las instituciones que participan en el proceso y las funciones que conllevan el convertirse en madre serían el origen de la subordinación femenina.

A pesar de las fuertes críticas dirigidas a estas teorías, llegando incluso las autoras a rectificar los argumentos mantenidos años antes (Linares Abad, 2008a), sin duda dieron origen a grandes debates y pusieron en duda planteamientos que hasta el momento se habían dado por sentados, aportando un enfoque diferente con el que mirar a las mujeres.

En el pensamiento de Pierre Bourdieu en torno a la reproducción de las jerarquías sociales, la desigualdad entre hombre y mujeres estaría anclada en la creencia de su origen como designio de la naturaleza y la consideración de inevitable:

> The biological appearances and the very real effects that have been produced in bodies and minds by a long collective labour of socialization of the biological and biologicization of the social combine to reverse the relationship between causes and effects and to make a

> naturalized social construction (“gender” as sexually characterized habitus) (…) (Bourdieu, 2001, p.3).
>
> The division between the sexes appears to be "in the orden of things", as people sometimes say to refer to what is normal, natural, to the point of being inevitable (…) (Bourdieu, 2001, p.8).
>
> Los aspectos biológicos y los efectos reales que se han producido en los cuerpos y las mentes por un largo trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social se combinan para invertir la relación entre causas y efectos y hacer una construcción social naturalizada (género como habitus caracterizado sexual) (…) (Bourdieu, 2001, p.3).
>
> La división entre los sexos parece estar “en el orden de las cosas” ya que las personas a veces se refieren a ella, como normal, natural, hasta el punto de ser inevitable (…) (Bourdieur, 2001, p.8).

En este sentido, la naturalización de los roles de las mujeres está reforzada por la sociobiología, fundada por Edward O. Wilson y fundamentada en la aplicación de la biología evolutiva al comportamiento social de los seres humanos desde una interpretación cada vez más alejada de la teoría de Darwin. Por consiguiente, términos como “lucha” o “descendencia con modificaciones” serían entendidos como pelea entre individuos, evolución y supervivencia del más apto. Estas expresiones servirían a la sociobiología para encontrar una base biológica a situaciones de pobreza u opresión, siendo por esta razón consideradas como naturales e innatas y, por tanto, inamovibles (Querol &Triviño, 2004).

Si el comportamiento humano tiene o no una base biológica y si está determinado por nuestros genes, es una cuestión que ha suscitado debate hasta la actualidad. Desde la antropología biocultural se mantiene que los organismos no son pasivos a su evolución; los acontecimientos vividos, el clima y las interacciones con otras especies o sociedades acaecidas en el tiempo y en el espacio, provocarían cambios biológicos que afectarían a sus estructuras anatómicas, patrones reproductores o movilidad poblacional (Moral Castrillo,

2009). Por consiguiente, el estudio de los hombres y las mujeres integraría la investigación biológica, la cultural y social de la evolución, la genética y la ecología de las poblaciones humanas (Tabares, Rosique & Delgado, 2012). Estas nuevas perspectivas pretenden evitar la dicotomía naturaleza/cultura para llegar a la comprensión ecológica del ser humano. Según Álvarez Munárriz (1998), tanto las tendencias genocéntricas como las culturalistas han limitado la comprensión de la conducta de las personas llegando a negar su esencia, su "naturaleza humana". La antropología biocultural comprende al ser humano como la conjunción de los rasgos biológicos y culturales "como una totalidad dinámica donde se conjugan funcionalmente lo innato con lo adquirido" (Álvarez Munárriz, 1998, p.24).

En palabras de Lisón Tolosana:

> Sin naturaleza no hay cultura, y sin ésta, aquella (…) naturaleza es cultura y cultura naturaleza, ambas nos moldean y ambas subyacen tanto a nuestra razón como a nuestras emociones, a nuestra moralidad genética y a nuestro moralismo cultural. La mente humana se manifiesta en y como cultura. (Lisón Tolosana, 2007, p.20).

Actualmente, a través de los ojos del relativismo cultural, podemos llegar a la consideración de las mujeres como un grupo heterogéneo, diferente entre las distintas culturas, de tal manera que, la situación de las mujeres en el mundo no puede medirse exclusivamente por parámetros occidentales (Moore, 1999). Cuando hablamos de mujeres es necesario abandonar el uso del singular que nos lleva a pensar en ellas como un colectivo de "idénticas" para hacerlo en plural, sustituyendo "la mujer" por "las mujeres". De este modo, entendemos que no hablamos de una sola mujer ni de un colectivo homogéneo, sino que hablamos de muchas mujeres donde cada una de ellas tendrá una historia vital diferente (Belausteguigoitia, 2011; Winkler, 2012).

Está claro que cada mujer es única y vive inmersa en una cultura y una sociedad específica y, dentro de esa cultura, cada mujer vive una situación individual y diferente,

pero como afirma Carranza Aguilar (1997; 2009), si tienen algo en común es el hecho de formar parte de un grupo que estadísticamente tiene mayores dificultades para acceder a los recursos, ocupando además posiciones de menor poder y prestigio con respecto a los hombres.

De acuerdo a la propuesta de Lorite Mena (1991, 2010) en la actualidad las mujeres deben dejar a un lado la identificación tradicional de lo masculino con la plenitud y dignidad humana y buscar unos referentes específicos que les permitan tener una realidad propia. En este sentido, las transformaciones en la identidad femenina y los cambios sociales de las últimas décadas, unido a la persistencia de la devaluación de lo femenino en el orden simbólico, podría ocasionar que las mujeres adoptaran valores tradicionalmente masculinos como la competitividad o agresividad en el ámbito profesional, reforzándose como valores universales (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011); entendemos por tanto, que no se trata de que las mujeres tengan éxito o sean valoradas por ser como los hombres, sino por la actividad que realizan desde su propia realidad como mujeres.

La transformación de los roles de género y su repercusión sobre los papeles tradicionales de hombres y mujeres, como consecuencia de nuevas formas de organización y relación más igualitaria entre ambos, situará el estudio de las masculinidades entre los temas de mayor interés social en los últimos años (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011). Estas nuevas investigaciones surgirán en contraposición a la concepción de los hombres basada en un único modelo de masculinidad; el de hombre patriarcal. Existen múltiples masculinidades en cada época y sociedad elaboradas desde distintos enfoques. De acuerdo a los planteamientos de diversos autores y autoras, el género se definiría de un modo relacional; es decir, la delimitación de lo masculino se elaboraría socialmente frente a lo femenino y viceversa. Sin embargo, en el caso de las masculinidades, éstas se

constituyen primando el código negativo (código de diferenciación con respecto a otros grupos) frente al positivo, es decir, “ser hombre” equivaldría a “no ser mujer” o “no ser niño”. En el momento que se produce una pérdida de referencia para este código negativo, por ejemplo, cuando las mujeres se convierten también en proveedoras de los recursos económicos familiares, algunos hombres percibirían que su masculinidad está en entredicho al no poder continuar afirmándola en base a este rol de proveedor como exclusivo y diferenciador con respecto a las mujeres. Además, “hacerse hombre” es concebido en algunas sociedades como un proceso dificultoso logrado solamente a través de duros ritos de virilidad, donde los jóvenes tienen que demostrar y adquirir cualidades masculinas, mientras los signos de feminidad, como podrían ser la menstruación y la maternidad, llegan a las mujeres de un modo “natural”, sin esfuerzo, de ahí que rara vez la feminidad se ponga en duda. En el caso de los hombres que prefieren el ámbito privado del hogar o la realización de determinadas tareas asignadas a las mujeres tradicionalmente, pueden no ser considerados “verdaderos hombres” por el resto de la sociedad, poniendo bajo sospecha su virilidad (Jociles Rubio, 2001).

Actualmente en las sociedades occidentales, cada vez son más visibles distintas formas de masculinidad que rompen con la vinculación simbólica de lo masculino con la autoridad, razón, dureza, fuerza, valentía o poder, surgiendo desde diferentes foros y asociaciones hombres que rechazan el modelo tradicional proclamando un presente y futuro construido en base a la igualdad real de los seres humanos. En el logro de este objetivo, la incorporación y contribución de hombres y mujeres a las acciones dirigidas a superar la desigualdad entre las personas es fundamental (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011).

En definitiva, para las matronas murcianas como mujeres y profesionales inmersas en una cultura específica, la configuración y conceptualización de los roles de género les influirá en la asunción de conductas y actividades consideradas propias de su "naturaleza" femenina. Durante los años de la Guerra Civil y posguerra española, la naturalización de los roles de las mujeres y la consideración de las desigualdades con respecto a los hombres como algo "natural" e innato surgirán con fuerza.

El género como categoría de análisis

En 1986, Joan Scott, historiadora norteamericana, publica el artículo *Gender: A Useful Category of Historical Analysis* cuya versión en castellano aparece en 1990 en la obra de Amelang y Nash, *Historia y género: las mujeres en la Historia Moderna y Contemporánea.* Desde ese momento, sus reflexiones en torno al interés del género como categoría analítica serán contempladas por numerosas investigaciones con diferentes temáticas (Alberdi & Escario, 2007; Couto et. al, 2010; García- Vega, Menéndez, García & Rico, 2010). Scott, plantea la importancia de preguntarnos el modo en que sucedieron las cosas para poder conocer el por qué sucedieron, señalando que lo fundamental no es descubrir la causa del lugar ocupado por las mujeres en la sociedad sino su significado a través del individuo, la organización social y la naturaleza de sus interrelaciones. Para Scott, el género participa en la construcción de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos y además existe una conexión o vinculación entre género y poder, siendo el género uno de los campos dentro de los cuales se articula el poder (Gálvez Muñoz & Rodríguez Madroño, 2011; Morales Gil, 2001; Prieto Ruz & Morales Gil, 2010; Sánchez, 2008; Scott, 1990).

El género, además de ser una construcción social, se convierte en un elemento jerarquizador de la realidad de los seres humanos. Desde este enfoque, se concibe como un

proceso histórico de construcción social desarrollado a diferentes niveles como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y las relaciones interpersonales, en el que a las actividades y rasgos identificados como masculinos, se les atribuye un valor superior (Benería, 1987 en Martín Casares , 2006). En la reflexión de Téllez Infantes (2001a), el género, junto a otros elementos como la clase social, etnia y edad, van a actuar como una herramienta fundamental e imprescindible para analizar las sociedades y la identidad de los individuos que las conforman. Las diferencias entre estos elementos originarán desigualdades y jerarquías sociales entre las personas sirviéndose de mecanismos similares (Comas D'Argemir, 1995).

La categoría de género se ha empleado en dos vertientes; la primera como sinónimo de mujeres y la segunda y más prometedora, como elemento construido culturalmente que participa en las relaciones sociales entre ambos sexos y, en consecuencia, implica aceptar que el mundo de los hombres y las mujeres es sólo uno, y por este motivo, estudiar a las mujeres implica necesariamente estudiar a los hombres (Scott, 1990). Resultará más enriquecedor, a la vez que necesario, incluir en la perspectiva de género, tanto los roles asignados a mujeres como a hombres, comparándolos y analizando las relaciones entre ambos y así lograr un acercamiento a una realidad global. En este trabajo será de nuestro interés analizar el papel atribuido culturalmente a unos y a otras plasmado en las narraciones de las matronas, así como las relaciones establecidas entre mujeres y hombres de su entorno familiar y profesional, incluyendo además las entrevistas a un médico, un practicante y un marido cuyos testimonios serán fundamentales para entender el modo en que se articulan estas relaciones.

Por último, el género como categoría analítica cobra en la actualidad una nueva dimensión; deber ser capaz de desligarse del concepto occidental reduccionista de

masculino/femenino como dos polos de una única dimensión, para aplicarse a otras formas de identidad y socialización como la androginia, en la que una misma persona reúne cualidades de los estereotipos masculino y femenino (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011) o sociedades donde las ricas y variadas construcciones del género difuminan los límites entre masculinidad y feminidad (Kottak, 2011, Martín Casares, 2006).

2.3 LA DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO ENTRE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES.

A través del trabajo, entendido como realidad humana y no exclusivamente económica, hombres y mujeres pueden lograr la virtud y un mayor conocimiento de la realidad. El ejercicio de una actividad fomentará el desarrollo de la capacidad de servicio de las personas en la sociedad, impulsando las relaciones con el resto de individuos. En los orígenes de la humanidad, el desempeño del trabajo desvela la cualidad de ver más allá de una situación concreta; las personas mediante un conocimiento universal y abstracto que sobrepasa su mundo inmediato, trabajarán para adaptar el medio a sus necesidades, concibiéndolo como una herramienta para lograr un fin. Gracias a su inteligencia modificará la materia y fabricará instrumentos desde la comprensión de las propiedades y posibilidades que tiene su uso, poniéndolos en marcha mediante sus capacidades corporales (Chirinos, 2006).

En el momento que el ser humano fue capaz de producir más recursos de los necesarios para sobrevivir, se originó un reparto de tareas y actividades entre las personas dando lugar a la división del trabajo (Yepes Stork & Aranguren Echeverría, 2009). El trabajo manual inteligente, como fenómeno humano, ha estado presente siempre, en respuesta a las dificultades impuestas por el medio (Chirinos, 2006). Las investigaciones

sobre la evolución humana señalan que asegurar la continuidad de la vida ha sido una prioridad desde los orígenes de la humanidad (Carrasco Acosta, Márquez Garrido, & Arenas Fernández, 2005; Collière, 1993). Los cuidados dirigidos hacia la supervivencia cobraron un sentido amplio ya que la satisfacción de las necesidades básicas, como la alimentación o la protección ante el frío o el ataque de grandes animales, podían marcar la línea entre la vida y la muerte (Siles González, 2011).

A finales de los años sesenta del siglo XX, autores como Whasburn, Lancaster o Tinger, desarrollarían la "teoría del hombre cazador", defendiendo la caza cooperativa de grandes animales como propulsora del desarrollo de las habilidades intelectuales que distinguen a los seres humanos de otros animales. En consecuencia, mientras los hombres cazaban y desarrollaban la capacidad de organización y comunicación, las mujeres supuestamente permanecían en el campamento recolectando semillas y cuidando a los/as niños/as. De acuerdo a este esquema, se generaron paradigmas de conocimiento en los que, a priori, los hombres cazaban, pescaban y gobernaban, mientras las mujeres realizaban un papel secundario (Medrano, 2012). Sin embargo, la obra de Marshall Sahlins (1977) *Economía de la Edad de Piedra* y sus investigaciones en las sociedades de cazadores-recolectores, aportarán una nueva visión no exenta de polémica. Sahlins afirmó que la actividad cotidiana de la recolección, llevada a cabo por mujeres, tenía mayor importancia para la subsistencia del grupo que la actividad de cazar, realizada por hombres. A pesar de esto, la captura y muerte de grandes animales cobraba un mayor prestigio frente a la actividad recolectora que era infravalorada. En la misma línea, Sally Linton (1979) defendería la existencia de un sesgo en el modelo de "hombre cazador", manifestando que se había obviado el papel de mujeres y niños/as en la caza, a la vez que infravalorado tanto

la contribución de la recolección a la supervivencia del grupo como las habilidades y técnicas necesarias para su desempeño.

Según Querol y Triviño (2004), los discursos sobre el origen de los seres humanos han desvalorizado a la mujer y sus actividades, de modo que los roles sociales femeninos aparecen subestimados sistemáticamente. Actividades como el trabajo de la tierra y las tareas de reproducción son consideradas por las sociedades occidentales como de menor prestigio que las labores de caza o guerra, mayoritariamente masculinas.

La asignación de ocupaciones diferentes a hombres y a mujeres se produce en todas las culturas, siendo por tanto un rasgo universal. En el reparto del trabajo, el género actuará como factor determinante y puesto que el género es una construcción cultural, la división de las tareas también lo es y por tanto variará significativamente de una sociedad a otra adoptando formas diferentes (Comas D'Argemir, 1995; Martín Casares, 2006). Esta construcción va a tener un carácter dinámico, cambiante y además se va a transmitir de generación en generación mediante un proceso de socialización (Téllez Infantes, 2001b). Una actividad catalogada en una sociedad como femenina, en otra puede ser considerada como masculina, e incluso en una misma sociedad, actividades que en una época concreta son desarrolladas por mujeres, años después pueden pasar a manos de los hombres. Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, Kottak (2011) muestra una tabla obtenida de los trabajos de George Murdock y Caterina Provost (1973) sobre la división de las tareas por género en 185 sociedades diferentes. El autor, habla de actividades “generalmente masculinas o femeninas” y “actividades intercambiables” y no de universales, ya que existen excepciones, es decir; aunque generalmente los hombres construyan barcas, existen sociedades donde son las mujeres las que realizan esta actividad. Además, como hemos señalado anteriormente, la división de las tareas dentro de una misma sociedad puede

cambiar a lo largo del tiempo según las necesidades de los individuos que la integran, siendo éste un factor determinante en la inserción de la mujer al mundo laboral. A propósito de lo anterior, Kottak (2011) recoge los trabajos de Maxime Margolis (1984, 2000) donde afirma que en la sociedad norteamericana, las creencias de un determinado tipo de trabajo como propio de hombres o mujeres han variado según las necesidades del país; olvidándose la idea de que las mujeres no estaban preparadas biológicamente para realizar determinadas tareas. Un ejemplo son los períodos de guerras en los que el trabajo fuera de casa ha pasado a considerarse como un deber patriótico de las mujeres, incluso aquellos que requerían un gran esfuerzo físico. Tras la Segunda Guerra Mundial, la demanda de mujeres para ocupar puestos de trabajo creció rápidamente. Sectores como el trabajo de oficina, enseñanza y enfermería fueron considerados ocupaciones femeninas. A la vez, se descubría cómo las mujeres realizarían el mismo trabajo que los hombres a cambio de un menor salario, obteniendo así mayores beneficios las personas que las contrataban.

Pero la división del trabajo, además de ser propia de cada cultura y cambiante, va a adquirir otra dimensión; es también el principio organizador de la desigualdad en el empleo. Comas D´Argemir (1995) concluye que a través de la división del trabajo no sólo se realiza un reparto y jerarquización de las tareas productivas, sino que además se produce una jerarquización de personas. A partir de las investigaciones de Sahlins (1977), Comas D´Argemir (1995) extrae tres conclusiones con respecto a las actividades llevadas a cabo por las mujeres: por un lado las tareas desarrolladas por las mujeres fueron invisibles hasta que se observaron expresamente, además el valor económico de cada ocupación no se corresponde con el valor social que se le otorga, siendo las actividades masculinas las que reciben una mayor importancia y, por último, la separación entre lo que se considera

trabajo y lo que no, es una cuestión compleja, teniendo una naturaleza y significado diferente en cada sociedad. Para esta autora, la división del trabajo no será la generadora de las relaciones sociales ni explicará la subordinación de las mujeres, por el contrario, las relaciones sociales existentes entre hombres y mujeres serán las que fijarán el modo de repartir el trabajo, es decir, será la desigualdad entre ambos la que actuará como determinante en las relaciones de producción y en la división del trabajo.

Para definir los ámbitos propios de unos y otras en el contexto mediterráneo se han utilizado oposiciones como casa/calle o dentro/fuera que en sentido metafórico representan las relaciones de género y la distribución de tareas entre ambos. El ámbito doméstico, la casa o "el dentro" se percibe como el mundo de las mujeres e implica todas las tareas de cuidados, crianza y servicios domésticos, además de identificarse con la intimidad, los sentimientos y la cotidianidad. Por el contrario, la calle, las relaciones sociales, "el fuera", se entiende como un dominio masculino. Por este motivo, los hombres se convierten en representantes de la casa para el resto de la comunidad participando en las alianzas, conflictos o posibles decisiones a nivel institucional y de la vida local. Igualmente, los roles de hombres y mujeres se representan mediante la oposición trabajo/familia identificándose la familia con las mujeres y el trabajo con los hombres. Así, las actividades que realizan las mujeres en casa son atribuidas a ellas por su "naturaleza", no considerándose en ningún caso como un trabajo. Desde esta perspectiva, los hombres realizarían el "verdadero" trabajo mientras las mujeres desempeñarían los trabajos "colaterales" (Carrasco, 2011).

Kottak (2011, p. 244) define la dicotomía doméstico- público como "trabajo en casa frente al más valorado trabajo en el exterior". Las actividades domésticas en las sociedades capitalistas no se consideran como productivas ya que no tienen un valor de

cambio, es decir, no pueden convertirse en dinero tangible y por tanto son devaluadas (Carrasco et al., 2011). De acuerdo al planteamiento de Guasch Valls (2006), actualmente es la legislación la que determina qué tarea se considera trabajo y cuál no. Sólo aquellas actividades legitimadas, a través de las que el individuo percibe una remuneración y por las que obtiene unos recursos económicos, serían entendidas y catalogadas como trabajo. Por tanto, las actividades que realizan las mujeres en casa destinadas al cuidado de sus familias, de acuerdo a esta definición de trabajo, no serían consideradas como tales, puesto que, como reseñamos anteriormente, no se les otorga un valor económico (Carrasco & Mayordomo, 1999). Una rama del feminismo en los años 70, fundamentándose en los postulados de Engels, defendería la consideración de producción y reproducción a un mismo nivel de importancia en el sistema capitalista, ya que la primera se refiere a producir medios de subsistencia y la segunda a la producción de seres humanos (Bergesio, 2012).

En la mayoría de ocasiones la realización simultánea del trabajo asalariado con las tareas domésticas en el hogar recae sobre las mujeres, como consecuencia deben cumplir con las exigencias del empleo remunerado además de responder a los quehaceres domésticos y el cuidado de niños, enfermos o ancianos dentro de la familia. Esta práctica se ha denominado doble presencia (Messing, 2002) y la sobrecarga que produce para las mujeres ha sido identificada como uno de los factores de riesgo para su salud (Valderrama, Larrañaga, Martín, & Arregi, 2010; Vallejo De la Hoz, Del Hierro Gurruchaga, & Reglero García, 2013).

Aunque el desempeño de tareas remuneradas por parte de las mujeres no es algo nuevo, ya que éstas las han llevado a cabo siempre contribuyendo a la supervivencia de la familia, es cierto que la naturaleza y experiencia de su actividad laboral sí ha sufrido

transformaciones. Al hablar de trabajo lo haremos desde el enfoque que Comas D'Argemir (1995) realiza del mismo como actividad humana que implica organización, roles y normas, gasto de energía, esfuerzo, uso de técnicas, distribución del tiempo e intercambios. Según esta autora:

> Cuando hablamos de trabajo expresamos sintéticamente el conjunto de actividades, relaciones sociales, saberes y representaciones que se ponen en contribución para producir y distribuir bienes y servicios y para reproducir el proceso mismo por el que se crean y distribuyen tales bienes y servicios. (Comas D'Argemir, 1995, p.33).

Entendemos que el concepto no incluye sólo actividades o tareas, sino que va más allá, incorporando relaciones sociales, saberes y representaciones, lo que implica que unas personas pueden ejercer un determinado control sobre otras.

Además, el género será determinante en cuanto a las opciones que los individuos tendrán con respecto al acceso a la educación, la predisposición a la hora de elegir las carreras a las que acceder así como las experiencias que tendrán con respecto al trabajo, condicionando los posibles avances dentro de su recorrido profesional (Del Valle et al., 2002).

2.4 LA FEMINIZACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

La división sexual del trabajo por la que mujeres y hombres realizarán determinadas tareas se hace patente ya en las aulas. La enseñanza quedará fragmentada en varias ramas, donde áreas como Ciencias de la Salud y Humanidades serán ocupadas mayoritariamente por mujeres, mientras que los hombres se dirigirán hacia sectores como Arquitectura, Ingeniería o ramas Técnicas:

Tabla 1: **Alumnado Universitario matriculado en España según área de conocimiento. Curso Académico 2010-2011**

	% Mujeres	**% Hombres**
Ciencias Experimentales	57,11%	42,89%
Ciencias de la Salud	70,88%	29,12%
Ciencias Sociales y Jurídicas	61,23%	38,77%
Humanidades	61,37%	38,63%
Técnicas	27,52%	72,48%
Ciencias	50,88%	49,12%
Artes y Humanidades	60,16%	39,84%
Ingeniería y Arquitectura	24,54%	75,46%

Tabla elaborada a partir de la información del Instituto de la Mujer según datos obtenidos de la Estadística de Enseñanza Universitaria del INE.

Llegado el momento de la incorporación al mundo laboral, se hace evidente la desigualdad en cuanto a ocupaciones y retribuciones entre hombres y mujeres. Según la teoría económica neoclásica, esta situación podría explicarse desde dos modelos: por un lado, a través de las diferencias entre los propios individuos que optan a un trabajo; los distintos niveles educativos, la disparidad en cuanto a experiencia, productividad, actitudes, intenciones y preferencias entre hombres y mujeres serían causa de desigualdades. El segundo modelo respondería a la distinta demanda que se produce desde el mercado de trabajo, donde son las propias empresas las que otorgarían menos oportunidades y peores condiciones a las mujeres (Mosqueda Díaz, Paravic Klijn & Valenzuela Suazo, 2013).

Acker (1995), recoge los trabajos de varios autores y autoras que durante los años cincuenta y sesenta comenzaron a expresar su preocupación por las consecuencias negativas que podría tener la presencia mayoritaria de las mujeres en determinadas profesiones. Estos/as autores/as llegaron a responsabilizar a las mujeres de la devaluación social, salarial y de condiciones laborales de estas ocupaciones altamente feminizadas,

entre las que se encontraba la Enseñanza, el Trabajo Social, la Enfermería y el trabajo en las bibliotecas. Según Acker (1995), será determinante en este sentido la obra editada por Etzioni (1969) *The Semiprofessions and Their Organization* en la que estas ocupaciones serán catalogadas como semi-profesiones y especialmente el capítulo de Richard e Ida Simpson *Mujeres y burocracia en las semi-profesiones*. De acuerdo a sus argumentos, las mujeres, debido a sus funciones familiares, presentan un menor nivel de compromiso con el trabajo aceptando a la misma vez una mayor autoridad y control burocrático. Desde su visión, las mujeres tienen escasas aspiraciones y son menos ambiciosas que los hombres, lo que provocaría un detrimento en las expectativas profesionales de estas ocupaciones simplemente por el hecho de existir una presencia mayoritaria de mujeres.

Actualmente, las mujeres continúan accediendo de manera voluntaria a las ramas académicas y sectores laborales altamente feminizados. La causa de esta elección podría ser atribuida a la construcción social y cultural por la que determinadas actividades se han catalogado cómo “adecuadas” para las mujeres, de manera que accediendo a ellas lograrían una aceptación familiar y social (Del Amo, 2009). A pesar de que en las últimas décadas, en algunas sociedades, la brecha educacional entre hombres y mujeres es cada vez menor, continúan vigentes las peores condiciones salariales y unas menores oportunidades para ellas (Mosqueda Díaz et al., 2013).

La profesión matrona, al igual que el resto de profesiones sanitarias, es un claro reflejo de ocupación que por excelencia se ha catalogado como femenina; en el año 2012 el 94,29 % de las matronas colegiadas eran mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). A pesar de que a partir del Real Decreto de 1980 los hombres han podido acceder libremente a la profesión matrona (Linares Abad, 2008a), éstos apenas lo han hecho, por tanto, desde ese momento podemos pensar que existen otro tipo de

barreras o condicionantes no legislativos para que los hombres tomen la decisión de formarse e integrarse como parte del colectivo de matronas (Carrasco Acosta et al., 2005).

En nuestra sociedad, los trabajos considerados como femeninos son generalmente actividades asignadas a las mujeres en el ámbito doméstico que han traspasado esta esfera insertándose en el mundo laboral y productivo. Entre ellas se encuentra sin duda la actividad de cuidar. Los cuidados se inician en el seno de la familia con la crianza de los/as niños/as y el cuidado de ancianos/as para traspasar la barrera de lo doméstico y convertirse en una actividad profesional remunerada en el ámbito público propia del sector femenino. Según Comas D'Argemir (1995), el cuidado de los demás es un componente básico en la construcción social del género que influirá decisivamente tanto en la identidad como en las actividades de las mujeres. Las tareas comprendidas en el cuidado han sido vinculadas a las mujeres considerándolas propias de su “naturaleza”, dificultando discernir tanto el componente cultural como el valor económico y social que encierran convirtiéndose en invisibles por tres motivos: en primer lugar, los cuidados se efectúan principalmente en el seno de la familia, la segunda causa sería que no se catalogan como forma de trabajo al no intercambiarse por dinero tangible y por último, la actividad de cuidar está fuertemente naturalizada de modo que mujeres y hombres interiorizan esta tarea como femenina.

La sociedad actual, de acuerdo a las reflexiones de Chirinos (2006), debería plantearse como reto la revalorización y reconocimiento de las actividades manuales y domésticas, teniendo en cuenta que para su desarrollo se precisan capacidades de suma importancia. De este modo se lograrían formas de vida cotidianas más humanas. Los cuidados en el ámbito familiar representan una expresión de cultura fundamental, no es algo que se debería dar por supuesto o ejercido de un modo natural, sino una vía para la humanización y socialización de las personas.

Remontándonos a los orígenes de las profesiones, algunos/as historiadores/as han señalado que desde la creación de las Universidades en el siglo XIII, excepto en algunos países como Italia, las mujeres fueron vetadas y excluidas de las disciplinas universitarias, entre las que se encontraba la profesión médica, ocasionando que dirigieran su actividad laboral hacia otros sectores como el cuidado de personas, al que sí podían acceder (Ortiz Gómez, 2006, 2007). En consecuencia, éstas ocuparon los espacios laborales que se consideraron apropiados para ellas, siendo además seleccionadas para desempeñar unas determinadas tareas dentro del ámbito sanitario. A las tareas o actividades sanitarias, como a cualquier otra actividad humana, se les han ido incorporando a lo largo del tiempo ciertos valores y conductas que las han clasificado en actividades masculinas o femeninas siendo éste un proceso dinámico y cambiante. Por ese motivo, tareas que durante un tiempo fueron desarrolladas por mujeres en la asistencia al parto, en un momento dado pasarán a manos de los hombres, como explicaremos al final de este capítulo.

El incremento de mujeres en las profesiones sanitarias ha ido acompañado de un abandono por parte de los hombres en las últimas décadas. Según algunos/as autores/as, este cambio estaría motivado probablemente por encontrar en otras ocupaciones mejores condiciones salariales y laborales. Además, los hombres optarían a otras carreras ante un cambio en la percepción social por el que profesiones que anteriormente gozaban de un gran prestigio, como la Medicina, actualmente son consideradas una profesión más (Vázquez Vega, 2010). Según palabras de Lagrave (1993, p.466) “(…) cuando las mujeres progresan en una profesión, los hombres desertan o lo han hecho ya antes”.

Actualmente existe un consenso por el que la feminización de las profesiones sanitarias no se debe a una causa única, sino que sería la consecuencia de la suma de varios factores que facilitarían el proceso por el cual las mujeres accederían a estas ocupaciones y

no a otras (Vázquez Vega, 2010). Pero, independientemente de las causas, resulta esencial intentar comprender las implicaciones que la feminización tendrá sobre las profesiones. En este sentido, según algunos/as autores/as, la presencia mayoritaria de mujeres produciría sobre las profesiones sanitarias dos efectos; el primero de ellos estaría relacionado con un cambio en la estructura organizativa de la profesión con el objetivo de conciliar la vida familiar y laboral. Es decir, puesto que el sector sanitario está feminizado y según las últimas investigaciones son las mujeres las que mayoritariamente se acogen a las medidas legislativas a su alcance para conciliar trabajo y familia, parece que esta feminización traerá consigo cambios por los que habrá una tendencia cada vez mayor a reducir la jornada laboral media de trabajo de los profesionales sanitarios. Durante las distintas etapas que configurarán el recorrido profesional de las personas, éstas se verán obligadas a tomar decisiones en determinados momentos de cambio que repercutirán sobre factores como su continuidad en el empleo, su inserción laboral o profesional o su progreso ocupacional. En el caso de las mujeres el desarrollo profesional será diverso y complejo de manera que el momento histórico vivido, la clase social a la que pertenecen y su preparación profesional serán determinantes con respecto a su trayectoria de continuidad, discontinuidad y cambios en los recorridos laborales (Del Valle et al., 2002). El segundo de los efectos provocado por la presencia mayoritaria de mujeres estaría relacionado con la forma de entender y ejercer la profesión. La feminización iría acompañada de una inclinación hacia la prevención y cuidados frente a una sanidad centrada en la curación, que se identificaría en mayor medida con el perfil masculino, (Vázquez Vega, 2010), es decir, la profesión sufriría un cambio de orientación a causa de las cualidades que culturalmente son atribuidas a las mujeres.

Además, hay una ausencia de correlación entre la elevada presencia de las mujeres dentro del sector sanitario, concretamente en la profesión enfermera, con la ocupación de puestos de responsabilidad, donde el grado de feminización es menor que en el conjunto de la profesión. En definitiva se produciría lo que numerosos autores y autoras señalan como una segregación profesional entre hombres y mujeres; segregación horizontal en cuanto a que las mujeres se concentran en un número reducido de profesiones tradicionalmente catalogadas como femeninas, enfrentándose a grandes dificultades para acceder a las estipuladas como masculinas y segregación vertical, por la que deben salvar mayores obstáculos para su desarrollo profesional y para acceder a puestos de poder y toma de decisiones (Colomer Revuelta & Peiró Pérez, 2002; Donoso Vázquez, Figuera Gazo, & Rodríguez Moreno, 2013).

En este punto, es importante para nuestra investigación descubrir cómo se han sentido valoradas las matronas ejerciendo la tarea de cuidar y comprobar el modo en que ciertos procedimientos en la asistencia al parto dejaron de ser actividades femeninas para pasar a manos de los hombres médicos, confirmando así el carácter dinámico de la división sexual del trabajo según los cambios en los valores culturales.

2.5 EL CONCEPTO DE PROFESIÓN, IDENTIDAD Y ESTATUS PROFESIONAL.

Definir los elementos englobados en el concepto de profesión, identidad y estatus profesional nos aportará un sustento teórico sobre el que comprender y profundizar en algunos aspectos del trabajo de las matronas que nos ayudarán a argumentar y dar respuesta a varias de las cuestiones planteadas en esta investigación.

Gran parte del debate del siglo XX ha estado centrado en determinar de qué modo y en base a qué criterios podrían definirse las profesiones (Freidson, 2001). A partir de las

propuestas de la Sociología, Rodríguez Ávila (2008) señala como destacadas tres corrientes o escuelas de pensamiento dedicadas al estudio de las profesiones. La primera de ellas es la escuela Definidora, que entre finales del siglo XIX y principios del XX señalaría los requisitos mínimos necesarios para que una ocupación pudiera ser catalogada como profesión. Entre estos requisitos se encontraban estar en posesión y transmitir conocimientos altamente formalizados, así como desarrollar un ejercicio que fuera considerado un bien para la comunidad. Las profesiones también debían tener la posibilidad de ejercer su propio control interno a través de Colegios Profesionales, que serían los encargados de establecer pautas, códigos y formas de actuación. Por último, para que una profesión fuera considerada como tal, debía disponer de un sistema de premios como símbolo de la mejora y superación de sus integrantes. Finalmente, a través de la autonomía y el autocontrol de la propia profesión, se generaría un monopolio de conocimiento al que el público no podría acceder, siendo los/as profesionales los/as encargados/as de producir, transmitir y aplicar estos conocimientos, realizando así una contribución social.

La segunda escuela fue la Evolutiva, cuyo paradigma principal giró en torno al proceso de profesionalización. Esta corriente de pensamiento entendía la configuración de las profesiones como una sucesión de etapas. En un inicio, las profesiones surgían cuando una actividad cobraba importancia, separándose de otras ocupaciones de las que había formado parte hasta entonces. Seguidamente, sería precisa la dedicación exclusiva de los individuos, que se asociarían para homogeneizar y dar cohesión moral a la profesión ante la sociedad. En cuanto a los atributos ideológicos de una profesión, esta escuela comprende elementos como el colectivo profesional, la creencia de realizar un servicio indispensable para la comunidad y la autorregulación, entendida como la capacidad y opción de ser los/as

propios/as profesionales los/as que controlan su trabajo y deciden sobre el mismo de un modo autónomo. Según Rodríguez Ávila (2008), frente a las profesiones tradicionales, poseedoras de un monopolio de conocimiento, una parcela de trabajo delimitada y un alto grado de autonomía, existen otras ocupaciones que actualmente continúan en proceso de profesionalización. La causa, de acuerdo a estos planteamientos teóricos, sería la falta de consolidación de atributos estructurales e ideológicos imprescindibles para ser catalogadas como profesiones, provocando una amenaza hacia su campo de trabajo, en riesgo de ser asumido por otros/as profesionales.

La tercera escuela definida por esta autora sería la Revisionista, cuyas propuestas harán alusión a los atributos de los/as profesionales como elementos generadores de poder en el mercado laboral. Actualmente, desde los estudios de la sociopolítica, se sostiene que los/as profesionales intentan ampliar su mercado de trabajo continuamente, siendo estos atributos concebidos como instrumentos para incrementar el poder de unas ocupaciones frente a otras y con respecto a la sociedad en general.

Desde el enfoque hermenéutico de esta investigación, entendemos que lo realmente relevante es el modo en que las personas dentro de una sociedad concreta determinan qué individuo es un profesional y cuál no lo es; cómo a través de sus actividades logran la consideración de profesión y las consecuencias sobre la imagen de sí mismos y la manera de desempeñar su trabajo (Freidson, 2001).

La labor desempeñada por una persona, va a ser uno de los componentes que participará en la formación de su identidad, marcando la forma de ver el mundo que le rodea, cómo se verá a sí misma y cómo la verán los demás. La identidad no es algo permanente o estable en el tiempo, sino que es el resultado de las constantes interacciones con los otros, siendo un concepto en continua construcción. Igualmente, el desarrollo de

nuestra identidad es fruto de la relación entre una dimensión individual (la visión de nosotros mismos) y una dimensión social (el modo en que nos ven y definen los demás) (Álvarez Martín, 2004).

Para comprender una profesión, no es suficiente analizar sus características estructurales, también será necesario indagar en la imagen e ideal de profesión patente entre los individuos que integran el colectivo. De la misma forma, será imprescindible identificar los sistemas de valores como elementos fundamentales de su práctica y su papel en la sociedad (Rodríguez Ávila, 2008).

Linares Abad (2008a, p.31) recoge la definición que realiza Ortiz Gómez (2001) de identidad profesional entendida como "(…) una construcción sociocultural resultante de los procesos de interacción social que construyen las personas y definen las instituciones de manera conjunta". Por tanto, podemos afirmar que la identidad profesional no es algo inherente a la actividad, sino que cada individuo la irá construyendo y redefiniendo de acuerdo a su trayectoria laboral, dentro de un espacio de trabajo y tiempo determinado, teniendo como referencia un grupo profesional (Álvarez Martín, 2004). Por esta razón, en nuestro caso concreto, debemos tener en cuenta que cada matrona construirá su propia identidad día a día, se reconocerá a sí misma como matrona y será reconocida por las otras matronas y por el resto de la sociedad. Éstas, mediante su formación, obtienen un título que las capacita para ejercer una actividad que no sólo generará una serie de productos materiales o servicios tangibles, sino que también originará, tanto en ellas como en el resto de la sociedad, una serie de ideas con respecto a dicha actividad (Téllez Infantes, 2001b).

Además de los elementos que integrarán la identidad profesional de las matronas, resultará de gran importancia para nosotras poder ir perfilando el valor atribuido al trabajo

desempeñado por estas mujeres desde su percepción, además del estatus otorgado a la profesión en el tiempo y contexto determinado que abarca esta investigación.

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de estatus profesional?, el estatus es el valor otorgado a una persona o grupo por el resto de miembros de su sociedad. Durá, Pons y Calvo (2005, p.81) lo definen como:

> El estatus es el valor de una persona tal como se le estima por parte de un grupo o clase de personas, o de otra forma, es el prestigio, la categoría, la admiración con que somos vistos o evaluados por los demás, y como tal, no depende de lo que uno es o cree ser o de lo que hace sino de lo que los demás piensan que es uno; en suma podemos decir que el estatus individual depende siempre de cómo los otros lo perciben y evalúan.

Ocupar un determinado lugar dentro de un grupo, incluye unas expectativas de conducta y el desempeño de un rol de acuerdo a unas pautas o normas socialmente establecidas; es decir, cada estatus tiene asignado unas conductas definidas y un rol esperado, en consecuencia, estatus y rol tienen un relación directa (Durá et al., 2005).

Las distintas culturas tendrán su propia escala mediante la que adjudicar una determinada posición social; las variables que integran la escala y el valor otorgado a cada una de ellas irá cambiando a lo largo del tiempo. Por este motivo, en una cultura el prestigio puede estar determinado por el dinero o la formación académica mientras que en otra, la posición más elevada puede corresponder a una mayor posesión de tierras (Martínez Messaabi, 2005). Se distinguen dos tipos de estatus: el adscrito y el adquirido. La evaluación realizada de una persona por la sociedad basándose en características ajenas a la voluntad del individuo como el sexo, la edad o el origen étnico correspondería al estatus adscrito. Así, los órganos sexuales externos clasificarán a los individuos en diferentes grupos de sexos y la interpretación cultural de esta desigualdad biológica colocará a las personas en una posición jerárquica en la sociedad, haciendo que se espere

de ellas unos comportamientos asignados como “propios” de cada sexo (Téllez Infantes & Verdú Delgado, 2011). Sin embargo, el valor otorgado a un sujeto por los éxitos o fracasos a lo largo de su trayectoria vital sería entendido como el estatus adquirido (Leal Larrarte, Arias, Arias & Cifuentes, 2013).

Los/as profesionales, son evaluados/as por el resto de miembros del colectivo al que pertenecen en base a parámetros como su participación, sus aportaciones o la influencia que pueden ejercer en la trayectoria del grupo (Sheridan, 2001).

En el caso concreto de nuestras protagonistas, resulta necesario investigar tanto el estatus adscrito por el hecho de ser mayoritariamente mujeres y que las situará en una determinada posición dentro de la sociedad, como el adquirido a través del desarrollo de su actividad y que influirá en su emplazamiento final dentro de la jerarquía social. Igualmente, como miembros de un colectivo, también será preciso conocer cómo se ubica y percibe cada una de estas profesionales dentro de su grupo de iguales.

A las matronas, ocupación exclusivamente femenina durante siglos, se les ha negado durante mucho tiempo el reconocimiento como profesión ya que, a pesar de compartir un conjunto de saberes de un valor incalculable, su formación y la regulación de su actividad han sido controladas por otros profesionales y no por ellas mismas. Rhodes (2001) en su trabajo *Saber y práctica de la matronería en Gran Bretaña, 1936-1950*, afirma que para comprender el desarrollo de la identidad y del estatus profesional, resulta imprescindible conocer la relación entre el saber especializado de las matronas y el poder que le otorga dicho saber. Esta relación entre saber y poder, además de cambiante a lo largo de la historia, resulta compleja. Existe una multitud de situaciones en las que saber, poder y estatus profesional no siempre mantienen una relación directamente proporcional. En este sentido, Foucault, filósofo y psicólogo que estudió ampliamente el concepto de

poder y su relación con el conocimiento y los discursos desde una perspectiva crítica, afirmó que prácticas como el discurso médico, son una pieza clave de relaciones de poder, constituyéndolo y reestructurándolo (Foucault, 1980). Para este autor, existen poderes que impregnan la sociedad, a veces sutiles, que no son poderes políticos o del Estado, sino que son múltiples relaciones de autoridad en diferentes niveles (Chiu Amparan, 2007). Para él, los discursos especializados de los/as profesionales serían la base sobre la que se forjaría el poder, no concebido como posesión o dominación, sino como capacidad de influir en las percepciones y conductas de las personas (Foucault, Morey, & Allendesalazar, 1990). La sociedad, basándose en ese conocimiento especializado del profesional y en la importancia a la salud, legitima la autoridad de éste sin ser capaz de rebatirla (Zárate Cárdenas, 2002).

Actualmente, el aumento de la complejidad de la producción y servicios prestados por expertos/as hace que los/as profesionales adquieran un mayor protagonismo haciéndose cada vez más necesarios/as dentro de la sociedad, que por su conocimiento los/as sitúa próximos/as al poder (Rodríguez Ávila, 2008). Sin embargo, Rhodes (2001) cita a McNay (1994) afirmando que, a pesar de la relación directa establecida por el análisis foucaultiano entre saber y poder, en el caso de las matronas, esta relación no ha sucedido. La causa según esta autora sería que al conjunto de conocimientos y experiencias de las matronas a lo largo de la historia se les ha otorgado un valor menor con respecto al saber de otros profesionales que ha sido catalogado de “saber superior”. Por tanto, para conocer la construcción de la identidad de las matronas es esencial determinar tanto las relaciones de poder como la percepción del valor otorgado a su saber durante el desarrollo de su trabajo.

2.6 MATRONAS, MUJERES, GÉNERO Y MATERNIDAD. LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

Partiendo de la base de que las matronas son profesionales cuyo cometido fundamental es cuidar de otros seres humanos y ambos, profesional que cuida y persona cuidada, se encuentran inmersos en una cultura concreta, no es posible abordar el trabajo de las matronas y sus percepciones sin tener en cuenta el significado otorgado al binomio salud-enfermedad y más concretamente, la forma de interpretar la maternidad dentro de esa cultura.

Con este propósito, la Antropología de la Salud dirige sus investigaciones etnográficas hacia la comprensión del modo en que cuerpo, salud y enfermedad son definidos y vividos como un proceso dinámico y variable en consonancia con los distintos contextos culturales, sociales y políticos (Pizza, 2007). Entre sus objetivos, Perdiguero y Comelles (2000) afirman que "(…) persigue enlazar culturalmente la red de usuarios con las instituciones sanitarias (…) ajustando la cultura y la organización de los servicios a sus destinatarios".

La reproducción ha sido uno de los ámbitos de la salud humana sobre el que se ha ejercido un mayor control por parte de los/as profesionales, considerándose el embarazo y el tránsito a la maternidad como procesos médicos fundamentalmente. Por consiguiente, las mujeres, por su papel en la procreación y su proximidad a las diversas especialidades médicas, consecuencia del rol de cuidadoras asignado dentro de la familia, sufrirán una progresiva medicalización de su vida cotidiana (Foucault, 1978; Imaz, 2010).

Ya desde principios del siglo XX, la biomedicina se fue conformando en una ciencia centrada en la medicalización de la dimensión corporal y el uso de la biotecnología. Según Perdiguero y Comelles (2000), es una institución hegemónica en Occidente

caracterizada por el predominio del determinismo biológico y el positivismo que divide el cuerpo y la mente como esferas independientes. Desde la biomedicina, se recurrirá al dualismo de los aspectos relevantes para los seres humanos; vida- muerte, salud-enfermedad etc. Con una orientación exclusivamente curativa, ha excluido el saber del paciente medicalizando no solamente los padecimientos sino también los comportamientos (Menéndez, 2003). Sin embargo, el proceso salud-enfermedad únicamente puede comprenderse como fruto de una construcción cultural propia de un contexto determinado; en su conceptualización intervienen aspectos biológicos, pero también agentes sociales como los/as profesionales o las instituciones.

En nuestro país, la progresiva medicalización y tecnificación que envuelve al proceso reproductivo se ha llevado a cabo en las últimas décadas, ya que durante la primera mitad del siglo XX los nacimientos continuarán produciéndose en el ámbito domiciliario y serán asistidos por matronas u otras mujeres del entorno próximo a la gestante. La llegada del desarrollo económico a finales de los años sesenta y principios de los setenta, unido al desarrollo de una red sanitaria y el surgimiento de nueva concepción en materia de salud, provocará que el parto y los nacimientos sean institucionalizados en el contexto hospitalario. Dentro de este ámbito, el proceso de convertirse en madre será interpretado únicamente desde su dimensión biológica, dejando en un segundo plano la dimensión emocional (Arnau Sánchez, 2012; Hernández Garre, 2012).

El nacimiento no es un acontecimiento aislado, sino que a través de su análisis podemos indagar en la situación de las mujeres en cada época, ya que refleja un conjunto de circunstancias y acontecimientos sociales e históricos determinados. Además, algunos/as autores/as afirman que los encuentros entre las gestantes y los/as profesionales servirán como escenario en el que se actualizarán y reproducirán las estructuras de sociales

de género. En consecuencia, desde el sistema médico se ejercería un control sobre la mujer gestante llevándolas a desconfiar de la capacidad de su cuerpo para parir a sus hijos/as y, por tanto, fomentando la dependencia de éstas hacia el sistema médico y los/as profesionales que lo integran. Por este motivo, el embarazo sería construido como un proceso de riesgo para la vida de las mujeres y niños/as, de manera que el control médico tendría como objetivo disminuir este riesgo (Blázquez Rodríguez, 2010), justificándose en base a la consideración del embarazo como potencialmente patológico así como por la "ignorancia" de las mujeres sobre su propio cuerpo y su capacidad de autocuidado. Esta monopolización de saberes por parte de los/as expertos/as podría tener como consecuencia la pérdida de protagonismo de las mujeres durante su gestación, convirtiéndose en meras espectadoras. Dentro de la consideración del embarazo y parto como una situación de riesgo, el hospital se convierte en un espacio de protección (Montes Muñoz, 2010). Igualmente los/as profesionales serán los/as únicos/as agentes legítimos/as a los/as que acudir durante este tiempo, hasta tal punto que algunos/as autores/as afirman que las mujeres identifican la confirmación del embarazo por parte de los médicos como primer paso en el proceso de convertirse en madres (Imaz, 2010). En cuanto a la relación matrona-gestante, Montes Muñoz (2010) sostiene que en algunos casos se produce una infantilización de la gestante por parte de los/as profesionales, que vigilarán el comportamiento de las embarazadas reproduciendo el orden patriarcal y estableciendo con ellas una relación desigual y jerárquica.

Es evidente que la experiencia vivida por madres y padres durante el parto será determinante en la creación y mantenimiento del vínculo afectivo con su hijo/a. La matrona, como profesional sanitario de referencia para la mujer y su familia, jugará un papel fundamental en el proceso. Ramona Mercer, tras varias investigaciones en las que

incluía tanto variantes maternas como infantiles, desarrolló la teoría de adopción del rol materno y los factores que influían en la adopción de este rol. En ella se entiende que las madres, con el paso del tiempo, adoptan el rol materno mediante un proceso interactivo y de desarrollo a través del cual crean un vínculo con su hijo/a, aprende las tareas de cuidado y expresa su gratificación y placer con el nuevo rol. Dentro de la teoría se desarrollan cuatro metaparadigmas: persona, cuidado o Enfermería, salud y entorno. Ramona Mercer insiste en la importancia de que los/as profesionales de Enfermería tengan en cuenta los factores y elementos que van a influir en la adopción del rol de madre por parte de las gestantes tras el nacimiento de sus hijos. Así, el favorecer la adquisición de la diada madre-hijo se convierte en una parte importante de la labor propia de la Enfermería y los/as profesionales (Alligood & Marriner-Tomey, 2011; Alvarado, Guarin, & Cañon-Montañez, 2011).

Según Alligood y Marriner (2011) el modelo de adopción del rol materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de la Teoría de Bronfenbrener:

- Microsistema: incluye la influencia de factores como el entorno familiar inmediato y su funcionamiento. El rol se consigue en el microsistema a través de la interacción padre, madre y niño/a.
- Mesosistema: incluye la influencia de factores como el entorno laboral, escuelas y otras entidades de la comunidad.
-Macrosistema: incluye la influencia de factores como prototipos culturales, influencias políticas y sociales, legislación etc.

Esta teoría nos resulta de gran utilidad para nuestra investigación, donde las matronas, como profesionales en contacto con las madres y sus hijos/as se convertirán en agentes esenciales a la hora de favorecer el vínculo entre las mujeres y sus recién nacidos,

a la vez que somos conscientes de todos los factores que según Mercer podrían dificultar la adopción del nuevo rol.

En este sentido, el modelo médico-hospitalario desarrollado en los años setenta será uno de los factores que cambiará de un modo drástico tanto la vivencia de las mujeres durante el proceso del parto como el papel de los/as profesionales implicados/as (Hernández Garre, 2012). Algunos/as autores/as señalan que actualmente existe una ruptura intergeneracional entre madres e hijas, de forma que la transmisión de saberes tradicionales de unas a otras se ha visto interrumpido al no considerarse válidos dentro del modelo tecnocrático de nacimiento caracterizado por la hospitalización, medicalización y pasividad de la mujer con respecto al proceso. Esta brecha en el traspaso de conocimientos de las mujeres de mayor edad a las más jóvenes, provoca que la medicina y el discurso médico hegemónico sea considerado por las gestantes como el único recurso sobre el que apoyarse durante el proceso de convertirse en madres (Imaz, 2010).

El cambio por el que las mujeres fueron alejadas de sus hogares como el lugar en el que parir a sus hijos e hijas para hacerlo en los hospitales, conforme a la visión de algunos/as autores/as, aunque con otras ventajas importantes, conllevó una serie de consecuencias negativas sobre los nacimientos (Lupton ,2012). Por un lado se produjo un énfasis de la medicina curativa y la concepción del proceso como patológico, siendo por tanto objeto de vigilancia constante, por otro lado, las mujeres se vieron obligadas a salir de su entorno en un momento vulnerable, para introducirlas en un sistema sanitario en el que sus necesidades fueron obviadas, colocándolas en una situación de obediencia hacia los/as expertos/as a los/as que entregaron el control de sus cuerpos. En base a estas críticas surgen distintos movimientos y asociaciones que reivindican una menor intervención y

medicalización del parto, una vivencia del mismo de un modo más “natural” y una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Sin embargo, recientemente Lupton (2012) expondrá el modo en que la ideología y premisas defensoras de un menor intervencionismo en la asistencia al parto también han sido puestas en duda por algunos sectores sociales ya que, según este enfoque, las mujeres, lejos de una libre elección, podrían verse presionadas o limitadas a la hora de solicitar el alivio del dolor, a la vez que impotentes y engañadas en caso de precisar una intervención médica durante el embarazo o parto como una cesárea. Igualmente, desde estos postulados, fomentar el menor uso de analgesia durante el parto incrementaría el dolor de la madre y la necesidad de apoyo constante por parte de los/as profesionales, de manera que en vez de reducir el control médico, lo aumentaría.

La postura de los/as profesionales en este debate es individual y oscila entre posiciones más o menos afines en el uso de analgesia o la realización de determinadas intervenciones durante el parto.

Con el objetivo de aunar criterios y llegar a un consenso entre mujeres, profesionales y administración, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 publicará la *Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud,* con el objetivo de mejorar la calidad en la atención y “la calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso de parto” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.9).

En la misma línea, desde la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se elaborará en 2007 el documento *Iniciativa al parto normal (IPN)* donde se expondrán los procedimientos consensuados para la atención al parto normal en base a la evidencia científica disponible, entendiendo como parto normal:

> Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se

> desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2006).

En 2011, la FAME dará un paso más allá en el logro de los objetivos propuestos en la *Iniciativa al parto normal* publicando la *Guía para padres y madres* (FAME, 2011) con el propósito de aumentar los conocimientos de las futuras madres y padres mediante una información suficiente y objetiva para de este modo lograr un mayor protagonismo y toma de decisiones de éstos/as.

2.7 LOS ROLES DE GÉNERO EN LA PROFESIÓN MATRONA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

Para llegar a conocer las vivencias de las matronas murcianas en un tiempo pasado consideramos imprescindible comenzar dando respuesta a cuestiones que nos llevarán a precisar los conceptos centrales que han delimitado la profesión: ¿Qué es una matrona?, ¿qué competencias ha desarrollado?, ¿hacia quién ha dirigido su actividad profesional? y ¿dónde? Con este objetivo, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) elaboraría una definición de matrona, revisándola periódicamente para adaptarla a la evolución y cambios experimentados por la profesión a lo largo del tiempo así como a las nuevas demandas surgidas en la población. En consecuencia, en los últimos años, el enunciado sufrirá varias modificaciones, así el 19 de julio de 2005, el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) se reunió en Brisbane (Australia) y aprobó una nueva versión, actualizando y sustituyendo la de 1972 y sus posteriores enmiendas en 1990. Esta definición fue revisada por última vez el 15 de junio de 2011 en la Reunión del Consejo de Durban (Anexo 1: Definición internacional de matrona de la Confederación Internacional de Matronas, 2011). En ella se incluye como requisito indispensable para obtener el título

de matrona, superar con éxito un programa de formación reconocido. La vía para la obtención del título es distinta en cada país; en el caso de España, la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo recoge el programa formativo para Enfermeras Especialistas en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona). En esta Orden se especifica que obtendrán dicho título las/os Diplomadas/os Universitarias/os en Enfermería que tras obtener una plaza de formación en las Unidades Docentes, sean evaluados/as positivamente tras haber cursado los dos años de especialización por el sistema de residencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La Unidad Docente de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) de Murcia fue acreditada por la Dirección General de Universidades el 20 de noviembre de 2001. El día 1 de Julio de 2002 se incorporaron a las aulas los/as primeros/as diez residentes, graduándose hasta la actualidad once promociones de especialistas. Se crea una Escuela propia que formará a enfermeros/as procedentes de toda España y por primera vez las matronas murcianas se incorporan a la Universidad como docentes para participar junto a otros/as profesionales en la formación teórica de futuras matronas, hecho relevante y fundamental. Desde el curso 2009-10, los/as enfermeros/as titulados/as en la Universidad de Murcia, siguiendo las directrices de la Declaración de Bolonia (1999), finalizan su formación como Graduados/as en Enfermería.

Para esta investigación es esencial la declaración que la ICM hace de las matronas como profesional competente que trabaja en colaboración con las mujeres; responsable para y con las mujeres, lo que sin duda es un gran paso en el reconocimiento de la autonomía y capacidad de decisión del colectivo en el ejercicio de la profesión. Su campo de acción incluye a las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital y sus recién nacidos, dirigiendo sus esfuerzos a sus cuidados que además incluyen la puesta en marcha de medidas de prevención, promoción del parto normal, detección de complicaciones,

accesibilidad a la asistencia médica u otro tipo de asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La definición concluye ubicando el ejercicio profesional de las matronas en cualquier emplazamiento; el hogar, la comunidad, los hospitales, las clínicas o centros de salud. En España, la formación, la modalidad de reconocimiento de los títulos y el ejercicio profesional de la matrona, quedan recogidas en la sección 6ª del Real Decreto 1837/2008 de 8 de noviembre (Ministerio de la Presidencia, 2008).

En definitiva, las matronas son hoy una profesión forjada a base de andar un camino tras las huellas de mujeres profesionales, que se formaron, lucharon y trabajaron para lograr que la partería sea actualmente una disciplina científica reconocida y autónoma.

Consideramos imprescindible echar una mirada al pasado para comprender cómo perciben las matronas su trayectoria profesional y colectiva hasta situarlas en el punto actual. Por este motivo nos proponemos realizar una revisión de los antecedentes históricos y formativos donde, a pesar de recibir múltiples amenazas hacia su existencia y presencia en el parto en determinados momentos de la historia, han sobrevivido como figuras irreemplazables para la sociedad por su conexión con la vida.

2.7.1 Mujeres cuidando a mujeres durante el parto: desde el origen de los seres humanos a la Temprana Edad Moderna.

Los cuidados son una de las prácticas más antiguas de la historia de los seres humanos, cuya finalidad desde sus inicios fue asegurar la continuidad de la vida. En este sentido las matronas, como mujeres que permanecerán junto a otras mujeres en el proceso de dar vida, jugarán un papel esencial. El bipedismo remodeló la forma y tamaño de la pelvis femenina, circunstancia que desde la visión de algunos/as autores/as pudo hacer más dificultoso el paso del feto a través del canal del parto. Parece que la marcha erecta de los

seres humanos y una pelvis más reducida, desencadenó un acortamiento del tiempo de gestación, dando como fruto a un recién nacido aún inmaduro y muy dependiente (Chirinos, 2006). Aunque esta posición vertical podría facilitar la salida de la criatura por acción de la gravedad, en el caso de los humanos, su nacimiento exige una serie rotaciones internas complejas para ir acomodando cabeza y hombros al canal del parto. La cabeza del recién nacido, a diferencia del resto de animales, saldrá mirado hacia abajo o hacia atrás (parto ventral) de manera que si la madre traccionara de él hacia arriba podría dañarle la espalda. Este condicionante, quizás sería la causa por la cual el parto en las mujeres tendría un carácter social y no individual, requiriendo del acompañamiento por otras personas durante el nacimiento (Arsuaga, 2003; Arsuaga, Martínez & Antón, 1998). Por este motivo, varias investigaciones sugieren que la necesidad de ayuda a las mujeres durante el parto podría haber surgido con la evolución de su sistema de locomoción a la bipedestación y que el origen de las matronas se remontaría a este cambio (Castaño Molina, 2009; Rosenberg & Trevathan, 2002).

Algunos/as autores/as señalan que el parto inicialmente fue una experiencia concebida como natural e individual, de modo que las mujeres parían solas o auxiliadas por otras mujeres e incluso quizás por sus propios esposos, (Siles González, 2011; Towler & Bramall, 1997). Paulatinamente la organización social y el abandono de la vida nómada fomentaron la constitución de grupos familiares y la transformación del parto en un hecho social. Los humanos son seres sociales y a partir de esta concepción han compartido todos los acontecimientos biológicos, como reflexiona Lisón Tolosana (2007): sin naturaleza no hay cultura y sin cultura sería imposible concebir la naturaleza. En definitiva, la concepción del parto como amenazante para la vida atraería a otras personas vinculando su presencia a la aparición de posibles complicaciones en un proceso fisiológico aunque no

siempre exento de riesgos (Angulo, Eguizabal, & García, 2008; Rosenberg & Trevathan, 2002; Usandizaga, 2006).

Las mujeres más ancianas y experimentadas de la familia o comunidad pasaron a desempeñar la ayuda en el parto, que se limitaba únicamente a recibir a los/as niños/as dentro de un entorno íntimo del que los hombres serían excluidos. En consecuencia, el patrón de asistencia al parto como tarea exclusivamente femenina se consolidará en unas sociedades cada vez más complejas donde el oficio de comadrona o partera se irá configurando (Towler & Bramall, 1997).

Las mujeres por su capacidad procreadora siempre han sido asociadas con la fertilidad y la vida, sin embargo, por el mismo motivo también se les ha considerado más próximas a la muerte. Desde la Prehistoria, los seres humanos a través del arte han exaltado el poder y capacidad femenina de generar vida (Sánchez Romero, 2006). Mediante figuras femeninas paleolíticas de grandes caderas y senos, vientres abultados y gestantes, representarán el poder de la fecundidad, símbolo de abundancia y supervivencia del grupo (Angulo, Eguizabal & García, 2008). En las sociedades neolíticas la mujer es identificada con la Diosa Tierra, madre poderosa capaz de dominar las fuerzas de la naturaleza, nutrir y dar vida (Olaria, 1996; González Navarro, 2006). Igualmente, las culturas griegas y romanas personificaron a la tierra como mujer (Anderson & Zinsser, 2009). Éstas, responsables de la reproducción de su pueblo, intuían que el destino y desarrollo de su cuerpo, en los primeros años de vida similar al de los hombres, pasaría por un momento crítico: la maternidad (Rouselle, 1992a, 1992b). La supervivencia de las madres y los/as niño/as convertirá a las divinidades protectoras de la fecundidad y el parto en centro de veneración y culto. Entre las tareas de las comadronas se encontraban no sólo el acompañamiento durante el parto, sino también las plegarias invocando a distintas

divinidades, a las que imploraban la conservación de la vida de las parturientas y sus hijos/as, intercediendo por el menor sufrimiento posible de ambos/as (Cruz y Hermida, 2007).

Los acontecimientos vitales de los individuos se rodean de ritos y ceremonias en las distintas culturas. La vida entendida como una sucesión de etapas va acompañada de actos especiales cuya finalidad sería facilitar el paso del individuo de una situación a otra y de un mundo a otro, lo que comporta acciones y reacciones entre lo profano y lo sagrado. En las ceremonias durante el embarazo y parto los rituales tendrán por objeto facilitar el nacimiento y proteger a la madre y su criatura de malas influencias. En estas ceremonias es indispensable el papel de los intermediarios que neutralizarán la impureza, atraerán sobre ellos los maleficios y servirán de puente o vínculo para que el paso de un estado a otro se produzca sin alterar la vida individual o colectiva (Van Gennep, [1909] 2008). En algunas culturas, las mujeres serán consideradas como impuras y peligrosas, atribuyendo a los fluidos corporales y menstruales la capacidad de contaminar (Capote Bueno, Segredo Pérez & Gómez Zayas, 2011). Estas creencias en la antigüedad contribuirían de un modo inevitable a reafirmar la idea de inferioridad de las mujeres por naturaleza con respecto a los hombres (Anderson & Zinsser, 2009). La persistencia de esta conceptualización de la naturaleza femenina se prolongaría durante siglos; por un lado débiles e incompletas, por otro lado peligrosas y contaminantes (Lupton, 2012). Igualmente, consolidaría la asistencia al parto como tarea de mujeres; únicamente ellas al ser impuras podrían atender el parto a otras mujeres sin riesgo de contaminarse. Así, gran parte de las sociedades someterán a las madres a ritos de purificación tras el parto. En Grecia, las comadronas dirigirían esta ceremonia de purificación al quinto o séptimo día tras el nacimiento, de este modo protegían a los hombres de la amenaza que suponía el cuerpo aún impuro de la recién

parida (Bruit Zaidman, 1991). La tradición hebrea por la que una mujer permanecía impura treinta y tres días tras el parto de un niño y sesenta y seis tras el de una niña, daría lugar en el cristianismo a la “misa de parida”, en la que el sacerdote mediante un ritual devolvería a la mujer la pureza perdida, pudiendo entrar desde ese momento de nuevo a la iglesia (Anderson & Zinsser Judith, 2009).

Con la implantación del cristianismo, la atención a la salud cobra un nuevo significado pasando a ser un servicio desinteresado realizado por vocación y enfocado hacia la caridad (Carrasco Acosta et al., 2005). En estos momentos las cualidades morales de las comadronas cobran un gran protagonismo frente a sus saberes. Estas mujeres, principales proveedoras de los cuidados durante el nacimiento, verán cómo la actividad que realizan, lejos de aproximarse al pensamiento científico, se impregna de fe y misticismo (Hernández Garre, 2012; Siles González, 2011). A las comadronas, conocedoras de los efectos de plantas y hierbas, acudirían las mujeres en busca de remedios para curar dolencias íntimas entre los que se encontraban multitud de afrodisíacos y drogas que aceleraban el parto y disminuían el dolor (Darriba Rodríguez, 1999). Pero estos mismos conocimientos en medicina empírica, y la capacidad de curar mediante el uso de plantas unido a la interpretación mágico- religiosa del mundo, en algunos momentos de la historia pondrá a las matronas bajo sospecha al asociar sus saberes y prácticas con el mal. Esto provocará que durante la Edad Media un gran número de comadronas y curanderas fueran acusadas de brujería, sobre todo las más ancianas y con mayor experiencia (Ehrenreich, 2010; Sallman, 1992). En este contexto se otorgará a ciertas personas la capacidad de realizar maleficios o provocar enfermedades sobre las demás; las mujeres serán especialmente dotadas de esta capacidad perversa, ya que en torno a 1400 nace en Occidente la convicción por la cual brujería maléfica y mujeres

estarían íntimamente unidas. En 1486, Jacob Sprenger y Henri Institoris escriben el libro *Malleus Maleficarum* (Martillo de las Brujas) donde por primera vez se describe un vínculo directo entre hechicería y mujeres (Marsá González, 2009; Sallman, 1992). La atención al parto y el acto de nacer se envuelve de superstición, apareciendo reiteradamente en textos de la época la figura de la "bruja comadrona" capaz de cometer los más horribles y crueles infanticidios (Towler & Bramall, 1997). Elementos como la placenta, el cordón umbilical o el saco amniótico se consideraron protectores del mal y facilitadores del parto. Del mismo modo algunas piedras, como la calcedonia, se dotarán de poderes sobrenaturales (Siles González, 2011).

El pudor de las mujeres, unido a los valores exaltados y la moral tradicional, limitará el acceso de los hombres a las partes íntimas femeninas, a excepción del esposo, incluso dentro del contexto de la atención sanitaria. Por este motivo, durante la Edad Media quedará prohibido realizar exploraciones a las gestantes por cualquier persona que no fuera otra mujer, circunstancia que afianzará el patrón por el que los nacimientos continuarían exclusivamente en manos femeninas (Opitz, 1992). Esto iría unido al desinterés generalizado de la ciencia y los médicos por la anatomía femenina y cualquier aspecto relacionado con la reproducción, considerado un tema de mujeres y por consiguiente, muy por debajo de sus competencias profesionales. Como fruto de esta creencia, los avances en el conocimiento y el estudio formal del parto quedarán estancados desde la obra de Sorano en el siglo II d.C hasta el siglo XVI (Conde Fernández, 2011) momento en que se retomará el interés por la Obstetricia y la Ginecología, adquiriendo la consideración de disciplinas con fundamentación científica desde finales del siglo XVII y principios del XVIII (Valle Racero, 2002).

La asistencia al parto, como actividad desarrollada exclusivamente por mujeres, recibirá una valoración social y reconocimiento propio en cada época y contexto. Las primeras referencias escritas sobre las comadronas aparecen en el Antiguo Testamento, donde se alude a la labor de las parteras hebreas, consideradas expertas y hábiles en esta actividad propia de mujeres (García Martínez & García Martínez, 1999; Rouselle, 1992a; Towler & Bramall, 1997). Parece que las matronas durante la Edad Antigua gozaron de un elevado prestigio. Tanto en Egipto como en las sociedades clásicas de Grecia y Roma, éstas realizarían una actividad reconocida, llegando a tener una elevada consideración social (Towler & Bramall, 1997). En estas civilizaciones se establecerían ciertos requisitos para atender partos, así las leyes atenienses exigirían haber sido madre previamente y haber finalizado la etapa reproductiva (Carrasco Acosta et al., 2005). Sin embargo, hacia el año 300 a.C el imposible acceso de las comadronas al saber científico en Atenas provocará un detrimento del reconocimiento y prestigio otorgado a su labor. Ante el cambio que desplazaba a las matronas fuera del ámbito de la ciencia formal surgirá la figura de Agnodiké, comadrona ateniense que adoptará aspecto de hombre para poder formarse y ejercer libre y públicamente la profesión (Pamo Reyna, 2007). Independientemente de si fue leyenda o realidad, sin duda representará uno de los primeros símbolos de rebeldía femenina en la lucha de poder con los hombres en la asistencia al parto (Hernández Garre, 2012; Siles González, 2011). En la Roma cristiana, las matronas fueron mujeres pertenecientes a familias acomodadas de la alta sociedad que tras la implantación del cristianismo dirigieron su vida hacia la práctica de obras de misericordia, utilizando tanto el grado de independencia que les otorgaba su posición como los apoyos prestados por personas relevantes de la Iglesia (Siles González, 2011). Sin embargo, a partir del siglo V, el estatus y reconocimiento de las matronas se verá mermado de nuevo, ocupando

posiciones humildes y llegando a ser incluso en algunos casos perseguidas por la Iglesia y la Inquisición como consecuencia de la asociación de magia medieval, brujería y asistencia a la embarazada y el parto. La capacidad legal de las mujeres quedará restringida excluyéndolas de los asuntos públicos, eliminando su libertad de decisión y manteniéndolas bajo la tutela de sus padres, esposos o varones cercanos a la familia, situación que se mantendrá hasta finales de la Edad Media, momento en que solteras y viudas comenzarán gradualmente a disfrutar de algunos derechos. En esos momentos los conocimientos de las matronas de la época eran aún limitados e incluso inferiores a los de épocas anteriores (Opitz, 1992; Towler & Bramall, 1997).

Los cambios acaecidos e innovaciones producidas durante el siglo XV y XVI en el ámbito de la política, la sociedad, la economía, la ciencia y el arte estarán inmersos en un proceso de transformación del pensamiento (Siles González, 2011). En cierto modo las matronas recuperan el estatus de las épocas clásicas anteriores superando el detrimento sufrido durante la Edad Media (Linares Abad, 2009). En este contexto serán personas respetadas, quizás no tanto por ellas mismas a nivel individual, como por el rango o clase social de las parturientas atendidas (Sarlet Gerken, García Martínez & Belando Montoro, 1996); matronas de reconocido prestigio eran llamadas para asistir partos en la Corte como es el caso de María Oto, que atendió el parto de la esposa de Alfonso V (García Martínez & García Martínez, 1999) o la partera conocida como “La Herradera” que asistió a Isabel la Católica en el parto de su hijo Juan en 1478 (González Navarro, 2006).

Así nos adentramos en la Temprana Edad Moderna europea, periodo en el que según algunos/as autores/as asistiremos a la trasformación del oficio de partear en una profesión; por un lado derivado de las políticas mercantilistas (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995) y de otro lado por el influjo de la ciencia y el inicio de la regulación y formación de

las matronas por parte de hombres que ostentan los poderes públicos, hecho que las aleja de la ignorancia y la brujería, pero las limita al control externo por parte de médicos y cirujanos (Berriot, 2003; Ehrenreich, 2010).

2.7.2 Hombres y mujeres asistiendo el parto: la incursión de médicos y cirujanos en el contexto del nacimiento en la Temprana Edad Moderna.

Bajo el contexto de la Temprana Edad Moderna, los gremios artesanos y los médicos serán precursores en la regulación y definición de oficios y especialidades, entre los que encontraremos a las matronas (Anderson & Zinsser, 2009).

Los partos se mantendrán en manos de las mujeres hasta los inicios del siglo XVII, momento en que cirujanos y matronas comienzan una grave disputa que durará dos siglos. Concretamente en Francia, la investigación científica y los intereses económicos fundamentalmente de la burguesía, se unen para introducir a los hombres en un terreno que hasta entonces había sido considerado de las mujeres y para las mujeres: la atención al parto (Sheridan, 2001).

Desde finales del siglo XVI hasta el siglo XVIII, las mujeres, tanto católicas como protestantes, se verán perjudicadas por una serie de cambios que restringirán sus libertades y aunque el modelo de mujer ideal de la época reunirá una serie de cualidades y obligaciones comunes para todas ellas, como era el recogimiento, la sumisión, la obediencia a sus maridos, la castidad, la modestia, la humildad y el temor a Dios, cada una de estas mujeres se enfrentaría a una realidad social y económica diferente (García Pérez, 2013). Las mujeres siguen siendo consideradas desde el mundo científico como seres física y moralmente inferiores al hombre, muy vinculadas a la imagen del pecado y fuente de tentaciones para éstos (Perry, 1996). La ciencia posibilita grandes descubrimientos y el

racionalismo hace avanzar a la humanidad, sin embargo la idea de la inferioridad ética, moral y racional de las mujeres se extenderá durante siglos (Álvarez Lires, 2006).

Las matronas hasta entonces formaron parte de un sistema médico no oficial basado en la experiencia y la tradición oral (Perry, 1996) y configuraron un grupo heterogéneo; algunas estaban alfabetizadas, provenían de clases medias, ostentaron bajos salarios municipales, debían estar casadas o viudas, idealmente haber parido sus propios hijos, haber superado la edad reproductiva y ser de vida recta y moral intachable (Perkins, 1996). Además de asistir partos, las matronas ejercieron en la Temprana Edad Moderna otras funciones legales-religiosas que le otorgaron estatus público, como actuar de peritos hasta el siglo XVIII en procesos judiciales para certificar virginidades, infanticidios y otros delitos. También formaba parte de la práctica de las matronas el bautismo de emergencia en casos de peligro de muerte fetal, (Ackerknecht, 1976; Carmona-González & Saiz-Puente, 2010; Donnison, 1988; Evenden, 2000) además, algunas de ellas fueron grandes expertas en salud sexual y reproductiva y pioneras en la escritura de manuales dirigidos a la formación de otras matronas y a la reafirmación de su lucha por no perder protagonismo en los partos; entre ellos, *Observations diverses sur la stérilité(…)* escrito en París en 1609 por Louise Bourgeois (Bourgeois, 1609) y que será reconocido como el primer manual escrito íntegramente por una matrona en lengua vulgar (Perkins, 1996), *The midwives book (…)* cuya autora fue Jane Sharp en Londres en 1671 (Sharp, [1671] 1999), *Instrucción familiere et utile aux sages-femes (…)* elaborado por Marguerite de La Marche en París en 1677 y publicado en 1710 (La Marche, [1677] 1710) y la obra de Justina Siegemund, *The Court Midwife* escrita en Brandenburgo en 1690 (Siegemund, [1690] 2005).

El acceso de las mujeres a las Universidades y a la ciencia continuó restringido, como viniera sucediendo desde siglos antes, produciéndose su aislamiento al ser vetadas a

los saberes teóricos y a una práctica médica formal, así como a la opción de formar parte de asociaciones profesionales (Donnison, 1988). Los cirujanos, con el objeto de ampliar su campo de trabajo, fueron poco a poco invadiendo el terreno de las matronas y apropiándose de actividades hasta entonces realizadas por ellas. En este momento los partos son convertidos en un saber quirúrgico, fragmentándose las tareas en propias de los cirujanos, las más dificultosas y que por tanto eran más valoradas y, tareas propias de las matronas, los partos sin complicaciones. Ante esta situación, las matronas mostraron una fuerte oposición (Cabré i Pairet & Ortiz Gómez, 2001, 2009). La inclusión de los cirujanos en la asistencia al parto movidos por motivos económicos, no mejoró en ningún caso la calidad de los cuidados al no poseer la experiencia que las matronas habían adquirido durante años de ejercicio. Sin embargo, superando la inicial reticencia de mujeres, matronas y autoridades eclesiásticas así como el desprecio de sus colegas médicos, fueron capaces rápidamente de apropiarse y dotar de carácter científico una actividad que hasta entonces carecía de él pasando a ser el parto y su asistencia un asunto público (Kontoyannis & Katsetos, 2011; O'Dowd, Philipp & Sciarra, 1994; Valle Racero, 2002; Wiesner, 1993). En principio, en los siglos XVI y gran parte del XVII, los cirujanos intervienen únicamente en la extracción de fetos muertos pero a partir de 1720, con la generalización del uso del fórceps, los cirujanos pasan a denominarse men-midwives y adquirir notoriedad en la asistencia a fetos vivos (Harley, 1993), desprestigiando a las matronas y publicitándose como mejor formados y más modernos que éstas.

La lucha de poder de las matronas ante esta situación es plasmada por Sheridan (2001) a través del relato de la vida de Louise Bourgeois, matrona real francesa del siglo XVII que atendería exitosa el parto de Luis XIII en pleno proceso de transición de la asistencia a manos de los hombres; veintiséis años después, tras su papel como matrona en

el parto de María de Borbón- Montpensier, ésta falleció, lo que supuso el fin de su carrera. La autora de esta investigación, establece una relación entre el ascenso y caída de Louise con la trayectoria futura que sufrirán el resto de matronas de Europa, que pasarán a ser consideradas profesionales marginales de la comunidad, a pesar de ofrecer una fuerte resistencia. En esta misma línea, pero dentro del contexto español, Ortiz Gómez (2001) recoge el conflicto legal de Luisa Rosado, matrona del siglo XVIII, que será ejemplo de la oposición ofrecida por las matronas a ser desplazadas de la asistencia al parto. A través de un informe del Protomedicato, institución encargada de vigilar la formación y ejercicio de los/as profesionales de la salud, le negarán la licencia para poder anunciar mediante carteles sus habilidades profesionales en la extracción de secundinas o placentas retenidas, alegando el documento que esta competencia sería exclusiva de los facultativos cirujanos.

Ya en el siglo XVIII el dominio de los cirujanos es aplastante, siendo este punto identificado por algunos/as autores/as como el inicio del denominado proceso de medicalización del parto (Perkins, 1996). De este modo, la incursión de los hombres en la asistencia al nacimiento pasará de una simple vigilancia para actuar en caso de distocias, a una participación activa también en partos normales desde el momento en que comienza a ponerse de moda entre las mujeres de Francia y Gran Bretaña tener su propio tocólogo, perdiendo así el recelo que hasta entonces les producía ser exploradas por hombres (Donnison, 1988). Por tanto, además de la apropiación de determinadas técnicas, los cirujanos también se apropiaron de la asistencia a una determinada clase social; mientras ellos comenzaron a atender a las señoras adineradas de la Corte y las ciudades, las matronas fueron desplazadas a la atención de mujeres pobres y al ámbito rural. Un hecho significativo se producirá en la asistencia al parto de María Luisa Gabriela de Saboya, consorte de Felipe V, el cual hizo llamar a Julio Clément, comadrón francés, para que

asistiera el parto de su esposa, rechazando de este modo la labor de las parteras españolas (González Navarro, 2006; Sarlet Gerken et al., 1996). Esta asociación entre la clase social de la parturienta y el profesional que atiende el parto, va a influir de manera decisiva en la valoración y el estatus de cada uno de ellos.

En el contexto español, la intervención de los hombres en los partos normales se enfrentará desde su inicio a cierta incomodidad entre la sociedad, debida tanto al pudor de las mujeres como a la consideración hacia sus maridos. En este sentido, en 1745 Fray Benito Jerónimo Freijoo incluirá en sus *Cartas eruditas y curiosas* la carta número 17 del tomo II, que recibiría el nombre "Uso más moderno de la arte Obstétrica", donde frente al recelo de las mujeres se mostrará a favor de la asistencia al parto por sabios y hábiles hombres, despreciando la labor de las parteras a las que cataloga de ignorantes:

> Ahora pues, mayor mal en que se caerá, admitiendo únicamente mujeres a ese ministerio, es visible. Las mujeres son ignorantísimas del Arte, que para él se requiere. Mil lamentables casos están descubriendo cada día sus errores; y lo que más los descubre es la enmienda de esos mismos errores, que muchas veces se ve ejecutar por un hombre hábil, después que la Partera, o puso, o por lo menos dejó a las puertas de la muerte a la que se entregó a sus manos. Dos vidas penden de practicar bien este oficio, la de la madre, y la del feto; y de éste, no sólo la temporal, mas la eterna también. Materia tan de la suprema importancia, no merece que por ella se renuncien todos los melindres del pudor (Feijoo, [1745] 1773).

Más adelante, Fray Benito especifica que si existieran hombres dispuestos a instruir a las parteras en el oficio éstos deberían abandonar la práctica, no estando ya justificada su presencia, salvaguardando de este modo el pudor de las mujeres:

> Quiero decir: conviene que las mujeres se sirvan del ministerio de los hombres, en la suposición de que sólo éstos posean la inteligencia necesaria; o sólo entretanto que ellos únicamente la poseen. Más si se pudiese tomar providencia para que las mujeres se instruyesen bien en este Arte, deberían ser excluidos enteramente de su ejercicio los

> hombres. ¿Y se podía tomar esta providencia? Sin duda. A algunos insignes en el oficio se podría mover con premios magníficos a que instruyesen bien a varias mujeres hábiles, las cuales después enseñarían a otras y éstas a otras. El oficio es bastantemente lucroso; con que no faltarían mujeres pobres, que se aplicasen a él con ardor (Feijoo, [1745] 1773) .

Durante los siglos posteriores, la incorporación de los hombres en la asistencia al parto, influirá decisivamente en la identidad y estatus profesional de las matronas. La desaparición de su labor de modo independiente pasando a considerarse profesional bajo la autoridad del médico y la incorporación a la jerarquía de las instituciones sanitarias, hizo que disminuyera el estatus de éstas frente a otros profesionales con mayor autonomía e independencia.

En definitiva, la lucha entre matronas y cirujanos o médicos ha sido considerada por algunos/as autores/as como una cuestión de género en el que se transgredieron los límites impuestos históricamente en base a la asistencia al parto como tarea exclusivamente femenina, imperantes hasta el siglo XVIII (Klairmont-Lingo, 2006; Perkins, 1996).

Durante el siglo XIX y XX asistiremos a un proceso por el cual se regula e institucionaliza definitivamente la profesión matrona. La publicación de ordenanzas sobre los requisitos a cumplir por las aspirantes a matronas se irán sucediendo a lo largo del siglo XIX y se caracterizarán por continuar enfatizando el papel de subordinación frente a la profesión médica. Del mismo modo, el primer tercio del siglo XX arrancará con un colectivo cuyas competencias se verán amenazadas ante el intrusismo de practicantes y médicos. En 1902 se autorizaba la asistencia al parto normal a los practicantes (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1902), situación que no se vería aliviada hasta que más de treinta años después, concretamente en 1935, se especificó la existencia obligatoria de una matrona por cada partido médico, pudiendo asistir partos normales los practicantes únicamente bajo determinadas circunstancias (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión,

1935). Unos años antes se establecía la colegiación oficial obligatoria para todas las matronas resaltando por un lado la importante labor sanitaria realizada por el colectivo y por otro los grandes beneficios profesionales, sanitarios y sociales que reportaría la reglamentación oficial de su ejercicio (Ministerio de la Gobernación, 1930).

Llegamos así a la década de los años cuarenta, punto de partida de nuestra investigación, con la certeza de que los saberes profesionales de la ocupación de las matronas han ido modificándose y construyéndose culturalmente donde la influencia de género ha sido clave hasta hoy.

2.7.3 Influencia del género en la formación de las matronas a lo largo de la historia.

La representación de las desigualdades de género en las sociedades y los roles que cada cultura ha atribuido a hombres y a mujeres influirá decisivamente en la configuración de las profesiones. La manera en que otros oficios o gremios han ejercido su influencia y control sobre el colectivo de matronas movidos por multitud de intereses, expuesto en el apartado anterior, también se hará patente en el caso de la formación; las concepciones de género estarán presentes desde los primeros pasos en la regularización de la asistencia a los partos y, en definitiva, en todo el trayecto académico hasta obtener la titulación que las acreditara para el ejercicio de su profesión. Por tratarse de una profesión femenina, las matronas han sufrido una serie de desigualdades tanto en las enseñanzas recibidas como en la finalidad y valor otorgado a su aprendizaje. La división sexual del trabajo por la que la tarea de cuidar es asignada a las mujeres dentro del ámbito doméstico será identificada por algunos/as autores/as como un elemento ralentizador en la profesionalización (Siles González, 2004).

En un principio se piensa que la formación de las matronas consistía en la experiencia adquirida a través de la práctica procedente de otra persona más experimentada junto a la que permanecían hasta adquirir la destreza necesaria (Serrano Monzó, 2002a). En la era romana se le otorgó un gran valor a los conocimientos de las comadronas, estableciéndose los primeros requisitos para ejercer la asistencia al parto entre los que se encontraban saber leer y escribir. En estos momentos se entendió que las matronas debían formarse para ejercer su actividad (Valle Racero, 2002). Con este propósito, Sorano de Éfeso publicaría en el siglo II uno de los primeros libros dirigidos hacia las comadronas *De Morbis Mulierium* donde corrigió varios errores cometidos hasta entonces con respecto a la anatomía y la asistencia al parto. Sin embargo, parece que en general, tras la obra de Sorano ni la formación de las matronas ni un mayor conocimiento de la anatomía femenina y el parto fueron del interés de la ciencia durante siglos (Conde Fernández, 2011). Las creencias de la religión cristiana durante la Edad Media otorgarían al parto una concepción de castigo divino a la mujer por el pecado original de Eva. En este contexto, las mujeres continuaron asistiendo partos, excluidas de la ciencia y pasando desapercibidas a los intereses masculinos en un terreno exclusivamente de ellas y para ellas que no precisaba de saberes teóricos por limitarse a cuerpos femeninos, considerados inferiores, incompletos, inmorales y tabú. El parto y la reproducción queda circunscrito a la esfera femenina, a lo natural, lo doméstico, lo íntimo y privado (Siles González, 2011) de manera que los conocimientos se transmitieron de forma oral y se forjaron en base a la propia experiencia (Valle Racero, 2002). En estos momentos, la construcción social de la salud – enfermedad en general y del parto en particular, considerado un tema menor y de poca importancia, supuso que los conocimientos de las matronas fueron incluso inferiores a los saberes en épocas anteriores. Aunque en el siglo XIII, Alfonso X el Sabio enumera en su II Partida,

Ley III, el ámbito de actuación de las parteras, asignándole como tarea la atención de la embarazada y el recién nacido, no es hasta el siglo XV cuando comienzan a aparecer en textos legales referencias sobre la formación necesaria y normas para el desarrollo de la actividad de las matronas. En este sentido, parece que aunque en un principio la capacidad de las matronas para ejercer la profesión se basó en demostrar su conocimiento y experiencia, poco a poco se le otorgará un mayor valor a cualidades de tipo social y moral. En 1434 las Cortes de Zamora y en 1448 las Ordenanzas de Madrigal se encargan de dispensar y autorizar el ejercicio a parteras, mediante cartas de aprobación (García Martínez & García Martínez, 1999; Linares Abad, 2008a). A partir de 1477, el Real Tribunal de Protomedicato establece los requisitos y condiciones que debían cumplir los/as profesionales de la salud en el ejercicio de su trabajo. Sin embargo, las matronas no quedaron sujetas al control de este tribunal, ya que en 1576 Felipe II prohibía expresamente someter a examen a las parteras, hecho que desde el punto de vista de Ortiz Gómez (1996), supuso una grave marginación hacia ellas frente a otras profesiones que se fueron regulando y configurando.

Aunque en el siglo XVI ni médicos ni cirujanos se ocupaban de la atención a los nacimientos, comenzará a generarse un interés por estudiar y plasmar cuestiones sobre la gestación y los distintos tipos de distocias o patologías de parto, alumbramiento o puerperio. Por este motivo surgen varios textos escritos por médicos en lenguas vulgares sobre la asistencia al parto, supuestamente con el objetivo de aumentar los conocimientos de las comadronas y dotarlos de un carácter científico, intentando así ahuyentar determinadas costumbres y prácticas tradicionales arrastradas desde la antigüedad (Sarlet Gerken et al., 1996). Se destaca por pionera la obra del médico alemán Roesslin, que escribe el coloquialmente denominado “Rössengarten” en 1513 (Keller, 1995) y la del

médico español Damiá Carbó de 1541, titulada *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños* (Gallego-Caminero, Miró-Bonet, De Sant Jordi, & Gastaldo, 2005; García Martínez & García Martínez, 1999). Parece que lo transcendente de la obra de Damiá Carbó fue por un lado el interés, entonces novedoso, de aportar algo de formación a las matronas y por otro lado el que fuera escrito en lengua vulgar o romance en vez de latín, aumentando la accesibilidad al texto de las personas menos cultas, entre las que se encontraban las comadronas (Valle Racero, 2002). En esas obras, junto a los saberes científicos comienzan a plasmarse una serie de cualidades morales deseables que de un modo sutil irán configurando el ideal de matrona desde la visión médica prácticamente hasta la mitad del siglo XX. Así, según Damiá Carbó las cualidades que debía reunir una matrona según su libro eran: experiencia, ingenio, discreción, capacidad de preveer los partos difíciles, buenas costumbres, buena complexión, alegre, gozosa, honrada, casta y secreta, delicada y buena cristiana. Además, no debía ser fantástica ni riñosa, invitándole a abandonar sortilegios y supersticiones. Posteriormente estos primeros textos serán seguidos por una multitud de obras, dirigidas en parte a la formación de las matronas y en parte al adoctrinamiento y control de las mismas (Gallego-Caminero et al., 2005) que tuvieron gran éxito; se trataba de obras escritas por hombres para instruir a las mujeres en un oficio que practicaban, pero del que no existía una enseñanza oficial (Serrano Monzó, 2002b). Tres siglos después Federico Alonso Rubio en su obra *Manual del Arte de Obstetricia para el uso de las Matronas* (1866), coincidiría con muchas de las cualidades morales y personales recogidas en estos textos como la serenidad, la dulzura y la amabilidad, configurando a la matrona como profesional sumiso y obediente (Ortiz Gómez, 1999b).

La unión de Medicina y Ciencia supondría una elevación de la categoría y el reconocimiento social de los médicos. El cambio por el que cirujanos y médicos durante el siglo XVII y XVIII pasan a situarse como profesionales poseedores del saber necesario para ejercer la partería y docentes adecuados para formar y examinar a las comadronas, determinando qué prácticas eran correctas y el modo en que debían realizarse, (Linares Abad, 2008a; Ortiz Gómez, 2007), tiene como consecuencia la apropiación por otros profesionales ajenos del proceso de regulación de acceso al colectivo de matronas. Si hasta entonces se formaban mediante la observación de otras matronas expertas, resulta sorprendente para algunos/as autores/as la inexistencia de testimonios o textos de reconocimiento hacia ellas; las escasas matronas que escribieron avalaron su práctica en "dotes divinos", enseñanzas de médicos o en el autoaprendizaje y nunca en la sabiduría transmitida de sus propias compañeras veteranas (Ortiz Gómez, 1999a).

Los requisitos morales y sociales plasmados en los textos mencionados anteriormente, se irán sucediendo igualmente en cada una de las nuevas leyes y decretos surgidos con el objetivo de regular la profesión. Un ejemplo de ello será la Real Cédula que en 1750 exigía a las matronas para su ejercicio no sólo superar un examen a través del Protomedicato y certificar dos años de experiencia (Ortiz Gómez, 1996), sino también probar la limpieza de sangre de ellas y sus ascendientes y demostrar una vida ejemplar. A raíz de esta ley, el Protomedicato encargó ese mismo año a Antonio Medina la elaboración de un texto con el que poder examinar a las matronas, esta obra se titulará *Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de partear* (García Martínez & García Martínez, 1999). A partir de entonces, las matronas podían optar por formarse a través de tres vías; mediante textos escritos, en Escuelas de Matronas o en Colegios de Cirugía (Linares Abad, 2009). En este último caso

la enseñanza iba acompañada por la transmisión de sumisión así como de un saber menor con respecto a la formación que se dispensaba a los cirujanos (Linares Abad, 2008b), entendemos en consecuencia que para ejercer de matrona no era preciso "saber tanto" como para convertirse en cirujano por lo que éstas recibían una formación superficial perdiendo gran parte de sus competencias que ahora eran encomendadas a los cirujanos hombres. En 1795, el cirujano español Juan Navas publicaba su obra *Elementos del arte de partear* donde hacía referencia al escaso interés mostrado en un inicio por la mayoría de sus colegas sobre la parcela de la atención al parto (Linares Abad, 2009).

Pero fue a partir del siglo XIX cuando cobra mayor fuerza la regularización tanto del proceso como de las instituciones donde las matronas debían formarse (Serrano Monzó, 2002b) continuando en manos de médicos y cirujanos la capacitación y aprobación de su ejercicio. Carlos IV, a través del texto que se denominó Ordenanzas Generales en 1806, elimina del Protomedicato la competencia de examinar a matronas y la traslada a los Reales Colegios de Cirugía.

En 1857 se publica la Ley de Instrucción Pública, también conocida como Ley de Moyano, donde se establecen las condiciones para la obtención del título de Matrona y Practicante (Ministerio de Fomento, 1857). Más tarde, la Real Orden de 21 de noviembre de 1861, recogerá el reglamento para las enseñanzas de ambas profesiones, donde los requisitos exigidos a las matronas eran: tener 20 años cumplidos, el consentimiento marital para las mujeres casadas y presentar un certificado del párroco que alegara una buena vida y costumbres de la aspirante. En estos momentos las enseñanzas, cuya duración abarcaría cuatro semestres, eran autorizadas en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid, debiendo impartirse en Casas de maternidad u hospitales con sala de partos (Ministerio de Fomento, 1861).

Posteriormente, el Decreto del Ministro de Fomento, Manuel Ruiz Zorrilla, de 21 de octubre de 1868 declarará la libre enseñanza en todos sus grados, estableciendo en su artículo 6 que "Todos los españoles quedan autorizados para fundar establecimientos de enseñanza" (Ministerio de Fomento, 1868). Esta nueva legislación supondrá no sólo que la formación de las matronas pueda llevarse a cabo en un mayor número de ciudades y pueblos, sino que además éstas podrán incorporarse como docentes dentro de un sistema formal de enseñanza. Sin embargo, para algunos autores y autoras la libertad de enseñanza supuso la disminución del rigor académico en la formación de las matronas, cuya asistencia no fue obligatoria, no figurando ningún manual específico (Linares Abad, 2009). La oportunidad de transmitir sus conocimientos de un modo reconocido sería breve ya que poco después, en 1886, un nuevo Real Decreto derogará los anteriores sobre libertad de enseñanza (Ministerio de Fomento, 1886).

A pesar de que los hombres se fueron introduciendo en el espacio femenino de la asistencia al parto, los preceptos de moralidad durante los nacimientos continuarán vigentes, de manera que la presencia de éstos queda reservada para determinados casos. En 1870 se publicó el libro *Examen de matronas conforme hoy son y conforme deben ser* primero escrito por una matrona, Francisca Iracheta y Arguiñarena, bajo la autorización de su marido, doctor en Medicina. En él, define el ámbito de actuación de la matrona dentro de los partos normales y justifica su presencia tachando de "inmoral" la asistencia del parto por un hombre, a no ser estrictamente necesario. El médico lleno de "conocimientos serios y profundos", sólo debía actuar en casos difíciles. Además, indica que la asistencia a los partos será uno de los pocos recursos de las mujeres para sobrevivir en caso de una situación familiar difícil. Si un médico acudía a un parto, la conducta de la matrona debía

ser la siguiente: explicar brevemente la situación, contestar posibles preguntas y o bien retirarse o bien continuar asistiendo el parto como mero auxiliar (Ortiz Gómez, 1999b).

En 1888 aparecerá la legislación que regulará el ejercicio de practicantes y matronas (Ministerio de Fomento, 1888) permaneciendo vigente hasta el 10 de agosto de 1904, momento en que mediante Real Decreto se establecieron las bases para la formación de ambas profesiones (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1904). Las matronas verían amenazado su campo de trabajo y competencias cuando en 1902 se creó el título de practicante autorizado para la asistencia de partos normales.

La Ley de Instrucción General de la Sanidad Pública regulaba en enero de 1904 por primera vez en nuestro país el ejercicio profesional de las matronas y reconocía la legitimidad de sus títulos (Ministerio de la Gobernación, 1904). Unos meses después y por Real Decreto se ofrecía la opción de obtener el título de matrona de forma oficial y no oficial, debiendo matricularse las aspirantes en las Facultades de Medicina en dos libros de matrícula diferentes, uno para cada modalidad. Los requisitos que se exigían nuevamente aludían no sólo a cualidades profesionales sino también de orden social y moral: ser mayor de edad (la mayoría de edad según el artículo 320 del Código Civil de 1889 se fijaba en esos momentos en 23 años), tener aprobada la Enseñanza Primaria Superior en una Escuela Normal de Maestras y la autorización del marido en caso de ser una mujer casada. Con respecto a la edad, mientras este Real Decreto, en su artículo 11 permitía el acceso de las mujeres a la carrera de practicante exigiéndoles, igual que a los practicantes hombres solamente haber cumplido dieciséis años, en el caso de las matronas, como ya hemos mencionado anteriormente el acceso a la formación no era posible hasta los 23 años, lo que haría patente la desigualdad en los criterios de acceso de éstas frente a otras profesiones mayoritariamente masculinas.

El título se obtenía tras dos cursos académicos, previo pago de 15 pesetas en concepto de derechos de inscripción de matrícula por curso y la realización de tres exámenes. Uno al finalizar cada curso, debiendo abonar 5 pesetas por los derechos de examen y un examen general de reválida teórico- práctico final, debiendo abonar en este caso 25 pesetas por los derechos de examen. En ambos cursos era obligatorio asistir a la Clínica de Obstetricia para hacer prácticas, en el caso de las alumnas no oficiales, las prácticas podían realizarse en la Clínica de Obstetricia de una Facultad de Medicina o en Casas de Maternidad oficiales. Era necesario un certificado acreditativo de haber realizado dichas prácticas del catedrático o médico jefe para poder realizar los exámenes de cursos (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1904). Desde el curso 1917-1918 se podrá estudiar la carrera de matrona en diez Facultades de Medicina (Siles González, 2011) distribuidas a lo largo de la geografía española: Barcelona, Cádiz, Granada, Madrid, Salamanca, Santiago, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza.

Mediante Real Orden de 11 de septiembre de 1926, se amplió la formación imprescindible para poder inscribirse en el primer curso de practicantes y matronas, de modo que a partir del curso 1928-1929 será necesario estar en posesión del título de Bachiller Elemental (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1926).

La Casa de Salud de Santa Cristina, donde figurará la primera Escuela de Matronas, abriría sus puertas el 28 de junio de 1924. Los requisitos para el acceso a esta Escuela, serán tener entre 18 y 30 años, ser soltera o viuda, tener buena salud y aptitud física, garantía suficiente de moralidad, autorización legal en caso de ser menor de edad y una instrucción elemental y suficiente (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1925). Esta Escuela será un referente para la formación de matronas venidas desde todos los puntos de España y por supuesto, para las matronas murcianas que forman parte de esta

investigación, ya que una gran parte de ellas obtuvieron su titulación en esta institución. En 1931, la Escuela especial de Matronas de Santa Cristina quedo adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1931).

Para acceder a los itinerarios formativos y la obtención del título de matronas se exigieron gradualmente unos criterios académicos más estrictos. De tal manera la Orden de 13 de diciembre de 1934, dispuso que para cursar los estudios de practicante y matrona era necesario tener aprobados los tres años de Bachillerato, de acuerdo al plan de 1934, y haber superado el examen de reválida correspondiente (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1934).

En 1940 se publicaría la Orden que marcará el punto de arranque de esta investigación. Desde ese momento y con el objetivo de adaptar la carrera de matrona a los nuevos planes de estudio, concretamente al nuevo plan de estudios de 1938 que reformaba la Segunda Enseñanza, se exigiría para acceder a la carrera de matrona haber cursado los 3 años de Bachillerato en los Institutos Nacionales de Enseñanza Media o Colegios legalmente reconocidos, así como la asignatura de Ciencias Naturales en la parte que afecta a Fisiología e Higiene (Ministerio de Educación Nacional, 1940b). Pocos meses antes, concretamente el 1 de marzo de 1940, la Casa de Salud de Santa Cristina se establecerá como Escuela Oficial de Matronas (Ministerio de Educación Nacional, 1940a).

En definitiva queda constancia del modo en que a la profesión matrona, por tratarse de una profesión femenina, se le ha exigido una serie de requisitos legislativos desiguales con respecto a otras profesiones; tanto la edad mínima de las aspirantes, como la necesidad de una autorización marital y las cualidades de orden moral para el acceso a la formación como matronas, continuará apareciendo en los textos legislativos que se irán sucediendo.

Tras el análisis de estos acontecimientos acaecidos a lo largo de la historia algunos/as autores/as han señalado la naturaleza doméstica de los cuidados ejercidos en el ámbito privado y su consideración de rol “natural” femenino como causa durante siglos de su desvalorización y por tanto su posición fuera del interés de la ciencia, lo que desencadenó en una escasa formación del colectivo de matronas. Sin embargo, la incursión de los hombres convertiría la asistencia al parto en dominio público movido por multitud de intereses, justificando su presencia en la mejora de la asistencia en un oficio realizado por mujeres desde siempre y pasando a ejercer un control sobre la formación y ejercicio de éstas que tuvo importantes repercusiones redefiniendo los conceptos y el estatus de las matronas (Siles González, 2011).

CAPÍTULO 3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer los cambios culturales acaecidos durante el período histórico que abarca esta investigación resulta esencial para contextualizar el tiempo que les tocó vivir a nuestras protagonistas. Dentro de ellos, nos centraremos fundamentalmente en los que se refieren a la situación de hombres y mujeres durante los años 1940-1977. Consideramos que gran parte de la actividad de las matronas y sus vivencias se verán influenciadas por muchos de estos aspectos contextuales así como los cambios en las políticas sanitarias que irán surgiendo conforme avanza el siglo XX, siendo primordial indagar en ellos para comprender gran parte de los acontecimientos narrados por las entrevistadas.

3.1 CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO-POLÍTICA Y ECONÓMICA DEL TIEMPO VIVIDO POR LAS MATRONAS MURCIANAS (1940- 1977).

Tras el final de la Guerra Civil (1936-1939), nos encontramos con una España donde el hambre y la pobreza es el día a día de una gran parte de la población. Desde 1939 a 1975 España vivirá bajo el gobierno del General Franco (Ocaña, 2007).

Durante la Guerra Civil, Murcia permaneció en la retaguardia, no produciéndose combates ni batallas dentro de su territorio, a excepción de Cartagena, cuya base naval será uno de los lugares convertidos en blanco de bombardeos. A pesar de eso, los efectos catastróficos se hicieron sentir en la Región de un modo indirecto en forma de hambre, miedo, enfermedades e inseguridad. Los colectivos y familias murcianas acogieron en sus hogares a refugiados llegados desde otras zonas de España, obedeciendo así las ordenes plasmadas en el bando del gobernador civil de Murcia en marzo de 1937, Antonio Pretel

Fernández, que señalaba la obligación de alojar a un refugiado por cada familia (González Castaño, 2009).

Durante los años cuarenta, Murcia sufrirá una crisis sobre los sectores más dinámicos de su economía, entre los que se encontraba la agricultura especializada de regadío y la industria agroalimentaria, sectores muy vinculados al comercio exterior durante la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX (Martínez Martínez, 1998). Así, el comienzo de la II Guerra Mundial en 1939 supondría, debido al bloqueo internacional del país, la ruptura del proceso de modernización y el regreso a la agricultura tradicional para obtener alimentos básicos, con el consecuente retroceso de la actividad industrial. Ante la falta de azúcar y envases, la industria conservera dará paso a la seda, esparto y algodón para consumo nacional (Rodríguez Llopis, 2008).

La población murciana desde comienzos del siglo XX irá perdiendo gradualmente representatividad en el panorama nacional. La salida masiva de murcianos en busca de trabajo a distintas zonas del país, siendo Cataluña uno de los destinos principales, supondrá una vía de escape que mermará la población en la provincia hasta los años setenta, momento en que se invertirá la tendencia como consecuencia del cambio en los saldos migratorios y la caída de la natalidad a nivel nacional mientras las cifras en Murcia se mantienen constantes (Martínez Martínez, 1998).

***Tabla 2*. Número de habitantes y crecimiento de la población en Murcia y España (1940-1981).**

	Murcia		**España**		**% Murcia/España**
Años	Habitantes	Crecimiento	Habitantes	Crecimiento	Representatividad
1940	731.221	12,15 %	26.386.854	9,82%	2,77%
1950	755.850	3,37%	28.172.268	6,77%	2,68%
1960	803.086	6,25%	31.071.747	10,29%	2,58%
1970	832.047	3,61%	34.117.623	9,80%	2,44%
1981	955.487	14,84%	37.682.355	10,45%	2,54%

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Instituto Nacional de Estadística.)

Durante los años siguientes a la contienda, alcaldes y gobernadores civiles velarán, mediante la emisión de abundantes circulares, por la decencia y moralidad de las relaciones sociales. Así, el gobernador civil de Murcia el 15 de julio de 1943 publicaría un decreto en el que recogía las pautas para vestir y comportarse de un modo decoroso en playas, cine, piscina o bailes públicos. Mientras tanto, los españoles y españolas guardaban colas para conseguir los productos controlados por las cartillas de racionamiento, que se mantendrían hasta 1952. Algunos agricultores, ante los bajos precio pagados por los alimentos cultivados, guardarían una parte para intercambiar por otros productos o venderlos a precios más altos a espaldas del Estado; era el estraperlo, fuente económica mediante la que sobrevivirían muchos españoles durante esos años (González Castaño, 2009).

Durante los años cincuenta se inicia la paulatina apertura al exterior y con ella la liberalización de la economía (González-Ares Fernández, 2002). En julio de 1959 las Cortes dieron el visto bueno al Plan Nacional de Estabilización Económica, poniendo fin a la política autárquica seguida hasta entonces. Murcia aprovechará, al igual que el resto de provincias españolas, las nuevas oportunidades surgidas por la apertura a los mercados exteriores (González Castaño, 2009). La inauguración en 1963 del embalse del Cenajo por parte de Franco y el regadío con provisiones de agua subterránea, dará inicio a la modernización del sector agrario murciano con un mayor rendimiento de las tierras. Entre 1960 y 1975 se produce un aumento exponencial de la mecanización y consumo de abonos y productos fitosanitarios, con el consiguiente aumento de rentabilidad, propiciado por el desarrollo de nuevos cultivos. En 1979 el trasvase de agua del Tajo al Segura sería el motor definitivo del desarrollo agrario (Rodríguez Llopis, 2008). Estos avances en el sector, unidos al progreso de la construcción y la industria, harían que el crecimiento

medio anual del producto interior bruto de la provincia entre 1960 y 1975 fuera superior al de España (González Castaño, 2009).

En 1969, Franco designará como sucesor a título de Rey a D. Juan Carlos de Borbón. Las primeras elecciones libres, de junio de 1977, serán ganadas por la Unión del Centro Democrático con Adolfo Suárez a la cabeza (Villani, 1997).

En definitiva, lo relevante para nuestra investigación será el modo y forma en que todos estos acontecimientos vienen a influir en la trayectoria y vivencias de las matronas, dentro de un contexto de cambios que se irán sucediendo y a los que tendrán que adaptarse.

3.2 CONTEXTUALIZACIÓN SANITARIA DEL TIEMPO VIVIDO POR LAS MATRONAS MURCIANAS (1940- 1977).

Las situaciones a las que se enfrentaron las matronas murcianas en el ejercicio de sus tareas estarían enormemente influenciadas por la realidad sanitaria de hombres y mujeres durante esos años. En consecuencia, la contextualización sanitaria del tiempo vivido por estas profesionales nos permitirá en muchos casos comprender el modo en que trabajaron y las decisiones que tomaron.

La sanidad murciana desde los inicios del siglo XX girará en torno a dos instituciones básicas: la Real Academia de Medicina y el Hospital Provincial (1837) (Martínez Hernández, 2009). El Hospital Provincial será un centro benéfico del que dependerá casi la totalidad de la asistencia sanitaria regional, caracterizada por la pobreza y falta de recursos. Las grandes epidemias, que se habían ido sucediendo una tras otra desde finales del sigo XIX, como la del cólera en 1885 o el tifus exantemático en 1911, agravarán la situación de escasez durante las primeras décadas del siglo XX (López Montesinos, 2005).

A partir de los años cuarenta, punto de inicio de esta investigación, se estableció en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Su implantación por la Ley del 14 de diciembre de 1942 garantizaría una cobertura pública mínima asistencial y de provisión de medicamentos a los/as trabajadores/as con menos recursos y a los familiares a su cargo (Terés Quiles, 2013). Más adelante, junto al Seguro Obligatorio de Enfermedad, la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944 (Jefatura de Estado, 1944) vendría a reformar el sistema sanitario público marcando las directrices en materia sanitaria hasta la aparición en 1977 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (Fernández Nafria & Viviente López, 2013).

Hasta ese momento, la asistencia sanitaria para las personas con mayores bienes económicos era de carácter privado, de modo que, ante la situación de enfermedad solicitaban los servicios médicos al profesional, pagándole directamente los honorarios. Para el resto de personas sin recursos, se recurría a la asistencia médica caritativa a través de la Beneficencia (Fernández Nafria & Viviente López, 2013). Desde 1933 la Beneficencia fue competencia de los subdelegados/gobernadores provinciales, surgiendo dos tipos: la Beneficencia oficial o general, que comprendía los establecimientos Generales del Estado, Provinciales o Municipales y la Beneficencia particular que englobaba todas las instituciones creadas con bienes privados surgidas por voluntad de distintos fundadores (Enseñat Calderón & Montojo Montojo, 2003).

Previo a la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, concebido como instrumento para atender la salud individual de los/as trabajadores/as, se entendía que la responsabilidad del Estado en materia sanitaria comprendía únicamente el control de enfermedades muy prevalentes o de gran repercusión social, como la tuberculosis, y aquellos aspectos que pudieran afectar a la salud pública a nivel colectivo (Terés Quiles,

2013). La atribución al Estado de una función sanitaria pública aparece ya reflejada en la primera Ley de Sanidad de 1855. Posteriormente, las políticas sanitarias de principios de siglo también harían alusión a la obligación del Estado de velar por la salud pública; tanto en la Instrucción General de Sanidad de 1904, como en los Reglamentos de Sanidad Municipal y provincial de 1925, se encomendaría a los ayuntamientos la vigilancia de los establecimientos benéficos y la organización de la asistencia domiciliaria para los enfermos más pobres (Redondo Rincón, 2012).

De acuerdo a los planteamientos de Redondo Rincón (2012), para lograr la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad y su organización fue fundamental la participación de los/as profesionales que años antes había ido ocupando los municipios, reticentes en algunos casos a las mejoras sociales en prestaciones sanitarias por considerarlas una amenaza para sus ingresos. Contar con su colaboración pasó por atender algunas de sus reivindicaciones previas, entre las que se encontraba adquirir la categoría de funcionarios técnicos del Estado. Por este motivo, en 1935 se publicará el Reglamento del Cuerpo de Practicantes de Asistencia pública domiciliaria (APD) y el de Matronas Titulares Municipales, a partir del cual todas las matronas que prestaban servicios a la Beneficencia municipal de los Ayuntamientos pasarán a formar parte del Escalafón de Matronas Titulares Municipales considerándose funcionarias del Estado y pasando a percibir sus haberes a través de las Juntas de Mancomunidades Sanitarias provinciales (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, 1935).

La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad fue posible en base a una estructura sanitaria pública desarrollada anteriormente, mediante un sistema de acuerdos y conciertos con en Instituto Nacional de Previsión. Para organizar sus servicios médicos contaron con muchas de las entidades privadas, como mutualidades o cajas de empresas,

surgidas por la demanda de los obreros durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX. Sin embargo, la organización de la atención médica asistencial y el surgimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad irían, desde la visión de algunos/as autores/as, acompañados no sólo de un fin sanitario, sino también político al intentar con su promulgación mejorar la opinión de los trabajadores hacia el régimen franquista. Aunque el Instituto Nacional de Previsión fue designado como administrador, los servicios médicos serían asignados con carácter general a la organización sindical falangista "Obra sindical Dieciocho de Julio", situación que permitiría ejercer cierto control sobre los trabajadores (Redondo Rincón, 2012). Así, el artículo 27 de la Ley del Seguro Obligatorio dictaba lo siguiente:

> La prestación de los servicios médicos del Seguro se realizará a través de la "Obra Dieciocho de Julio", excepto cuando en virtud del concierto directo con el Instituto Nacional de Previsión corra a cargo de instituciones dependientes del Estado, Provincia o Municipio, o, en su caso, instituciones públicas o privadas. En este último supuesto deberá preceder informe favorable de la "Obra Dieciocho de Julio" (Jefatura del Estado, 1942).

No obstante, el número de familias que pudieron acogerse en un inicio al Seguro de Enfermedad fue reducido, en 1953 la cifra de beneficiarios no rebasaba el 29% de la población (Siles González, 2011). De este modo, la asistencia médica no llegaba por igual a todos los ciudadanos, en ocasiones, el trabajo eventual o una actividad laboral no registrada, dificultaba el acceso a las prestaciones sanitarias, que era compensada en cierta medida por la Beneficencia y la solidaridad de la población (Castaño Molina, 2009).

Dentro del contexto de los años de posguerra, la preocupación principal del Régimen girará en torno a la baja natalidad y la elevada mortalidad infantil, atribuida en muchos casos a la ignorancia de las madres, convirtiendo en uno de sus objetivos primordiales el incremento de la población mediante la puesta en marcha de medidas

legislativas y acciones dirigidas a la protección de la maternidad y la capacitación de todas las mujeres en el cuidado de sus hijos/as (Bernabeu Mestre, 2002; Salazar Agulló, 2009). Siglos antes habían surgido tanto en España como en el resto de Europa las "Casa de Maternidad" o "Maternidades" cuyo cometido será acoger los partos de las mujeres pobres y clase social más baja (García Martínez, 2008). Desde 1928 sería obligatoria la existencia de plazas de matrona o partera para el servicio de Beneficencia municipal, a cargo de los ayuntamientos, que asumiría la asistencia gratuita a las embarazadas con menos recursos (Ministerio de la Gobernación, 1928). Un año después, la publicación del Real Decreto-Ley en 1929 que establecía el Seguro Obligatorio de maternidad (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1929) y el Reglamento General del Régimen Obligatorio del Seguro de Maternidad de 1930 (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1930) ampliaría el campo de actuación de las matronas ya que, a partir de su implantación, garantizaría a todas las obreras asalariadas entre 16 y 50 años inscritas en el Régimen obligatorio de Retiro obrero la asistencia gratuita en el parto por comadrona o médico, así como materiales, medicinas y analíticas gratuitas en las farmacias.

Tras la Guerra Civil y de acuerdo a la inquietud del Régimen franquista por la situación demográfica del país, se promulgaría la Ley de 12 de julio de 1941 de Sanidad Infantil y Maternal en cuyo preámbulo se indicaba como uno de los propósitos fundamentales combatir el "problema de población" con acciones encaminadas principalmente en dos direcciones: por un lado fomentar la nupcialidad junto a la natalidad y por otro reducir la mortalidad materno- infantil:

> La mortalidad materna e infantil ha mejorado notablemente en España en los últimos cuarenta años. No obstante, deseoso el Gobierno de mejorar en lo posible los factores demográficos positivos, estimulando la nupcialidad y natalidad, y combatir eficazmente los factores negativos del problema de población, aspira a reducir al mínimo la mortalidad

> materna e infantil, intensificando las obras de asistencia médica a ello encaminadas, encuadrándolas en el marco de los Servicios de Sanidad Nacional (…) (Jefatura de Estado, 1941).

Igualmente, la Base decimocuarta de la Ley de Bases de 1944 se referirá a la sanidad maternal e infantil, aludiendo a la creación de dispensarios y hospitales maternales como una de las herramientas para reducir la mortalidad de madres y niños/as:

> En la lucha contra la mortalidad infantil y maternal se tendrá muy presente el crear y sostener servicios dispensariales y hospitalarios de maternología, sobre todo en las grandes ciudades, con número de camas proporcional al de sus habitantes (Jefatura de Estado, 1944).

Sin embargo, a pesar de las iniciativas pronatalistas puestas en marcha, desde los años cuarenta se producirá un descenso de la natalidad a nivel nacional, aunque Murcia siempre se mantendrá con cifras superiores al resto de España, situándose entre las provincias con un mayor número de nacimientos. Esta circunstancia, desde nuestro punto de vista, influiría en la identidad de las matronas murcianas como profesionales indispensables y muy demandas por la comunidad, ya que ejercerán en un territorio caracterizado por cifras elevadas en cuanto al número de partos, situación vigente hasta la actualidad:

***Tabla 3*. Coeficiente de natalidad (*) en Murcia y España (1940-1975).**

Año	Natalidad en Murcia	Natalidad en España
1940	31,11	24,37
1945	26,62	23,06
1950	22,11	20,06
1955	22,74	20,44
1960	24,00	21,60
1965	25,21	21,13
1970	23,58	19,50
1975	22,29	18,87

(*)Coeficiente de Natalidad= cociente entre el número de nacidos vivos en un año y la población estimada a 1 de julio de ese año. Las cifras se expresan en tantos por mil.
(Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Instituto Nacional de Estadística.)

El descenso de la natalidad iría acompañado, tanto en Murcia como en el resto de España, de una disminución progresiva de la mortalidad infantil conforme avanzaba el siglo XX, sin embargo, a partir de los años sesenta las cifras de mortalidad entre los niños y niñas de la Región se mantendrán por encima de la media nacional:

Tabla 4. **Mortalidad infantil (*) en Murcia y España (1940-1975).**

Año	Mortalidad infantil en Murcia	Mortalidad infantil en España
1940	9,99	10,87
1945	6,52	8,49
1950	5,89	6,42
1955	4,96	5,09
1960	4,16	3,53
1965	3,76	2,95
1970	3,01	2,08
1975	2,33	1,21

(*)Mortalidad infantil= número de fallecidos de menos de un año por 100 nacidos vivos.
(Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Instituto Nacional de Estadística.)

En 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social ampliará la cobertura pública y propiciará la creación de una red hospitalaria de la Seguridad Social dando origen a la configuración de un modelo sanitario de carácter universalista. El Estado será responsable de una asistencia sanitaria considerada ahora un derecho del individuo (Linares Abad, 2008a). Los años sesenta supondrán el inicio de la gran revolución de la sanidad española, iniciándose así la explosión hospitalaria que modificaría tanto la concepción de la salud-enfermedad como el modo en que los/as profesionales, entre los que se encontraban las matronas, prestarían su asistencia integrándose dentro de estas instituciones.

A finales de los años sesenta, la atención hospitalaria murciana prestada por el Hospital Provincial y algunos sanatorios privados que habían establecido concierto con la Seguridad Social, como La Fuensanta, Mesa del Castillo o San Carlos, resultarían insuficientes ante el aumento de la demanda asistencial, siendo imprescindible la

inauguración en 1967 del primer hospital de la Seguridad Social en Murcia; la Residencia Virgen de la Arrixaca, a la que seguirían durante los años setenta varios nuevos centros hospitalarios repartidos por el territorio murciano (Fernández Nafria & Viviente López, 2013).

3.3 LOS ROLES DE GÉNERO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO (1940-1977).

Aunque nuestra investigación arranca en los años cuarenta, es necesario remontarnos unos años antes, ampliando así nuestro marco temporal, para comprender la configuración del contexto educativo en el que crecerán nuestras protagonistas, especialmente las de mayor edad, cuya infancia se desarrollará desde finales de los años veinte. Estas matronas, heredarán el legado de varias órdenes y decretos que desde la segunda mitad del siglo XIX, resultarán decisivos en la formación de niños y niñas.

La Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano en 1857 extendió la Primera Enseñanza a toda la población, dándole un carácter obligatorio desde los seis a los nueve años (Ministerio de Fomento, 1857). Tras su entrada en vigor, padres o tutores debían enviar a sus hijos e hijas a las escuelas, recibiendo amonestación en caso de no hacerlo, excepto cuando no existía escuela en el pueblo o alrededores o cuando estos/as niños/as recibían una instrucción suficiente en su propia casa.

Aunque esta ley supuso grandes avances, siendo identificada como la más influyente en materia educativa en el siglo XIX, también fue un ejemplo de desigualdad entre hombres y mujeres ya que los ayuntamientos debían crear escuelas separadas para niños y niñas en todos los municipios de más de 500 habitantes (Del Amo, 2009). Además, la educación impartida tuvo contenidos totalmente diferentes; mientras a los niños se les preparó para su incorporación al mundo laboral, formándolos en materias como

agricultura, industria o comercio, a las niñas se les adiestró para desempeñar las labores propias del hogar con el objetivo de convertirlas en unas buenas madres y esposas, afianzando así el modelo de mujer tradicional (Scanlon, 1987). Si bien se reconoció que las mujeres podían y debían ser educadas, persistió la idea de una "naturaleza" diferente a la del hombre, quedando de este modo justificada una formación desigual para ambos en los textos de la época (Querol & Triviño, 2004).

Pese a que esta ley estableció la educación como obligatoria para todos, la realidad fue otra muy distinta. Debido tanto a la escasez en la oferta como en la demanda de puestos en las escuelas, únicamente poco más de la mitad de los niños y niñas en edad escolar estaban matriculados (Ruiz de Azúa, 2000). Su ausencia en las aulas se verá traducida en una elevada tasa de analfabetismo; en 1860 un 68% de los hombres y un 81% de las mujeres no sabían leer ni escribir (Gómez-Ferrer Morant, 2011). En estos momentos la mayor parte de mujeres que podían recibir una educación pertenecían a clases medias o altas, recurriendo en muchos casos a institutrices o educadores privados (Querol & Triviño, 2004). Éstas aprendían tareas enfocadas a la utilidad doméstica con el objetivo de convertirlas en buenas amas de casa, capaces de vivir con un sueldo modesto dentro de un hogar sencillo. Sus enseñanzas comprendían lectura, escritura, bordado, costura, moral, religión y principios de economía, para administrar y sacar el máximo provecho a los salarios de sus futuros esposos. En casos excepcionales, podían recibir nociones sobre geografía, historia e idiomas como el francés, además de las denominadas "asignaturas de adorno" que comprendían la música y el dibujo (Sánchez de Andrés, 2011).

Durante el primer tercio del siglo XX se intentará extender y mejorar la calidad de la Instrucción Primaria como herramienta sólida y necesaria para mejorar la economía de la sociedad española y como base para una posterior educación superior, intento que

tardaría en hacerse efectivo debido a la inestabilidad política y la falta de presupuesto y soporte legislativo. Mientras las niñas de familias más pobres debían acudir a trabajar a la industria, campo o servicio doméstico, las de familias de clase media recibían de sus madres los saberes necesarios para la vida adulta, considerando más rentable dirigir cualquier tipo de inversión en educación sobre los hijos varones. De este modo el absentismo escolar femenino será muy elevado (Del Amo, 2009).

Entre 1920 y 1935 el gasto en Instrucción Primaria se multiplicó en 2,5. Bajo la II República el aumento de escuelas, maestros y material educativo, junto a una mayor calidad de la enseñanza, supondrá una mejora en el nivel académico de la población (Núñez, 2003); la Enseñanza Primaria, obligatoria y gratuita proclamará los principios de libertad de cátedra y laicidad. Sin embargo, poco después el Gobierno de Franco se marcará como objetivo la abolición de este modelo, convirtiendo la educación en instrumento para la transmisión de la ideología del Régimen; se establecerá la subsidiariedad del Estado y se definirá una enseñanza confesional católica, donde la Iglesia tomará las riendas diseñando una educación acorde al dogma y moral católica (Bussy Genevois, 1993).

El primer paso para la ruptura con el modelo republicano será la prohibición de la coeducación y por tanto la separación de hombres y mujeres en la Enseñanza Secundaria (Orden de 4 de septiembre de 1936), alegando motivos religiosos, biológicos, morales y pedagógicos. Posteriormente, la Ley de 1945 sobre Enseñanza Primaria justifica de nuevo la segregación de niños y niñas en las escuelas por “razones de índole moral y de eficacia pedagógica”. Las diferencias entre hombres y mujeres se entenderán como naturales y de acuerdo a la naturaleza de unos y otras se diseñará una educación distinta (Querol & Triviño, 2004). Por este motivo, durante el franquismo las “Enseñanzas del hogar” se

impartirán de un modo obligatorio tanto a las niñas en las escuelas como a las jóvenes aspirantes a un título universitario (Nuño Gómez, 2008). La separación entre niños y niñas, aparece reiteradamente en la legislación y textos educativos, teniendo un recorrido que se prolongará en nuestro país hasta los años 70 (Flecha García, 1989). Querol y Triviño (2004) recogen desde el ámbito religioso un fragmento donde Domínguez, autor jesuita, exponía en 1948 los motivos que desde su visión justificarían esta separación:

> Estos razonamientos nos llevan a aceptar las siguientes conclusiones sobre la educación femenina: 1) la mujer tiene el mismo derecho a la educación que el hombre, y a que, en lo esencial, la educación de uno y otra sea la misma. 2) Las diferencias que la naturaleza ha puesto en la constitución del hombre y de la mujer exige diferencias importantes en su educación. 3)…ahora bien, si la educación del hombre y de la mujer han de ser diversas, la coeducación, que tienen algunos partidarios entre los pedagogos modernos, es un sistema educativo que pugna con las diferencias naturales que existen entre el hombre y la mujer. La coeducación va contra el principio de adaptación individual de la pedagogía moderna. La coeducación tiene además muchos peligros de orden moral, que tristes experiencias atestiguan (Domínguez, 1948 en Querol & Triviño, 2004, p.41).

La Sección Femenina se encargará de gran parte de la formación de las que serán las futuras maestras, encomendándoles como misión la trasmisión a las niñas de su papel secundario en la sociedad (Del Amo, 2009). El objetivo sería la "creación de mujeres hogareñas, familiares y sumisas" (Folch, 2001) que en un futuro se convertirán en "buenas madres", exigiéndoles no sólo el cuidado de sus hijos e hijas, sino la transmisión de los valores del Régimen (Ortiz Heras, 2006; Ramblado Minero, 2008).

A partir del final de la Guerra Civil y durante los años de la posguerra, la Instrucción Primaria de los niños y niñas ya no será una prioridad para el franquismo, quedando desatendida hasta los años 50, momento en que el Régimen comienza a preocuparse por las elevadas cifras de analfabetismo en el país (Núñez, 2003). Así pues, el

panorama educativo de España durante los años 30 y 40, tal y como refleja la siguiente tabla, no será demasiado alentador:

***Tabla 5*. Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en España. (Cursos 1935-36, 1940-41, 1945-46)**

Año escolar	Niños en edad escolar	Niñas en edad escolar	Niños matriculados	Niñas matriculadas	% de niños matriculados	% de niñas matriculadas
Curso 1935-36	2.366.596	2.399.719	1.270.766	1.231.556	53,7 %	51,3%
Curso 1940-41	2.015.473	2.066.173	1.194.983	1.215.157	59,3%	58,8%
Curso 1945-46	2.074.637	2.052.664	1.291.143	1.309.394	62,2%	63,1%

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico de España del INE.)

Según el Instituto Nacional de Estadística en el curso 1940-1941, los escolares matriculados en la Instrucción primaria oficial no alcanzaban el 60%; ahora bien, debemos tener en cuenta que la matriculación en las escuelas no se relacionaba directamente con la asistencia a clase diariamente. Como ejemplo, en ese mismo año la cifra de asistencia media de los matriculados fue tan sólo del 76 %. Durante el curso 1940-1941, la cifra de niños/as matriculados/as en la provincia de Murcia fue bastante inferior a la media nacional en ese mismo año:

***Tabla 6*. Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en la provincia de Murcia (Curso 1940-41).**

Año escolar	Niños en edad escolar	Niñas en edad escolar	Niños matriculados	Niñas matriculadas	% de niños matriculados	% de niñas matriculadas
Curso 1940-41	54.521	60.142	23.041	22.108	42,3%	36,7%

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico de España del INE.)

Sin embargo, si observamos únicamente los datos referidos a la capital, comprobamos cómo la matriculación de los niños y niñas en los colegios asciende de un

modo espectacular. Por tanto entendemos que el acceso a la formación era mayoritariamente en el contexto urbano frente a las zonas rurales:

Tabla 7. **Niños y niñas en edad escolar y matriculados en Instrucción Primaria Oficial en la capital de Murcia (Curso 1940-1941).**

Año escolar	Niños en edad escolar	Niñas en edad escolar	Niños matriculados	Niñas matriculadas	% de niños matriculados	% de niñas matriculadas
Curso 1940-41	13.200	13.700	10.245	7.832	77,6%	57,1%

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico de España del INE.)

La educación será misión del Estado junto a la familia y la Iglesia que cobrarán un gran protagonismo. De acuerdo a este principio, surgirá la Ley de 17 de julio de 1945 sobre Enseñanza Primaria, que además de reunir los contenidos del nacional-catolicismo, establecerá dos vías académicas; una etapa general de los 6 a los 10 diez años y otra especial de los 10 a los 12 años. Esta doble vía dividirá también a los/as alumnos/as en dos tipos; aquellos/as que a los diez años pasarán a iniciar el Bachillerato, como paso previo a los estudios universitarios y los que continuarán hasta los doce años en la Enseñanza Primaria como paso previo a la inserción en el mundo laboral (De Puelles Benítez, 1999).

Una vez superada la Instrucción primaria, la dificultad para la matriculación y asistencia de los niños y niñas a las escuelas, se vería agravada cuando llegaba el momento de su incorporación a la Segunda Enseñanza. En la mayoría de ocasiones suponía dejar la escuela del pueblo para acudir a un Instituto mucho más alejado, con mayor gasto económico y por consiguiente mayor sacrificio para las familias. En este sentido debemos recordar que se hallaban en años de posguerra y pocos hogares podían prescindir del dinero que suponía enviar a sus hijos e hijas a estudiar fuera de casa. En caso de hacerlo, este dinero iba dirigido en la mayoría de ocasiones a la educación de los hijos varones a modo de inversión, creyendo poder obtener mayores beneficios futuros (Grana Gil, 2007). Esta

creencia sería generadora de desigualdades en cuanto a las oportunidades de hijos e hijas para acceder a una formación académica, aspecto que influirá decisivamente en las matronas protagonistas de esta investigación como veremos más adelante.

Aunque el modelo educativo sufrió multitud de reformas durante la primera mitad de siglo, las leyes más importantes que afectarán a nuestras entrevistadas relacionadas con la enseñanza serán, en primer lugar la Ley de Reforma de Enseñanzas Medias de 20 de septiembre de 1938, en la que se establece una duración del Bachillerato de siete años con examen de Estado al término; en segundo lugar la reforma del Bachillerato de 1949, en la que se crea el Bachillerato Laboral elemental de cinco años y el superior de siete años de duración y por último y más importante, la Ley sobre Ordenación de la Enseñanza Media de 26 de febrero de 1953, en la que para acceder al Bachillerato se exige tener diez años y superar un examen. Éste queda dividido en dos grados; el elemental de 4 años y el superior de 6 años de duración, teniendo que realizar un examen de reválida al final del cuarto y sexto año (Moratalla Isasi & Díaz Alcaraz, 2008).

Los centros quedan divididos en oficiales, denominados Institutos Nacionales de Enseñanza Media y no oficiales, que incluyen los centros de la Iglesia y los privados. Esta ley también autorizaba la enseñanza libre, debiendo presentarse los/as aspirantes a examen ante los Tribunales de los Institutos Nacionales para revalidar cada curso y asignatura (Jefatura de Estado, 1953). En esos momentos, la enseñanza privada abarcaba la mitad de los/as alumnos/as de la Enseñanza Media frente a sólo un 17% que acudía a los Institutos de la red pública y un 32% que estudiaba de forma libre (Moratalla Isasi & Díaz Alcaraz, 2008).

La situación de pobreza que vive el país y el nivel de analfabetismo, unido a la difusión de la idea de que la mujer no necesitaba más allá de una educación elemental,

frenará el acceso de las jóvenes, sobre todo de zonas rurales y clases populares, a la Enseñanza Secundaria. Durante los años 40 aparecen multitud de publicaciones que entenderán el exceso de cultura en las mujeres como una amenaza contra su feminidad; el saber leer y escribir no era requisito indispensable para desempeñar su papel de madres y esposas (Grana Gil, 2007). La educación sería considerada un riesgo para la conservación del modelo tradicional de familia y la función reproductora de las mujeres dentro de ella. Por tanto, se cree innecesario el acceso de éstas al Bachillerato y mucho menos al ámbito universitario (Grana Gil et al., 2006). En consecuencia, se crea un círculo vicioso por el que las mujeres primero no recibían una educación, puesto que su misión en un futuro sería realizar las tareas propias de su sexo, y después se les negaría cualquier oportunidad laboral y social achacándolo precisamente a esa falta de educación (Alberdi, 1986).

En este sentido, echando un vistazo a la siguiente tabla comprobamos como la presencia de la mujer en las aulas se hace más extraordinaria conforme avanzamos en los niveles de formación; en el curso 1935-1936 las mujeres en el Bachillerato sólo constituían el 32,2 % frente al 67,8% de hombres; quince años después, en el curso 1950-1951, la presencia de las mujeres sólo se había incrementado en un 3%.

***Tabla 8*. Presencia de hombres y mujeres en la Segunda Enseñanza en España (Cursos 1935-36, 1940-41,1945-46 y 1950-51).**

Año escolar	Hombres	Mujeres	% de hombres	% de mujeres
Curso 1935-36	84.579	40.196	67,8 %	32,2%
Curso 1940-41	101.059	56.684	64,1%	35,9%
Curso 1945-46	128.568	66.173	66%	34%
Curso 1950-51	143.742	78.067	64,8%	35,2%

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico de España del INE.)

Con respecto a la Segunda Enseñanza en Murcia, nos encontramos con los registros de dos Institutos en la capital; el Instituto Alfonso X El Sabio, sólo para hombres en ese momento y el Instituto Saavedra Fajardo, únicamente para mujeres. En el Instituto Alfonso X aparecen en el curso 1950-1951 un total de 1585 hombres matriculados frente a 689 mujeres en el Instituto Saavedra Fajardo, lo que traduce que de los 2274 alumnos de Segunda Enseñanza matriculados en la capital, sólo el 30,3% eran mujeres. Si observamos las cifras en Cartagena y Lorca ocurre lo mismo, la presencia de las mujeres en la Segunda Enseñanza en ese curso resulta bastante inferior; en Cartagena el 31,6% y en Lorca el 27,1% del total de alumnos matriculados. Esta desproporción entre chicos y chicas dentro de las aulas sería vivida por las matronas entrevistadas en primera persona tal y como veremos en los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Por consiguiente, en cuanto al acceso de las mujeres a la enseñanza, Murcia seguirá la misma línea que el resto del país; la Segunda Enseñanza será sólo para unos pocos y de entre esos pocos las mujeres serán las que menos.

No será hasta 1969 cuando el conocido como *Libro Blanco de la Educación* señalará la escasa presencia y participación de las mujeres como uno de los fallos principales del sistema educativo español. En base a esto surgirá un año después la Ley General de Educación 14/1970 de 4 de agosto que romperá con la segregación de hombres y mujeres en las aulas, no siendo obligatoria su aplicación hasta el curso 84/85. Esta ley reconocerá la igualdad de oportunidades en materia educativa para ambos sexos (Del Amo, 2009).

En definitiva, las matronas murcianas se verán inmersas durante sus primero años de formación en un modelo educativo diseñado desde la desigualdad entre los roles de hombres y mujeres, circunstancia que suponemos decisiva en la configuración de su

identidad como mujeres y en la vivencia de los acontecimientos ocurridos durante esos años, haciéndose patente posteriormente la influencia de estos roles en la inserción de unos y otras en el mundo laboral.

3.4 LOS ROLES DE GÉNERO EN EL TRABAJO (1940-1977).

Con la proclamación de la II República y la Constitución de 1931, se instauraron una serie de políticas donde se reconoció el derecho de las mujeres a acceder a la formación, al trabajo y a mejores condiciones laborales (Ortiz Heras, 2006). Pero, si bien esto provocó que las mujeres vieran como posible la desaparición de las desigualdades que hasta entonces habían sufrido, poniéndose en marcha una serie de reformas, en la práctica no consiguieron desplazar el modelo de mujer tradicional, tan enraizado en la sociedad española (Gómez-Ferrer Morant, 2011). La maternidad se configurará como eje fundamental de la identidad de las mujeres. El proceso por el cual se convierten en madres pasará de considerarse un hecho exclusivamente femenino y cotidiano a convertirse en una tarea social de tal importancia que no puede dejarse exclusivamente en manos femeninas. En consecuencia será controlada y reglamentada por los hombres, justificando su presencia en los aspectos relacionados con la maternidad y el parto con el logro de los mejores resultados posibles en la salud de mujeres y niños (Salazar Agulló, 2009; Salazar Agulló et al., 2008). La clase médica influirá de un modo decisivo en la configuración de la identidad cultural de las mujeres y su función social como madres, difundiendo un discurso de género fundamentado en la reconceptualización de la maternidad como misión y deber femenino ineludible. Igualmente, jugarán un papel decisivo en la medicalización y "profesionalización" de la maternidad a partir de la Maternología (ciencia de la concepción, embarazo y parto) cuyo contenido y objetivos irán enfocados principalmente a lograr la supernatalidad y un descenso de la mortalidad, centrando sus enseñanzas en la

cultura femenina sobre la infancia y la higiene (Nash, 1993). En palabras de Mary Nash (1993, p.628):

> En la mentalidad de la época existió una clara diferencia entre los roles sociales de hombres y mujeres. La maternidad y la perpetuación de la especie representaba la "suprema misión" de la mujer, su único destino y medio de autorrealización reconocido en las pautas culturales.

En esta misión asignada a las mujeres, las matronas, como profesionales en torno al nacimiento y la maternidad serán consideradas piezas fundamentales en la trasmisión de pautas a las futuras madres sobre los cuidados a recién nacidos para garantizar la supervivencia de futuras generaciones, tal y como veremos más adelante en la exposición de los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Durante estos años se retorna a la imagen decimonónica tradicional de la mujer como "ángel o fuego del hogar", de la "perfecta casada" siendo el modelo de mujer ideal el más parecido posible a María, Madre de Dios, cuya persona encarna virtudes como la pureza, la dulzura, la bondad, la entrega o la abnegación (Núñez Gil & Rebollo Espinosa, 2006).

Desde la prioridad otorgada al rol social de la maternidad, cualquier otra actividad o trabajo femenino remunerado se considera accesorio. A partir de esta argumentación, el cometido dentro del hogar como amas de casa, cuidadoras y educadoras de sus hijos e hijas será exaltado y manifestado como una tarea digna y de importancia (Domínguez Prats & García-Nieto París, 2009; Ortiz Heras, 2006).

En consecuencia, las nuevas leyes destruirán todos los intentos de igualdad promulgados durante la II República, reforzando y regulando legalmente la división sexual del trabajo (Nuño Gómez, 2008). Se restablecerá el Código Civil de 1889, poniéndose en marcha una política natalista y protectora de la familia limitando el trabajo de las mujeres a

través del Título II del *Fuero del Trabajo* de 1938 donde se recoge que "El Estado (…) en especial prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres y niños, regulará el trabajo a domicilio y libertará a la mujer casada del taller y de la fábrica" (Jefatura de Estado,1938a) concediendo a cambio subsidios familiares, premios a la natalidad y privilegios para las familias numerosas (Iglesias de Usell & Meil Landwerlin, 2001; Scanlon, 1986). Del mismo modo y con el objeto de mantener a las mujeres en casa, se ponen en macha otras medidas como un plus económico a las familias donde únicamente trabajaba el hombre, la obligación de la mujer de abandonar el trabajo al casarse y la prohibición de desempeñar determinadas ocupaciones masculinas reservadas únicamente a los hombres (García- Nieto París, 1993). Durante el franquismo, la separación entre lo público y privado cobra gran fuerza; así, en el caso de las mujeres se reforzará la dicotomía público-negativo y privado-positivo, redefiniendo sus deberes sociales y domésticos y promocionando la desigualdad de género (Di Febo, 2006). Cuando éstas trabajaban por necesidad, en ocasiones el trabajo cobraba un sentido negativo, es decir, de acuerdo a la mentalidad de la época, el acceso de las mujeres a una actividad asalariada fuera del hogar era signo de "degradación" ya que se entendía como una incapacidad del cabeza de familia para mantener a los suyos. Además, las casadas que accedían a una ocupación asalariada, eran acusadas de no saber ajustarse y administrar el sueldo de sus maridos atraídas por bienes innecesarios (Di Febo, 2003).

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, el Papa Pío XI en su Carta Encíclica Quadragésimo Anno calificará el trabajo de las madres fuera de casa, debido a la ausencia o bajo salario de sus maridos, como de "horrible abuso":

> Las madres de familia trabajarán principalísimamente en casa o en sus inmediaciones, sin desatender los quehaceres domésticos. Constituye un horrendo abuso, y debe ser eliminado con todo empeño, que las madres de familia, a causa de la cortedad del sueldo del padre, se vean en la precisión de buscar un trabajo remunerado fuera del hogar, teniendo que

> abandonar sus peculiares deberes y, sobre todo, la educación de los hijos (Pío XI, 15 de mayo de 1931).

La identificación del trabajo femenino con la incapacidad del cabeza de familia y el abandono de las tareas de educación y crianza en el hogar, tuvo como consecuencia el intento de invisibilizar en cierto modo la actividad de las mujeres a lo largo de la historia, quedando constancia sólo de una pequeña parte de este trabajo. En 1940 la presencia de las mujeres en el mundo laboral se sitúa en un 8%, pero teniendo en cuenta que esta cifra no incluye ni el servicio doméstico ni el trabajo remunerado en el propio domicilio ni el realizado en el campo dentro de la familia o fuera de ella, podemos suponer que el trabajo real de éstas fue mucho mayor (Gómez-Ferrer Morant, 2011).

De acuerdo al análisis llevado a cabo por Del Amo (2009), la regulación en 1957 del Bachillerato Laboral Femenino responderá a una nueva sensibilidad no tan reacia ya a que las mujeres, esencialmente jóvenes y solteras de clase media, trabajaran fuera de casa. Eso, unido al aumento de demanda en determinados puestos de trabajo femenino surgidos por el desarrollo industrial, el crecimiento económico, el deseo de ocupar sectores que requerían una mayor cualificación y la transformación en los roles de género, causará un incremento gradual de la presencia de mujeres en el mundo académico y laboral (Nuño, Gómez, 2008).

Esto provocó el surgimiento de un polémico debate centrado sobre todo en las mujeres casadas, pero también en todas aquellas con algún miembro de la familia a su cargo, ya que algunos sectores defenderían el cuidado de éstos como su labor primordial e incompatible con rol de mujer trabajadora. En estas circunstancias el trabajo se vio como amenazador de la función asignada a las mujeres en cuanto a cubrir las necesidades materiales y espiritual de hijos/as, esposos o padres. La ausencia de las mujeres durante el

tiempo de trabajo y la falta de cobertura de esas necesidades como consecuencia de su ausencia podían suponer el final de la unión familiar:

> Es cierto que no hay hogar que no esté gobernado por una mujer. Puede ser la esposa, la madre e incluso la hija soltera. No puede ser discutido que cumple la mujer en su hogar una indudable función social. No solamente se limita a disponer todo lo necesario para la vida de la familia, atendiendo la casa, comprando alimentos, vestidos y objetos de uso doméstico, sino también en algo muy importante: desempeñando una función espiritual que es la base de la unión familiar (Solano, 1966, p.3-4).

Frente a la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado durante los años sesenta, hubo autores del momento que promulgaron el regreso de éstas a sus hogares como "un ideal", justificando sólo su participación temporalmente en el mundo laboral por motivos insalvables de necesidad económica:

> El retorno de la mujer al hogar es un ideal que debemos mantener; mas mientras se alcanza, lo cierto es, que por salarios, sueldos insuficientes, ayudas a la familia que no cubre las necesidades de sus hijos, resulta imprescindible el trabajo de la mujer para mantener una decorosa situación económica (…) (Solano, 1966, p.4).

Finalmente, a pesar de los impedimentos que el Régimen puso para que las mujeres accedieran a un trabajo remunerado y su empeño por mantener a las casadas dentro del hogar dedicadas exclusivamente a la familia, el trabajo femenino continuó realizándose, sobre todo en sectores como agricultura, servicio doméstico e industria de bienes de consumo como era confección, tabaco o industria agroalimentaria conservera. El trabajo en las fábricas de conserva debido a su carácter estacional y los salarios que se obtenían, bajos e irregulares, es ocupado mayoritariamente por mujeres (Sarasúa & Molinero, 2009).

Durante los años sesenta y setenta fueron desapareciendo un importante número de políticas cuyo objetivo era limitar y desincentivar el trabajo de las mujeres.

Entre la legislación que contribuyó a esto fue relevante sin lugar a duda la Ley de 22 de julio de 1961 sobre derechos políticos, profesionales y de trabajo de las mujeres que en su artículo 4.1 recogía la obligación de no hacer ningún tipo de discriminación en función de sexo o estado civil en los reglamentos y convenios de trabajo, aunque continuaba contemplando la posibilidad de que la ley exigiera la autorización marital en el caso de las mujeres casadas para el ejercicio de estos derechos (Jefatura del Estado, 1961). Desde la visión de algunos autores y autoras la situación realmente comenzará a cambiar a raíz del Plan de Desarrollo de 1963, cuya puesta en marcha haría imprescindible recurrir a la mano de obra femenina. A partir de este momento sería necesario redefinir el papel de las mujeres en la sociedad y su imagen tradicional en el hogar para hacerla compatible con su vida laboral extradoméstica, lo que debía ir inevitablemente acompañado de unos ajustes ideológicos dentro de un mínimo clima de renovación (Amorós, 1986; Scanlon, 1986).

La incorporación al trabajo comenzó paulatinamente a fundamentarse en base a otros objetivos además de los puramente económicos; ahora las jóvenes buscaban la autonomía personal, la independencia social o el desarrollo de una vocación profesional. Sin embargo, la incursión de las mujeres en el espacio público no significó una reformulación de la relación con el ámbito privado, del que continuaron siendo responsables, manteniéndose la división sexual del trabajo dentro del hogar, donde la función social y doméstica seguiría siendo primordial (Nuño Gómez, 2008).

De la misma manera, la incorporación al trabajo de las mujeres casadas estaría condicionada por la necesidad del permiso marital, requisito indispensable que no sería abolido hasta 1975, momento en que se reformarán algunos artículos del Código Civil y

del Código de Comercio sobre la situación jurídica de las mujeres casadas (Jefatura del Estado, 1975.).

A modo de resumen Rose- Marie Lagrave (1993) refleja con sus palabras la situación de la educación y empleo femenino durante el siglo XX:

> (…) educación y trabajo para las mujeres, sí, pero bajo la vigilancia y en determinadas condiciones, siempre que se mantenga dentro de límites pensables para las mujeres en cada época; siempre que no ponga en peligro la limitación y excelencia de los títulos y de los puestos que ocupan los hombres. (Lagrave, 1993).

Las matronas de esta investigación vivirían en primera persona el proceso de redefinición de los roles de género que pasaría por una serie de reajustes, no exentos de tensiones, a nivel social y familiar, en un contexto en el que frente a la consideración del modelo de mujer tradicional como ideal, ellas optarían por el rol de mujer trabajadora.

CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El punto de partida de esta investigación somos nosotras mismas desde nuestra condición de matronas murcianas. Esto nos lleva a cuestionarnos la importancia de conocer nuestra propia historia como colectivo profesional a partir de testimonios narrados por otras mujeres que muchos años antes ejercieron la profesión en la misma tierra en la que hoy desempeñamos nuestra labor de matronas.

Así, partimos de la base de que para el desarrollo de toda profesión es necesario conocer su pasado para comprender el presente y avanzar en la construcción de un futuro anclado en la madurez y el autoconocimiento. Por tanto, sería impensable que la profesión matrona creciera con unas raíces sólidas en la sociedad de hoy sin un conocimiento previo de las vivencias y experiencias de las mujeres que han legado el testigo del devenir de la profesión a las nuevas generaciones. Explorando sus vivencias en el pasado y comprendiendo los motivos de sus actuaciones profesionales dentro del contexto de grandes cambio que les tocó vivir, seremos conscientes del porqué del presente y podremos mirar hacia delante en busca de un futuro mejor.

El misterio del nacimiento y la crianza ha supuesto para la especie humana acontecimientos trascendentales a lo largo de todos los siglos y las matronas han estado implicadas en ellos desde tiempos inmemorables. En este sentido, la importancia de su labor como mujeres profesionales que han acompañado y cuidando a otras mujeres en el proceso de convertirse en madres es innegable. Sin embargo, a pesar de lo trascendental de su labor profesional, su reconocimiento ha sido escaso quizá motivado por ser una profesión eminentemente femenina. En las últimas décadas, han sido varios los equipos investigadores que han reclamado la visibilidad de las mujeres en la construcción de un

pasado histórico, elaborado en base a la visión de los hombres en exclusiva. Algunos autores y autoras han intentado construir un mapa sanitario histórico de la Región de Murcia indagando en el papel de las matronas y sus cuidados, nuestro interés será profundizar en aspectos como su formación y trabajo desde una perspectiva de género.

Este trabajo pretende contribuir al conocimiento de las matronas murcianas para dejar una huella perdurable de su valiosa aportación al bienestar de madres e hijos y a la consolidación del colectivo profesional. A través de la conversión de sus testimonios orales en fuentes escritas, se garantiza la supervivencia en el tiempo de su importante labor y se pone en valor sus vivencias, percepciones, valores y sentimientos como testigos directos del cambio trascendental que a partir de los años 60 del siglo XX vivió el contexto del nacimiento que abandona los hogares para instalarse en las instituciones y con ello las matronas.

Al aproximarnos al conocimiento de las matronas como mujeres profesionales nos surgieron multitud de preguntas: ¿Cómo influyó el entorno familiar y los roles de género en su formación?, ¿cómo eran sus familias?, ¿qué obstáculos y apoyos encontraron hasta la obtención de su titulación?, ¿por qué eligieron esta profesión?, ¿qué requisitos tuvieron que cumplir para obtener su titulación y cómo se organizaba el período formativo?, ¿cómo fueron las experiencias vividas durante esta etapa?, ¿cómo se organizaba el trabajo de las matronas en el contexto domiciliario?, ¿cómo fueron las relaciones con otros profesionales y con la comunidad con la que trabajaron?, ¿qué estrategias desarrollaron para lograr engranar su vida familiar con el trabajo?, ¿cuál fue el motivo y cuáles fueron sus vivencias durante el proceso de cambio por el que se integran dentro del contexto hospitalario? y, por último, ¿cómo cambió el trabajo de las matronas y las relaciones en este nuevo ámbito?

Para dar respuesta a estas preguntas lo haremos desde una perspectiva de género considerándolo como factor determinante en la vida de hombres y mujeres.

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer y hacer visibles las vivencias personales y profesionales de un grupo de matronas que ejercieron en Murcia durante el período comprendido entre 1940 y 1977 desde una perspectiva integral y de género.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la influencia familiar en la formación de las matronas.
2. Identificar la formación académica de las matronas indagando en los itinerarios y requisitos formativos, los contenidos y manuales para su formación y su vida cotidiana durante esta etapa.
3. Definir las estrategias desarrolladas por las matronas para conciliar trabajo y familia.
4. Conocer e interpretar el cambio en el trabajo de las matronas del contexto domiciliario al hospitalario.

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA

6.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA INVESTIGACIÓN

Considerando de la idea expuesta por Hernández, Fernández y Baptista (2007, p.22) "(…) siempre es importante ver el pasado para construir el presente y mirar hacia el fututo", situamos el punto de partida de esta investigación en la búsqueda de la producción científica disponible hasta el momento que sirviera de sustento teórico para nuestro trabajo y a través de la que pudiéramos exponer las teorías, enfoques y antecedentes en general que atañen a nuestro objeto de estudio: las matronas murcianas, aproximándonos a su conocimiento como mujeres y profesionales.

Nuestra intención fue obtener toda la información relevante y pertinente de acuerdo a los objetivos planteados. La recopilación de documentos útiles para el propósito de la investigación se realizó a través de las diferentes ecuaciones de búsqueda obtenidas tras distintas combinaciones de las palabras clave o descriptores surgidas a partir de las ideas que escondían nuestras primeras preguntas de investigación, bien derivados del lenguaje libre castellano o inglés, o bien a través del lenguaje controlado mediante términos del tesauro MeSH (Medical Subject Heading) y su traducción al vocabulario estructurado en castellano DeCS (Descriptores en ciencias de la Salud). Para combinar los descriptores se utilizaron los operadores booleanos AND, OR, NOT con el objetivo de ampliar, reducir y filtrar o concretar la información, así como Y, O, NO cuando se trató de bases de datos que nos permitían el uso de estos operadores en castellano. En la búsqueda empleamos tanto sinónimos como términos relacionados y truncamientos de las palabras claves o

descriptores principales con el propósito de incrementar la información recuperada siempre que fue preciso.

Los términos del Tesauro MeSH utilizados en la búsqueda fueron: Women (subheadings education and history); Women, Working (subheadings education and history); Gender Identity; Nurse Midwives (subheadings education, history and legislation and jurisprudence); Midwifery; Pregnant Women (subheading ethnology); Parturition (subheadings ethnology); Home Childbirth; Natural childbirth; Medicalization; Interprofessional Relations; Physician-Nurse Relations; Nurse-Patient Relations; Professional-Family Relations. Así como los correspondientes términos en castellano del vocabulario estructurado DeCS: Mujeres (calificadores en español educación e historia); Trabajo de mujeres (calificadores en español educación e historia); Identidad de género; Enfermeras Obstétricas/ Matronas (calificadores en español educación, historia y legislación/jurisprudencia); Tocológia; Mujeres embarazadas (calificador en español etnología); Parto; Parto domiciliario; Parto normal; Medicalización; Relaciones Interprofesionales; Relaciones Médico-Enfermero; Relaciones Enfermero- Paciente; Relaciones Profesional-Familia.

Estas palabras clave fueron cruzadas con otros descriptores con la finalidad de obtener información suficiente para lograr una completa contextualización histórica y social del período abarcado en nuestro estudio. Concretamente se utilizaron los términos siglo XX, franquismo y Murcia que se fueron combinando mediante distintas estrategias de búsqueda que nos permitieron acotar la información recuperada en el tiempo y el espacio.

Se consultaron diferentes fuentes de información multidisciplinares que detallamos a continuación:

CATÁLOGOS.

-CATÁLOGOS DE BIBLIOTECAS Y DE REDES DE BIBLIOTECAS:

Biblioteca Nacional Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

CSIC: Catálogo Colectivo de la Red de Bibliotecas del CSIC.

REBIUN: Red de Bibliotecas Universitarias Españolas.

OCLC: WorldCat: Catálogo bibliográfico del mundo.

- CATÁLOGOS DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

Portal de revistas científicas de la Biblioteca Nacional Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Catálogo colectivo de publicaciones periódicas de REBIUN.

Catálogo colectivo de publicaciones periódicas de la Biblioteca Nacional de España.

Catálogo colectivo de revistas de Reino Unido EDINA-SUNCAT.

BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICAS.

Biblioteca Cochrane Plus y Cochrane Library.

CINHAL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature).

EMBASE (Base de datos producida por ELSEVIER).

IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud).

Sumarios IME- Biomedicina (Base de datos CSIC).

Sumarios ISOC -Ciencias Sociales y Humanidades (Base de datos del CSIC).

PubMed/ MedLine.

CUIDEN (Base de datos de la fundación Index).

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

GOOGLE Académico (Scholar)/ GOOGLE books.

JBI COnNECT + (The Joanna Briggs Institute)

REPOSITORIOS.

RECOLECTA (Recolector de Ciencia Abierta)

Dialnet

Digital CSIC

PubMed Central

RECURSOS CON TESIS DOCTORALES.

Base de datos TESEO.

Tesis Doctorales en Red (TDR).

RECURSOS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y LEGISLATIVA.

Instituto Nacional de Estadística (INE).

Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (CREM).

BOE.es (Agencia Estatal Boletín Oficial de Estado).

PUBLICACIONES DE ORGANISMOS E INSTITUCIONES.

Servicio Murciano de Salud.

Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia.

Asociación de Matronas de la Región de Murcia.

Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Asociación Nacional de Matronas.

Confederación Internacional de Matronas (ICM).

Instituto de la Mujer.

Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.

6.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para responder a los objetivos planteados desde los principios del paradigma hermenéutico y la teoría feminista que guiaron esta investigación elegimos la metodología cualitativa. Con esta elección pretendíamos que paradigma, teoría, método y posteriormente técnicas de investigación establecieran entre sí una relación de armonía que diese coherencia al conjunto de nuestro trabajo. Mediante la investigación cualitativa podríamos describir, analizar, comprender y explicar las vivencias de las matronas de un modo global, profundo y flexible a través de sus propios relatos dentro del contexto de Murcia durante los años comprendidos entre 1940 y 1977. El enfoque cualitativo, engloba tanto la metodología empleada como el posicionamiento epistemológico de la investigación (Linares Abad, 2008b). La metodología es el modo en que encuadramos los problemas planteados y buscamos una respuesta; es la forma en la que investigamos movidas por nuestros intereses como investigadoras (Taylor & Bogdan, 1992). Los/as

investigadores/as cualitativos/as estudian la realidad de los actores dentro de su contexto, con el objetivo de interpretar los fenómenos a partir del significado que tiene para los propios actores (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1996). Así, podríamos comprender el significado que las matronas daban a sus acciones, experiencias y situaciones vividas dentro de un contexto que influiría sobre su trayectoria vital y profesional.

Vasilachis de Gialdino (2006) ante el interrogante ¿a qué preguntas de investigación responde la investigación cualitativa? expone cuáles serían los aspectos sobre los que indagarían los/as investigadores/as cualitativos/as, correspondiéndose en gran medida con las áreas que consideramos relevantes abordar en este estudio:

> La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tiene lugar.(Vasilachis de Gialdino, 2006, p.33) .

Para Taylor y Bogdan (1992) la investigación cualitativa es un arte, señalando como característica esencial que es inductiva. Nuestro trabajo asumió esta vía inductiva de forma que, a partir de unos datos y observaciones concretas, llegamos a una teorización posterior mediante un carácter emergente donde el diseño de la investigación se fue construyendo conforme avanzamos.

En la investigación cualitativa las personas o grupos y su contexto son considerados un todo y los/as investigadores/as son conscientes del efecto producido sobre los individuos objeto de estudio. A partir de estos principios, el entorno que rodeó a nuestras protagonistas fue envolviendo sus relatos, considerándolo parte esencial para comprender la vida y experiencias de las matronas en un tiempo determinado. Además, tuvimos

presente que como investigadoras poseíamos un bagaje que no podíamos obviar, siendo necesario incluir la práctica reflexiva en cada una de las etapas del proceso, indagando en el impacto generado sobre la investigación y los/as participantes. De la Cuesta-Benjumea define el concepto de reflexivilidad como:

> La reflexivilidad expresa la conciencia del investigador, habla de su conexión con la situación de la investigación. Es un proceso según el cual el investigador vuelve sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes (…) La reflexivilidad es una habilidad que está presente en las interacciones sociales y precisamente por esto se hace presente en la investigación cualitativa. (De la Cuesta-Benjumea, 2011, p.163).

En definitiva, este trabajo se acogió a los fundamentos de la investigación cualitativa recogidos por Polit y Hungler (2000):

- En la investigación cualitativa la realidad es múltiple y subjetiva y es construida mentalmente por los individuos.

- El investigador interactúa con las personas investigadas y los resultados que obtiene son la creación del proceso interactivo.

- La subjetividad y los valores no sólo son inevitables sino que son deseables.

- El conocimiento se obtiene por procesos inductivos, el diseño es flexible y lo que nos importa es la totalidad del fenómeno.

Así, a través de la investigación cualitativa, pretendíamos conocer la realidad de las matronas, una realidad basada en sus percepciones y que sería subjetiva y diferente para cada una de ellas, a la vez que cambiante en el tiempo. Por tanto, no era nuestro objetivo obtener una única verdad, sino entender la forma en que ellas veían el mundo dentro de un contexto y tiempo determinado, considerando la información aportada por sus relatos e historias como valiosa y particular. A la misma vez, entendíamos que nuestro papel como

investigadoras exigía reunir ciertas habilidades personales y cognitivas que nos permitiesen incorporar la práctica reflexiva en todas las etapas de la investigación teniendo en cuenta nuestra propia identidad y nuestra propia subjetividad.

Para recopilar la información que respondiese a nuestras preguntas utilizamos el método etnográfico. La investigación etnográfica surge de la Antropología (Mora Nawrath, 2010) donde a través de diferentes técnicas se recoge datos detallados y densos de los productos materiales, relaciones sociales, creencias y valores de una comunidad, entendida ésta como un grupo de personas organizado y duradero que aprenden y comparten una cultura. El estudio de la cultura implica explorar el modo de vida, las costumbres, los comportamientos y las creencias distintivas de cada sociedad, siendo la vida rutinaria de las personas la preocupación fundamental de los/as investigadores/as etnográficos (Angrosino, 2012).

El método etnográfico es un método de campo ya que la investigación se realiza en el entorno en que viven las personas. Mediante el trabajo de campo pretendemos como afirma Lisón Tolosana (2000, p.20) "(…) un conocimiento del otro de primera mano, contiguo, por familiaridad (…)" lo que a su vez implica "(…) salir del propio yo e ir a lo otro del Otro, a su particularidad (…)".

La observación participante es la base de la investigación etnográfica, se ocupa de indagar en los diferentes componentes culturales de las personas estudiadas dentro de su medio, las relaciones establecidas con el resto de miembros que componen su grupo, valores, creencias, símbolos, rituales, costumbres, etc. Implica la interacción entre los/as investigadores/as y los/as investigados/as alcanzando el conocimiento más aproximado a la realidad objetiva mediante la conjunción de la perspectiva del actor o emic y la perspectiva del investigador/a o etic (Amezcua, 2000). En nuestro trabajo se contemplan ambas

perspectivas entendiendo que para conocer cualquier fenómeno debemos considerar por un lado la visión de las matronas, como individuos inmersos en la propia cultura de referencia y, por otro, el punto de vista de las investigadoras como observadoras externas de esa cultura.

Para Angrosino (2012), la observación participante no es un método en sí mismo, sino que se trataría de un estilo personal adoptado por el sujeto que investiga, sería el contexto de comportamiento a partir del cual utiliza diferentes técnicas para recoger datos sobre las personas y su modo de vida.

Puesto que la realidad del hecho estudiado en nuestro caso se remontaba al pasado a través de la memoria de nuestras entrevistadas, compartimos la puntualización de Linares Abad (2008a) sobre la observación participante, y es que, a pesar de no recoger las características en el sentido estricto del significado, la llevamos a cabo cuando fuimos aceptadas para adentrarnos en el entorno familiar de las informantes, en su propia casa. Esto nos permitió obtener una significativa información, ya que mientras transcurrían sus relatos no sólo pudimos recopilar lo que decían sino también cómo lo decían. Así observamos y anotamos en nuestro diario de campo, una vez que abandonábamos el domicilio, aspectos como la estructura de los escenarios y espacios visitados, gestos realizados por las informantes durante su narración, posturas, comportamientos e interacciones con los miembros de la familia que las acompañaban durante la visita. Igualmente, anotamos las percepciones, los sentimientos, las intuiciones o dudas que afloraban en nosotras mismas como investigadoras y todas las reflexiones surgidas de lo observado.

En definitiva, mediante la observación participante, pretendíamos conocer y comprender la dimensión personal y profesional de las matronas mediante el análisis de las actitudes adoptadas en el presente para contarnos hechos pasados.

6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación partió de un primer plan preliminar flexible, donde esbozamos los conceptos y teorías con los que abordaríamos nuestro trabajo y la forma en que lo haríamos, a quién iría dirigido y qué preguntas pretendíamos responder. A partir de ahí seguimos una serie de pasos que nos llevaron a determinar a grandes rasgos qué requisitos debían reunir los posibles participantes, cuáles serían las técnicas que utilizaríamos para recoger la información y cómo la organizaríamos para su posterior análisis.

El diseño de la investigación fue dinámico, flexible, abierto y cambiante conforme avanzábamos en el proceso al considerar que de este modo el estudio se iría ajustando a las propias necesidades que iban surgiendo a partir de la realidad estudiada. Además, tras cada fase tuvimos la posibilidad de llevar a cabo un proceso de retroalimentación sobre las fases anteriores de la investigación cuando lo consideramos oportuno, con el objetivo de confirmar los pasos dados y los datos obtenidos. De este modo el diseño adquirió un carácter de circularidad. Así logramos que todas las etapas estuvieran interrelacionadas entre sí y conservaran un carácter abierto y emergente facilitando la comprensión de la realidad múltiple y subjetiva de las personas investigadas.

6.3.1 Población objeto de estudio.

Hemos considerado como población objeto de estudio la totalidad de matronas que obtuvieron su titulación durante los años comprendidos entre 1940 y 1977 y ejercieron profesionalmente en Murcia en ese espacio de tiempo.

6.3.2 Fijación del tiempo estudiado.

El período estudiado abarca desde el año 1940 hasta 1977. La fijación de este intervalo como límite de nuestra investigación respondió a diferentes motivos. Una vez finalizada la Guerra Civil, el Estado promulgó nuevas leyes y órdenes en materia educativa con el objetivo de romper con el modelo anterior. Así, el 20 de julio de 1940 apareció publicada la Orden de 10 de julio de 1940 por la que se establecían los estudios necesarios previos para el ingreso en la carrera de Practicante y Matrona (Ministerio de Educación Nacional, 1940b). Esta Orden adaptaba los requisitos para el acceso a la carrera de Matrona al nuevo plan de estudios de 1938 que reformaba la Segunda Enseñanza (Jefatura del Estado, 1938b) y sustituía al anterior plan vigente desde 1934. Desde su entrada en vigor se exigía a las aspirantes al título de matrona haber cursado previamente tres años de Bachillerato en los Institutos Nacionales de Enseñanza Media o Colegios legalmente reconocidos y haber superado la asignatura de Ciencias Naturales en la parte que afecta a Fisiología e Higiene.

Ese mismo año, concretamente el 1 de marzo de 1940, la Casa de Salud de Santa Cristina, primera Escuela de Matronas de la que se tiene referencia legal en España, se estableció como Escuela Oficial de Matronas (Ministerio de Educación Nacional, 1940a), convirtiéndose en un referente en cuanto a formación de muchas generaciones de profesionales que acudirán desde todos los puntos de la geografía nacional para obtener su titulación.

El año 1977 pondrá fin al período que comprende esta investigación debido a que en julio de ese mismo año y, en plena transición política del país hacia la democracia, se publicó el Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio que integraba las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en las Universidades, convirtiéndose a partir de ese momento en

Escuelas Universitarias de Enfermería (Ministerio de Educación y Ciencia, 1977). Este cambio será decisivo en cuanto a la concepción de la profesión.

6.3.3 Ámbito geográfico de la investigación.

El ámbito geográfico escogido para llevar a cabo la investigación fue la provincia de Murcia, cuyo territorio se encuentra situado al sudeste de la Península Ibérica. Constituida en Comunidad Autónoma desde 1982, estuvo integrada por dos provincias hasta 1978; Murcia y Albacete, pero durante la transición, Albacete pasó a formar parte de Castilla- La Mancha de manera que la Región de Murcia se estableció como una comunidad autónoma uniprovincial. La Región de Murcia tiene una superficie total de 11.313 km.^{2}, lo que la sitúa en novena posición en cuanto a extensión con respecto al resto de comunidades (2,9% de la superficie de España). Actualmente está integrada por 45 municipios (Anexo 2: Población y superficie de los municipios de la Región de Murcia) y una población que ha evolucionado desde 731.221 habitantes en 1940 (momento en el que se inicia esta investigación) hasta 1.474.449 habitantes en 2012.

La razón que nos llevó a ubicar el estudio en esta zona partió de nuestra condición de matronas murcianas. Así, desde nuestro propio bagaje como mujeres profesionales pensamos que a través de los testimonios de las matronas que ejercieron anteriormente en esta tierra podríamos contribuir y profundizar en el conocimiento global del colectivo profesional ya iniciado por otros/as investigadores/as en distintas zonas españolas y en el territorio murciano, donde en los últimos años han surgidos varios trabajos en los que se hace referencia y analiza la labor de las matronas. Nos propusimos dejar constancia mediante sus relatos del trabajo tan valioso por un lado y tan invisible en ocasiones, llevado a cabo por estas mujeres desde su propia visión y realidad subjetiva entendida ésta como dinámica, cambiante y construida mediante un proceso histórico y de interacción.

6.3.4 Selección de la muestra y acceso al campo.

Según Amezcua (2000), los/as informantes durante el trabajo de campo se convertirán en aliados y amigos del investigador/a, considerándose fundamental que sean representativos y conocedores de su grupo. Respondiendo a criterios cualitativos seleccionamos a los/as participantes mediante un muestreo no probabilístico intencionado. A partir de la selección inicial de una matrona informante clave utilizamos la técnica de bola de nieve para acceder al resto de participantes. Tuvimos en cuenta la capacidad que en un principio poseían para aportar a la investigación datos completos y enriquecedores. Debían ser personas con gran capacidad de rememorar hechos pasados y cierto reconocimiento profesional entre el colectivo, facilitándonos el acceso a otros/as informantes. También debían estar dispuestas a colaborar con la investigación y cedernos parte de su tiempo.

Además, como criterio de selección de las matronas participantes se estableció que fueran mujeres que hubieran obtenido su título dentro del período abarcado por el estudio y nacido o residido gran parte de su vida en Murcia. Igualmente, la mayoría de su trayectoria profesional como matronas debía haberse producido dentro del territorio murciano

Para completar, contextualizar y triangular la información aportada por nuestras protagonistas principales, las matronas, decidimos incluir como informantes a personas cercanas a estas mujeres, bien a nivel profesional o bien familiar, a las que realizamos entrevistas semiestructuradas con la finalidad de que pudieran aportar más datos a nuestra investigación y desde otros puntos de vista.

Para poder acceder al campo establecimos inicialmente contacto con una de las matronas murcianas que se convertiría en la informante clave y el punto de arranque de nuestro trabajo de campo. La elección de esta primera profesional la realizamos por varios

motivos. El hecho de que aún se encontrara en situación laboral de servicio activo nos facilitó el recurrir a ella como informante, ya que sabíamos exactamente dónde localizarla: en el Centro de Atención Primaria donde ejercía en esos momentos. Además, teníamos una relación de confianza con ella porque pocos años antes había sido nuestra compañera y maestra durante la formación como matronas y conocíamos su gran capacidad para aportar datos válidos y completos. Por otro lado, el que estuviera a punto de jubilarse suponía que, debido a su larga experiencia como matrona, no sólo podría contribuir con sus propias vivencias sino que además podría abrirnos las puertas a otras profesionales de mayor edad con las que había trabajado en los inicios de su andadura profesional.

Esta querida compañera nos proporcionó los primeros nombres a los que podíamos recurrir y el modo de contactar con ellas. A partir de ahí la selección de la muestra se fue realizando conforme avanzaba el trabajo de campo; en cada cita solicitábamos a la informante que si era posible nos aportara algún dato que nos permitiera localizar a otras matronas que hubieran ejercido durante esos años y reunieran los criterios de selección. Igualmente, dispusimos de la colaboración de otras personas que actuaron como porteros, facilitándonos por diferentes vías, motivos y circunstancias el acceso al campo.

Una vez obteníamos el nombre de las posibles informantes, establecíamos un primer contacto telefónico con ellas en el que nos presentábamos y les explicábamos de un modo breve el objetivo de nuestro estudio. A la misma vez, les aclarábamos nuestra propia condición de matronas y les dábamos, previa autorización, el nombre de la compañera a través de la que habíamos obtenido el modo de localizarlas y el de alguna otra matrona que por ser de mayor edad o haber ocupado algún cargo representativo dentro del colectivo profesional les resultara familiar; así intentamos salvar la desconfianza que podía generar en ellas el hecho de ser personas extrañas.

En este primer contacto solicitábamos una cita, dándoles la oportunidad de elegir el día, hora y lugar que más les conviniera para el encuentro, que en todos los casos, a excepción de la informante clave, se produjo en los domicilios de las participantes. Esto nos llevó a desplazarnos durante la investigación a varios municipios de la provincia, alguno de ellos bastante alejados como fue el caso de Lorca, situada a 74 kilómetros de la capital murciana.

El acudir a las casas de las entrevistadas facilitó en gran medida nuestra investigación ya que pudimos acceder a su entorno cotidiano. Además, previamente les explicábamos nuestro interés por los documentos, instrumentos o fotografías que pudiera mostrarnos relacionados con su profesión. Por la edad avanzada de algunas de estas mujeres, el estar en su propio ámbito domiciliario permitió que tras dar su testimonio registraran cajones y armarios en busca de viejas fotos, títulos o maletines de trabajo para que pudiéramos examinarlos, lo que enriqueció de un modo incalculable la información obtenida. Algunos de los relatos se realizaron en presencia de la informante clave o las personas que habían actuado como porteros. En la mayoría de los casos, las entrevistadas estuvieron acompañadas por algún familiar que se encontraba en esos momentos en el domicilio como maridos, hijos/as, nietos/as o hermanos/as. En ocasiones estos acompañantes intervinieron apoyando el testimonio de las matronas o completando algunos lapsus de memoria que pudieran tener, especialmente a la hora de concretar fechas relevantes de sus biografías. Aunque puntualmente la intervención de los familiares pudo suponer una pérdida de continuidad en el relato de las informantes, lo cierto es que también aportaron datos muy valiosos.

Agradecemos profundamente el trato recibido por las personas participantes de esta investigación. En todos los casos nos abrieron las puertas de sus hogares con una enorme

amabilidad y cortesía. Generosamente nos cedieron su tiempo y el testimonio de sus vivencias, salvando los reparos que pudo generar en ellas estar frente a personas desconocidas. Quisimos a todas ellas gratificarlas de alguna manera con un pequeño detalle lleno de vida y color que pudieran cuidar, como a lo largo de su carrera profesional habían hecho con tantas mujeres y niños/as, pero ésta vez en forma de planta con flores.

6.3.5 Descripción de la muestra.

Una vez concluido nuestro trabajo, la muestra final estuvo compuesta por un total de 13 matronas, nuestras protagonistas principales, cuya edad osciló entre 59 y 88 años y 6 personas del entorno profesional y familiar de estas mujeres (un practicante, un ginecólogo, una partera y el marido y dos hijas de tres de nuestras matronas protagonistas).

De las 13 matronas, 10 se encontraban ya jubiladas y solamente tres se hallaban en servicio activo, todas ellas dentro del ámbito de la Atención Primaria.

A continuación presentamos a las protagonistas de la investigación:

Matrona 01 (59 años): Nació en Murcia en 1952, siendo la más pequeña de seis hermanos. A los diecisiete años, escuchando los consejos de su padre, accedió a la recién inaugurada Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de la Diputación Provincial de Murcia, graduándose en 1972 tras tres cursos en régimen de internado. En septiembre de ese mismo año comenzó su formación en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid) donde permaneció interna un año más. Aunque en un principio nunca había pensado ser matrona, decidió obtener el título debido a las escasas opciones de especialización existentes para los ATS Femeninos en esos momentos e influenciada por otra compañera y amiga que siempre lo había deseado. Tras finalizar su formación regresó a Murcia y comenzó a trabajar en la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, donde estuvo dos años, pasando en 1975 a ser plantilla de la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la

Arrixaca. Posteriormente contrajo matrimonio y se convirtió en madre de dos hijos. A lo largo de su trayectoria profesional alternó su trabajo en el ámbito hospitalario con el contexto rural y la Atención Primaria. Además, durante ciertos períodos compaginó su labor en instituciones pública con el ejercicio en la sanidad privada. En el momento de la entrevista se encontraba en situación laboral de servicio activo como matrona de un Centro de Salud del área I de Murcia.

Matrona 02 (60 años): Nació en Murcia en 1951. Fue la segunda de cinco hermanos pero la mayor de las hijas. Con tan sólo once años, al caer su madre enferma, asumió las tareas del hogar y el cuidado de sus hermanos y hermanas compaginándolo con los estudios. Esta situación hizo que se enfrentara a grandes dificultades. Tras finalizar el Bachillerato ingresó como meritoria en la Clínica Belén (Murcia) con 17 años, trabajando como aprendiza sin recibir ninguna remuneración con el objetivo de conseguir posteriormente un empleo. Se graduó en 1972 como ATS de la primera promoción de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de la Diputación Provincial de Murcia vinculada al Hospital Provincial. Posteriormente se formó en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid) en régimen de internado durante el curso 1975-1976. Tras titularse contrajo matrimonio y fue madre de dos hijas. Trabajó en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca ocupando durante un tiempo un cargo de responsabilidad. En el momento de la entrevista se encontraba en situación laboral activa dentro del ámbito de la Atención Primaria.

Matrona 03 (82 años): Nació en Cartagena (Murcia) en 1930. Procede de una familia formada por el matrimonio y cuatro hijos, quedando huérfana de padre en su niñez. Esta circunstancia hizo que se criara junto a una tía, hermana de su padre y matrona de profesión. Durante su adolescencia acompañó a esta tía en la asistencia a partos de

beneficencia hasta que finalmente decidió obtener la titulación. Tras examinarse en Cádiz comenzó a trabajar como matrona rural en 1954 a la edad de 24 años en el municipio de San Javier (Murcia), realizando partos domiciliarios. Durante este tiempo se casó y fue madre de una niña. Así permaneció hasta 1971, momento en que abrió sus puertas en Cartagena el Hospital Santa María del Rosell. Ingresó como plantilla de esta institución cuando contaba con 41 años y tras diecisiete años ejerciendo en el ámbito rural, permaneciendo en este hospital hasta el momento de su jubilación.

Matrona 04 (66 años): Nació en un pueblo de Alicante en 1946 dentro de una familia formada por el matrimonio y dos hijos. A los dieciséis años comenzó a estudiar ATS en la Escuela vinculada al Hospital de Alicante. Al finalizar, se especializó como matrona tras un año interna en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid). Tras obtener su título comenzó a ejercer asistiendo partos domiciliarios en su propio pueblo, contrayendo matrimonio poco tiempo después a la edad de 22 años. A causa del traslado de su marido por motivos de trabajo vivió durante unos meses en Madrid. Al regresar, trabajó como ATS en la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca y después en la nueva Ciudad Sanitaria. Allí, comenzó a ejercer como matrona en el servicio de partos, conviviéndose en madre de dos niños. Posteriormente pasó a formar parte del equipo tocológico de un ambulatorio, finalizando su trayectoria laboral como matrona en un Centro de Atención Primaria del casco urbano de Murcia. En el momento de la entrevista su marido había fallecido recientemente por lo que, aunque en un principio se hubiera jubilado al cumplir los sesenta y cinco años, tras esta pérdida decidió continuar en activo.

Matrona 05 (89 años): Nació en Madrid en 1923 dentro del seno de una familia compuesta por cuatro miembros; padre, madre y dos hijos. Durante la Guerra Civil su familia se trasladó a Murcia encargándose del cuidado de fincas. Tras la contienda, la

familia regresó a la capital del país, pero poco tiempo después sus padres volvieron a Murcia para encargarse de sus obligaciones en las tierras, aunque ella se quedó en Madrid para continuar con sus estudios. A los veinte años (1943) comenzó su formación como matrona, permaneciendo interna durante dos años en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid). Se casó con su marido, ATS de profesión y natural de Abarán (Murcia) a la edad de 36 años. Aunque tuvieron tres hijos (mediante cesárea), sólo logró sobrevivir una niña, muriendo los otros dos al nacer. Trabajó como matrona rural en Abarán asistiendo partos domiciliarios hasta que al inaugurarse la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca en los años setenta, ella junto a su familia se trasladaron a vivir a Murcia. Comenzó a trabajar dentro de ésta institución cuando contaba ya con más de cincuenta años de edad y tras treinta años como matrona en el contexto rural.

Matrona 06 (79 años): Nació en Caravaca (Murcia) en 1933. Procede de una familia formada por padre, madre y cinco hijos. Su padre era practicante, circunstancia que le otorgó un gran reconocimiento en el pueblo. Además trabajaba como encargado de una farmacia, propiedad del padrino de la entrevistada, en cuyo piso superior vivía toda la familia. Tras iniciar los estudios de Magisterio por deseo de sus progenitores, los abandonó y se matriculó en la Universidad de Valladolid donde obtuvo el título de practicante y matrona. Comenzó a trabajar como profesional rural en su pueblo, Caravaca, donde asistió partos domiciliarios hasta que decidió trasladarse a vivir a la capital. Aquí, estableció contacto con varios tocólogos junto a los que ejerció de un modo privado, atendiendo nacimientos tanto en domicilios como en clínicas. Además, hubo etapas que compaginó esta asistencia privada con su trabajo en instituciones públicas o de beneficencia, como el Hospital Provincial. En el momento de la entrevista, nuestra protagonista ya estaba jubilada varios años.

Matrona 07 (68 años): Nació en Barcelona en 1944. Aunque sus padres eran murcianos, siendo jóvenes se trasladaron a Barcelona por trabajo, teniendo allí a sus tres hijos. En 1961, empezó su formación como ATS en la Escuela Santa Madrona (Barcelona). Obtuvo su título de matrona a la edad de veintiún años, tras formarse durante un año como alumna interna en la Maternidad de Barcelona. Inmediatamente comenzó a ejercer la profesión junto a un médico en el ámbito de la sanidad privada, acudiendo a los avisos domiciliarios y asistiendo partos en una pequeña maternidad durante cuatro años. En 1970, cuando contaba con sólo veinticinco años de edad, se trasladó a Murcia y comenzó a trabajar, primero en el paritorio de la antigua Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca y después en la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, donde ocupó el puesto de matrona jefe durante un tiempo. En el último período de su trayectoria profesional trabajó como matrona de Atención Primaria hasta su jubilación en 2010.

Matrona 08 (80 años): Nació en Molina (Murcia) en 1932. Aunque su familia, en un principio estaba formada por cinco miembros; padre, madre y tres hijos, uno de los hermanos de nuestra protagonista murió durante la Guerra Civil. Con dieciocho años se marchó a Zaragoza, donde tras permanecer durante tres años obtiene el título de practicante y el de matrona (ambos títulos serán expedidos por la Universidad de Zaragoza con fecha de enero de 1954). Regresó a Murcia con veintiún años y comenzó su trayectoria profesional como matrona rural hasta que contrajo matrimonio a los veintitrés años. Tras la boda, se trasladó a vivir a Barcelona, lugar donde residía su marido en esos momentos y donde nacería el primer hijo de la pareja. Trascurrido un año decidieron regresar a Molina, retomando ella su trabajo como matrona en la asistencia a los partos domiciliarios. Una vez en su pueblo el matrimonio tuvo cinco hijos más. En 1978, comenzó a trabajar en la nueva

Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, aunque lo hará como enfermera, teniendo que esperar alrededor de dos años para poder ocupar un puesto de matrona en el paritorio.

Matrona 09 (68 años): Nació en Lorca (Murcia) en 1944. Procede de una familia formada por padre, madre y tres hijos. En 1961 cuando contaba con diecisiete años de edad ingresó en la escuela de Auxiliares Técnicos Sanitarios de la Cruz Roja de Madrid. Posteriormente se especializó como matrona tras un año en régimen de internado en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid) obteniendo su título en octubre de 1966. Al concluir regresó a su pueblo natal. Dos meses más tarde asistió su primer parto domiciliario. Así continuó trabajando mediante un ejercicio libre hasta 1972, momento en que debido al traslado de su marido por motivos de trabajo se marchó a vivir a Madrid durante un tiempo. A su vuelta, pasó a formar parte de la plantilla de matronas de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca.

Matrona 10 (82 años): Nació en Valladolid en 1930. Su familia de origen estaba integrada por padre, madre y dos hijos. Se graduó como ATS Femenino de la primera promoción de la Escuela Casa de Salud Valdecillas obteniendo posteriormente el título como matrona. Pasó varios años trabajando como enfermera en Suiza, donde según su testimonio el entorno tanto social como laboral era muy adelantado con respecto a la situación de España en esa época. Debido a la edad avanzada de sus padres decidió regresar y vivir Murcia. Desde 1971 trabajó en el Hospital Santa María del Rosell hasta su jubilación. Es madre de una hija.

Matrona 11 (76 años): Nació en Fuente Álamo (Murcia) en 1936. Fue la tercera de cuatro hermanos, todos varones excepto ella. Estudió ATS en la Escuela de Javerianas de Alicante, marchándose después a Madrid para especializarse en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Madrid) tras un año como alumna interna. Una vez obtenido el

título, a la edad de veintinueve años cumplidos, comenzó a ejercer como interina en el municipio de Mazarrón (Murcia). Un tiempo después, en 1968, se trasladó a la capital murciana para formar parte del equipo de matronas de la Residencia Virgen de la Arrixaca, cubriendo en un inicio la baja maternal de una compañera. Allí permaneció hasta la apertura de la nueva Ciudad Sanitaria en 1975, momento en que el servicio de partos de la antigua residencia se trasladó a esta nueva institución y con él nuestra protagonista. Una vez allí ocupó durante un tiempo el puesto de matrona jefe. Posteriormente pasó a formar parte del equipo tocológico de un ambulatorio, finalizando su trayectoria laboral como profesional de Atención Primaria en un Centro de Salud del casco urbano.

Matrona 12 (83 años): Nació en Lorca (Murcia) en 1929. Cuando tenía ocho años, su padre murió en la Guerra Civil por lo que creció junto a su madre viuda y su hermana pequeña. Obtuvo su título de matrona en 1956 cuando ya había cumplido veintiséis años, examinándose por libre tras matricularse en la Universidad de Valladolid. Las prácticas exigidas las realizó en el Hospital Provincial de Murcia. Previamente había comenzado a trabajar como auxiliar en una pequeña clínica. Inició su trayectoria laboral en su pueblo natal a través del ejercicio libre de la profesión y como matrona de Asistencia Pública Domiciliaria. Tras contraer matrimonio, se convirtió en madre de seis hijos dando a luz a todos ellos en su propio hogar, excepto a su última hija. Ésta nació en una maternidad fundada por uno de los médicos con los que trabajaba. Durante su trayectoria profesional hubo períodos en los que compaginó su labor de matrona con la de ATS. Poco después de la inauguración del Hospital Santa Rosa de Lima en los años 70, se incorporó como plantilla de esta institución. Al cumplir los sesenta años, ocupó un puesto como matrona de Atención Primaria donde permaneció hasta el momento de su jubilación.

Matrona 13 (80 años): Nació en Lorca (Murcia) en 1932. A los 14 años sufrió una parálisis infantil obligándole a interrumpir su formación. Obtuvo el título de practicante por la Universidad de Madrid y el de matrona por la Universidad de Valladolid examinándose por libre en ambos casos. Las prácticas exigidas las realizó en la Maternidad de la calle Mesón de Paredes de Madrid. Finalizó su formación como matrona antes de cumplir los 21 años, no pudiendo titularse legalmente hasta alcanzar la mayoría de edad. Más tarde se trasladó a Bilbao donde permaneció tres años ejerciendo en una clínica de "parto sin dolor" junto a un médico formado en Estados Unidos. Tres años más tarde, regresó a Lorca y contrajo matrimonio en 1955 con un hombre dieciocho años mayor que ella. Ambos se convirtieron en padres de tres hijos que nacerían en su propia casa. Durante casi veinte años ejerció como matrona rural asistiendo partos domiciliarios.

Además de nuestras protagonistas, consideramos oportuno hacer una breve presentación de las personas que entrevistamos, cuyo testimonio resultó fundamental para ampliar la información aportada por los relatos biográficos de las matronas:

Practicante (83 años): Nació en Murcia en 1928. Procedía de una familia formada por el padre, la madre y seis hijos. Tras cuatro años de Bachillerato se matriculó en la Universidad de Madrid y obtuvo el título de practicante en 1950 tras examinarse por libre del primer y segundo curso. Las prácticas las realizó en el Hospital Provincial de Murcia. Trabajó como ayudante quirúrgico y en actividades relacionadas con el campo de la anestesia. En esos momentos, eran los practicantes los profesionales encargados de administrar y controlar la medicación anestésica, de modo que el entrevistado, a través de la experiencia adquirida en su ejercicio profesional, logró especializarse en este terreno convirtiéndose en practicante anestesiólogo. Esto le permitió tomar contacto con la obstetricia, puesto que ejerció junto a tocólogos, ginecólogos y matronas con el objetivo de

aliviar el dolor a las gestantes. Posteriormente, tras superar quinto y sexto de Bachiller, inició los estudios de Medicina a los 37 años de edad en Granada. En ese momento, estaba casado y era padre de cuatro hijos, de manera que compaginó su actividad laboral de practicante con su formación en la Facultad. Finalmente se especializó como médico anestesiólogo. A lo largo de su vida contrajo matrimonio dos veces, con su primera esposa tuvo seis hijos y con la segunda se convirtió en padre de dos niñas más. En el momento de la entrevista se encontraba en situación laboral activa, jubilándose poco después.

Ginecólogo (71 años): Nació en Valencia en 1941 en el seno de una familia de varias generaciones de prestigiosos ginecólogos. Obtuvo su titulación como Licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia con un brillante expediente académico que completó con una amplia formación en Universidades internacionales. Concluida su especialización como ginecólogo, llegó a Murcia en 1972 donde pasaría a formar parte del cuerpo docente de la Facultad de Medicina de Murcia. A partir de la inauguración de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca en 1975, ocupó un cargo de responsabilidad dentro del servicio de Obstetricia y Ginecología donde continuó trabajando hasta el momento de su jubilación.

Partera (85 años): Nació en Cabezo de Torres (pedanía murciana) en 1928. Comenzó a trabajar como partera por motivos económicos ante el escaso sueldo de su marido, cuando ya era madre de un niño. Anteriormente su abuelo también había asistido partos en la zona de Cehegín, como modo de sustento familiar y sin más formación que la experiencia práctica adquirida con el paso del tiempo. Este hombre actuó como maestro enseñando a su mujer y a una de sus hijas (tía de nuestra protagonista), con el fin de que ellas continuaran esta labor como parteras al trasladarse a vivir al Cabezo de Torres, debido a que en esa zona no estaba bien visto que los varones asistieran nacimientos. La

entrevistada continuaría con esta tradición creándose poco a poco una buena reputación entre las vecinas de la citada pedanía. Acompañó durante el parto a muchas mujeres hasta que a partir de los años setenta el contexto del nacimiento fue traslado a las clínicas y hospitales.

Marido de matrona 08 (81 años): Contrajo matrimonio con 24 años de edad cuando su mujer ya ejercía como matrona. En esos momentos residía en Barcelona, donde se trasladaron ambos tras casarse permaneciendo allí durante un año. En este tiempo se convirtieron en padres de su primer hijo. Después regresaron a Molina donde fundaron una pequeña empresa dedicada a la fabricación de productos de higiene personal y limpieza que paulatinamente fue prosperando. En el momento de la entrevista la pareja llevaba casada 57 años y habían sido padres de seis hijos. Nos interesaba especialmente conocer la visión de una persona que había formado una familia y compartido su vida durante tantos años con una matrona y todas las implicaciones que había supuesto en el desarrollo de su trayectoria vital. Además el entrevistado actuó como apoyo durante el relato biográfico de su mujer, concretando lugares y fechas que ésta no lograba recordar.

Matrona hija de matrona 12: Nació en una familia formada por padre, madre y seis hijos. Siguió los pasos de su madre convirtiéndose en matrona. En la actualidad está vinculada a la Unidad Docente de Matronas de Murcia, circunstancia que facilitó el contacto. A través de ella concertamos una cita para elaborar el relato biográfico de su madre y realizarle una entrevista centrándonos en sus vivencias personales como hija de matrona.

Matrona hija de matrona 13 (53 años): Nació en 1958 y fue la mayor de tres hermanos. Nació en su casa. Continuó la tradición familiar de su madre convirtiéndose en

matrona. Además en sus inicios trabajó junto a alguna de nuestras protagonistas en el ámbito hospitalario.

6.3.6 Fuentes para la recogida de información.

6.3.6.1 Fuentes orales.

La recogida de información se realizó a través de fuentes orales mediante el testimonio directo de nuestros/as informantes. El interés por las fuentes orales responde al interés por la memoria, lo que supone incorporar el análisis de la subjetividad de las matronas y el resto de entrevistados/as en la construcción de sus discursos, como fuente de información en sí misma. A través de las fuentes orales podemos indagar en las transformaciones del individuo, de su grupo y del entorno sociocultural que los envuelve, convirtiéndose su análisis en una herramienta excelente para conocer los cambios sociales, el movimiento histórico de las relaciones y las trayectorias de vida (Sanz Hernández, 2005).

Creemos oportuno señalar que, frente al resto de fuentes, en esta investigación las orales serán consideradas como las fuentes principales para la recogida de información.

6.3.6.2 Fuentes escritas.

Hemos utilizado como fuentes de información escritas dos de las obras surgidas en los años cincuenta identificadas por las propias matronas en sus testimonios como las más relevantes durante su etapa de formación y ejercicio profesional. Estos dos libros fueron *Obstetricia práctica* de W. Pschyrembel, publicada en 1958 la primera edición en español, seguida de una segunda en 1967 y una reimpresión en 1971 y, *Obstetricia para matronas*, escrito por Francisco Orengo Díaz del Castillo y publicado en 1949. A la primera edición tras su gran éxito le seguirán tres más (1953, 1963 y 1974). Mientras que la obra de

Pschyrembel consistirá en un tratado de Obstetricia general publicado originalmente en Alemania y dirigido esencialmente a futuros tocólogos, el libro de Orengo será un manual concebido para la formación de las matronas específicamente.

Aunque el análisis de estos textos escritos por ginecólogos no fue nuestro objetivo principal, consideramos importante contemplar algunos aspectos que podían esclarecer el contexto formativo de las matronas entrevistadas, así como el modo en que fue transmitida la imagen, competencias y cualidades deseables en ellas desde la visión de la clase médica.

A través de estos textos pudimos contrastar las enseñanzas teóricas aprendidas por las matronas durante su formación con los testimonios sobre su práctica profesional posterior. Igualmente, nos resultó interesante analizar el discurso médico en torno a la mujer gestante, la maternidad y otros aspectos contenidos en estos libros. Así, los fragmentos textuales de estas obras y su interpretación en muchos casos acompañarán los testimonios de las matronas protagonistas durante toda nuestra investigación, dentro de las categorías identificadas a partir de sus relatos biográficos.

Puesto que la profesión matrona a lo largo del tiempo se ha ido configurando en base a la legislación surgida con la finalidad de regular la formación y el ejercicio profesional, hemos utilizado como fuentes escritas de información algunos documentos legales publicados durante el período de estudio que tuvieron repercusión en la educación y el trabajo de las mujeres en general y, posteriormente, en la formación y el trabajo de las matronas específicamente. Del mismo modo que ocurría con los manuales de formación, el análisis de los textos legales irá acompañando a los testimonios de las entrevistadas dentro de las categorías identificadas. Estas órdenes, decretos y reglamentos se convertirán en una herramienta muy valiosa para la comprensión de sus actuaciones y del entramado cultural en el que transcurrieron sus relatos biográficos.

6.3.6.3 Fuentes documentales personales.

Como fuentes documentales personales utilizadas en esta investigación incluimos los documentos, materiales y elementos aportados por las informantes que nos han facilitado una mayor comprensión de sus relatos y sus vivencias. Entre ellos tuvimos acceso a fotografías, apuntes de clase conservados desde su etapa de formación, registros personales cumplimentados durante su trabajo, documentos legales como títulos académicos e instrumentos empleados en su trayectoria profesional. Igualmente, pudimos examinar recortes de prensa sobre hechos relevantes para el colectivo, así como apreciar objetos y regalos con los que la comunidad o sus compañeros/as reconocieron su labor como matronas.

6.3.7 Técnicas de recogida de información.

6.3.7.1 Relatos biográficos.

En esta investigación hemos realizado un total de trece relatos biográficos que nos permitieron recurrir a la memoria de las matronas con el objetivo de hacer un recorrido en profundidad de sus vidas, tomando como punto de partida los inicios de su formación a través de la narración de sus vivencias y expresado con sus propias palabras.

Cuando una persona elabora relatos cotidianos sobre sus sentimientos o vivencias, realiza como narrador un primer nivel de interpretación de sus experiencias. Así, las matronas en sus relatos biográficos interpretaron inicialmente los acontecimientos vividos. Esta interpretación las definió y diferenció de otros formando parte de la construcción de su propia identidad. Posteriormente, cuando como investigadoras analizamos estos relatos, hicimos una segunda interpretación a partir de la primera llevada a cabo por ellas (Cornejo, Mendoza, & Rojas, 2008).

El foco de interés fue la vida profesional de las matronas, a lo que Velasco Juez (1999) denominó historia de vida parcial o profesional, ya que se centró fundamentalmente en un aspecto concreto de su biografía. No sólo fue objeto de nuestra atención el propio ejercicio como matronas, sino también todos aquellos aspectos de su trayectoria vital y familiar que pudieron influir en el desarrollo de su profesión dentro del contexto de Murcia durante los años abarcados en nuestra investigación. Pretendimos así recoger la narración de las propias matronas, dándole importancia a la experiencia única y vital de cada una de ellas, y entendiendo sus palabras como posible fuente de información para construir una realidad común del colectivo.

En los momentos iniciales del encuentro entre las informantes y las investigadoras realizamos una breve descripción de los objetivos de nuestro trabajo, completando así la información previa proporcionada telefónicamente. Todas las entrevistadas manifestaron mucho interés por saber en qué consistía nuestra investigación a la vez que en algunos casos se mostraron sorprendidas, poniendo en duda el valor de sus testimonios. Una vez explicada la gran contribución que podían realizar con sus relatos, la mayoría mostró su agradecimiento y satisfacción por el hecho de quedar constancia escrita de su labor profesional. Esto nos permitía crear un ambiente de confianza previo a la entrevista. A continuación explicábamos los objetivos, pedíamos autorización por escrito para realizar la grabación de audio de sus testimonios mediante un consentimiento informado y cumplimentábamos una ficha sociodemográfica con los datos aportados por la propia entrevistada (Anexo 3: Ficha sociodemográfica participantes).

El desarrollo de los relatos se realizó en dos fases. En un primer momento, con el objetivo de que las matronas espontáneamente elaboraran su discurso de un modo libre, estableciendo así ellas mismas las distintas categorías y el orden e hilo conductor del

testimonio, solamente se les solicitaba la narración de su trayectoria académica y profesional remontándose, si era posible, a su infancia. Partiendo de este punto de inicio, decidieron lo que querían contar y lo que no, así como el modo en el que lo harían, proporcionándonos estos datos una valiosa información.

Una vez finalizado el relato, intentábamos en una segunda fase incidir en los temas o puntos concretos donde precisábamos alguna aclaración o que necesitaban ser completados, siempre desde preguntas abiertas. En algunos casos, el testimonio fue extenso y detallado, obviando esta segunda fase de aclaraciones, sin embargo, en otras ocasiones, el primer relato fue escueto y poco fluido, quizás por la falta de confianza con las investigadoras o el nerviosismo al saber que su voz estaba siendo grabada, por lo que recurrimos a una segunda etapa de preguntas o aclaraciones más larga. Para ello elaboramos un esquema con los temas centrales de interés para nuestra investigación:

1-Formación: Nos interesaba especialmente conocer el modelo familiar de origen en el que habían crecido y de qué modo ésta y el contexto de la época habían influido en su educación. Además, era relevante para nosotras averiguar las dificultades y apoyos encontrados durante su trayectoria académica. Igualmente, pretendíamos explorar los motivos que les llevaron a elegir esta profesión y qué otras alternativas barajaron frente a ser matronas. Nos preguntábamos cómo era la imagen del colectivo entre ellas y sus familias y una vez tomada la decisión de obtener la titulación, queríamos completar el itinerario formativo seguido por las entrevistadas hasta convertirse en matronas, así como sus vivencias durante su periodo formativo .

2-Trabajo: También nos interesaba conocer su trayectoria profesional como matronas. Queríamos indagar sobre el modo en que se abrieron camino en la profesión, cómo se organizaba el trabajo en cada momento y qué competencias tenían las matronas en

los distintos ámbitos. También nos preguntábamos cómo había sido la relación establecida entre las matronas y otros profesionales en torno al nacimiento así como con las mujeres y familias de la comunidad para la que trabajaban. Por último, nos interesaba profundizar en las estrategias que llevaron a cabo para engranar trabajo y familia durante esta etapa de sus vidas.

3- Vivencia del cambio a los hospitales: En los años setenta se produce un cambio en la política y organización sanitaria que hace que tanto el nacimiento como las matronas se integren dentro de los grandes hospitales. Queríamos indagar en los motivos del cambio y las consecuencias que produjo en la vida familia y profesional de las matronas desde su percepción. También queríamos averiguar el punto de vista de las entrevistadas con respecto a la nueva organización y relaciones profesionales dentro de las instituciones así como el modo en que afrontaron este cambio las gestantes que hasta entonces habían visto nacer a sus hijos en sus propias casas.

Una vez que abandonábamos el domicilio, tomamos notas de campo sobre el entorno donde se había producido la entrevista, los silencios, la comunicación no verbal, las reticencias a la hora de hablar de algunos temas, etc.

Todos ellos se realizaron en una sola sesión a excepción de uno de ellos que se realizó en dos sesiones en días diferentes. El modo de acceder a cada participante, el lugar, día y hora y contexto en el que se llevaron a cabo los encuentros, así como la duración de las grabaciones de audio de los relatos biográficos se especifica a continuación:

PARTICIPANTE	CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZA EL RELATO
Matrona 01: Fecha: 05/01/2011 Duración: 00:49:21	Con esta matrona resultó sencillo contactar ya que fue maestra de las investigadoras durante su formación. Se ofreció gustosa a colaborar con nosotras convirtiéndose en informante clave y punto de partida de nuestro estudio. Realizamos la entrevista en una sala de su centro de trabajo que por las mañanas estaba vacía, nuestra protagonista en ese momento estaba de vacaciones, por lo que nos desplazamos expresamente para

	realizar la grabación de su relato. Durante el desarrollo del mismo, nos ofreció una narración muy fluida proporcionándonos además una gran cantidad de nombres de otras compañeras que trabajaron junto a ella en sus inicios, ya jubiladas y que desde su punto de vista podían contribuir a nuestro trabajo.
Matrona 02: Fecha: 04/12/2011 20/12/2011 Duración: 01:48:38 03:38:23	Establecimos contacto con ella telefónicamente a través de nuestra informante clave. Fue seleccionada por su capacidad de rememorar hechos pasados y su gran implicación con la profesión. El encuentro con ella se realizó en su casa, donde el ambiente fue relajado, en ese momento no había ningún familiar más de manera que pudimos hablar de un modo tranquilo. Durante su relato recibió un par de llamadas telefónicas retomando de nuevo la narración en el punto donde la dejó sin ninguna dificultad. Su testimonio resultó tan detallado que precisamos una segunda cita para completarlo. Al finalizar nos mostró una gran cantidad de documentos como libros de texto y apuntes que tomó en clase durante su formación, perfectamente mecanografiados y encuadernados en un estado impecable, así como recortes de periódicos con noticias publicadas de hechos relevantes para las matronas murcianas.
Matrona 03 : Fecha: 18/02/2012 Duración: 00:51:05	El contacto se estableció a través de otra matrona, compañera nuestra, que vivía en el mismo pueblo de la participante. Esta entrevistada, una de las de mayor edad de la muestra, fue seleccionada por su larga trayectoria como matrona rural y por su vivencia en primera persona del cambio de los nacimientos al contexto hospitalario. La entrevista se realizó en su domicilio, una casa de una sola planta situada en el municipio de San Javier (Murcia). Tras el relato nos enseñó varias fotos de ella y su familia así como la primera tarjeta de identificación como matrona que le entregaron cuando comenzó a trabajar en 1971 en el Hospital Santa María del Rosell (Cartagena).
Matrona 04: Fecha: 01/03/2012 Duración: 01:30:11	Contactamos con ella a partir de los datos aportados por nuestra informante clave. Fue seleccionada por su larga trayectoria profesional así como su capacidad para rememorar y narrar hechos pasados. El encuentro se realizó en su casa, un dúplex situado en el centro de Murcia. Hacía unos meses había fallecido su marido y en el relato surgieron numerosas referencias hacia él. La entrevista se interrumpió en varias ocasiones a causa de algunas llamadas telefónicas de familiares, amigos y compañeras que se preocuparon por su estado. Al finalizar me entregó fotografías de su etapa como estudiante en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Alicante.
Matrona 05: Fecha: 21/03/2012 Duración: 00:28:15	Establecimos el contacto a través de nuestra directora de tesis. Tras una llamada telefónica concertamos una cita. Esta matrona fue seleccionada por su larga trayectoria profesional atendiendo partos domiciliarios en el contexto rural, siendo la informante de mayor edad de nuestra muestra. La entrevista la realizamos en su domicilio, un piso en el centro de Murcia. En ese momento se encontraba acompañada de su marido que permaneció viendo la televisión mientras grabamos el relato de su esposa, sin intervenir en ningún momento. La televisión se encontraba a gran volumen lo que nos dificultó en

	gran medida la transcripción y comprensión del relato. Quizás debido a su avanzada edad y al cansancio, no logramos una narración fluida de forma que debimos realizar bastantes preguntas a las que respondió de manera breve y concisa, aunque aportando información muy relevante. A pesar de ser unas desconocidas para ella, nos abrió las puertas de su casa muy amablemente. Además, al finalizar nos mostró varias fotografías de su hija.
Matrona 06: Fecha: 27/03/2012 Duración: 00:58:54	Obtuvimos el modo de contactar con ella a través del número de teléfono proporcionado por el marido de una compañera matrona, ginecólogo de profesión, con el que había trabajado durante un tiempo. Fue seleccionada porque además de su labor en la sanidad pública, también ejerció con varias generaciones de ginecólogos de Murcia dentro de la sanidad privada. La entrevista la realizamos en su casa, un piso del centro de Murcia donde nos acogió de un modo agradable, en ese momento se encontraba su hermana en el domicilio. En la casa había varias obras de arte que hacían referencia a la maternidad, entre ellas, una escultura de una mujer embarazada que le regalaron con motivo de su jubilación.
Matrona 07: Fecha: 22/05/2012 Duración: 02:58:41	Establecimos el contacto a través de una compañera matrona que nos dió su número de teléfono. Fue seleccionada por su larga experiencia profesional y por ocupar durante un tiempo un puesto de responsabilidad en el servicio de partos de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Tras concertar una cita acudimos a su domicilio, una casa de varias plantas situada en una pedanía a cinco kilómetros de Murcia, donde nos relató su trayectoria de un modo muy detallado. Tras finalizar, nos enseñó todas las dependencias de su vivienda decorada con multitud de obras de arte y algunos tapices hechos por ella misma invitándonos incluso a unos dulces antes de marcharnos.
Matrona 08 : Fecha: 28/05/2012 Duración: 01:28:54	El acceso a esta informante se realizó a través de otra matrona compañera, natural de su mismo pueblo, que nos puso en contacto telefónico con su marido. Con él concertamos lugar y hora del encuentro. Fue seleccionada por su larga experiencia atendiendo partos en el contexto rural. La entrevista la realizamos en su domicilio, una casa en planta baja situada junto a la fábrica propiedad de su familia. Durante el relato, la informante estuvo acompañada por su marido que también participó en la conversación. Durante la grabación entró y salió alguno de sus hijos de la vivienda. Además de su testimonio, nos enseñó varios de los utensilios utilizados en los partos, así como sus títulos, orla y certificados de asistencia a cursos de formación. En su municipio le habían rendido varios homenajes, había sido entrevistada por los medios de comunicación locales e incluso llevaba su nombre una calle, por lo que nos dio la impresión de estar acostumbrada en cierto modo a relatar su vida profesional.
Matrona 09 : Fecha: 14/06/2012 Duración: 01:58:32	Establecimos el contacto a través de nuestra informante clave, junto a la que trabajó durante unos años. Fue seleccionada por haber ejercido la profesión de un modo libre en el contexto rural, ubicando una consulta para gestantes en una de las habitaciones de

	su domicilio. Después de establecer una cita telefónica, acudimos a su casa situada en un municipio a once kilómetros de Murcia, donde grabamos su relato. Nos mostró una gran cantidad de documentos como historias clínicas o registros de partos pertenecientes a su primera etapa profesional ejerciendo como matrona en su pueblo que nos permitió fotografiar. Además, nos mostró su propio maletín y varios de los instrumentos y materiales utilizados durante la asistencia a los partos domiciliarios.
Matrona 10: Fecha: 22/06/2012 Duración: 01:23:52	Contactamos con ella a través de una compañera matrona con la que trabajó en el Hospital Santa María del Rosell durante la última etapa de su trayectoria profesional. Acudimos a la entrevista junto a esta compañera que actuó de portera facilitándonos el acceso a la informante. Su intención era presentarnos y marcharse, pero finalmente, ante la insistencia de la matrona participante, permaneció con nosotras durante la grabación del relato, surgiendo algunas referencias a los años que trabajaron juntas. La entrevista la realizamos en su casa donde el ambiente fue relajado, la informante estaba acompañada por su perra. En esos momentos vivía sola en el domicilio, aunque nos comentó que durante años cuidó a su nieta mientras su hija trabajaba.
Matrona 11: Fecha: 02/10/2012 Duración: 01:05:19	Establecimos el contacto a través de una compañera matrona que nos proporcionó su teléfono. Aunque estaba jubilada desde hacía varios años, era una persona muy conocida entre el colectivo porque durante un tiempo ocupó un puesto de supervisión en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. La entrevista se realizó en su casa, un piso situado en el centro de Murcia. En ese momento se encontraba sola en el domicilio, nos recibió amablemente y durante la entrevista no se produjo ninguna interrupción. Tras explicarle en qué consistía nuestro trabajo comenzó a relatarnos su vida profesional de un modo detallado, no siendo apenas necesario realizar preguntas posteriormente ya que ella de un modo libre abordó los temas principales de nuestro interés. Durante su testimonio hizo alguna alusión a la garantía de anonimato del mismo, denotando cierta preocupación porque sus palabras fueran grabadas.
Matrona 12 : Fecha: 26/11/2012 Duración: 01:06::52	Los datos de contacto los obtuvimos a través de nuestra directora de tesis, coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Murcia, ya que la hija de esta informante, también matrona, estaba vinculada a dicha Unidad. Esta matrona fue seleccionada por su larga trayectoria profesional, tanto como matrona en el contexto rural como posteriormente dentro de un gran hospital. Mediante una llamada telefónica a su hija establecimos una cita en el domicilio de la entrevistada situado en Lorca, hasta donde nos desplazamos para la grabación del relato. Nos ofreció un testimonio muy detallado, lleno de vivencias de todo tipo que nos narró con un gran sentido del humor en un ambiente muy distendido. Su hija estuvo presente durante el encuentro interviniendo en algunos momentos.
Matrona 13: Fecha: 27/11/2012	Igual que en caso anterior, establecimos el contacto a través de nuestra directora de tesis, coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Murcia, ya que la hija de

Duración: 01:02:09	nuestra informante también era matrona y estaba vinculada a dicha Unidad. A través del contacto telefónico con su hija establecimos una cita. Fue seleccionada por su larga experiencia profesional como matrona en el contexto domiciliario y hospitalario, ya que obtuvo su titulación siendo aún menor de edad. La grabación del relato se realizó en el domicilio de la entrevistada, ubicado en Lorca. En mayo de 2011 esta zona sufrió un grave terremoto, provocando importantes daños en la estructura de la casa. Durante su narración, además de su trayectoria profesional, describirá los episodios relevantes de su vida personal de un modo minucioso.

6.3.7.2 Entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Con el objetivo de contextualizar los relatos biográficos y ampliar la información sobre las matronas objeto de estudio, utilizamos la técnica de la entrevista semiestructurada en profundidad, escogiendo otros actores a los que pudiéramos realizar preguntas dirigidas especialmente sobre dos áreas; por un lado queríamos obtener una descripción del escenario de la sanidad murciana durante los años del estudio y, por otro lado, nos interesaba recoger información sobre las matronas murcianas desde la experiencia de otras personas que fueron testigos cercanos de su trayectoria vital o profesional. Igualmente, nuestro propósito era triangular la información aportada por las matronas acerca de las relaciones establecidas con otros profesionales sanitarios y su propia familia durante el ejercicio profesional a través de testimonios diferentes a los de las protagonistas. Para ello, realizamos un total de seis entrevistas; tres de ellas fueron a personas que habían trabajado dentro del contexto del nacimiento durante los años de estudio y se habían relacionado con las matronas (un practicante, un ginecólogo y una partera) y, otras tres, fueron realizadas a familiares de las informantes (un marido y dos hijas). Mientras para las tres primeras entrevistas se concretó una cita, en el caso de las tres últimas, por tratarse de familiares directos, se realizaron en los domicilios de las matronas a las que acompañaban. De este modo, una vez finalizado el relato biográfico de nuestras protagonistas, realizamos una

serie de preguntas a los familiares centradas especialmente en las vivencias que como maridos o hijas habían tenido con respecto al trabajo de sus esposas o madres. En muchas ocasiones, también requerimos que nos explicaran un poco más alguna intervención o comentario realizado de un modo espontáneo y simultáneamente al relato biográfico de las matronas.

6.3.7.3 Observación documental.

Según Siles González (2011, p.48), las técnicas de observación documental son aquellas que consisten en la observación de la realidad histórica a través de documentos como prensa, bibliografía, publicaciones oficiales, etc. Dentro de esta técnica incluimos además la observación de documentos personales aportados por las matronas como fotografías, registros personales, instrumentos de trabajo etc.

6.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

6.4.1 Documentación de los datos (transcripciones).

Los relatos biográficos y las entrevistas semiestructuradas fueron registradas mediante audio grabación, previa autorización de las personas informantes y transcritas posteriormente de acuerdo a unas normas generales de transcripción que aportaron exactitud máxima y uniformidad a los relatos (Anexo 4: Normas generales de transcripción).

Tras una primera transcripción, se realizó un segundo control del documento escrito frente a la grabación en el que además constatamos que se garantizaba en todo momento el anonimato de los/as informantes, así como de otras personas, cuyos nombres en ocasiones aparecían en la grabación de los relatos de nuestros/as entrevistados/as.

Para referenciar la transcripción de los testimonios, tanto a las matronas como al resto de participantes les fue asignado un nombre abreviado que correspondía a su profesión o parentesco con las protagonistas:

Matrona	Mt.
Practicante	Pt.
Ginecólogo	Gc.
Partera	Part.
Marido de matrona	M.Mt.
Matrona hija de matrona	Mt.H.Mt.

En el caso de las matronas, les fue asignado un número de identificación de dos cifras que correspondía al orden cronológico en que fueron realizados los relatos biográficos. Para citar e identificar los fragmentos textuales de los testimonios que acompañan y dan evidencia a nuestros resultados, tras el nombre abreviado y el número de identificación se indica el número de párrafo en el que aparece el fragmento dentro de la transcripción de acuerdo a la siguiente fórmula:

Nombre abreviado	Nº de identificación: Nº de párrafo

6.4.2 Proceso de análisis de contenido.

Partimos de la idea de que el análisis de datos no es un proceso aislado en la investigación, sino que establece una continua retroalimentación con el proceso de obtención de información. Para el análisis de datos seguimos la propuesta de Miles y Huberman (1984) recogida en Tójar Hurtado (2006), donde el proceso de análisis se integra por tres fases relacionadas entre sí; una primera fase de reducción, en la que los

datos serán seleccionados y codificados en categorías, una segunda fase de disposición y transformación de datos y una última de extracción y verificación de conclusiones.

Una vez elaborada la transcripción de las entrevistas procedimos a realizar una primera lectura superficial para familiarizarnos con los datos aportados por las informantes y una segunda lectura más minuciosa, profunda y reflexiva, a partir de la cual comenzamos una fragmentación temática de las mismas.

Para la organización de la información durante el proceso de análisis hemos utilizado el programa informático MAXQDA 10, dirigido específicamente al análisis cualitativo de datos de textos. Aunque esta herramienta facilitó nuestra labor una vez volcadas las entrevistas transcritas en formato Word, debemos decir que fuimos las propias investigadoras las que trabajamos, clasificamos y categorizados toda la información para realizar una interpretación posterior.

Mediante el proceso de categorización hicimos una primera reducción y segmentación de datos agrupándolos en grandes categorías exhaustivas, excluyentes, significativas, precisas, claras y replicables. La categorización fue abierta, realizándose de un modo emergente de manera que los códigos, subcategorías y categorías se fueron construyendo a partir de los temas abordados por las propias informantes, entendiendo éstas como provisionales y pudiéndose modificar, eliminar o crear nuevas conforme avanzábamos en el proceso de investigación. El propósito de la codificación fue primero descomponer el texto para luego comprenderlo, asignarle y desarrollar categorías ordenadas en el tiempo (Flick, 2007). Los códigos, entendidos como las unidades mínimas de análisis, fueron compuestos por varias líneas o frases que recogían una idea central (Creswell, 2012) para posteriormente reunirlos bajo diferentes categorías y subcategorías en las que se integraron conceptos similares en su naturaleza.

Así, tras agrupar las diferentes subcategorías, surgieron tres categorías centrales cuyo contenido describiremos a continuación:

Categoría 1: La formación de las matronas.

Esta categoría surge de agrupar las siguientes subcategorías:

a. Influencia familiar en la formación: esta subcategoría incluye el modelo de familia de origen, obstáculos y apoyos encontrados en la formación y elección de la profesión.
b. Formación académica: esta subcategoría incluye itinerarios y requisitos formativos para obtener la titulación, los contenidos de la formación y manuales de referencia, docentes en la formación teórica y práctica así como la vida cotidiana de las matronas en las escuelas durante su formación.

Categoría 2: El trabajo de las matronas en el contexto del parto domiciliario.

Esta categoría incluye las siguientes subcategoría:

a. Estrategias para conciliar trabajo y familia.
b. La organización del trabajo de las matronas en el contexto domiciliario.
c. La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto domiciliario.
d. Las relaciones de las matronas en el contexto del parto domiciliario.

Categoría 3: El trabajo de las matronas en el contexto del parto hospitalario. Vivencia del cambio.

a. El proceso de institucionalización del parto.
b. Motivos del cambio desde la visión de las matronas.
c. La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto hospitalario.

d. Las relaciones de las matronas en el contexto hospitalario.

El análisis e interpretación se llevó a cabo en dos fases: en una primera fase se realizó un análisis intracaso, es decir, tras ser categorizado cada uno de los relatos biográficos de nuestras protagonistas siguiendo unos criterios temáticos, realizamos una comparación entre estas categorías para lograr de este modo una comprensión global del testimonio. En una segunda fase se realizó un análisis intercategorial entre los diferentes relatos, es decir, intercaso lo que permitió aumentar la validez interna de la información (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Por último, se llevó a cabo el informe de investigación donde se recogieron los resultados así como la extracción y verificación de conclusiones.

6.5 RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a las recomendaciones de Castaño Molina (2009, p.56) tomamos como referencia para construir esta investigación los seis criterios establecidos por Leininger (2005) para evaluar eficazmente el rigor científico de los estudios cualitativos:

Credibilidad: Para garantizar la veracidad de los hallazgos intentamos detectar aquello que podía influir en los resultados de nuestro estudio. Exploramos nuestro propio rol de investigadoras y expusimos el motivo que nos llevó a tomar todas y cada una de las decisiones metodológicas de esta investigación. La información recogida y transcrita textualmente de un modo preciso y completo se revisó y corroboró contrastándola con cada informante. Cuando fue necesario se solicitó cualquier tipo de aclaración estableciendo una retroalimentación con los/as participantes. La perspectiva de los/as informantes fue respetada sin alterar el sentido o significado atribuido por ellos/as a sus acciones. Además utilizamos diferentes estrategias de triangulación; obtuvimos y analizamos datos aportados por personas distintas en tiempos y lugares diferentes, las entrevistas realizadas a otros

profesionales y a familiares directos de nuestras matronas nos permitieron la triangulación de la información aportada por éstas. Del mismo modo, el que se tratara de mujeres que desarrollaron una misma profesión en un mismo contexto dio lugar a relatos cruzados que nos permitieron conocer diferentes miradas sobre un mismo hecho plasmado en sus testimonios. Asimismo, nos aproximamos a los datos desde un marco a partir de diferentes perspectivas teóricas y utilizamos distintas técnicas de recogida de datos en el trabajo de campo que aseguraron el rigor metodológico. La categorización y análisis de la información fue revisada por tres investigadoras.

Posibilidad de confirmación: Garantizamos la posibilidad de confirmación de los datos e interpretaciones de esta investigación realizando grabaciones de audio de todos los relatos biográficos de las participantes así como de las entrevistas semiestructuradas. Estas grabaciones se pueden escuchar para confirmar que los hallazgos surgen y se adecuan a la información aportada.

Significado en contexto: El contexto en el que se desarrolló la trayectoria vital y profesional de nuestras entrevistadas fue considerado como fundamental para comprender el sentido dado a sus vivencias.

Patrones recurrentes: En nuestra investigación intentamos detectar modelos que se repetían, experiencias vividas por nuestras protagonistas que tras aparecer reiteradamente originaron un patrón.

Saturación: Este estudio contempló el criterio de saturación a partir del cual la recogida e interpretación de datos cesó cuando la información aportada no proporcionaba un conocimiento adicional.

Posibilidad de transferencia: el criterio de transferencia se basa en la posibilidad de generalización y aplicación de los conocimientos obtenidos de nuestra investigación a

otros estudios en contextos similares. Puesto que nuestro trabajo se desarrolló en un ambiente acotado, en profundidad y con sujetos únicos e irrepetibles, con unas características culturales, sociales y espaciales concretas, desde el punto de vista de las investigadoras pensamos que no sería adecuado el generalizar los resultados a otros estudios ya que, aunque se produjeran en condiciones similares, siempre existirían diferencias que nos harían obtener otros resultados diferentes. Dentro de esta investigación cualitativa el propósito principal fue comprender a nuestras protagonistas y en ningún caso transferir las conclusiones obtenidas a partir de sus relatos a la totalidad de matronas no estudiadas.

6.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

El uso de fuentes orales requiere cierta capacidad de memoria de los informantes para el relato de acontecimientos pasados, lo que nos causó ciertos problemas a la hora de reconstruir sus trayectorias vitales y profesionales debido a la edad avanzada de muchas de nuestras participantes. El solicitar que sus narraciones se remontaran a la infancia, en algunos casos supuso en gran esfuerzo para ellas.

Por otro lado, en ocasiones la transcripción de las narraciones resultó complicada por factores ambientales como el ruido, interrupciones en los relatos o el mismo tono de voz bajo empleado por algunas de las matronas entrevistadas.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización de la investigación, donde las personas son el centro de nuestro trabajo, seguimos los principios éticos fundamentales recogidos en el Informe Belmont en 1979 (Departamento de Salud, Educación y Bienestar, U.S.A 1979): respeto hacia las personas que nos proporcionaron la información y nos confiaron el relato de su trayectoria

vital y profesional, ocasionar un beneficio como motivación principal de nuestro trabajo, minimizando cualquier tipo de riesgo o inconveniente que les pudiera generar su participación asegurando su bienestar y por último teniendo en cuenta el principio de justicia hacia ellas.

Para aplicar estos preceptos se elaboró un consentimiento informado dirigido a los/as informantes donde se explicaban los objetivos principales de nuestro trabajo y con el que nos autorizaban voluntariamente a grabar su voz para posteriormente ser transcrita, garantizando en todo momento su anonimato. Igualmente remitimos este consentimiento y toda la documentación requerida a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia obteniendo un informe favorable tras su valoración (Anexo 5: Documento de consentimiento informado para participantes e Informe de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia). Las investigadoras nos aseguramos de que los/as participantes tuvieran la información suficiente y la comprendieran dándoles la oportunidad de preguntar en cualquier momento o abandonar el estudio si así lo deseaban.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1 CATEGORÍA 1: LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS

7.1.1 Influencia familiar en la formación de las matronas.

7.1.1.1 El modelo familiar de origen.



Figura 1. Niño en caballo. Años 50. Imagen original cedida por informante.

El estudio de la familia como institución sensible a cambios sociales, políticos y económicos resulta básico para comprender una sociedad (Roigé, 2006). El grupo familiar asumirá la tarea de vincular al individuo con la comunidad y a la vez, dentro de la familia será donde las personas construirán su identidad tanto a nivel individual como social (Alberdi, 1999).



Figura 2. Niña con muñeca. Años 50. Imagen original cedida por informante.

Por tanto, indagar en la familia de origen como institución básica y socializadora que vio nacer y crecer a las matronas murcianas hasta convertirse en mujeres profesionales, será esencial para comprender su evolución desde la infancia hasta hoy (Siles González & Solano Ruiz, 2007). Esta familia, la estructura del hogar y el grupo, sentará el modelo de



Figura 3. Familia años 50. Imagen original cedida por informante.

referencia en su visión del mundo y en el modo en que construirán sus propias vidas. Para ello no debemos olvidar el tiempo que les tocó vivir, ya que la manera de constituirse y en muchos casos de subsistir, se verá influenciada por la situación que atravesará el país en general y su propia familia en particular. No cabe duda que los niños y niñas nacidos durante los años 30 hasta bien entrada la mitad del siglo XX, verán su infancia marcada por la Guerra Civil; unos porque la vivieron en primera persona y otros porque nacieron en un país desmantelado por sus consecuencias.

Durante los años abarcados por nuestra investigación, la familia continuará manteniendo las características del modelo tradicional forjado durante el siglo XIX; patriarcal, asentada sobre el matrimonio y con una clara separación entre el ámbito público, propio de los hombres, que serán considerados los responsable de sostener a la familia económicamente, y el ámbito privado, propio de las mujeres que serán las encargadas tanto de educar a hijos e hijas como de realizar las tareas domésticas (Vázquez-de-Prada, 2005). Dentro de este modelo de familia tradicional nacerán y crecerán la mayoría de las matronas protagonistas de nuestro trabajo; de las trece, once de ellas lo harán en una familia nuclear integrada por padre, madre y descendencia, cuyo número de hijos/as osciló entre dos y seis. Las otras dos restantes lo harán dentro de estructuras familiares distintas surgidas a raíz de la pérdida de la figura paterna.



Figura 4. Familia murciana junto al fuego. Años 50.
Imagen original cedida por informante.

De acuerdo a los diferentes roles y atributos asignados a hombres y mujeres, los padres de las entrevistadas fueron identificados por éstas como los encargados de sacar a la

familia adelante desempeñando diversos oficios que en su inmensa mayoría estaban relacionados con ocupaciones donde la presencia de los hombres era prácticamente exclusiva, como el sector de los transportes, la mecánica (perito-mecánico de RENFE, mecánico de ferrocarril, empleado de Campsa) o el sector agrario, como en el caso de la matrona 05, cuyo oficio paterno fue el de asentador de fincas. Únicamente los padres de dos de las entrevistadas tuvieron algún tipo de relación con la sanidad; uno como practicante rural y otro como secretario de un médico. Como ejemplo, la matrona 12 nos describió los diferentes trabajos realizados por su padre:

> Mi padre trabajaba en Campsa, con las cisternas esas que van llevando gasoil a las gasolineras, porque primero empezó de taxista, pero echaba muchísimo tiempo y no ganaba nada, luego de camionero, ganaba mucho, pero no estaba nunca en casa y ya al final se colocó en Campsa (…) (Mt. 12:5).

Sus madres fueron amas de casa que o bien no realizaron ningún tipo de actividad laboral remunerada o bien desempeñaron algunas de las tareas consideradas "propiamente femeninas" como era coser o bordar. Estas ocupaciones serían muy comunes entre las mujeres y se realizarían generalmente sin salir del ámbito privado del hogar, con el objetivo de obtener algún dinero para "ayudar" a la economía familiar. La identificación que en algunos casos se hacía del trabajo de las mujeres fuera del hogar como signo de incapacidad de los hombres para mantener a sus familias, provocó en muchas ocasiones el intento de invisibilizar el trabajo femenino recurriendo a actividades que éstas pudieran realizar dentro de casa, como confeccionar prendas que luego vendían a las tiendas a precios muy bajos (Gómez- Ferrer Morant, 2011). La asociación de las mujeres con las tareas de costura, aparece en la historia de un modo incesante; el carácter productivo y perdurable de esta actividad la hacía única frente a otras labores asignadas a las mujeres dentro del hogar cuyos resultados se desvanecían rápidamente (Ballarín Domingo, 2001).

De este modo, la imagen de las madres dentro del hogar hilvanando, zurciendo y produciendo ropa para proveer de vestido a su propia familia o para ingresar algún dinero perdurará en el recuerdo y los relatos de algunas de las matronas "(…) mi madre, modista toda la vida, empezó bordando y como ganaba poco, modista (…)" (Mt. 13:5). "(…) mi padre era mecánico y mi madre…pues estaba allí, en su casa, y cosía" (Mt. 07:14).



Figura 5. Niñas y niño vestidos con ropa confeccionada por su madre. Años 50. Imagen original cedida por informante.

De acuerdo al modelo de mujer ideal de la época, algunas matronas ensalzaron y reconocieron en sus madres varias de las virtudes que en esos momentos la ideología franquista valoró muy positivamente en las mujeres dentro del hogar. Entre ellas, saber organizar y administrar la economía familiar con el objetivo de obtener el máximo partido a los salarios reducidos aportados por los hombres y los escasos recursos con los que contaban muchas de las familias en esos momentos. Desde la percepción de las matronas, sus madres fueron mujeres muy especiales que con muy poco dinero obtuvieron muchos resultados:

> Mi madre era ama de casa, como era entonces, pero un ama de casa muy especial que de un poquito así hacía un…se administraba maravillosamente, ella hacía todo en la casa y de todo. (Mt. 06:21).

En definitiva, este modelo por el que la vida y el trabajo de las mujeres quedan adscritos al contexto familiar y doméstico será percibido por las matronas como el más común entre sus madres y también en la mayoría de mujeres de la época. Modelo que, según Del Valle el al.



Figura 6. Mujer murciana vistiendo a niña. Imagen original cedida por informante.

(2002), será impuesto a éstas en el contexto social y político de la posguerra, donde las posibilidades educativas y laborales eran escasas y todo contribuía, incluida la legislación, a que aceptaran como "naturales" las diferencias sociales sexualmente establecidas con respecto a la clara división del trabajo patente en la gran mayoría de hogares y, como es obvio según sus relatos, también en el de las matronas.

Sin embargo, como consecuencia de los años de Guerra Civil, muchos de los hogares españoles se verán rotos y privados de algunos de sus miembros, en su inmensa mayoría hombres, originándose familias monoparentales configuradas por mujeres viudas junto a su descendencia. En el caso de ausencia del padre, fueron las madres las que tomaron las riendas para poder sacar a sus hijos e hijas adelante. Así, la madre de la matrona 12 al fallecer su marido convertirá la actividad de costura y sastrería en la fuente principal de ingresos con la que mantener a su familia:

> A mi padre lo mataron en la guerra, en el Frente de Teruel y yo me quedé sin padre con ocho años y entonces yo no tengo nada más que una hermana y mi madre que cosiendo…era sastra, nos sacó adelante. (Mt.12:5).

Sólo cuando la mujer, soltera, viuda o con un marido incapacitado no disponía de recursos económicos con los que mantener a su familia, la legislación y la sociedad justificaba su trabajo fuera del hogar (Flecha García, 1989; Ortiz Heras, 2006).



Figura 7. Mujer murciana junto a sus hijas al inicio de los años 60.
Imagen original cedida por informante.
Los vestidos de las niñas fueron confeccionados por su madre.

No obstante, en algunas ocasiones extremas, la situación de necesidad económica provocada por la ausencia del padre, obligó a estas mujeres viudas a separarse de sus criaturas y encomendar su cuidado a otros familiares, práctica más cotidiana de lo deseado durante la posguerra española. Éste fue el caso de la matrona 03, que quedó a cargo de una hermana de su padre al fallecer éste dejando cuatro hijos aún pequeños:

> Entonces, yo tenía una tía mía, hermana de mi padre (…) y entonces, al morir mi padre nos quedamos cuatro y mi madre viuda, ¡PUES YA VES!, entonces nos tuvo que repartir y a mí me mandó con esa tía (…) (Mt.03:2).

Por tanto, aunque la mayoría de nuestras protagonistas asocian a sus madres con la esfera de reproducción y cuidados dentro del ámbito privado del hogar y a sus padres con la esfera de la producción, como cabeza de familia y responsables de aportar el dinero con el que mantener a esposa, hijos e hijas, existiendo por tanto una clara división de sus vidas en espacios masculinos y femeninos, las circunstancias no siempre fueron éstas; los testimonios de las matronas reflejaron que las dificultades económicas del momento, agravadas por unos salarios bajos, el elevado número de descendientes a los que mantener o la ausencia del padre a consecuencia de la guerra, hicieron que el trabajo femenino fuera fundamental para la supervivencia de algunas de las familias.

7.1.1.2 Obstáculos en la formación.



Figura 8. Jóvenes durante la Guerra Civil. Madrid, 1936. Imagen original cedida por informante.

Partiendo del contexto en el que crecieron nuestras protagonistas, destacaremos que una baja tasa de escolarización durante la Guerra Civil y los primeros años de la dictadura franquista, unida a una escasa inversión en educación, van a tener como consecuencia un retraso en la formación

de los niños y niñas en España (Núñez, 2003).

Muchos/as de ellos/as se vieron obligados/as a interrumpir su asistencia al colegio, como fue el caso de la matrona 05, para refugiarse en otras zonas españolas durante los años que duró la contienda. Así, en plena batalla, su familia viajaría desde la capital del país hasta Murcia, ciudad que permanecería en la retaguardia:

> Al principio vivíamos en Madrid, no vivíamos aquí, estuvimos estudiando en Madrid hasta que empezó la guerra, cuando empezó la guerra nos vinimos y cuando se terminó la guerra nos volvimos a ir y yo ya me quedé estudiando y ellos se vinieron porque teníamos fincas y teníamos que estar al frente de ellas. (Mt.05: 19).

Tras el final de la Guerra Civil, seguirán unos años de miseria donde el acceso de los niños y las niñas a la educación no será prioritario frente a otras necesidades fundamentales en las familias, como conseguir algunos alimentos con los que sobrevivir. Las matronas, especialmente las de mayor edad, describirán un entorno desolador que se prolongará durante gran parte de su niñez y adolescencia:

> Entonces era posguerra… entonces no se restituyó España en un año ni en dos (…) yo he conocido los comercios sin nada de…yo he conocido el queso de bola y ya era "mayorcica", el chocolate, bueno muchas cosas…estaban los comercios vacíos. (Mt.08:15).

El fragmento anterior revela el modo en que el contexto de pobreza generalizada sería identificado como la primera dificultad con la que se enfrentarían nuestras entrevistadas. No obstante, no será la única; la idea difundida de que las mujeres no precisaban más allá de una formación elemental tal y como afirma Grana Gil (2007) se verá reflejada en las voces de las matronas que percibirán su condición de mujeres como obstáculo añadido para acceder a la educación, considerando el género como determinante y generador de desigualdades entre hombres y mujeres "(…) en aquellos tiempos para que estudiara la gente era más difícil y más las mujeres (…)" (Mt.13:127), es decir, si para todas las personas era difícil, para ellas lo era aún más.



Figura 9. Niñas y niño a la salida del colegio. Años 50. Cartagena (Murcia). Imagen original cedida por informante.

Por este motivo, el obtener una titulación siendo mujeres hizo que algunas de las matronas se sintieran pioneras dentro de su entorno familiar y social más cercano, reconociéndose como tales en sus testimonios. Incluso algunas de ellas señalaron haber sido las primeras mujeres que estudiaron en su pueblo "(…) yo estudié por pura carambola o sea, yo en mi pueblo fui la primera mujer que estudiaba, ¡LA PRIMERA!"(Mt. 04:16). Similar fue el testimonio de la matrona 08:

> Bueno, yo de mi edad y de aquí de Molina me parece que soy la única, porque yo tengo amigas que eran mayores que yo que hicieron Magisterio, todo lo más que habían hecho, entonces aquí en Murcia no había Universidades ningunas nada más que Derecho (…) (Mt.08:15).



Figura 10. Jóvenes alumnos de la Escuela de Maestría. Años 60. Imagen original cedida por informante.

Recibir una educación generó en ellas la percepción de mujeres privilegiadas y singulares. Esta impresión manifestada estará en sintonía con los datos plasmados dentro del contexto educativo de esta investigación que reflejarán la escasa presencia de las mujeres en el ámbito académico más allá de la Instrucción Primaria.

En la mayoría de ocasiones, el que los hijos y las hijas recibieran una educación básica era considerado más que suficiente para desenvolverse en la vida y lo que se pretendía era un acceso rápido al mundo laboral para

poder contribuir económicamente al sustento familiar "(…) en aquellos tiempos la mayoría de gente lo que hacía era: "¡Eh!, ¿ya has aprendido las cuatro reglas?, pues ¡ALE, A TRABAJAR!", era lo que hacían (…)" (Mt. 13:127). En definitiva, se entendía que a corto plazo estudiar "no daba de comer", sin embargo trabajar sí. Este modelo será representativo de la situación de España en esos momentos, un país subdesarrollado de estructura preindustrial donde para trabajar sólo eran precisos unos conocimientos elementales, no considerándose indispensable un mayor formación o nivel de cualificación (De Puelles Benítez, 1999).

Cuantas más necesidades tuviera la familia, más importante era la aportación que los hijos y las hijas podían hacer con su trabajo; cuanto antes se consiguiera esta aportación mayores posibilidades de sobrevivir tendría el resto de miembros. Del testimonio de la matrona 07 se puede extraer igualmente la idea de que el género y la economía, tal y como sostienen Téllez Infantes y Verdú Delgado (2001a, 2011), serán algunos de los elementos generadores de desigualdades, repercutiendo en este caso en las opciones de las personas para estudiar:

> Pues… por una lado en aquella época, pues imagínate, el que los hombres estudiaran pues estaba bien, pero…y aún no tanto, porque lo que se buscaba era que tuvieras la edad y ponerte a trabajar de aprendiz y ya está. (Mt. 07:16).

Dependiendo del carácter gratuito o no de la enseñanza que recibieron las matronas durante su infancia y adolescencia, así como la situación económica en la que se encontraba la familia en aquellos momentos, su formación supuso un sacrificio más o menos importante. En caso de que fuera gratuita, aunque no conllevaba un gran esfuerzo económico, el que ellas estudiaran suponía que durante ese tiempo no realizarían ninguna aportación económica al hogar, como nos contó la matrona 07 "dejabas de ganar":

> Mi padre trabajaba y a veces los fines de semana hacía también horas, pero no es porque yo estudiara, sino porque las necesidades entonces…hacía falta, pero vamos, también, cuando ibas aprobando los cursos, ya en el mismo…porque yo lo he hecho todo más o menos oficial ¿no?, tenías matrícula gratuita, yo qué sé, era un poco…tampoco representaba un gran esfuerzo de estudiar, lo único que dejabas, según la idea de ellos, a esa edad, si ya tenías catorce años ya tenías que estar trabajando, entonces dejabas de ganar (…). (Mt. 07: 20).

Los recursos económicos reducidos con los que contaban muchos de los hogares y la idea de un rápido acceso al mundo laboral tras una formación básica, hizo que nuestras matronas en muchas ocasiones vieran interrumpida su formación, de manera que tras la Educación Primaria comenzaron a trabajar, no incorporándose a la Segunda Enseñanza hasta años después y a una edad muy superior a la podrían haberlo hecho:

> Nosotras tuvimos que hacer eso que había de antes… yo no me acuerdo ya, estuve yendo al Instituto de Cartagena que se llama Jiménez de la Espada que era mixto, críos y crías, yo era la mayor de todos, parecía la madre de todos, allá al incorpórame más mayor pues tenía que ir al nivel de ellos, pero claro, más mayor. (Mt. 03: 6).

Esta incorporación al mundo laboral durante su juventud se hacía en trabajos que, al igual que el resto de mujeres de su familia, se consideraban "adecuados" a su "naturaleza" femenina. En este sentido, desde el mundo escolar se afianzará un modelo de tareas diferentes para hombres y mujeres; mientras asignaturas como nociones de agricultura, industria y comercio serán impartidas sólo a los niños, las labores propias del sexo o nociones sobre higiene doméstica, serán asignaturas que únicamente cursarán las niñas. De este


DELEGACION NACIONAL
DE LA SECCION FEMENINA
DEL MOVIMIENTO

REGIDURIA CENTRAL
DE
EDUCACION FISICA

CARNET DE ACTIVIDADES

Valedero por cinco años.

Número Provincial 10504
Nacional 640958
Provincia
Local
Domicilio (calle)
Teléfono
Apellido 1.º
2.º
Nombre
Fecha de nacimiento 14-3-53
Expedido el día 13 de febrero de 1969

La Jugadora,

La Delegada Local,

La Regidora Central,

Figura 11. Carné actividades de la Sección Femenina. Años 60. Documentación original cedida por informante.

modo la costura, la jardinería y la industria casera serán incluidas como parte esencial de la formación de las mujeres para un desarrollo posterior en su propio hogar (Flecha García, 1989). En el caso de la matrona 12 esta formación traspasó la barrera de lo doméstico para convertirse en un trabajo; una vez finalizada la Educación Primaria comenzó a coser junto a su madre, igual que lo había hecho ésta durante años para ganarse la vida, no incorporándose al Bachillerato hasta mucho después:

> (…) yo estuve cosiendo también con ella y luego ya, pues empecé a estudiar, hice el Bachiller ya mayor, estudié con veintiún años, hice los cuatro años de Bachiller...terminé la carrera…empecé a estudiar el Bachiller a los veintiún años y a los veintiséis años ya había terminado la carrera. (Mt.12:5).

Igualmente, la matrona 07 tras finalizar el Bachiller y antes de empezar Enfermería, se incorporó al mundo laboral durante un par de años.

Aunque su deseo era continuar estudiando, lo que se esperaba de ella era que comenzara a trabajar cuanto antes y así lo hizo, respondiendo a las expectativas familiares durante un tiempo. Además, en su caso siempre fue dentro del ámbito de las "ocupaciones laborales femeninas" obteniendo así una aprobación de su entorno próximo y la sociedad en general, como dependienta en una mercería, empleada en una oficina o como trabajadora en una fábrica de gafas:



Figura 12. Mujer trabajando en oficina junto a sus compañeros. Años 60. Imagen original cedida por informante.

> (…) estuve cotizando, tengo cotización de mucho antes, yo qué sé, desde que tenía trece o catorce años, en las vacaciones me ponía a trabajar en una mercería, a vender, cuando estaba haciendo…cuando acabé el Bachiller, de los 14 hasta los 16 que pude empezar Enfermería, pues ese lapsus, pues estuve trabajando en una oficina, luego estuve trabajando en la fábrica

de las gafas, en una oficina también hasta esperar, porque la idea de la familia entonces era que tenías que trabajar. (Mt. 07:16).

Esta misma matrona expresó la aspiración de su familia a que ella, en caso de seguir estudiando, lo hiciera para trabajar en una oficina; tarea que el resto de mujeres de su familia, empleadas de fábrica, consideraban como "lo máximo" a lo que podían aspirar en el mundo laboral las mujeres, no contemplando otras alternativas. En este sentido, tal y como señala Del Amo (2009), aunque surge una cierta redefinición de los roles de género por la que se aprueba el trabajo asalariado de las jóvenes fuera del hogar, son las propias mujeres las que en muchas ocasiones asumen y transmiten dentro de la familia la división sexual del trabajo aceptando como "normal" y "natural" este orden social donde se realiza una distinta asignación de tareas a hombres y mujeres (Bordieu, 1995 [2012]):



Figura 13. Mujeres jóvenes trabajadoras de fábrica. Años 60.
Imagen original cedida por informante.

(…) mis tías, las que trabajaban, trabajaban en una fábrica (…) y entonces lo máximo para ellas era que teníamos que estar trabajando en una oficina, claro, aquellas al trabajar en una fábrica, pensaban que la gente, las de las oficinas, eran ya diosas, entonces estudiar otra cosa no les cabía en la cabeza: "Ésta lo que tiene que hacer es ponerse a trabajar en una oficina y ya está y trabajar, hasta que la metieron, yo también hice, en aquella época, me llevaron e hice mecanografía y taquigrafía ¡tú fíjate!, pues era lo que se llevaba y en vez de hacer Bachiller, las chicas hacían comercio, (…) y ya te preparaban en comercio, taquigrafía y mecanografía para trabajar en la oficina (…) (Mt. 07:18).

Las opciones de trabajo que la matrona 12 describió durante su juventud también fueron similares, siempre actividades consideradas acordes a su "naturaleza" femenina: modista, mecanógrafa y enfermera:

> Yo resulta que estaba cosiendo, me estaba preparando mecanografía para irme a una oficina a trabajar y me estaba preparando en las monjas, la madre A. era prima del cirujano que era don A. y ese fue…ella fue la que cuando estaba allí cosiendo dice: ¿tú no te vendrías de enfermera con mi primo? (…) (Mt. 12:17).

Esta incorporación al trabajo se realizaba en ocasiones compaginándola con los estudios o de un modo esporádico durante los períodos vacacionales. De esta manera conseguían algún dinero con el que mantenerse durante el curso. La matrona 07 nos relató el modo en que las estudiantes de Enfermería tenían la opción de trabajar durante el verano como auxiliares dentro de las clínicas y hospitales donde se formaban. Esta práctica será muy común entre ellas y un recurso que facilitó en muchos casos el finalizar su formación con los ingresos obtenidos durante los períodos no lectivos:

> (…) entre las vacaciones de Navidad, Semana Santa y luego cuando yo hacía Enfermería ya, pues el verano…la Escuela que tenía, como es de La Caixa, tenía hospital donde íbamos a hacer las prácticas, que había una maternidad, una de cirugía y entonces nos apuntábamos y trabajábamos como auxiliares, te pagaban como auxiliar, pero cobrabas bien y trabajabas tres meses. (Mt.07:20).

Por otro lado, el tiempo invertido por nuestras matronas en estudiar restaba dedicación a otras actividades de las que el resto de la familia podía beneficiarse, asignadas a las mujeres de la casa tradicionalmente, como eran los quehaceres domésticos o el cuidado de niños y ancianos. En ocasiones, las dos manos de nuestras matronas fueron muy necesarias, no pudiéndose prescindir de ellas. En este sentido, la matrona 04 nos narró cómo su paso por el Bachillerato fue interrumpido al enfermar su madre ya que se vio obligada a dejar a un lado los estudios para volver a su pueblo y cuidarla, cumpliendo así

con la responsabilidad que se presumía en toda hija hacia sus padres, valorada en esos momentos prioritaria frente a proseguir su formación:

> Cuando acabé segundo de Bachiller mi madre se puso enferma de un Parkinson, entonces mi madre dijo que ya estaba bien, que me…que me fuera…hice segundo y tercero no, ya en tercero me quedé en mi pueblo porque mi madre dijo que nada, claro, y como era muy cría mi madre dijo que no, que yo no seguía estudiando de ninguna manera ¡Y OTRA VEZ AL PUEBLO! (Mt.04:16).

El testimonio de la matrona 02 fue similar, aunque era la segunda de cinco hermanos, fue la primera de las mujeres, circunstancia percibida como la causa de que sobre ella recayeran un gran número de responsabilidades. Al enfermar su madre, fue ella la que asumió el rol de ama de casa y el desempeño de las tareas del hogar a una edad temprana, compaginando, no exenta de dificultades, el cuidado de su madre y la crianza de sus hermanos y hermanas con los estudios:

> Yo iba al instituto, pero yo llevaba una casa adelante, o sea, yo empecé a llevar mi casa a los 11 años porque mi madre cayó muy mal, entonces había temporadas que en mi casa había alguien que nos ayudaba en las tareas domésticas, pero en otras épocas no había nadie y yo ahí ya empecé a ser el ama de casa, a llevar a mis hermanos al colegio, hacer compra, a comprar zapatos, a comprar camisetas, a lavar la ropa, todo… hacer de comer. (Mt. 04:4).

En este sentido la tarea de cuidar a los miembros de la familia, niños, hermanos, ancianos o enfermos se reafirmó en los testimonios de las entrevistadas como propia de las mujeres en general y de ellas mismas en particular, siendo vivida por la mayoría como una obligación moral. Bajo esta presunción, desatender el deber asignado suponía dejar a un lado sus responsabilidades como madre, hermana o hija, lo que desencadenaba tanto sentimientos de culpabilidad como la incomprensión del resto de la sociedad (Comas D'Argemir, 1995; Valderrama Ponce, 2006), por tanto, dejar de estudiar para atender “sus responsabilidades” para y con la familia era considerado como algo “natural” y necesario.

En definitiva, el recorrido académico de algunas de las matronas no siempre fue un camino sencillo, su decisión de estudiar suponía desde su percepción sacrificar las aportaciones que podrían haber realizado a la familia, no sólo a nivel económico sino también con el desempeño de tareas de cuidados o labores domésticas desarrolladas tradicionalmente por las mujeres dentro del ámbito del hogar. Por este motivo, en ocasiones esta formación se vio interrumpida o intercalada con períodos de trabajo asalariado con el que contribuir a la economía familiar, o por lo menos mantenerse ellas mismas durante los años que estudiaron, así como otras etapas donde se vieron obligadas a abandonar su enseñanza para retomar el rol de "mujer de su casa" provocando una trayectoria académica no lineal con continuas entradas y salidas.

7.1.1.3 Apoyos en la formación.

Ante el panorama descrito anteriormente, no cabe duda que para completar su recorrido académico las matronas murcianas también contaron con una serie de apoyos a lo largo del camino que fueron facilitando todo su proceso de formación.

Nuestras entrevistadas, conscientes de la dificultad de estudiar en esos momentos, identificarán como rasgo de modernidad la importancia que sus padres y madres le otorgaron al hecho de que ellas se instruyeran y a la vez tuvieran las mismas oportunidades que sus hermanos varones, en una época en la que como mencionamos anteriormente, si estudiar era algo extraordinario, más lo era aún en el caso de las mujeres. Frente a una actitud discriminatoria en el que las desigualdades entre hijos e hijas se iniciaban desde el seno de la propia familia, otorgándole un valor diferente y superior a la educación de los hombres con respecto a la educación de las mujeres (Borreguero, Catena, De la Gándara, & Salas, 1986), estos padres hicieron lo posible por equiparar las oportunidades brindadas a unos y a otras:

> (…) pero resulta que mi padre era una persona muy inteligente (…), decía que si su hijo había tenido una oportunidad, pues que yo tenía que…y entonces me llevaron interna con nueve años a un colegio. (Mt. 04:16).

En algunas ocasiones los padres alentaron a sus hijas a estudiar; la mayoría de veces simplemente no se opusieron a que lo hicieran. La matrona 11 reconoció que sus padres respetaron su iniciativa de continuar formándose sin ponerle travas "(…) en mi casa no me decían nada, en mi casa lo que yo dijera les parecía muy bien (…)" (Mt, 11:146), algo que dada la situación de humildad vivida por muchas de las familias fue apoyo más que suficiente en la consecución de sus objetivos. El testimonio de la matrona 13 fue similar, aunque sus progenitores nunca estudiaron, consideraron prioritario el que su hija lo hiciera:

> (…) mis padres en eso nunca, nunca se han opuesto, ¿quieres estudiar?; lo primero, mira si es que vivían en el campo y yo estaba interna en las monjas, me traían para que estudiara (…) o sea que en eso mis padres no, al contrario, siendo gente… (…) (Mt. 13:127).

En su relato, la matrona 07 acuñó la expresión "me dejaba" para reflejar la postura paterna ante su decisión de estudiar, es decir, no le ponía obstáculos para que invirtiera su tiempo en formarse, aun sabiendo que esto le alejaría del modelo tradicional de mujer imperante en esos momentos. A otras mujeres de su propia familia, a su prima en concreto, "no le dejaron" estudiar ya que su familia consideró el trabajo inmediato como mejor opción, siguiendo así la pauta por la que las chicas jóvenes ocupaban un empleo durante unos años hasta contraer matrimonio, momento en que abandonaban el trabajo asalariado para dedicarse exclusivamente a su marido y sus hijos e hijas. Debemos recordar que en España la excedencia obligatoria por matrimonio estuvo vigente hasta la ley de 22 de julio de 1961 (Jefatura del Estado, 1961):

> (…) mi padre…yo quería estudiar y me dejaba, pero las mujeres… (…) tengo una prima que es pintora (…) y esa siempre había querido ser maestra y no le dejaron, no le dejaron hacer porque lo suyo tenía que ser ir a trabajar a una oficina. (Mt.07:18).

Sin embargo, algunas madres vieron en la educación de sus hijas una herramienta que les proporcionaría la autonomía e independencia que ellas mismas no habían disfrutado, coincidiendo nuestro análisis con lo expresado por Flecha García (2006) en cuanto a que el acceso a saberes puede ser considerado un instrumento de toma de conciencia de sus realidades como mujeres otorgándoles una mayor autonomía, individualidad, libertad y autoridad. Fueron mujeres que apenas sabían leer o escribir, pero entendieron la educación de las niñas como un primer paso para después, desde la independencia económica que les proporcionaría una profesión, poder decidir si casarse o no. Adelantadas a la época, vieron en sus hijas un modelo de mujer profesional en el que el matrimonio y el rol maternal, además de ser opcional podía esperar, algo que contrastaría totalmente con el modelo tradicional tan enraizado en la sociedad por el cual ambas cosas eran prioritarias. Estas madres actuarían en cierto modo como dinamizadoras de un nuevo tipo de mujer de acuerdo a lo afirmado por Del Valle et al. (2002). Así fue plasmado en los testimonios de las matronas entrevistadas:

> Mi madre nunca jamás trabajó fuera de casa. Mi madre era una mujer muy inteligente, ella siempre me dijo que hiciera algo pero que yo no viviera de un hombre: “gánate la vida pero no vivas jamás de un hombre” y se empeñó mucho en mi educación. (Mt.10:17).
>
> Mi madre era una mujer que apenas sabía leer ni escribir pero eso lo tenía muy claro, tenía muy claro los derechos de la mujer y eso nos lo ha inculcado desde siempre, mi madre decía que había que ser primero persona, que después nos daría tiempo a hacer muchas cosas pero primero teníamos que estudiar y desarrollarnos las mujeres y después nos daría tiempo de tener hijos y casarnos y descansarnos o lo que quisiéramos. (Mt.02: 2).

Estas madres reivindicaron para sus hijas la educación como un derecho, evidenciando, tal y como señala Sánchez (2008), que aunque las mujeres construyeron su identidad de un modo subjetivo influidas por el contexto sociocultural de la época, aceptando generalmente las desigualdades entre hombres y mujeres como "naturales", existieron también ciertas resistencias y negociaciones de las normas que pusieron en duda el orden social establecido, contribuyendo en cierto modo a su desestabilización y la superación de estas desigualdades.

Otra de las dificultades reveladas en las vivencias de las matronas para proseguir estudiando fue el hecho de que formarse como matronas suponía, en la mayoría de ocasiones, tener que abandonar su casa y entorno para trasladarse a otras ciudades a cientos de kilómetros siendo aún muy jóvenes, circunstancia que sus padres permitieron en unos momentos en los que las mujeres por regla general cuando salían del hogar y de la autoridad paterna era para contraer matrimonio. En este sentido, el artículo 314 del Código Civil de 1889, Código vigente hasta la actualidad aunque con múltiples modificaciones, recoge que la emancipación de los hijos se producirá en caso de matrimonio, por concesión del padre o madre en posesión de la patria potestad o al cumplir la mayoría de edad, que se fija en los 23 años, aunque un poco más adelante, el artículo 321 señala que a pesar de esta disposición, las mujeres estarían sujetas a unos requisitos específicos:

> (…) las hijas de familia mayores de edad, pero menores de 25 años, no podrán dejar la casa paterna sin licencia del padre o de la madre en cuya compañía vivan, como no sea para tomar estado o cuando el padre o madre hayan contraído ulteriores bodas. (Ministerio de Gracia y Justicia, 1889).

Por tanto, el permiso paterno se estableció como condición indispensable para la salida del domicilio familiar, que además de acarrear consecuencias económicas, ocasionaba una amenaza moral no menos importante para la familia debido a todos los

peligros que esta libertad podía conllevar (Grana Gil, 2007); la Iglesia, la escuela y los medios de comunicación difundían en esos años un modelo de mujer en el que primaba la moralidad: debían vestir recatadamente, sin escotes y con la suficiente anchura para no marcar las líneas del cuerpo y atraer miradas indebidas. Por supuesto, las mujeres jóvenes tenían prohibido salir solas o acompañadas por otros hombres ajenos a la familia (Nicolás Marín, 2005). A pesar de todo, estos padres transigieron ante la decisión de sus hijas de alejarse del hogar para continuar sus estudios, aunque no libres de cierto recelo y preocupación fruto de la influencia ejercida por estas normas morales difundidas en la época:

> (…) mis padres eran muy actuales (…) porque vamos, una hija sola que tenía un hermano, porque el otro murió en la guerra y a los dieciocho años que me tuve que ir a Zaragoza ¡PUES FÍJATE! (Mt. 08: 19).
>
> (…) mi padre, pues, no es que le disgustara, pero eso de dejar a una hija a los diecisiete años en Madrid… ¡PERO SI YO IBA AL COLEGIO, SI NO TE DEJABAN SALIR! Y un día a la semana como no llegaras a las diez, cerraban. (Mt.09:13).

Por consiguiente, las matronas fueron mujeres que tomaron sus propias decisiones y aunque los estudios fueron sin duda el resultado de un esfuerzo personal y constancia, la figura de unos padres motivadores o sencillamente permisivos a esta iniciativa y unas madres capaces de ver en la educación de sus hijas un camino que les abriría un horizonte de oportunidades, resultó fundamental para el logro de sus objetivos.

Además de sus padres, entre los apoyos aludidos por las matronas a lo largo de sus relatos, aparecen reiteradamente figuras del entorno familiar o social más cercano que actuaron como agentes impulsores en su recorrido académico a modo de mentores, entendidos como guías o consejeros decisivos en las oportunidades brindadas para

continuar su formación: maestras, maestros, religiosas y médicos asumirán este papel en la vida de algunas de nuestras entrevistadas.

En este sentido, la matrona 12 relató la manera en que el médico para el que trabajaba a modo de ayudante en una clínica, le hizo una promesa a su madre: haría todo lo posible para que ella prosiguiera con sus estudios:

> (…) cuando fueron a abrir una clínica, don P. F. fue a mi casa y…para que me fuera con ellos, sabía esterilizar y… ¡si yo le ayudaba al otro hasta en las operaciones!, pues allí estuve con ellos (…) mi madre, cuando él fue y le dijo: "Es que quiero llevarme a su hija" dice: " Es que mire usted, mi hija tiene unas manos muy bonitas para coser y no las necesita usted para fregar" (…) entonces me fui con ellos y me enfrié un poco de estudiar y él me cogió en el despacho y dice: "Pues que vas a coger los libros, porque yo a tu madre le dije que te iba a ayudar a estudiar y yo no me quedo hecho un marrano" y entonces hasta me mandaron un profesor allí a la clínica para que me diera clase. (Mt.12:17).

En ocasiones, fueron otras mujeres que anteriormente habían podido acceder a una formación, como las maestras del pueblo o algunas religiosas, las que viendo su potencial, alentaron e intercedieron ante sus padres para prolongar su aprendizaje más allá de una formación elemental:

> (…) entonces dos maestras que había en el pueblo, una mujer del médico, que no ejercía y otra que sí ejercía, que cuando se iban me dejaban a mí y cursos que había para adultos, pues me llamaban y…entonces las dos me dijeron: "¿Por qué no haces el Bachiller?, que lo haces sin nada, que no has dejado tú de estudiar y de leer y de hacer cosas, que eso te lo sacas con nada (…) (Mt. 11:8).
>
> En Semana Santa me llamaron las monjas, las Teresianas, que eran monjas seglares y me llamaron para hacer unos ejercicios espirituales y claro, yo me fui encantada con mis amigas y entonces cuando fue mi padre a recogerme las monjas le dijeron: "Es una pena que su hija no estudie, una lástima", entonces mi padre dijo: "Bueno, si ella se compromete en sacar el curso" (…) (Mt.04:16).

Estos mentores llegaron incluso a impartir clases de un modo gratuito y desinteresado a sus alumnas con el único objetivo de que éstas no suspendieran su instrucción. Así fue el caso de la matrona 02; al caer su madre enferma y debido a la situación familiar de escasez, expuso ante su profesor la necesidad de abandonar la academia a la que acudía para obtener el título de Bachillerato por la imposibilidad de desembolsar los gastos implicados. La respuesta del profesor fue continuar explicándole las lecciones de un modo altruista incluso fuera del horario establecido. Sus palabras dejaron entrever un sentimiento de gratitud infinita e inolvidable hacia él:

> (…) entonces me acuerdo que se lo dije a don R.: "mire, ya a partir del mes que viene no voy a seguir viniendo la academia" me preguntó: "¿pero qué pasa?" yo dije: "tengo que ayudar en mi casa, pero aparte las cosas no están bien" y entonces me dijo: "por eso tú no te tienes que preocupar, tú tienes que seguir viniendo a la academia, te tienes que esforzar como sea porque tú tienes que sacarte el Bachillerato, ¡TÚ TIENES QUE ESTUDIAR Y TIENES QUE ESTUDIAR Y TIENES QUE ESTUDIAR!" estuve en esa academia un año y pico, lo que me quedaba de Bachillerato, que yo no pagué nada, ni yo ni mi hermano pequeño, el profesor me daba a veces hasta clases particulares, porque yo llegaba tarde, él veía el papelón que había, era una persona excelente. (Mt.04:5).

Además del soporte de sus padres y de otras figuras de su entorno, las matronas también recurrieron a redes de parientes o personas conocidas que en un momento dado les proporcionaron una serie de recursos, como el alojamiento o simplemente el apoyo emocional durante el tiempo que estuvieron estudiando lejos de casa. Siguiendo este modelo solidario, las matrona 03 nos relató el largo camino recorrido hasta lograr examinarse en Cádiz a través de las ayudas gestionadas por la Beneficencia del Ayuntamiento de su pueblo, así como la oportunidad de alojarse sin gasto alguno gracias a los contactos vecinales:

> Después me fui a examinarme a Cádiz, no por nada sino porque no tenía dinero y me tuvieron que hacer en el Ayuntamiento un papel como de beneficencia que me daban para irme en el tren de Cartagena a Alcázar de San Juan y de Alcázar de San Juan cogía el tren de Andalucía e iba a Cádiz y además porque allí tenía por mediación de una vecina, tenía el que era el conserje de la Facultad, era familia, y entonces podía estar en la casa de ellos que no me iban a cobrar nada por estar allí instalada, tenía que ir así y no tenía más. (Mt.03:6).

Del mismo modo, durante los años como estudiante en Zaragoza, la matrona 08 se instaló en el domicilio de una señora, pariente de su hermano, hecho que le permitió sobrevivir con la modesta asignación mensual enviada por su padre:

> Bueno, yo estuve prácticamente viviendo en casa de la suegra de mi hermano que entonces…no, estaba ya casado, pues allí, porque la mujer no podía pero como yo aceptaba todo lo que ella hacía sin poner mala cara pues… (…) mi padre tuvo un accidente, trabajaba en ferrocarril y se llevó, con una polea, se llevó parte del brazo y tenía una cicatriz aquí y entonces del seguro, que entonces tenía él, pues le quedaron 75 pesetas y eso, cuando tuvo el accidente era mucho, pero claro, veinte o treinta años después ya no era tanto y luego, pues ya, como ya mi padre estaba jubilado y todo eso, pues me mandaba las 75 pesetas todos los meses, ponía cinco duros más y me mandaba cien pesetas todos los meses. (Mt. 08:32).

En definitiva, de nuestros resultados se deduce que gracias a la importancia otorgada por algunas personas del entorno próximo de nuestras protagonistas a la educación en general y a la de estas mujeres en particular, unido a la solidaridad de muchas de ellas y al esfuerzo personal de las matronas, las dificultades que suponía la adopción de un modelo que las convertiría en mujeres profesionales frente al modelo tradicional de mujer-madre-esposa que se intentaba imponer a las jóvenes del momento, irán siendo salvadas haciendo el camino hacia su titulación poco a poco más real.

7.1.1.4 La elección de la profesión.

El trabajo percibido de modo subjetivo, es el resultado del proceso de socialización que tiene lugar a lo largo de toda la vida de las personas, donde la cultura juega un papel esencial. En otras palabras, antes de la incorporación al trabajo se produce una socialización anticipatoria donde será determinante la familia, la formación recibida y el nivel educativo, también las condiciones y tendencias laborales del momento, las características personales del aspirante así como la profesión de los padres y las expectativas que éstos han depositado sobre sus hijos e hijas (Aguirre Baztán, 1993) .

Llegados a este punto de la investigación y una vez superados los obstáculos iniciales encontrados por las entrevistadas para poder estudiar, nos centraremos en qué profesiones alternativas barajaron, la imagen que tenían tanto ellas como sus familias de lo que supondría el ser matrona, los motivos que finalmente les llevaron a decidir formar parte de la profesión y, por último, el modo en que los roles de género influirían en todas estas decisiones.

Maestra o matrona, entre dos profesiones femeninas.

Sin lugar a duda, una de las profesiones planteada por muchas de nuestras entrevistadas o sus familias como alternativa a cursar los estudios de Enfermería o Matrona fue Magisterio. Como vimos anteriormente, la división sexual del trabajo asignaría diferentes tareas a hombres y mujeres. En consecuencia, si las jóvenes pretendían insertarse en el mundo del trabajo, generalmente serían orientadas hacia oficios y ocupaciones vinculadas a su condición femenina. En los años 60, gracias a la expansión de la Administración y a la creación de la Seguridad Social la demanda de mujeres profesionales cualificadas enfermeras, maestras o secretarias se incrementó enormemente fomentando que las jóvenes de clase media continuaran formándose en este tipo de

carreras que además eran bien vistas por el resto de la sociedad (Sarasúa & Molinero, 2009). En el caso de enfermeras y maestras, la aceptación social como ocupación femenina pasaría por la identificación del binomio mujer-enfermera y mujer-maestra con el binomio madre-cuidadora y madre-educadora.

En ese momento las mujeres que aspiraban a estudiar no tenían demasiadas opciones a su alcance. Estas limitaciones quedaron evidenciadas de un modo contundente en el testimonio de la matrona 05; cuando le preguntamos ¿por qué decidió usted hacerse matrona? nos respondió de un modo espontáneo "Matrona me gustaba más que Magisterio" y siguió "no me gustaba Magisterio y me hice matrona" (Mt. 05: 6-7). Esta respuesta refleja cómo en su caso, al igual que en el de muchas otras mujeres, las dos únicas alternativas de las que disponía para continuar estudiando fueron estas; Magisterio o Matrona.



Figura 14. Texto de Puericultura de la Sección Femenina para alumnas de Bachillerato, Magisterio y Escuelas de Hogar. 1962

En algunas ocasiones, el acceso a Magisterio suponía no tener que alejarse de su entorno familiar, algo que los padres vieron como una gran ventaja, llegando algunas de las entrevistadas incluso a iniciar los estudios para convertirse en maestras, como fue el caso de la matrona 09 "(…) yo empecé Magisterio, pero porque no me tenía que ir, venías libre, aquí te examinabas y te ibas a Lorca, pero a mí lo que me gustaba era Matrona (…)" (Mt.09:11). La matrona 06 comenzó sus estudios como maestra por no contrariar a sus padres, a pesar de que su deseo era convertirse en matrona:

> Mira yo decidí ser matrona porque mi padre era ATS, entonces, pues claro en la casa se vivía un poco el ambiente y a mí me gustaba, pero él no quería de ninguna manera: "¿pero tú sabes a lo que te enfrentas?, que muchas noches sin dormir, es un trabajo muy pesado, tú mira cómo a me llaman a mí de noche y esto no es comparable con lo que tú quieres hacer (…) dije: "Bueno, pues nada, pues estudio Magisterio. Entonces empecé a estudiar Magisterio e hice como entonces se hacia cuarto de Bachiller, entonces, pues claro, empecé…digo "pues tengo que hacer algo, pues haré Magisterio que a mi padre parece que no le…ni a mi madre tampoco claro, pero a mi padre menos todavía y dije bueno "por no darle un disgusto, yo cojo este camino". Hice cuarto de Bachiller que era lo que exigían entonces y Reválida de cuarto y después de la Reválida había que hacer el ingreso en el Magisterio , pues nada, hice todos esos trámites me presente al ingreso de magisterio, me dieron matricula de honor, mi padre feliz, "madre mía, esto ya veras lo vas a hacer en cuatro días, esto va a ser una maravilla y te vas a encontrar estupendamente" pero yo no, no, no, no me centraba, empecé a estudiar primero y a mitad lo dejé (…). Y nada, pues entonces ya dije no mira, este no es mi camino, yo, esto me agobia, yo encerrarme en un aula con cincuenta niños, luego todas las culpas son… dice [refiriéndose a su padre]: "sí, pero todas las culpas te las van a echar a ti también si un parto sale mal", sí, pero no, no me veía encerrada en un aula. (Mt. 06: 2).

La familia o las personas del entorno próximo a nuestras protagonistas identificaron el trabajo de enfermera o matrona como duro y sacrificado, considerando que siendo maestras sus hijas tendrían una vida más cómoda. Las noches sin dormir y la responsabilidad en los partos eran aspectos considerados como grandes inconvenientes de la profesión matrona:

> El telegrafista de mi pueblo, que su cuñada me daba música en Bachiller y su mujer había sido maestra mía, decía: (…) "¿Cómo va a hacer usted Matrona? ¿Por qué no hace Magisterio?, tienen muchas vacaciones, pero Matrona ¡NO PASA UNA NOCHE BUENA!", eso es verdad, no pasas una noche buena [risas]. Luego cuando estaba aquí, que

> a lo mejor teníamos unas noches terribles, pues salía de un paritorio y decía: "¡YA ME LO DECÍA A MÍ EL TELEGRAFISTA DE MI PUEBLO!". (Mt.11:146).

Estudiar Magisterio fue reflejado por las entrevistadas como una alternativa más accesible frente a formarse como Auxiliar Técnico Sanitario primero y Matrona después, ya que esta última opción, en la mayoría de casos, llevaba implícito el tener que abandonar su casa. Así queda plasmado en el testimonio de la matrona 11:

> (…) mi madre y mi padre dijeron que "¡ALICANTE, QUE VALOR!", que pitos que flautas y que no, que hiciera Magisterio que podía hacerlo en Cartagena yendo todos los días y bueno, intentando convencerme y yo les dije: "O HAGO ESTO O NO HAGO NADA, A SI QUE YA SABÉIS". (Mt. 11:14).

Desde los últimos años del siglo XIX, gracias a la mejora en la formación de las maestras cuyos programas cada vez eran dotados de un mayor contenido, Magisterio se convertirá en la opción académica femenina con mayor consideración y aceptación social (Del Amo, 2009). Sin embargo, como muestra de una fuerte personalidad en muchos casos, finalmente impusieron su voluntad haciendo ver a sus familias, como es el caso de la matrona 06, que ese no era su camino y escogiendo una profesión que, aunque no fue la opción más sencilla, imaginaron les reportaría una mayor felicidad.

La imagen de la matrona en las familias.

A los individuos, por el hecho de pertenecer a una profesión, se les asignará una determinada clase social que ocupará un lugar concreto dentro de la jerarquía social (Collière, 1993), es decir, a través de la actividad laboral que realizan las personas, adquieren un reconocimiento y estatus por parte del resto de miembros de su comunidad (Téllez Infantes, 2001b). Pero podemos afirmar que la valoración social que se le da a una misma actividad, es una construcción propia de un tiempo y una sociedad determinada y, por tanto, diferente y cambiante según el contexto en el que nos encontremos.

El contacto que las familias tuvieron con algunas matronas a lo largo de su vida actuaría en ellos como reflejo de la profesión en sí, de manera que la imagen proyectada y los sentimientos generados por estas mujeres entre los progenitores de las entrevistadas servirían unas veces como refuerzo positivo y otras como rechazo ante la decisión de sus hijas de ser matronas.

En ocasiones, como nos cuenta la matrona 10, la elección de esta profesión originó en un primer momento la negativa familiar. Para su madre, imaginar a su hija convertida en matrona supuso según sus propias palabras un "disgusto horroroso" ya que identificaba erróneamente a las profesionales tituladas con las parteras tradicionales que atendían a las mujeres durante el nacimiento de sus criaturas sin ninguna formación previa. Su madre entendía que el esfuerzo y la inversión realizada sobre su hija en educación durante su infancia serían desaprovechados si ésta se convertía en partera, oficio desde su percepción asociado a mujeres ignorantes:

> Mi madre decía:"¡HUY, HUY, PARTERA, PARTERA ¿Y PARA ESO TE HE TENIDO YO EN UN BUEN COLEGIO?!", que me había tenido en las Teresianas, que claro en mis tiempos es que no íbamos nadie a colegios (…) le di un disgusto horroroso cuando le dije que quería hacer matrona, que iba a hacer matrona (…) porque ella lo llamaba partera y lo confundía pues con las parteras aquellas que había antes que no tenían… pues nada, que se dedicaban a hacer partos y no sabían de nada y eso ya para ella fue…(Mt. 10:17).

Hasta tal punto que el padre de una compañera, médico de profesión y por tanto considerado una persona de gran influencia y reconocimiento social como poseedor de un conocimiento especializado, habló con su madre para que le consintiera estudiar Matrona alegando un próximo aumento de prestigio del colectivo fruto del proceso de cambio experimentado durante los años sesenta por la profesión. Los requisitos formativos cada vez mayores para obtener la titulación así como la inserción de las matronas dentro de las

instituciones durante el "boom" hospitalario, conforme a la visión de este médico les reportaría un mayor estatus entre los miembros de la comunidad, idea que intentó trasladar a la madre de nuestra protagonista. En el testimonio de la matrona 10 se dejó entrever la identificación de los progenitores, tanto de su madre como del padre de su compañera, como figuras de gran autoridad sobre sus vidas. La escena narrada es un fragmento del debate establecido entre ambos sobre si "dejar" o "no dejar" a sus hijas estudiar esta carrera. Por tanto, llevar a cabo el proyecto de ser matrona pasaba por obtener previamente la autorización parental:

> (…) entonces yo estudiaba con una hija de él [refiriéndose a el médico], M., que hicimos Matrona juntas y entonces él una vez subió a mi casa a quitarle a mi madre eso de la cabeza: "mire que esa cosa va a ser diferente porque si no yo a mi hija no la dejaría tampoco…no la dejaría hacer Matrona, pero que las matronas van a ser ya alguien en los hospitales, que no van a ser…" y entonces ya mi madre aquello parece que lo…(Mt. 10:19).

Sin embargo, la entrevistada 05 afirmó que obtuvo el apoyo de su familia para cursar los estudios de Matrona y que su madre, satisfecha por su elección, le dijo que "ésta era la única carrera en la que la mujer no fracasa" (Mt.05:27) reforzando la creencia de que era una profesión de mujeres y para mujeres, en definitiva, acorde a su "naturaleza" femenina.

Las experiencias satisfactorias vividas anteriormente por sus madres en relación a las matronas que atendieron sus embarazos y partos, serán otro de los aspectos decisivos a la hora de apoyar a sus hijas en la decisión de formar parte del colectivo. Las cualidades y atributos apreciados por sus madres en estas profesionales en muchos casos generarían en ellas el deseo de ver a sus hijas convertidas en matronas. Así, la matrona que atendió los partos de la madre de la entrevistada 09 era joven y recién formada, lo cual fascinó a su madre y reforzó positivamente a estas profesionales:

> (…) mi madre…a los diez años nació mi hermano, se quedó enamorada porque la matrona era de las jóvenes que acababan de llegar y de verla tan jovencita y me empezó a decir "¡ay, que ilusión!" y yo ya empecé… (Mt. 09:5).

La matrona 02 reconoció que todas las vivencias experimentadas durante los procesos de gestación y parto de su madre, unido a la admiración de ésta hacia su matrona, fueron determinantes a la hora de elegir la profesión. Recuerda las emociones que siendo niña sintió durante los embarazos de su madre y alude al papel fundamental que la matrona jugó en ellos:

> Mi vocación de matrona viene de oír a mi madre hablar de su matrona, yo era muy pequeña, yo me acuerdo perfectamente del embarazo de mi madre cuando yo tenía seis años y luego me acuerdo muchísimo mejor del embarazo de mi hermano tenía yo 8 o 9 años (…) bueno, yo veía a mi madre cuando estaba embarazada de acompañarla a la consulta su matrona, vivía en El Rollo era doña L. no me acuerdo cuál era el apellido y la admiración que mi madre sentía por su matrona, la quería mucho y mi madre cuando tenía algún problema era su matrona a la que acudía, entonces ni ginecólogo ni nada (Mt.02:1).

Sin embargo, algunas de las entrevistadas describieron a las matronas que atendieron los partos de su familia como mujeres muy ancianas y distantes, generando en ellas, aún muy jóvenes, cierto sentimiento de desasosiego. En la narración de la entrevistada 06, la titulada que atendía los partos de su madre fue definida como una mujer "muy mayor y seria", y por tanto, antagonista al prototipo de matrona en la que ella quería convertirse:

> (…) era una señora así muy mayor, muy seria y eso y digo yo "yo no tengo que ser así, tengo que ser pues como yo soy" porque yo desde joven pues he sido una persona muy alegre, muy sociable y esta señora yo la veía y yo decía "madre mía si es que impone" (Mt.06:19).

Los motivos de la elección.

Ser matrona para nuestras entrevistadas fue consecuencia de diversas razones. Unas encontrarían en esta profesión la consecución de un deseo ansiado desde la infancia; por el contrario, otras jamás imaginaron optar por este camino.

Los sentimientos generados por el contacto con algún parto en su propio hogar durante su niñez, serían reconocidos por algunas matronas como el germen de su futura elección profesional. Pese a que lo habitual, conforme a lo narrado por nuestras entrevistadas, era alejar a los niños y a las niñas del espacio donde el parto tendría lugar, solamente el contacto con los ritos en torno al nacimiento, más que con el parto en sí, serían causa suficiente para despertar el interés en ellas por esta disciplina. El inicio de la vida siempre ha estado envuelto por un halo de secretismo y misterio; vinculado a lo imprevisible, continuamente ha generado en las personas ciertos sentimientos de asombro y superstición (Towler & Bramall, 1997; Montes Muñoz, 2007). Las vivencias de las matronas durante los embarazos y partos de sus madres, provocaría en ellas un sin fin de emociones, plasmadas como mezcla de curiosidad y atracción ante el acontecimiento que se iba a producir. Las entrevistadas fueron testigos del modo en que sus madres eran aisladas en un lugar íntimo del hogar, en el cual nacerían sus propios hermanos y hermanas, mientras eran acompañadas por la matrona y en ocasiones por otras mujeres de la familia, quedando ellas, aún muy niñas, fascinadas ante tal evento. Esta separación de la gestante a nivel social, familiar y a veces sexual, es plasmada por Van Gennep ([1909] 2008) como el primer paso en la secuencia seguida por los ritos del embarazo y parto. A continuación, tras el nacimiento seguiría un período de margen tras el que poco a poco y por etapas se alcanzará una última fase que consistirá en la reintegración o agregación de la mujer a su vida y a su sociedad. Estos aspectos perduran en el recuerdo de algunas de las informantes:

> (…) me acuerdo de que nos bajaban a la casa de los vecinos porque los partos eran en las casas y me acuerdo cuando nos llamaron por la mañana temprano subíamos todos los críos, porque yo estaba en casa de mis vecinas, porque todas eran familias numerosas y me acuerdo de la cara de mi hermano perfecto y con los ojos muy abiertos (…) (Mt.02:1).
>
> (…) después yo me acuerdo, cuando mi madre se ponía de parto, que a los niños: "venga, vosotros arriba o abajo o iros a jugar con los primos" y nos quitaban un poco de en medio, pero yo era muy espabilada y enseguida estaba a ver lo que pillaba, ¡ME ENCANTABA! (Mt.06:19).

La práctica habitual de apartar a los niños y a las niñas de la escena del parto durante el rito del nacimiento fue igualmente revelada en el testimonio de la matrona 09. En su caso, la admiración por la profesión tuvo el origen en la experiencia vivida durante el nacimiento de su hermano, catalogado por ésta como "auténtico milagro":

> Yo ya empecé con mi hermano, de ver ese milagro yo ya me empecé a meter (…) nos mandaban a otra casa, cuando ya había nacido, entonces… yo tenía diez años, a casa de una amiga, pero eso siempre (…) cuando nació mi hermano empezó mi vocación, y luego cada vez más, me encantan los niños recién nacidos ¡son tan tiernos! Me encantaba y eso lo veo como un milagro, un parto, pero lo sigo viendo igual, como un milagro. (Mt.09:7).

Esta percepción del parto como un hecho milagroso referida por la entrevistada 09 también figurará en uno de los manuales dirigidos hacia la formación de las matronas a mediados del siglo XX. Para su autor, Francisco Orengo, el parto sería la conjunción de lo humano y lo sobrenatural:

> Un nuevo ser viene al mundo. No nos acostumbremos nunca a mirar con indiferencia la soberbia maravilla, la asombrosa realidad de aquel acto tan humano, pero al mismo tiempo tan lleno de aliento sobrenatural. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.182).

Otras circunstancias llevaron a algunas de las entrevistadas a presenciar varios nacimientos, incluso a colaborar en ellos como ayudantes, antes de obtener la titulación como matronas. Así, el contacto con la profesión y los profesionales se produjo en la

entrevistada 03 desde muy joven, cuando acompañaba a la hermana de su padre, matrona de Beneficencia, durante largas noches para asistir partos en los lugares más recónditos e inaccesibles de la zona donde ejercía. De ese modo, sus primeros conocimientos fueron adquiridos de un modo empírico, igual que lo hicieron las mujeres durante siglos, logrando la destreza necesaria para la asistencia a los partos mediante una transmisión oral de conocimientos y la simple observación del modo de actuar de su familiar (Towler & Bramall, 1997). Así, este primer acercamiento a la profesión sería el motivo que despertó el interés en ella por obtener la titulación, continuando con la tradición iniciada por su tía:

> Yo tenía una tía mía, hermana de mi padre que era matrona en los Dolores de Cartagena, era matrona de APD [Asistencia pública domiciliaria] de Beneficencia que se llamaba entonces (…) como tenía que salir de noche a las cuevas y todo eso, a las cuevas para atender los partos, pues entonces yo le dije "¿quieres que me vaya contigo y te acompaño y por lo menos…? Y dice:"Bueno", pues empecé a ir con ella y claro, dice: "oye, pues si te gusta y quieres…" (Mt.03:2).

Incluso para las matronas cuyo deseo inicial era otro, la vivencia de un nacimiento en primera persona provocó un cambio en su elección profesional. Así lo relató la matrona 12; su primer parto lo atendió mientras trabaja como ayudante en una clínica poniendo en práctica los conocimientos adquiridos mediante la simple observación de las matronas tituladas. Orgullosa ante el buen resultado, esta experiencia tendría una gran repercusión en su vida y a pesar del tiempo transcurrido fue recordada por ella de un modo sumamente detallado:

> Yo quería hacerme practicante, pero resulta que me dio la "esa" de hacerme matrona porque un día, ya estaba yo haciendo el último año de Bachiller, cuando llegó una mujer y había una…con un feto en transversa y otra con un parto de nalgas y él [refiriéndose al médico] se metió con el parto de nalgas y mientras tanto yo iba a rasurar a la del parto en transversa para…las rasuraba para que cuando terminara el parto, hacerle la cesárea pero ¡como el

> parto que hice fue ese!, estando afeitándola…rasurándola, pues…el crío era rojo (…) con su pelo "azafranao", asomaba aquello tan "colorao" y la abuela decía: "¿Qué es eso?" y le digo yo: "No se apure usted que es el crío que está naciendo", cogí una compresa, le protegí el periné cómo yo había visto que lo hacía la matrona, como que ni se desgarró y llego corriendo a decirle al médico que había parido, dice: "¿Me has rasurado ya a esa mujer?", estaba ya lavándose porque había terminado el otro, digo: "Sí, y también la he parteado" (risas) y dice: "¿Qué me dice?", digo: "Lo que le digo, ¡QUE HA PARIDO YA!, todavía no ha salido ni la placenta ni nada, pero ha parido". (Mt.12:11).

Estas matronas tuvieron la oportunidad de conocer previamente algunos de los aspectos conformadores de la profesión, tomando su decisión probablemente en base a una imagen bastante real del trabajo que desempeñarían en un futuro, sin embargo, otras entrevistadas reconocen que, aunque lo desearon desde niña, desconocían verdaderamente el significado de ser matrona: "(…) de siempre, yo hice Enfermería porque quería ser matrona (…) yo quería hacer Matrona y ni siquiera sabía yo lo que era ser matrona (…)" (Mt.07:4). Para la matrona 07, cursar los estudios de Enfermería fue únicamente con el objetivo de poder acceder a la formación como matrona, ya que, como veremos más adelante, desde 1957 fue requisito previo para formarse en esta disciplina, pasando a considerarse una especialización para los ATS Femeninos. Sin embargo, frente al intenso deseo de algunas entrevistadas, otras en cambio revelan su llegada a esta profesión de un modo circunstancial o siguiendo los consejos de padres o amigas cercanas. Una vez finalizada la formación como ATS, hacer Matrona fue visto como una de las pocas opciones existentes para especializarse dentro de la Enfermería:

> Bueno pues, yo nací en Murcia, nací en mi casa, nací en el 52 así que soy una niña de la posguerra casi, soy de familia numerosa, la mas pequeña de seis hermanos y yo fui una mala estudiante, no había manera de que me centrara, pero e aquí que abrieron en Murcia la Escuela de enfermeras, que entonces era Escuela de ATS y de estas cosas de la vida que mi

> padre me dijo "niña ¿Por qué no haces tú enfermera?" Y yo, pues, fui hice el examen, me aprobaron y hice enfermera, y enfermera me gustó mucho, me sentí importante, la primera promoción de Murcia, enseguida éramos las que más sabíamos y enseñamos a las que venían detrás y fue una experiencia, muy bonita, muy gratificante. Allí lógicamente hice muy buenas amigas, y una de ellas, C., me metió en la cabeza que nosotras debíamos ser matronas, y como yo no tenía mayor vocación, las únicas posibilidades de especialidad entonces era Matrona y Fisioterapia, entonces pues nada, como C. quería ser matrona, pues nos fuimos las dos, nos informamos y, llegada la hora de irse, C. me dijo que tenía un compromiso y no podía venir pero bueno, yo me fui. (Mt.01:1).

Igualmente, algunas matronas afirmaron que no fue hasta finalizar los estudios de Enfermería cuando comenzaron a plantearse la posibilidad de cursar también los de Matrona pensando que les reportaría un mayor abanico de posibilidades a la hora de trabajar. A veces fueron las propias personas responsables durante su etapa de formación como practicantes o ATS las que les animaron a continuar sus estudios como matronas aunque, como es el caso de la matrona 08 y la 10 no era su intención inicial:

> Yo me fui con la idea de hacerme practicante, me fui a Zaragoza y luego la monja que yo estaba allí haciendo las prácticas me dijo: "pues si los estudios son parecidos, pues ya que estás aquí hazte matrona y luego ejerces lo que más te convenga", pues yo como el consejo lo vi bueno pues eso hice y ya me esperé un poco más y me vine como matrona. (Mt.10:9).
>
> Yo lo de matrona ya te digo, lo hice más bien por tener…(…) luego cuando ya me metí de lleno y dije bueno, pues como a esta monja se le ha metido en el moño que yo tengo que ser matrona pues entonces ya…y me espabilé en poco tiempo…(Mt.10:156).

En otros casos nos encontramos con que para algunas entrevistadas el estudiar Enfermería y Matrona fue una manera de introducirse en el mundo sanitario al no poder cursar los estudios de Medicina que según ellas fue su verdadera vocación; bien porque suponía una mayor inversión de tiempo y dinero que entonces no pudieron permitirse, bien porque las exigencias académicas para el acceso a la Facultad eran mayores:

> Mi profesión está frustrada, porque yo desde pequeña mis juegos eran ser médico y jugaba con mis hermanos y les decía "yo el médico" (…) mi carrera está frustrada, pero bueno, por lo menos me metí dentro de lo que a mí me gustaba, la medicina. (Mt.13:4).
>
> (…) no me hice médico, que es lo que me hubiera gustado, ser cirujana, porque mi hermano tenía una cátedra de latín y yo tenía tanto miedo al latín que no me examiné de la Reválida y no pude seguir en la Facultad. (Mt.10:122).

Una de las entrevistadas relató que su motivación para formarse como ATS fue ayudar a otras personas, "(…) hacer algo por los demás (…)" (Mt. 11:8). Sin embargo, reconoció que obtener la titulación de Matrona fue con la idea de que le reportaría una mayor autonomía a la hora de trabajar, entendiendo la especialización como "una salida" profesional:

> (…) yo pensaba que era un servicio que se podía hacer libre, sin contar con jefaturas, esa era mi idea, que lo podía ejercer en cualquier sitio del mundo, y eso era lo que me gustaba y ya cuando terminé era la salida (…) (Mt.11:16).

En definitiva, dentro de los múltiples motivos que las voces de las matronas recogieron como decisivos a la hora de optar por esta profesión, el género será un condicionante tal y como señalan Montes Muñoz, Jiménez Herrera, Castells Montes & Martorell Poveda (2013), coincidiendo nuestros resultados con algunos de los elementos identificados por estas autoras como determinantes en la elección: seguir el consejo de sus progenitores sobre qué estudios debían cursar, perpetuar la tradición familiar iniciada por algún pariente en el ejercicio de la profesión, una búsqueda de mayor libertar y autonomía a través del desempeño de un trabajo así como ampliar los horizontes laborales al obtener una especialidad.

No obstante, todos los testimonios reflejaron con una mirada retrospectiva que ésta había sido una decisión acertada ya que la profesión matrona, aunque dura, les había reportado grandes satisfacciones a lo largo de sus vidas "(…) la experiencia ha sido muy

gratificante en todos los aspectos, muy gratificante, yo he disfrutado mucho trabajando y si tenía muchos partos (…) para mí era como un vicio (…)"(Mt.11:155), "(…) para mí trabajar un domingo, trabajar una noche era irme de boda, sí, era irme de boda, contenta (…)" (Mt. 08:306),"(…) estoy muy contenta de haberme hecho matrona y haber ejercido, luego cuando ya me metí de lleno me gustó" (Mt.10:156).

7.1.2 La formación académica de las matronas.

7.1.2.1 Los itinerarios y requisitos para la obtención de la titulación.

Los caminos seguidos por nuestras entrevistadas hasta finalizar su formación como matronas fueron muy heterogéneos, adaptándose a la legislación vigente en cada momento.

Durante la primera mitad del siglo XX, la profesión matrona fue una titulación propia, pudiendo acceder las aspirantes de un modo independiente hasta 1953, momento en que los estudios de matronas, practicantes y enfermeras quedarían unificados en una única titulación denominada Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (Ministerio de Educación Nacional, 1953b). De las trece matronas entrevistadas, seis de ellas completarían su formación antes de que se hiciera efectiva esta unificación.

Mientras fue una titulación independiente, desde la entrada en vigor del Real Decreto de 10 de agosto de 1904 que reorganizaba las enseñanzas, tal y como vimos anteriormente, las matronas tuvieron la opción de titularse a través de una modalidad oficial o cursar los estudios de un modo no oficial. Según las distintas oportunidades a su alcance, las participantes de esta investigación se decidieron por una u otra alternativa. Así, la informante de mayor edad (matrona 05) se decantó por una formación oficial; tras completar tres años de Bachillerato, tal y como exigía la normativa vigente, continuó sus estudios durante dos años más, entre 1943 y 1945, en régimen de internado en la Escuela

especial de Matronas de Santa Cristina (Madrid). Cuando ingresó en la Escuela era soltera y contaba con veinte años, convirtiéndose en matrona a la edad de 22 años. También acogiéndose a la modalidad oficial cursaría los estudios la matrona 08, pero en su caso sería en Zaragoza en los años 1950-1952.

Mediante una enseñanza no oficial obtendrían su titulación cuatro de las entrevistadas, acudiendo a la Universidad únicamente para matricularse y realizar directamente los exámenes de curso exigidos y la reválida final. Una de ellas se examinaría en Cádiz en 1953-1955 (matrona 03) y el resto en Valladolid (la matrona 06 en 1952-1954, la matrona 12 en el 1954-1956 y la matrona 13 en 1950-1952). Las prácticas obligatorias las efectuarían en la Cruz Roja, la Casa de la Madre de Madrid, el Hospital Provincial de Murcia y el Hospital de Maternidad de la Calle Mesón de Paredes de Madrid. El optar por esta enseñanza libre les permitió titularse sin abandonar su entorno familiar tal y como refleja el testimonio de la matrona 12:

> Yo me presenté de practicante e hice primero practicante, lo que pasa es que ya no seguí estudiando practicante y me quedé a esperar el examen de matronas porque yo ya lo que quería hacerme era matrona y entonces pues como digo yo: "¿pues me voy a venir aquí ahora a estudiar el año que viene para que me suspendan?" digo: "yo lo que hago es que me voy a Madrid" y me fui a Madrid a ver si me colocaba, pero como me fui ya en enero, ya estaban las plazas de Santa Cristina cubiertas y entonces pues, llevaba una carta de recomendación para ver si me colocaba allí en Madrid y estuve hablando con el catedrático de Valladolid y me dijo, dice: "Pues lo único que puedes hacer es irte a Lorca y seguir allí estudiando, hacer las prácticas en Murcia", porque había que tener…estar haciendo prácticas en más de cien camas (…) Yo lo hice por libre, entonces me matriculé allí [en Valladolid] desde Madrid, me regaló este señor hasta el libro de matrona, que lo tiene mi hija. (Mt.12:23).

En cuanto a los establecimientos autorizados para la formación práctica de las matronas, desde 1928 se amplió la oferta pudiendo establecerse las Escuelas en todas las Clínicas de Obstetricia u Obstetricia y Ginecología, tanto con financiación pública como particular siempre y cuando reunieran una serie de requisitos. Entre los requerimientos exigidos se encontraba llevar tres años de normal funcionamiento y garantizar las condiciones necesarias para la asistencia a un mínimo de 300 partos al año, aunque, en condiciones especiales, podían autorizarse como Escuelas de Matronas clínicas cuyo número de partos no llegaba a trescientos, pero nunca menos de cien anuales. Una vez que las aspirantes a matrona habían asistido un mínimo de cien partos y el jefe de la clínica expedía el certificado que así lo acreditaba, éstas podían solicitar el examen teórico-práctico en la Facultad de Medicina correspondiente (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1928b).

Algunas de ellas, como es el caso de la matrona 13, finalizaron su formación antes de la mayoría de edad, que en esos momentos de acuerdo a la Ley de 13 de diciembre de 1943 estaba fijada en 21 años (Jefatura de Estado, 1943), requisito indispensable para poder obtener el título:

> Yo terminé pronto porque me acuerdo que terminé antes de cumplir los veintiún años y no se podía sacar el título hasta ser mayor de edad y entonces se era mayor de edad a los veintiún años y entonces estuve con un resguardo que me dieron (Mt.13:18).

A partir de la entrada en vigor de la Orden de 4 de diciembre de 1951 se ampliarían las condiciones exigidas para acceder a la formación de Matrona; además de los tres años de Bachillerato y haber aprobado la asignatura de Ciencias Naturales en la parte que afecta a Fisiología e Higiene, sería obligatorio realizar un examen de ingreso previo en la Universidad. Esta prueba de acceso constaba de un primer ejercicio escrito y un segundo ejercicio oral que solamente realizarían las alumnas una vez superado el primero, cuyo

contenido versaba sobre Gramática, Historia, Aritmética, Geometría o Ciencias Naturales. Las aspirantes debían abonar 50 pesetas en concepto de derechos de inscripción de matrícula del examen. Una vez aprobada esta prueba inicial, la formación continuaba siendo de dos cursos, tal y como recogía el Real Decreto de 10 de agosto de 1904 que mencionamos anteriormente (Ministerio de Educación Nacional, 1952). Aunque en un principio la legislación solamente contempló las normas para el examen de ingreso a los estudios de Practicante, no haciendo mención a los de Matrona, ante la petición del Consejo General de Colegios Oficiales de Matronas de España, el Ministerio de Educación Nacional resolvió hacer extensiva estas normas también a las matronas (Ministerio de Educación Nacional, 1952), salvando así la desigualdad establecida en un principio al no incluir este paso previo en su formación tal y como habían hecho en el caso de los practicantes. Este nuevo requisito supuso un cambio importante para las entrevistadas, incrementando las dificultades para continuar su trayectoria académica. La matrona 03 nos contó que viajó hasta Cádiz en 1952, con la intención de aprobar el primer curso de carrera antes de la entrada en vigor de esta Orden, pretendiendo evitar así el examen de ingreso en la Universidad:

> (…) fue el primer año, en el 53 cuando empezó la Universidad que hubo ya que hacer el ingreso, o sea hacer un examen para ingresar y luego hacer los dos años de la carrera de matrona, fui la primera vez en el 52, claro y no me aprobaron por que ya… quise ir antes de que empezará la Universidad, dijeron que iba a empezar al año siguiente digo “pues yo me voy a presentar, que salgo bien, que no , pues nada”……claro no salí bien, tuve que volver al año siguiente (…) (Mt.03:6).

Tres de las matronas (06, 08 y 13) obtuvieron el título de practicante, pensando que, tal y como nos relató la matrona 13, el poseer esta doble titulación le reportaría mayores

oportunidades laborales, aunque para ello según su testimonio se viera obligada a formarse en la modalidad no oficial:

> (…) yo me fui a Madrid derecha a Santa Cristina, pero cuando se dieron cuenta las monjas que yo llevaba lo de hacer practicante y matrona, me dijeron que no, que tenía que dejar lo de practicante si quería hacerlo oficial y entonces dije: "Yo no, yo por lo menos ser practicante y matrona" y entonces libre me fui desde Madrid a examinarme por libre de practicante y de matrona. De matrona me tuve que matricular, porque ya no quedaban plazas, en Valladolid y de practicante en Madrid. (Mt.13:8).



Figura 15. Título de Practicante de informante.
Imagen original cedida por entrevistada.



Figura 16. Título de Matrona de infromante.
Imagen original cedida por entrevistada.

En este sentido debemos señalar que años antes, con motivo de las solicitudes recibidas por parte de matronas interesadas en conmutar los estudios de la carrera de Matrona por los de Practicante, apareció publicada una Real Orden donde se recogía la imposibilidad de realizar tal conmutación ni total ni parcialmente alegando que, tanto los conocimientos básicos como la finalidad clínica y profesional de ambas carreras era diferente. Además, se especificaba que el programa de formación de los practicantes incluía cuestiones de Medicina y Cirugía general no contemplados en el programa de las matronas, siendo obligatorio para éstos realizar las prácticas en Clínicas generales de Cirugía mientras que, según esta Real Orden, a las matronas "(…) sólo se les impone la

asistencia práctica a clínicas de maternidad." (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1928a). Esta situación pone en relieve dos cuestiones; por un lado parece que el interés de las matronas por obtener una doble titulación, como fue el caso de algunas de nuestras protagonistas, ya surgió en las generaciones de matronas anteriores y, por otro lado, el programa formativo de los practicantes fue considerado además de diferente, superior al de las matronas quizás por dos motivos; los practicantes eran una profesión mayoritariamente masculina y además recibían una formación a pequeña escala en Medicina y Cirugía que le otorgaba cierta similitud con la clase médica, transmitiéndole parte del prestigio reconocido en ella. A mediados del siglo XX, mientras que las enseñanzas de matrona y enfermera estaban ocupadas por mujeres de un modo exclusivo, la profesión practicante en nuestro país era mayoritariamente masculina; en el curso 1952-1953 de 4874 alumnos sólo un 32% fueron mujeres frente a un 67,8% de hombres (Siles González, 2011). Esta segregación de hombres y mujeres dentro de las profesiones sanitarias de acuerdo a la división sexual del trabajo y los diferentes roles asignados a unos y otras, hizo que la profesión practicante tuviera una adscripción masculina desde su creación, siendo habilitada con un mayor número de competencias, mientras que la titulación de enfermera o matrona fue entendida como ocupación únicamente femenina tal y como afirma Ortiz Gómez (2007). El carácter técnico de la profesión practicante se ajustaría en mayor medida a los atributos culturalmente asociados con la masculinidad de manera que las mujeres apenas optaron a esta titulación, aunque legalmente no existía impedimento para hacerlo. No obstante, las tres matronas aludidas anteriormente, salvando estas limitaciones por cuestiones de género, cursarían las enseñanzas de practicante al entender que les reportaría unos mayores beneficios y horizontes profesionales, adentrándose en una ocupación donde su presencia era minoritaria.

Como mencionamos anteriormente, la profesión matrona fue una titulación independiente hasta 1953. La unificación de los estudios de Matronas, Practicantes y Enfermeras en una única titulación provocó un cambio sustancial en la formación de las matronas en esos momentos. De las trece entrevistadas, siete obtuvieron el título de matrona de acuerdo al Decreto de 18 de enero de 1957 que establecía la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) para los ATS Femeninos menores de 45 años (Ministerio de Educación Nacional, 1957a). Cinco de ellas (matrona 01, 02, 04, 09 y 11) cursarían los estudios en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid), una (matrona 10) en la Casa de Salud de Valdecillas de Santander (adscrita a la Facultad de Medicina de Valladolid) y otra (matrona 07) en la Maternidad de Barcelona (adscrita a la Facultad de Medicina de Barcelona). Esta reorganización de la enseñanza supuso que la formación quedara reducida a un año en régimen de internado, pasando a considerarse tiempo suficiente frente a los dos años necesarios hasta entonces para obtener la titulación porque desde ese momento fue requisito indispensable tener aprobados los tres años de la carrera de ATS Femenino para acceder a las Escuelas de Matronas (Ministerio de Educación Nacional, 1953b).

Conforme a la nueva normativa comenzó un proceso mediante el cual se autorizaron progresivamente algunas de las Escuelas de ATS Femeninos para impartir la especialidad de Matrona (Anexo 6: Orden por el que las Escuelas de ATS Femeninos fueron autorizadas para establecer la especialidad de Matrona). Pero la unificación de los estudios de las profesiones auxiliares sanitarias supuso una segregación total de la formación de hombres y mujeres de manera que las enseñanzas de ATS Femenino y Masculino se impartieron por separado; los ATS varones cogieron el testigo de los practicantes cursando una formación mayoritariamente teórica y de corte técnico en las

Facultades de Medicina. En el caso de los ATS Femeninos la docencia, eminentemente práctica, se impartió en Escuelas integradas en los hospitales (Siles González, 2011) en la modalidad de internado, siendo obligatorio para todos los centros a partir del 1 de octubre de 1955. La exigencia de marcharse de sus hogares para ingresar en las Escuelas como alumnas internas, algo que no sucedía en el caso de los hombres, sería una de las desigualdades más evidentes entre los programas formativos dirigidos a los ATS Masculinos y Femeninos.

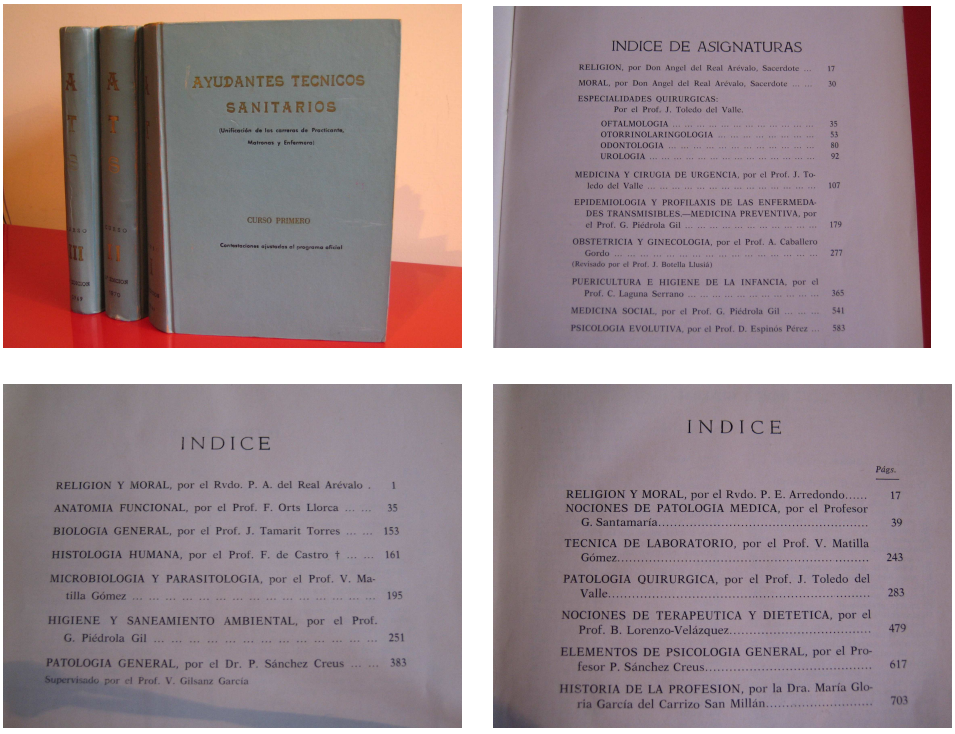


Figura 17. Temario para los estudios de la carrera de Ayudantes Técnicos Sanitarios tras unificación de 1953. Índice de los tres cursos. Imagen original de material cedido por matrona 02.

Los requisitos exigidos a las aspirantes para acceder a los estudios eran cumplir 17 años dentro del curso de solicitud de ingreso, estar en posesión del título de Bachiller elemental o laboral (conforme vimos anteriormente, el Bachillerato elemental desde 1953 se iniciaba a los diez años de edad y tenía una duración de cuatro años), la carrera de Magisterio o el grado pericial de la de Comercio y hacer tanto un examen de ingreso como

un examen final. Además, las alumnas debían ser presentadas por dos personas de solvencia moral reconocida y elaborar una carta donde explicaran los motivos por los que querían cursar los estudios de ATS. Asimismo, las solicitantes serían sometidas a una entrevista personal, tras la cual la Junta Rectora decidiría si eran admitidas o no a la prueba de acceso. La formación se cursaba durante tres años incluyendo tanto enseñanzas teóricas como cuatro horas diarias de prácticas, siendo los tres primeros meses considerados como período de prueba (Ministerio de Educación Nacional, 1953a). El programa formativo común para ATS Masculinos y Femeninos incluían asignaturas como Religión, Moral profesional y Formación política, sin embargo, las jóvenes recibían otras lecciones dirigidas al adiestramiento en las habilidades que, como madres y esposas debían conocer, recogidas dentro de la asignatura de Enseñanzas del Hogar, materia impartida durante los tres cursos académicos de carrera. Igualmente, sólo en el programa de los ATS Masculinos figuraban nociones de autopsia médico- legal, formación a la que no tendrían acceso los ATS Femeninos (Ministerio de Educación Nacional, 1955). En definitiva, tanto los requisitos de acceso como la organización y diseño de las enseñanzas serían desiguales para hombres y mujeres; para estas últimas estaría en consonancia con la trasmisión de los roles tradicionales de género que a través de la educación se pretendía hacer llegar a las mujeres de la época.

Con respecto a las garantías de moralidad requeridas para acceder a la formación tanto de ATS como de matronas, la entrevistada 01 recordó la carta personal que redactó exponiendo los motivos por los que deseaba cursar los estudios así como el certificado de buena conducta exigido por la Escuela. Según su testimonio, lo paradójico de la situación fue que la persona de moral reconocida firmante de este certificado, el Alcalde de Barrio, ni siquiera la conocía:

> Se escribía una carta diciendo los motivos por los que tú querías ser matrona, a mí me salió monísima, no me acuerdo lo que decía pero sé que me salió monísima. Requisitos que hacían falta también, pues un, un certificado de buena conducta del Alcalde de Barrio, que yo ni conocía ni por allá, incluso para la Escuela de enfermeras, que esto es remontarse a lo anterior, también necesité el aval de dos personas de reconocida moral o prestigio, lo que quiera que fuera, esa era la manera de hacer las cosas entonces. (Mt.01:3).

La obligación de estar en posesión del título de ATS para iniciar la formación como matrona supuso un cambio trascendental y en algunas ocasiones desconocido por nuestras informantes, llegando incluso a viajar a otras ciudades para solicitar el acceso a las Escuelas de Matronas, siendo rechazadas al no cumplir este nuevo requisito:

> A. la madre de A., nos envió a Santa Cristina, dicen: "Usted es muy joven…" digo: " He estado un año esperando…" porque había un año de diferencia y dice: "No, no, usted es muy joven, porque ahora ha cambiado todo y usted tiene que hacer enfermera y luego matrona", digo: "¡ANDA!, pues a mí me habían dicho en el Colegio de Matronas… pero ¿la Escuela de Enfermería donde está?" dice: "Uy, hay muchas" digo: " Bueno, bueno, pero alguna que usted le tenga más confianza" dice: "Cruz Roja, son las mismas hermanas que aquí, las Hijas de la Caridad", entonces me fui a Cruz Roja. (Mt.09:11).

Algunas de las entrevistadas nos relataron que ya durante la formación como ATS, las alumnas que mostraban interés en continuar la especialidad de Matrona eran iniciadas de algún modo facilitándoles el paso por las plantas de maternidad más tiempo que al resto "(…) todas las que íbamos a hacernos matronas pasábamos mucho tiempo por la maternidad (…)" (Mt.10:153), a la vez que se les informaba de los pasos a seguir para especializarse:

> (…) estando allí [en la Escuela de ATS], ya siempre decían: ¿Qué vais a hacer, o qué especialidad o tal? … junto había en el curso, pues tres o cuatro queríamos hacer Matrona, queríamos hacer Matrona y ya cuando fue la asignatura de "gine" [ginecología], que esto te estoy hablando de profesores a los D., primero al padre y los dos hijos y entonces pues el

> hijo, uno de los D. nos dio la clase, nos explicó en que consistía, que había que hacerlo allí en la Maternidad de Barcelona, cuando acabáramos, que el padre era el director y tal, lo que se hacía era un año entero interna y ya te explicaban cuando empezabas la clase de su asignatura como se hacía Matrona y ya nosotras como ya además teníamos la idea pues allí nos fuimos y del mismo curso de Enfermería nos fuimos tres o cuatro (…) (Mt. 07:8).

De este modo, la formación como ATS fue entendida como una especie de antesala para la posterior especialización de Matrona, incluso algunos de los docentes, conforme narró la matrona 07, serían a la vez profesores y directores de las Escuelas de Matronas, lo que en cierto modo les facilitaría el paso de una titulación a otra.



Figura 18. Matrona 04 durante su formación como Ayudante Técnico Sanitario. Años 60, Alicante. Imágenes originales cedidas por la informante.

7.1.2.2 El contenido de la formación y manuales utilizados por las matronas.

Durante el proceso de regulación profesional de las matronas, surgirán diferentes textos legislativos que intentarán delimitar los contenidos de las enseñanzas, así como su disposición a lo largo del periodo formativo requerido hasta obtener la titulación. En general, durante la primera mitad de siglo XX las distintas órdenes y reglamentos que recogían las materias estudiadas por las aspirantes y el modo de distribuirlas durante los dos cursos establecidos fueron muy similares; durante el primero se incluían nociones básicas generales de cuidados enfermeros así como enseñanzas sobre medidas de asepsia, mientras el segundo se reservaba para la adquisición de conocimientos y habilidades

específicas en Obstetricia y Ginecología. Así, en el artículo 15 del Real Decreto de 1904 se plasmaban las áreas comprendidas en cada uno de los dos cursos:

> El primer curso comprenderá las materias siguientes: rudimentos de Anatomía, de Fisiología y de Higiene y prácticas generales de asepsia y de antisepsia y especialmente del aparato sexual femenino; y el segundo curso, nociones de Obstetricia normal, de asistencia a los partos normales y de cuidados a la madre con anterioridad y posterioridad al parto (…) (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1904).

Conforme a la normativa vigente, el primer reglamento de la Casa de Salud de Santa Cristina aprobado en 1925 reflejaba también la disposición general de las materias y prácticas impartidas a las alumnas durante los dos años que abarcaba la formación de las matronas. Tal y como figuraba en el Real Decreto de 1904, el aprendizaje de los temas particulares de Obstetricia era destinado a las estudiantes de segundo curso:

> Durarán los estudios en la Escuela dos años, y se compondrán de una parte teórica que comprenderá nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene durante el primer año, y de ejercicios prácticos de enfermera y asistencia especial de puérperas operadas y niños. Durante el segundo año se completarán los estudios con la Obstetricia teórica y práctica en la forma que se detalla en el programa especial (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes ,1925).

Igualmente, en el artículo 5 del Real Decreto 28 agosto de 1928 por el que se establecieron los requisitos exigidos a las clínicas para ser autorizadas como Escuelas de Matronas, se especificaba:

> La enseñanza en las Escuelas de Matronas durará dos cursos: el primero comprenderá las Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene generales, que forman la base teórica y juntamente con esto los que comprende el arte de enfermera en general, asepsia general y especialmente de las manos, de los instrumentos y apósitos, arte de desinfectar a los enfermos, preparación para operaciones, arreglo de los locales donde se ha de operar, cuidados y partos distóficos. En el año segundo, además de obstetricia, se enseñará la

> higiene especial de los recién nacidos, la ayuda en las operaciones obstétricas y ginecológicas, y se insistirá de un modo especial en el diagnóstico de casos patológicos, en los que debe acudir siempre al Médico (…) (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1928 b, artículo 5).

Tanto en el Reglamento de Santa Cristina de 1925 como en el Real Decreto de 1928 se otorgaba al director de cada Escuela (en posesión del título de Doctor en la Facultad) la responsabilidad de elaborar un programa detallado para la formación de las aspirantes al título de matrona en base a estas directrices generales plasmadas legislativamente. Esto será un ejemplo más del modo en que el colectivo médico continuó legitimado como profesional idóneo para organizar las enseñanzas de las matronas, poniéndose al frente en calidad de jefes de las instituciones donde debían acudir estas mujeres para formarse:

> Será también obligación del Director hacer los programas detallados de las enseñanzas que hayan de darse en la Escuela (…) (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1925).
>
> Los programas detallados se redactarán por el Director del establecimiento con arreglo a las bases de este Decreto y serán remitidos para aprobación a la Facultad de Medicina a la que corresponda la Escuela dentro de la jurisdicción universitaria (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1928 b, artículo 5).

La publicación del Decreto de 1953 unificando los estudios de Practicante, Matronas y Enfermeras en una sola titulación, al que hicimos mención anteriormente dentro del análisis de los diferentes itinerarios seguidos por nuestras entrevistadas, cambiará en gran medida la situación con respecto a los contenidos y distribución de sus enseñanzas. La obligación a partir de 1957 de cursar los estudios de ATS Femenino como requisito previo para acceder a las Escuelas de Matronas hará que las materias generales abordadas hasta entonces en el primer curso fueran impartidas durante los tres años de formación como ATS, mientras los aspectos más específicos en asistencia obstétrica pasan

a formar parte del contenido de las enseñanzas recibidas durante el año de especialización como matronas, cuyo programa estaría compuesto por un total de 40 lecciones en torno a los cuidados en el embarazo, parto y puerperio, tanto normal como patológico, así como los cuidados del recién nacido (Anexo 7: programa para las enseñanzas de Matrona conforme a la Orden de 23 de febrero de 1957). Hasta entonces la legislación, tal y como vimos anteriormente, únicamente establecía unas pautas generales en cuanto a los contenidos, sin embargo, la Orden de 23 de febrero de 1957 que aprobaba el nuevo programa de enseñanzas, aunque no especificaba el número de horas ni el contenido concreto de las materias (Linares Abad, 2009), desde nuestro punto de vista, al menos recogía de un modo algo más detallado que anteriormente los aspectos generales a tratar en cada una de las lecciones incluidas.

Durante el primer tercio del siglo XX se publicaron algunos manuales dirigidos a la formación de las matronas, los más destacados fueron el del profesor L.M. Bossi en 1925 que llevó por título *Manual de Obstetricia. Ginecología Menor para las comadronas* y el del tocólogo austriaco Ludwig Piskacek titulado *Manual de Obstetricia para comadronas* publicado en 1929 (García Martínez & García Martínez, 1999). Los manuales darían respuesta a la gran demanda de este tipo de libros provocada por varios motivos; en primer lugar, la reformas de los planes de estudios de las matronas como consecuencia de la Real Orden de 11 de septiembre de 1926 y el Real Decreto de 28 agosto de 1928 provocaría un elevado número de matriculas durante el curso 1927-28, en segundo lugar, la realización en 1929 de Congreso Nacional de Matronas en Madrid y del Primer Congreso internacional de Matronas en Barcelona, incentivaría su venta y por último, la demanda de estos manuales aumentaría por no sólo por parte de las matronas sino también por los practicantes, ya que para obtener su título debían estudiar la parte del temario relacionada

con la Obstetricia que les era exigida. Otras obras como *Manual de Obstetricia para comadronas* en 1925 de Torre Blanco; *El alumbramiento normal y su patología* en 1927 de Manuel de Usandizaga y *La práctica obstétrica y ginecológica en la medicina rural* en 1930 de Aza y Carreras fueron también recomendados para la formación de las matronas, que en ocasiones y debido a la escasez de textos dirigidos específicamente hacia ellas, recurrieron a los tratados de Obstetricia disponibles enfocados hacia la docencia de los aspirantes a tocólogos (Herrera Rodríguez, 1997).

Nuestras protagonistas en sus relatos identificaron dos obras escritas por médicos en los años cincuenta como decisivas en su formación y posteriormente en su trayectoria profesional: *Obstetricia práctica* de W. Pschyremble, publicada en 1958 la primera edición en español, proseguida de una segunda en 1967 y una reimpresión en 1971 y *Obstetricia para matronas*, escrita por Francisco Orengo Díaz del Castillo y publicada en 1949.

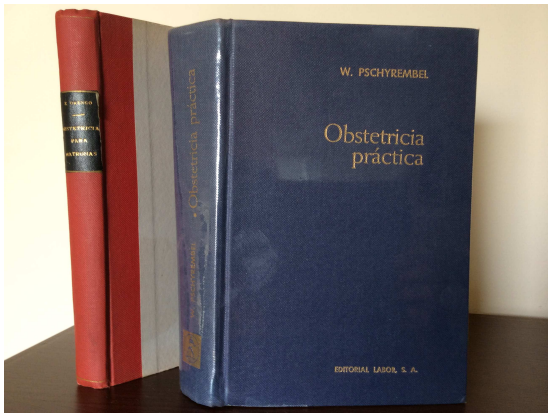


Figura 19. Textos utilizados por las matronas entrevistadas.
Imagen original propiedad de equipo investigador.
(Orengo Díaz del Castillo, 1953; Pschyrembel, 1971).

El doctor Orengo sucedería al primer director de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas, José Gálvez Ginachero (Linares Abad, 2009). Este tocólogo además de dirigir la institución durante un tiempo, impartiría clases teóricas a gran parte de

nuestras entrevistadas que además utilizarían su manual como libro de texto durante el curso:

> Estábamos en dos grupos, a mí me tocó el del doctor M., las otras tenían clase con el doctor Orengo, el que escribió el libro de matronas, que en aquellos tiempos era…, estaba vigente, sólo había tres asignaturas (…) (Mt. 01:4).
>
> Nosotras estudiábamos con el libro del doctor Orengo, yo aún lo tengo guardado, en aquellos tiempos ese libro era muy famoso, lo teníamos todas (…) (Mt.09:37).

El libro del doctor Pschyrembel fue destinado a la formación de tocólogos, apareciendo la figura de la comadrona brevemente en algunos fragmentos donde se alude a determinadas competencias de ésta durante los partos, como por ejemplo la auscultación de la frecuencia cardiaca del feto "(…) La atención continuada de los tonos cardiacos corresponde, en absoluto, a la comadrona. El médico que dirige el parto debe auscultarlos de vez en cuando (…)" (Pschyrembel, 1971, p. 64) o el control de la temperatura de la gestante "(…) Durante el curso del parto, la comadrona tomará la temperatura cada dos horas y la anotará (…)" (Pschyrembel, 1971, p.103).

Pschyrembel marcaría el parto normal como límite en las competencias de las matronas. Ante cualquier complicación, se hacía necesaria la presencia e intervención del médico, pasando la comadrona a ser desde ese momento una mera fuente de información. No obstante, cualquier aspecto aportado por ella sobre el curso del parto y el estado de la gestante, únicamente sería considerado si ésta, a criterio siempre del obstetra, era catalogada como competente. Así el autor atribuiría a los tocólogos la autoridad suficiente para evaluar la aptitud y destreza de las matronas:

> (…) hasta ahora la comadrona ha llevado la dirección del parto porque éste parecía normal; más al presentarse la complicación, se ha hecho necesaria la intervención del médico. La comadrona debe estar bien informada acerca de todos los pormenores del curso del parto y del estado actual. Si estos datos provienen de una comadrona competente no deben

> menospreciarse, ya que con frecuencia sirven de guía para juzgar la situación patológica. Mientras la matrona contesta a nuestras preguntas, se empieza la exploración externa (Pschyrembel, 1971, p.103).

Sin embargo, Pschyrembel también consideraría relevante la imagen del obstetra ante la comadrona, llegando incluso a ofrecer algún consejo a los futuros tocólogos para evitar que ésta se percatara de su inexperiencia, dejando entrever la repercusión que esto podría tener en la relación médico-matrona:

> (…) el médico viejo aprovecha el primer dolor que se presenta para estudiarlo; el médico joven está, por el contrario, al lado de la parturienta esperando, impaciente, que termine la contracción para empezar la exploración externa. Esto tiene su importancia, ya que la comadrona (sobre todo la experta) ve enseguida si el facultativo tiene o no experiencia (Pschyrembel, 1971, p.134).

Con una orientación diferente surgiría la obra de Francisco Orengo, concebida desde un inicio con el objetivo de elaborar un texto para las enseñanzas de matronas específicamente. En su segunda edición, el autor incluyó un autoexamen después de cada parte con el propósito de que las alumnas pudieran comprobar por sí mismas sus conocimientos y los progresos logrados. Estos ejercicios nos sirvieron como modelo del tipo de prueba de evaluación utilizado para examinar a las futuras matronas cada trimestre durante los años que este obstetra ejerció como profesor en la Casa de Salud de Santa Cristina (Anexo 8: Autoexamen manual *Obstetricia para matronas.* Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.275).

A la primera edición de 1949 le siguieron tres posteriores publicadas en 1953, 1963 y 1974, revisadas y aumentadas, con una gran difusión y repercusión en la formación obstétrica de las matronas durante años; como escribió el propio Francisco Orengo "Siempre es agradable escribir el prólogo para una segunda edición. Supone que la primera se ha vendido enteramente y que por tanto, la idea que nos guió escribir este libro era

acertada" (Orengo Díaz del Castillo, 1953, prólogo). Los contenidos de esta segunda edición, comprende un total de 401 páginas agrupadas en cinco partes: la reproducción humana, el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido. Estas cinco áreas contienen diecinueve capítulos precedidos de un prólogo escrito por el propio autor y tres apéndices finales (Anexo 9: Contenido y estructura del manual *Obstetricia para matronas* de Orengo Díaz del Castillo, 1953). La parte más amplia de la obra fue dirigida hacia la atención al parto, a la que dedicó un 36,6 % del total del libro (147 páginas), reconociendo incluso el autor la atracción que esta lección generaba sobre las matronas frente a otros temas:

> La parte III de este libro se ocupa del parto. La matrona seguramente se siente atraída en especial hacia estos capítulos, pero tan pronto los lea comprenderá lo necesario del conocimiento de las dos partes anteriores y de un entrenamiento práctico suficiente. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.134).

Pero ¿de qué modo justificó el doctor Orengo la necesidad de instruir a las matronas?: dejando el porvenir de la nación en sus manos, cuyo papel fue comprendiendo como decisivo para la patria. Mediante un discurso pronatalista y patriótico, propio de los principios ideológicos del régimen franquista (Salazar Agulló, 2009), ensalzó la labor de las matronas y entendió la formación de éstas como imprescindible, alegando que tanto su ineptitud en la asistencia como la ignorancia de las madres podría acarrear graves consecuencias para los recién nacidos. El trabajo desempeñado por estas mujeres fue calificado de "hermosa misión" y el éxito de este cometido dependía en gran medida de su preparación, no sólo en aspectos técnicos y científicos, sino también mediante la asimilación durante su aprendizaje de determinados atributos y cualidades:

> (…) añadiremos, sin exageración alguna, que la vida de la nación está en manos de los tocólogos y matronas, y que el porvenir de medio millón de niños que nacen cada año depende en gran parte de la técnica y preparación científica de estos dos profesionales (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.7).

> De acuerdo con ello, la matrona debe considerar como un honor y una suerte especial el formar parte de las fuerzas que trabajan en tan hermosa misión. Su papel es decisivo para la Patria y para la sociedad, ya que puede causar infinitos bienes o terribles desgracias. Lo primero sólo es posible si después de un aprendizaje que exige aptitud, vocación y otras cualidades, llega a dominar la asistencia obstétrica con destreza y técnica perfecta (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.8).

La obra de Orengo, conforme a lo afirmado por algunos autores y autoras con respecto a las enseñanzas contenidas en manuales y otras publicaciones periódicas de la época dirigidas hacia matronas pero escritas por médicos, además de formar en ciencia y saberes teóricos propios de la profesión, se convertirán en una herramienta adoctrinadora con la que transmitir un mensaje de jerarquía y subordinación de éstas hacia los profesionales médicos. Igualmente los manuales actuarían como instrumento para difundir una serie de cualidades de orden moral y social que desde el punto de vista de los obstetras debía reunir toda buena matrona, correspondiéndose en muchos casos con las cualidades ideales deseables en todas las mujeres en el contexto cultural del momento (Gallego Caminero et al., 2005; Linares Abad, 2008a; Linares Abad, Álvarez Nieto & Moral Gutiérrez, 2008). En este sentido, la apropiación de la capacidad de formar a las matronas por parte de la clase médica continuará vigente, tal y como venía sucediendo siglos antes, circunstancia en íntima relación con la consideración de la profesión matrona como ocupación femenina, pero bajo el control y supervisión de los hombres. De este modo, los discursos y contenidos docentes cuyo objetivo era en un principio aumentar los conocimientos de estas mujeres, también se emplearon para inculcarles y consolidar un sentimiento de obediencia hacia los mandatos y decisiones médicas que ralentizaría la autonomía y reconocimiento que les debió otorgar el estar en posesión de un título habilitándolas para el ejercicio de su profesión.

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, en el pensamiento de Orengo una buena matrona debía saber adaptarse a las costumbres del médico y seguir minuciosamente sus órdenes sin réplica alguna. Esta actitud de subordinación demandada a las matronas sería reflejo de las normas sociales establecidas de carácter patriarcal que, lejos de considerar a las mujeres autónomas en sus decisiones, las situaba bajo la autoridad de los hombres (Montes Muñoz et al., 2013). Además, les exige alerta permanente, señalando entre sus cometidos descubrir a tiempo y comunicar cualquier tipo de anormalidad producida durante el trascurso del parto. Aunque el autor comienza afirmando que la matrona sería "colaboradora" trabajando con el obstetra en la "más estrecha compenetración", a continuación le exige obediencia estricta pero a la vez iniciativa, construyendo desde nuestro punto de vista un discurso no exento de cierta ambivalencia:

> Otro papel que la matrona debe realizar es el de colaboradora del médico. Juntos trabajan mil veces en la más estrecha compenetración. No siendo en estos casos la matrona directamente responsable, es necesario que actúe con obediencia estricta, pero a la vez con iniciativa suficiente para saber descubrir a tiempo y comunicarla, si es necesario, cualquier anormalidad que pueda surgir y que quizás pase inadvertida si se relaja la vigilancia constante. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.8).

En este sentido, gran parte de las actividades llevadas a cabo por las matronas son descritas a lo largo del texto como la consecución de una orden o deseo manifestado previamente por el médico. Un ejemplo de ello son los fragmentos donde figuran algunas de las obligaciones de la matrona durante el parto y alumbramiento:

> -Animar a la paciente a que empuje.- Si el médico no lo prohíbe.
>
> -Cateterizar la vejiga.- Si es necesario y el médico no desea hacerlo.
>
> (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.192).
>
> -Colocar la mano en el fondo del útero, sin dar masaje, después del nacimiento del niño (si el médico lo ordena).

> -Observar la aparición de los signos de desprendimiento placentario y comunicarlo al médico (si este lo encargara así).
>
> (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.198).

Ante partos dificultosos, el doctor Orengo enfatizó en numerosas ocasiones sobre la importancia otorgada al hecho de que la matrona reconociera el preciso momento en que finalizaba su competencia para dejar la dirección del parto en manos del tocólogo:

> El capítulo XII describe aquel sector de la patología del parto más interesante para la matrona. Aquí, como en la patología del embarazo, la matrona no ha de resolver situaciones, pero ha de reconocer perfectamente cuando termina su cometido y empieza el del médico. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.134).
>
> El avisar al médico excesivamente tarde es una pésima costumbre, culpable de muchos casos de infección puerperal y de otros accidentes, como desgarros del periné y paralización del parto o peligrosos síncopes (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.185).

Entre las cualidades deseables en todas las matronas, Orengo destaca la simpatía, el tono afectuoso, la paciencia, la prudencia, la comprensión y la indulgencia, atributos semejantes a los que ya siglos antes otros autores señalaron como ideales en estas profesionales (Gallego- Caminero et al., 2005; Ortiz Gómez, 1999b). Frente a las parturientas debían ser compasivas y serenas, ya que según este médico, las futuras madres podían agotar la paciencia de la matrona al lamentarse y preguntar en exceso, pudiendo incluso llegar a ser impertinentes:

> (…) hace falta infinita paciencia para soportar sonriente, con afectuosa simpatía, una y otra mujer, con sus quejas, sus preguntas y quizá, sus impertinencias; pero aquí precisamente es donde ha de ponerse de relieve una de las varias cualidades que debe poseer un matrona (…) la asistencia al parto requiere también conocimientos psicológicos, prudencia, comprensión e indulgencia. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p. 108) .˙

Sin embargo, más adelante el profesor Orengo alecciona a sus alumnas con respecto a la actitud adecuada que debían mantener ante la parturienta, exigiéndoles

respeto hacia ella. Lo hace describiendo con sus palabras una escena representada por enfermeras o matronas hablando de asuntos superficiales, rompiendo el secreto profesional y riéndose delante de una mujer que sufre durante el parto:

> El espectáculo de dos o tres enfermeras o matronas en plena conversación banal junto a una mujer que gime y se agota en período expulsivo dice muy poco a favor de la formación obstétrica de las primeras y desanima a la parturienta que se ve tratada con tan absoluta indiferencia. El reírse por esta u otra cosa, o el referir que se ha operado a tal o cual mujer, es una falta de respeto intolerable y produce pésimo efecto sobre la moral de la parturienta. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.192) .

Por consiguiente, el género será decisivo en las enseñanzas impartidas a las matronas durante su formación, participando en el diseño y transmisión de un modelo profesional fundamentado en su condición de profesión femenina y auxiliar de la medicina, que como veremos más adelante, influirá en gran medida en la construcción de la identidad profesional de nuestras protagonistas.

7.1.2.3 Los docentes en la formación teórica y práctica de las matronas.

Las matronas formadas mediante la modalidad no oficial estudiaron por libre acudiendo a la Universidad sólo para realizar los exámenes de curso, tal y como vimos anteriormente. Las prácticas previas exigidas para presentarse a estas pruebas la realizaron bajo la aprobación y autorización de los profesionales ginecólogos al frente de las distintas maternidades a las que tuvieron acceso, ya que tal y como nos narró la matrona 03 eran estos médicos “los que las dejaba ir a hacer las prácticas”. En su caso, la formación traspasó en ocasiones los propios límites de la institución enviándola a realizar los partos de las mujeres a las zonas más desfavorecidas:

> Yo estaba en Cartagena, estuve un tiempo sirviendo cuando don J.L.J., un ginecólogo de Cartagena y él fue el que me dejaba ir a la Cruz Roja a hacer prácticas y luego la mujer era

> matrona y entonces cuando le llamaban para ir a las cuevas que hay por allá, por arriba del cementerio, arriba de… por Lo Campano, me mandaban a mí. (Mt. 03:68).

Lo mismo ocurrió con la matrona 12; a pesar de estudiar por libre y hacer las prácticas en el Hospital Provincial de Murcia, afirmó en su testimonio que realmente la destreza en la asistencia a partos la adquirió junto a las matronas y médicos de la clínica de Lorca donde ella se encontraba realizando labores de auxiliar:

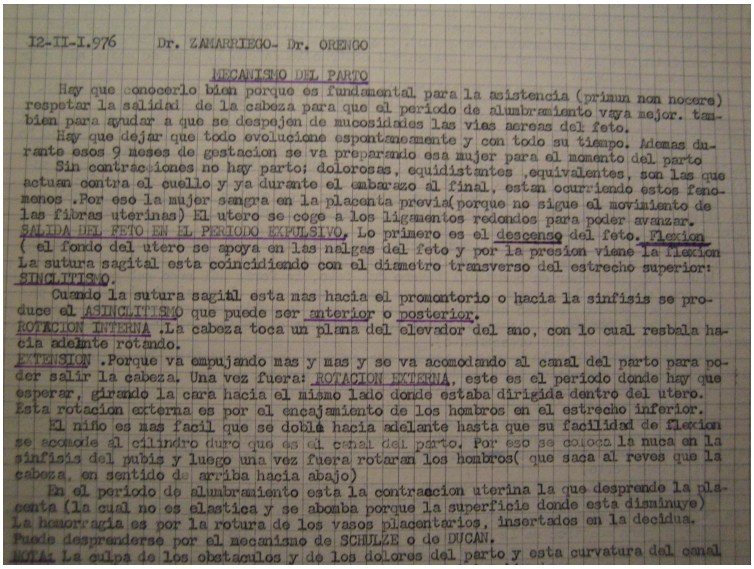
> Pues mira, entonces se estudiaba por libre, yo las prácticas las hice en el Hospital Provincial de Murcia, pero yo trabajaba aquí en Lorca en una clínica como auxiliar y teníamos una matrona que se llamaba doña C. A. que fue la que a mí me enseñó a trabajar (…) doña C. A. y doña R., que estuve yo ayudándole porque iba por las mañanas a lavar a las mujeres a las casas y a bañar al niño y luego pues estaba yo de auxiliar, de enfermera porque entonces no había tituladas muchas y estaba yo en una clínica donde había dos médicos, uno que era cirujano y el otro que era tocólogo y claro, pues iba yo a los partos, salíamos a los partos a la calle con él, con el médico (…) (Mt. 12:9).

En algunos casos, la enseñanza práctica recibida por las matronas formadas a través de la modalidad no oficial en las Clínicas de Obstetricia y Maternidades, fue la vía para legitimar un aprendizaje obtenido en ocasiones de un modo empírico previamente a través del contacto con los profesionales, tocólogos o matronas, a los que tuvieron acceso fuera de estos ámbitos institucionales, acompañándolos y observándolos mientras asistían los partos. Para algunas entrevistadas, estos mismos profesionales médicos serían los proveedores de los contactos necesarios para ser admitidas en los establecimientos donde obtendrían la certificación de prácticas requerida para titularse.

Las matronas entrevistadas formadas mediante la modalidad oficial identificaron a los profesionales médicos como los profesores responsables de impartir las lecciones teóricas a las alumnas, a modo de clase magistral en las escuelas donde cursaron sus estudios. Esta circunstancia sería acorde a la legislación vigente, de manera que, además de

ocupar las direcciones de las escuelas y ser autores de los manuales mediante los que se formaron las matronas, los médicos también ostentarían los puestos docentes en las instituciones. Espacio al que en ningún caso pudieron acceder las matronas aunque lo hubieran deseado hasta varios años después. Esta circunstancia le negaría al colectivo uno de los aspectos señalados por Rodríguez Ávila (2008) como requisito imprescindible conforme al pensamiento de Escuela Definidora para que una profesión fuera considerada como tal: construir su independencia siendo las propias matronas las encargadas de transmitir su monopolio de conocimiento teórico dentro de un sistema formal a las futuras integrantes del grupo, resultando desplazadas en este papel docente por los directores y profesores de las Escuelas. En la memoria de nuestras protagonistas perduran los nombres de muchos de estos profesores médicos a los que aluden con gran respeto:

> Las clases…todas las clases las daban los profesores de allí, los médicos de la Escuela, el O. fue el que hizo el libro para matronas que en su momento fue muy famoso (…) (Mt. 02: 25).
>
> Pues nos daba clase el doctor O., eran dos grupos, de nuestro curso teníamos dos grupos, el del doctor O. era uno y el del doctor M., que después era jefe de sección, era muy bueno, C. era otro (…) (Mt.11:28).



12-II-1.976 Dr. ZANARRIEGO- Dr. ORENGO

MECANISMO DEL PARTO

Hay que conocerlo bien porque es fundamental para la asistencia (primun non nocere) respetar la salidad de la cabeza para que el periodo de alumbramiento vaya mejor. también para ayudar a que se despejen de mucosidades las vias aereas del feto.

Hay que dejar que todo evolucione espontaneamente y con todo su tiempo. Ademas durante esos 9 meses de gestacion se va preparando esa mujer para el momento del parto

Sin contracciones no hay parto; dolorosas, equidistantes ,equivalentes, son las que actuan contra el cuello y ya durante el embarazo al final, estan ocurriendo estos fenomenos .Por eso la mujer sangra en la placenta previa(porque no sigue el movimiento de las fibras uterinas) El utero se coge a los ligamentos redondos para poder avanzar.

SALIDA DEL FETO EN EL PERIODO EXPULSIVO. Lo primero es el descenso del feto. Flexion (el fondo del utero se apoya en las nalgas del feto y por la presion viene la flexion La sutura sagital esta coincidiendo con el diametro transverso del estrecho superior: SINCLITISMO.

Cuando la sutura sagital esta mas hacia el promontorio o hacia la sinfisis se produce el ASINCLITISMO que puede ser anterior o posterior.

ROTACION INTERNA .La cabeza toca un plana del elevador del ano, con lo cual resbala hacia adelante rotando.

EXTENSION .Porque va empujando mas y mas y se va acomodando al canal del parto para poder salir la cabeza. Una vez fuera: ROTACION EXTERNA, este es el periodo donde hay que esperar, girando la cara hacia el mismo lado donde estaba dirigida dentro del utero. Esta rotacion externa es por el encajamiento de los hombros en el estrecho inferior.

El niño es mas facil que se doble hacia adelante hasta que su facilidad de flexion se acomode al cilindro duro que es el canal del parto. Por eso se coloca la nuca en la sinfisis del pubis y luego una vez fuera rotaran los hombros(que saca al reves que la cabeza, en sentido de arriba hacia abajo)

En el periodo de alumbramiento esta la contraccion uterina la que desprende la placenta (la cual no es elastica y se abomba porque la superficie donde esta disminuye) La hemorragia es por la rotura de los vasos placentarios, insertados en la decidua. Puede desprenderse por el mecanismo de SCHULZE o de DUCAN.

NOTA: La culpa de los obstaculos y de los dolores del parto y esta curvatura del canal

Figura 20. Apuntes de clase tomados por matrona 02 durante su formación en la Escuela de Santa Cristina. Imagen original cedida por matrona 02.

Algunos de ellos figurarán encabezando las orlas que obtuvieron nuestras entrevistadas al finalizar su formación.



Figura 21 . Orla de graduación matrona 08.
Imagen original cedida por la entrevistada.



Figura 22. Orla de graduación matrona 07.
Imagen original cedida por la entrevistada.

Sin embargo, aunque las clases teóricas fueron atribuidas exclusivamente a los médicos, la formación práctica recibida en las Escuelas fue identificada por las entrevistadas como una tarea compartida entre ginecólogos y matronas titulares de las maternidades, recayendo sobre estas últimas la mayor parte de las enseñanzas en habilidades empíricas en torno a la asistencia al parto y los cuidados enfermeros generales:

> Las prácticas que teníamos que hacer en paritorio teníamos siempre una matrona pero en dilatación teníamos también al ginecólogo, para hacer los partos normales no era raro que se llamará a ginecólogos (…) (Mt.02:9).
>
> Había cosas muy interesantes y algunas sobre cuidados, pero de los cuidados ellos nunca nos hablaron [refiriéndose a las clases impartidas por los médicos], siempre eran las matronas las que nos decían las cosas (…) las matronas eran las que te hacían las prácticas, más que los médicos. (Mt. 02:11).

No obstante, aunque las matronas no fueron incluidas como docentes dentro de los programas formativos teóricos de las Escuelas, los profesores tocólogos fueron conscientes del papel fundamental de estas mujeres en las enseñanzas de las futuras matronas, ya que de ellas y por imitación aprenderían los roles propios de la profesión:

> Una maternidad, hoy día está en manos de las matronas y difícilmente podrán los profesores lograr buenas alumnas si no son apoyados por las enseñanzas constantes de las que, por ser ya matronas y tener a su cargo grandes responsabilidades, gozan de la admiración de las que empiezan y constituyen su ejemplo diario. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.8).

Del mismo modo, nuestras protagonistas dirigieron palabras de reconocimiento hacia monitoras concretas, identificándolas en cierta forma como modelos en la consolidación de su identidad profesional:

> Algunas de las matronas eran estupendas, había unas monitoras estupendas había unas 5 o 6 matronas nada más, una por turno con las alumnas. (Mt. 02:9).
>
> Teníamos a M.V, que era una monitora muy buena y hacíamos muchísimos partos, muchos partos, nosotras salíamos con ciento y pico o doscientos partos y además solas (…) (Mt.11:20).

Teniendo en cuenta que durante el año dirigido a la formación como especialistas, únicamente se compaginaban enseñanzas teóricas con prácticas durante ocho meses y además, sólo un reducido número de horas era destinado a las clases, mientras las alumnas continuaban la mayor parte del tiempo trabajando en los distintos servicios de las

maternidades, entendemos que realmente las enseñanzas empíricas abarcaron gran parte del proceso de aprendizaje de las futuras matronas. Un ejemplo será el reglamento de la Escuela de Valladolid, donde se especificaba que las alumnas recibirían una formación teórico-practica durante estos ocho meses compuesta solamente de tres horas semanales de teoría frente a siete horas de práctica clínica diaria. El resto de tiempo hasta completar el año de formación era dedicado por completo a funciones asistenciales (Ministerio de Educación y Ciencia, 1972).

La ausencia de un programa común que recogiera concretamente el modo de distribuir las enseñanzas de las alumnas originó que estas no fueran homogéneas, ya que cada Escuela, conforme a su reglamento interno, tuvo libertad para organizar ciertos aspectos de un modo diferente, aunque siempre ajustándose a las directrices generales marcadas por la legislación. De este modo, cada una de las entrevistadas narró la disposición de los turnos laborales y su adaptación a las horas lectivas de enseñanza teórica según la normativa de su propia Escuela. En este sentido, el reglamento de Santa Cristina de 1925 especificaba en el artículo 32 que las alumnas estarían en dos turnos de trabajo y guardias de 24 horas alternando los ejercicios teóricos y prácticos con los tiempo libres necesarios para “la higiene moral y material de las alumnas”. Bajo este régimen se formaría la matrona 05: “(…) allí te levantabas por la mañana y te ponías el uniforme y empezabas a trabajar y hasta 24 horas no lo dejabas, luego 24 horas libres y 24 de servicio (…)” (Mt.05:59). Otras entrevistadas que se formaron en Santa Cristina unos años después, como es el caso de la matrona 01, se organizarán en turno rodado de mañana, tarde y noche compaginando teoría y práctica, mientras que en la maternidad de Barcelona, la matrona 07 trabajará en turno de doce horas asistiendo a clase solamente unos determinados días:

> (…) teníamos prácticas todas las mañanas y por las tardes, las clases, en cuanto pasó el primer trimestre creo que fue, pues ya había un turno rotatorio, hacíamos mañanas, tardes, noches, las clases se iban adaptando. (Mt.01:4).
>
> (…) nosotras estábamos internas allí, y trabajábamos doce horas, desde las ocho de la mañana y luego había días o algún día teníamos alguna clase... tampoco había muchas asignaturas, no lo recuerdo, pero teníamos un profesor que era el responsable de las prácticas y dos, me parece que nos daban la asignatura de obstetricia y ginecología (…) (Mt.07:26).

En la formación de las alumnas, además de médicos y matronas también jugaron un papel fundamental las religiosas de las distintas congregaciones encargadas tanto de la administración y gobierno interior de las maternidades como de determinadas labores; la esterilización del material de curas, instrumentar en las operaciones así como garantizar el orden y limpieza de todas las dependencias de las instituciones. En el caso de la Casa de Salud de Santa Cristina sería la Congregación de Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl la que ejercería esta función.

En el Reglamento de 1956, momento en el que la Iglesia católica goza de hegemonía dentro del Régimen del General Franco, la figura de la superiora cobra una gran fuerza, apareciendo junto al director en la toma de determinadas decisiones con respecto a las alumnas, de las que no había sido partícipe con anterioridad. En consecuencia, donde en 1932 ponía como requisito para las aspirantes “ser admitida por el director” en 1952 fue sustituido por “ser admitida por el director y la superiora”, además, a partir de este momento conservará su carácter benéfico-docente y será definida como Institución católica donde ser de “buena moralidad” continuó contemplándose como requisito imprescindible para la admisión de las futuras matronas. En el testimonio de la entrevistada 02 quedó constancia del poder de la superiora en la admisión de las alumnas en la escuela, incluso estando fuera del plazo de matricula como fue su caso:

> Cuando yo fui a Santa Cristina Santa Cristina ya se habían examinado, se me hizo tarde pero sí pude entrar, dije: "aquí yo muevo Roma con Santiago" porque yo ese año tenía que estudiar y entonces hablé con la directora que era sor T. y le dije: "sor T. yo necesito entrar en la Escuela este año porque yo tengo estos proyectos" y entonces me hizo el examen en el despacho, me hizo un examen de Obstetricia y Ginecología y entré interna. (Mt.02:8).

Así, médicos, matronas y religiosas serán entendidos por nuestras protagonistas como actores claves en su proceso de formación, dejando entrever en sus discursos una asignación de responsabilidades y parcelas diferentes cuidosamente delimitadas donde el género será determinante en el modo de distribuir las actividades entre los profesionales en las instituciones, siendo desde nuestra visión, reflejo de la influencia de la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres.

7.1.2.4 La vida cotidiana de las matronas en las Escuelas durante su formación.

Muchas son las experiencias vividas y los sentimientos y emociones expresados por nuestras protagonistas al recordar el período de tiempo que permanecieron como alumnas dentro de las Escuelas, especialmente en el caso de las matronas formadas en régimen de internado, ya que durante este periodo las instituciones se convertirían en sus hogares. Nuestros resultados vienen a confirmar las reflexiones de Maxine Rhodes (2001) en cuanto a que su formación requirió enormes esfuerzos personales tales como alejarse de sus familias, instalarse en los hospitales y adaptar su vida a las normas de las maternidades. En este lapso de tiempo interrumpirían su trayectoria vital para abrir paso a nuevas experiencias personales hasta verse convertidas en mujeres tituladas. Durante esta etapa, las futuras matronas comenzaron un proceso de socialización profesional en el que asimilaron una serie de valores, actitudes y conocimientos inherentes al colectivo. En resumen, adquirieron la cultura propia del grupo del cual buscaron formar parte como miembros, interiorizando una serie de roles sociales y adaptando sus conductas, prácticas y

actuaciones a lo que se esperaba de ellas como matronas (Leal Larrarte et al., 2013; Shinyashiki, Costa, Trevizan & René, 2006). El curso se iniciaba en octubre y finalizaba el 30 de septiembre del año siguiente, de acuerdo al Decreto de 1957 (Ministerio de Educación Nacional, 1957a). El primer día las alumnas ocupaban las habitaciones de la residencia que en ese momento abandonaban las jóvenes recién tituladas. En el caso de Santa Cristina, las estudiantes se alojaban en la última planta. La matrona 01 nos relató sus percepciones al llegar a la Escuela:

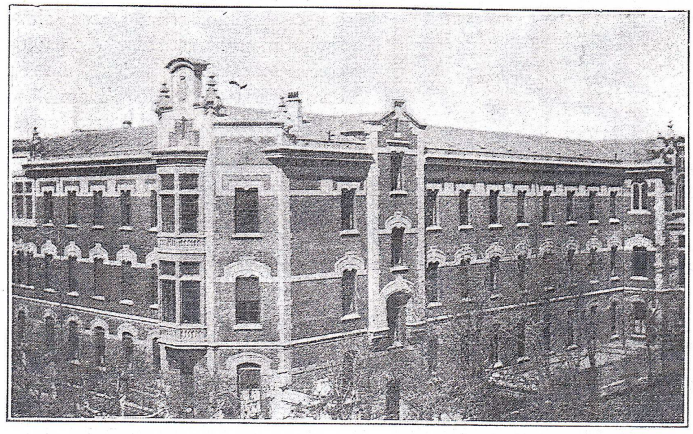


Figura 23. Casa de Salud Santa Cristina y Escuela de Matronas. Imagen extraida de Ginachero, 1927, p. 19.

> Así que nada, me aceptaron en Santa Cristina y allí que me fui, me fui con otra compañera de Murcia, que actualmente está jubilada, que es F. L. y un 24 de julio, de septiembre perdón, me llevaron mis padres, como mi padre estaba jubilado, nos llevaron a las dos, nos dejaron allí, Santa Cristina era un sitio, como del siglo anterior, una casa muy grande, con un patio enorme, un edificio muy antiguo, en el que estaba todo; los paritorios, las salas de dilatación, las salas de puérperas, todo, era una clínica y además tenía en el ático, en la última planta una residencia para las alumnas, entonces no éramos residentes, éramos alumnas. Así que allí nos alojaron, la habitación 15 estábamos F. y yo, una habitación monísima con el techo del tejado así abuhardillado, como buhardilla, una ventada que daba a la calle O, Donell, allí nos pusimos nuestras cositas y empezamos nuestro curso. (Mt.01:3).

La etapa de aprendizaje fue vivida por la mayoría como un periodo intenso donde gran parte de los conocimientos fueron adquiridos en base a un duro trabajo. Si hay algo en común en el testimonio de todas ellas es que la formación recibida fue buena, sintiéndose al finalizar capacitadas para atender partos como consecuencia tanto de las enseñanzas de profesores y matronas tituladas, como del gran volumen de trabajo al que hacían frente y la asunción temprana de responsabilidades por parte de las alumnas dentro de las maternidades.

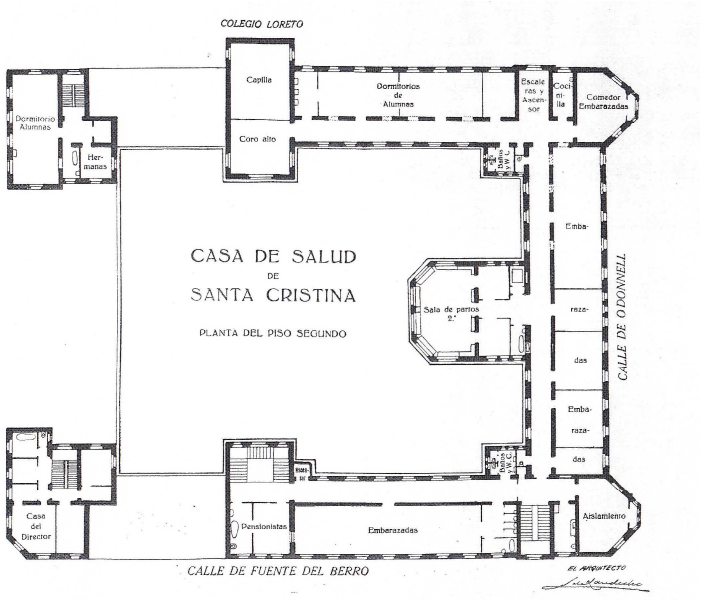


Figura 24. Plano del piso segundo de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas. Imagen extraida de Ginachero, 1927, p. n.p.

Una parte de los testimonios recogieron episodios similares donde se enfrentarían en soledad a la asistencia de partos incluso desde el primer día de su llegada a la Escuela:

> (…) me puse mi uniforme, me bajé al paritorio que era donde me habían dicho que fuera y al llegar, pues serían las ocho y diez, ocho y cuarto una de las matronas que estaban de servicio me dijo lávate que hay un parto a se me pusieron los pelos de punta porque yo había visto mientras estudiaba Enfermería un parto, yo no tenía ni idea de aquello, casi yo no sabía ni por dónde salían los niños, un desastre, pero como siempre he sido bastante hábil le dije a una compañera: "ha dicho la matrona que te laves que hay un parto" una que luego fue muy amiga mía, una vasca. Así que ella se puso, hizo el parto y yo me fijé, y ya al siguiente lo

> hice yo. El primer día hice cuatro partos, ¿Cómo los hice? Pues como Dios me dio a entender, pero los hice. Desde luego la matrona estaba allí detrás, si había algún problema supongo que lo hubiera resuelto. (Mt.01:3).

En el caso de Santa Cristina, el reglamento de 1925 recogía que el número de matronas titulares sería proporcionado a las necesidades del servicio, pero nunca excedería de cuatro (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1925), posteriormente, en el reglamento de 1956 se eliminaría este número límite de matronas y además se reflejaba en el artículo 23 que serían propuestas por el director y la superiora de entre las alumnas mejor capacitadas (Ministerio de Educación Nacional,1956). La matrona 02 formaría parte del grupo de estudiantes elegidas para continuar trabajando en la institución por su brillante trayectoria durante el año que permaneció interna “Cuando terminé allí el curso me propusieron para premio fin de carrera y me propusieron quedarme como monitora pero no me apeteció” (Mt.02: 16). Aunque las maternidades disponían de estas matronas titulares que además de la asistencia a los partos, ejercían la función de monitoras de las alumnas, en determinadas ocasiones y quizás como consecuencia de la gran carga de trabajo, al poco tiempo de iniciar su formación las alumnas atendían los partos sin apenas supervisión directa de estas monitoras. De este modo coincidimos con Rhodes (2001) al señalar que al mismo tiempo que se instruía a las matronas sobre su posición en la jerarquía médica siempre bajo las órdenes de los tocólogos, durante sus prácticas aprendieron a ejercer la profesión de un modo independiente y a sentirse orgullosas por ello. En algunas circunstancias se harían cargo autónomamente de varias mujeres en período expulsivo ubicadas en una sala común dividida por biombos:

> (…) los hacíamos solas además, me acuerdo que un día se fueron todas y me dejaron, estaba yo sola en la sala de partos que estaban divididas cinco por dos…por biombos y tenía dos primíparas al mismo tiempo empujando, eso te las hace pasar mal pero la verdad es que te

> forma, te forma y te enseña muchísimo, yo me pasaba de una a otra haciéndole protección de periné, ¡EMPUJA, EMPUJA! y yo protegiendo periné porque no queríamos hacer episiotomías y cuando subió M. digo: "¡Esto no se hace, esto no se hace, las he pasado canutas!" dice: "Pero… ¿y lo que has aprendido?", decía la borde [risas]. (Mt.11:20).
>
> Los paritorios de Santa Cristina entonces era una sala enorme, con dos potros para parir, una sala común de dilatación, en la que había ocho mujeres o diez mujeres en período de dilatación y allí estamos 3 o 4 alumnas sueltas pues haciendo cada una lo que podía. (Mt.01:3).

Desde el punto de vista de la entrevistada 04, el número de matronas monitoras por planta resultaba insuficiente en proporción al volumen de trabajo realizado y la gran cantidad de partos atendidos:

> (…) conforme íbamos llegando las nuevas se iban las que habían estado un año trabajando, había una monitora en cada planta y entonces claro allí tenías que aprender, no había más pantalones porque es que, a mí me enseñaron…yo creí que nos iban a enseñar el hospital, era muy grande, era enorme, y resulta que cuando llegué a la sala de partos me dijeron que me quedaba allí a hacer la noche, o sea, ¡tú imagínate! (…) me dejaban de guardia, claro yo me veía sola y era una sala circular y entonces en esa sala había pues cinco o seis potros y entonces había veces que estaban pariendo más de una y más de dos y o sea, yo era quitarme unos guantes, ponerme otros, hacer otro parto o sea, ¿tú te crees que a eso hay derecho? (Mt.04:14).

Este déficit de personal y de matronas monitoras hizo que algunas de las alumnas vivieran su etapa de formación como un período en el que se les exigió un gran esfuerzo físico y mental a bajo coste económico para la institución:

> Las alumnas seguíamos siendo la mano de obra barata de Santa Cristina había un auxiliar por planta como mucho en algunos turnos no había ni auxiliar siquiera. (Mt. 02:9).
>
> El control de la dilatación se hacía a mano (…) cada alumna se ponía con una o dos señoras mirándolas a la cara, según hubiera partos o no y desde poner la cuña a quitarla, enemarla, rasurarla, lo teníamos que hacer todo nosotras, allí auxiliar había una, pero ya limpiando

> dentro solamente y los médicos cuando entraban, y la monitora, una o dos monitoras que estaban allí sentadas en la mesa y nosotras allí currando (…) (Mt. 02.11).
>
> (…) al final aquello acabó y después, sí, lo que vale para una cosa vale para todo lo contrario, o sea, nos exprimían, pero tú también aprendías un montón y tenías un montón de experiencia y claro con esos años puedes con eso y con lo que te echen. (Mt.04:14).

Este elevado número de quehaceres demandados a las estudiantes provocó que algunas de ellas recogieran en sus testimonios reivindicaciones y disputas en el día a día de su formación con el personal religioso de la congregación encargada de la administración y gobierno de la Escuela:

> Yo me pase el año, haciendo escritos y peleándome con las monjas, ¡el año entero¡ porque es que aquello no tenía, no tenía comparación, o sea, tú trabajabas por la mañana, a la hora de comer te ibas a comer, descansabas hasta las cinco y de cinco a diez, eso era cuando estabas de día, cuando estabas de noche pues era de diez a ocho de la mañana o a nueve, no sé , no me acuerdo cuándo era el relevo y además las vacaciones nos cubríamos unas a otras, la mitad se iban de vacaciones y la otra…claro salías de allí con un porcentaje de partos, de haber llevado una planta, de…los ingresos también los hacíamos nosotras, si médicos había muy pocos, entonces claro, yo con la monja…me acuerdo que estaba sor M. y cuántas peleas no tendríamos que me dijo un día, yo estaba en la primera habitación y su despacho estaba abajo, al final del pasillo y me acuerdo que me decía “no serás matrona nunca” me dijo: “Tú no tendrás nunca el título de matrona” le dije: “¡Eso ya lo veremos! (Mt. 04:14).

El párrafo anterior refleja claramente la relación de poder y control ejercido por parte de las religiosas sobre la conducta de las alumnas, de manera que las estudiantes demandantes de las condiciones y normas fijadas en la institución podían ver amenazada la obtención de su título. Aunque aparentemente gozaban de cierta libertad y autonomía personal, estuvieron condicionadas por la asimilación del orden establecido:

> Claro, pues aprendíamos un poco a base de batacazos y de…y claro ya te guardarías de tener un de desliz que allí te…allí no te controlaban, o sea, no había demasiado control, pero que no movieras un pie ¿me entiendes? (Mt.04:14).

Sin embargo, algunas de las matronas consideraron que al no retribuir la adquisición de esta formación, su trabajo allí era una especie de moneda de cambio mediante la que compensar lo aprendido:

> Allí estábamos a cambio de…a cambio de, de nuestro, de nuestras funciones, puesto que también pasábamos por la planta de embarazo, incluso de prematuros, pero no pagábamos nada, o sea que una cosa iba por la otra, allí vivíamos, allí comíamos, allí dormíamos y allí aprendíamos. (Mt. 01:4).

Las alumnas, además de estar en paritorio, pasaban por el resto de servicios de la maternidad durante el año que permanecían formándose. En estos servicios, al igual que ocurrían en la sala de dilatación y parto, asumían tal carga de trabajo y responsabilidad que las entrevistadas manifestaron que eran ellas las que "llevaban" la maternidad:

> Santa Cristina la llevábamos las alumnas, porque pasábamos por todos los sitios, había auxiliares y matronas que había en distinguidas, en San Ramón y en las…y en las salas de la Seguridad Social y entonces pues nosotras estábamos en todos los sitios, todo lo llevábamos nosotras, incluso los prematuros, o sea los niños, había auxiliares, pero estábamos nosotras también e íbamos por turnos, pasábamos una temporada en partos, luego pasábamos por planta, pasábamos por todos sitios, pero por donde más pasábamos desde luego era por paritorio. (Mt.11:30).

> Teníamos una matrona nada más, nosotras bajábamos hacer los ingresos fuera de obstetricia o fueran de ginecología, hacíamos la anamnesis hacíamos las exploraciones ginecológicas, entonces hacíamos el diagnóstico o bien las pasábamos a dilatación o bien las mandábamos a su casa o bien las pasábamos a planta, eso lo hacíamos nosotras. (Mt. 02:9).

La entrevistada 07, cuya formación como matrona se desarrolló en la Maternidad de Barcelona, expresó el mismo sentimiento que las alumnas de Santa Cristina "(…) allí no

había ni enfermeras ni matronas fijas ni nada, o sea que llevábamos toda la maternidad nosotras (…)" (Mt.07:28).

El día a día en la formación de las matronas estuvo influenciado no solamente por el contacto que mantuvieron con la plantilla de profesionales, sino también por su relación con las gestantes atendidas y por la estructura arquitectónica de las maternidades y los hospitales donde se asentaban las Escuelas. Aunque el diseño será diferente según la época en la que se construyeron, en nuestra investigación, la mayoría de matronas hicieron referencia a unos hospitales divididos en pabellones y salas, estructura muy de moda durante unos años, pasando posteriormente a considerare poco funcional (Usandizaga & González, 2006). Este tipo de disposición favoreció que las gestantes fueran segregadas por espacios de acuerdo a diferentes criterios. En el caso de Santa Cristina, a pesar de ser una institución de carácter benéfico-docente que prestaba asistencia a las mujeres sin recursos económicos, también existía la posibilidad de admitir a embarazadas o enfermas pudientes a cambio de una pensión y honorarios profesionales. De este modo, las mujeres eran distribuidas en las distintas salas de acuerdo a su posición socio-económica o estado civil. Según el testimonio de nuestras protagonistas las maternidades contaban con una sala de distinguidas o sanatorio a la que acudían las embarazadas con mayores recursos económicos y estatus social, cuyo parto normalmente era atendido por el propio director de la Escuela acompañado por matronas titulares:

> Había una zona en la primera planta que era de sanatorio y entonces allí iba a parir Ana de Francia, las artistas…pues eran las tres de la mañana y entonces todas las matronas que estaban de guardia… dejaban a una en la sala de partos en la zona… el San Ramón que era otra sala un poco intermedia y todas las matronas bien uniformadas, bien guapas… a mí no me bajaron nunca, como yo no soy guapa y a lo mejor se me iba la boca, siempre me dejaban a parte, me dejaban de guardia. (Mt.04:14).

Por otro lado, existía una zona destinada a las mujeres con menos medios económicos y un pabellón de solteras donde residían gestantes aisladas por el estigma que suponía el quedar embarazada fuera del matrimonio en el contexto cultural del momento, existiendo un sentimiento de deshonra para la familia (Ortiz Heras, 2006). En el caso de la Maternidad de Barcelona la distribución era similar destinándose una zona para madres solteras que ingresaban normalmente desde el inicio del embarazo y permanecían allí incluso después de dar a luz:

> (…) en el pabellón de solteras las tenían allí todo el embarazo casi y parían allí normalmente o las llevaban al otro pabellón pero estaban como a doscientos metros, había unos subterráneos (…) tipo residencia, estaban allí y ya cuando daban a luz, algunas se quedaban con el crío, lo tenían en el pabellón de niños y los cuidaban y se quedaban limpiando o trabajando allí en los otros pabellones y otras, pues los dejaban (…) (Mt.07:28).

Del mismo modo que sucedió a lo largo de los testimonios de nuestras protagonistas, el 13 de junio de 2012, en el primer Foro de Salud de Adeslas Segurcaixa, el profesor Santiago Dexeus en su ponencia titulada *Mujer:¿sexo débil o debilitado?* hacía referencia también al pabellón de solteras de la Maternidad Provincial de Barcelona, equiparándolo a un reformatorio donde las mujeres recibían un trato desigual por el hecho de quedar gestantes fuera del matrimonio, señalando el gran impacto que esta situación produjo en él:

> Mi residencia en Gineco-Obstetricia la realicé en la Maternidad Provincial de Barcelona que por aquella época, años sesenta, estaba claramente dividida en dos secciones, que a su vez gozaban de trato y asistencia diferente. Las madres solteras estaban recluidas en un pabellón que poco se diferenciaba de un reformatorio. Las casadas gozaban de los cuidados propios de cualquier hospital abierto que sin ser lujosos era muy aceptable, dada la penuria que seguía arrastrando España en los años de la dictadura. No voy a reiterarme en la descripción de lo que era el pabellón de solteras, pero quisiera que comprendieran el impacto que en mí

> produjo, el que aquellas mujeres fueran consideradas como pecadoras en vez de pacientes gestantes (…) (Dexeus, 2012).



Figura 25. Matrona 07 durante su formación en Barcelona. Años 60. Imagen original cedida por matrona 07.

Tras un año internas en las Escuelas concluían su formación y finalizaban una experiencia que recordarían el resto de su vida. Durante ese tiempo se relacionarían y compartirían vivencias con matronas llegadas desde todos los puntos de la geografía española, enriqueciéndose para después regresar a sus ciudades y pueblos con la ilusión de poner en práctica todo lo que allí habían aprendido:

> Pues nada, transcurrió aquel año, muy felizmente, porque yo en Santa Cristina estaba como pez en el agua, hice amigas de toda España, esta vasca a la que le cedí el primer parto, tres de Ciudad Real encantadoras, otras de Madrid, otras dos gallegas, en fin, de todas partes de España, que eso lo veía yo una ventaja, allí éramos tan variado el rebaño, que había mucho, mucha variedad y mucho, mucha aportación de unas y de otras y el ambiente, en mi opinión fenomenal, las comidas regulares, pero bueno, yo siempre me comía hasta las piedras. (…). Terminó mi año, que entonces era un año, estamos allí del 24 de septiembre, yo estuve del 24 de septiembre del 72 al 24 de septiembre del 73 que ya me dieron un diploma de matrona posteriormente el título oficial y ya se podía trabajar de matrona (…) y me despedí de mis amigas con gran dolor y seguras de que íbamos a ser amigas para siempre, como ha sido y me vine a Murcia, que era mi tierra a trabajar (...) (Mt.01:4).

7.2 CATEGORÍA 2: EL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EL CONTEXTO DEL PARTO DOMICILIARIO.

Tradicionalmente el parto ha transcurrido dentro del contexto familiar en nuestro país hasta prácticamente el último tercio del siglo XX, momento en que se producirá el inicio de una revolución sanitaria y explosión hospitalaria conforme al modelo de asistencia médica puesto en marcha durante el franquismo. Hasta entonces los partos se producirán mayoritariamente dentro del ámbito domiciliario, siendo los propios miembros de la familia los encargados de satisfacer las necesidades básicas de madre e hijo/a tras el acto del nacimiento. El grupo familiar, junto a la matrona reconocida como el profesional de referencia en la asistencia al parto normal, prestará a la mujer los cuidados necesarios durante embarazo, parto y puerperio (García Martínez, 2008). De esta forma, la mayoría de las mujeres afrontaron el dolor del parto en su propio hogar antes de hacerlo en clínicas u hospitales, donde el acceso era difícil y el entorno resultaba extraño para ellas (Montesinos Vicente, 2011).

Estudiaremos el trabajo de las matronas murcianas en el contexto domiciliario donde ejercieron fundamentalmente durante los primeros años de su trayectoria profesional, realizando un análisis sobre el modo en que compaginaron su rol profesional con las responsabilidades y tareas asignadas tradicionalmente a las mujeres dentro de la familia. Es de nuestro interés comprender la manera en que aplicaron y redefinieron lo aprendido en las Escuelas durante el ejercicio de su trabajo diario, el modo en que desarrollaron su labor profesional así como las relaciones establecidas con otros profesionales y actores sociales en torno al nacimiento. Igualmente, indagaremos sobre la forma en que intentaron delimitar su espacio de trabajo y desarrollar su identidad profesional centrándonos en las vivencias durante el ejercicio de sus competencias, el

sentimiento de autonomía y la percepción del reconocimiento y estatus social otorgado a su actividad, no sólo por el resto de colectivos sino también por los individuos de la comunidad en la que desempeñaron su labor.

7.2.1 Estrategias para conciliar trabajo y familia.

Un aspecto necesario para introducirnos en nuestra investigación estriba en formular algunos aspectos que tímidamente redefinirían la concepción ideológica en torno a los roles asignados a hombres y mujeres durante el periodo en el que nuestras entrevistadas, una vez obtenida la titulación, decidieron ejercer la profesión matrona haciéndola compatible con sus proyectos de vida personales. Sus planes de futuro en algunos casos pasarían por regresar a sus hogares de origen para continuar respondiendo a las demandas familiares, interrumpidas durante su formación y en otras ocasiones supondría contraer matrimonio y formar sus propias familias. Aunque algunas de ellas tuvieron ofertas para proseguir como profesionales en los lugares donde se habían formado, la mayoría antes o después regresaría a sus zonas de procedencia. En estas decisiones, el género actuaría como factor condicionante al entender que los compromisos sociales o familiares eran prioritarios frente a otros horizontes laborales lejos del entorno en el que habían nacido y crecido:

> (…) cuando terminé la carrera, pues me ofreció él [catedrático de Ginecología de la Universidad donde se examinó] que me quedara en Madrid, en su clínica que tenía en Madrid, pero como yo ya estaba “ennovia” y me casé en diciembre... (Mt.12:27).
>
> (…) cuando yo acabé lo de matrona llegué a mi pueblo y me dijo mi padre: “Bueno, pues ya está ¿eh?, ya está bien, ya está bien… querías hacer enfermera, querías hacer matrona, tú madre está enferma y a ti se te ha terminado…” le dije: “Bueno, ¿pero podré trabajar aquí?” entonces mi padre me dijo: “Tú verás, eso ya…” (Mt.04: 16).

> Me vine por mis padres, porque no tenía nada más que este hermano y entonces un hombre… dos personas mayores no pueden depender de un hombre y entonces por mis padres me vine aquí (…) mis padres eran muy mayores y ya me dieron mucha pena de que no tuvieran, claro porque para mis padres una residencia…eso era…haberlos echado al asilo, y me vine. (Mt.10: 62).

Si bien existió alguna excepción, iniciando su trayectoria profesional lejos de casa, lo cierto es que al poco tiempo las matronas, de un modo similar a lo ocurrido durante su etapa de formación, sintieron necesario regresar junto a sus progenitores para cumplir con las obligaciones de toda hija hacia sus padres y satisfacer su deseo de tenerlas cerca:

> (…) resulta que se abrió una clínica en Bilbao y el médico llamó a las clínicas para que le mandaran matronas y entre ellas había una matrona que yo la conocía que había estudiado conmigo y se vino a buscarme y a la fuerza: "que te vengas…que tal…que…", le faltaban dos matronas y…necesitaba tres matronas como mínimo y venga, y venga y venga…y me convenció y ya me fui a Bilbao y allí estuve tres años trabajando de matrona (…) pero ya mis padres…(Mt. 13:20).

> (…) cuando acabé matrona nos vinieron a buscar a mi compañera de Cruz Roja y a mí para Italia, porque dicen que allí no había matronas (…) pero, claro, mi padre dijo ¡que ni hablar!, entonces me tuve que abrir aquí camino. (Mt. 09:11).

La totalidad de entrevistadas se convirtieron en matronas siendo solteras, la mayoría se casarían y serían madres una vez iniciada su trayectoria laboral.

La adopción del nuevo modelo de esposa-madre trabajadora en algunos casos supuso una confrontación entre las entrevistadas más jóvenes con sus padres; éstos dieron por hecho el regreso y permanencia de sus hijas en el hogar tras contraer matrimonio, algo que ellas según sus testimonios nunca se habían planteado:

> (…) recuerdo que cuando me iba a casar fue mi padre el que me preguntó si iba a dejar de trabajar y a mí aquella pregunta me dejó descolocada completamente porque ni me lo había

> planteado, ni se me había pasado por la cabeza y le dije: "yo no ¿por qué voy a dejar yo de trabajar?" dice: "no, como te vas a casar" (…) (Mt.01:12).

Durante los inicios de la segunda mitad del siglo XX, gran parte de mujeres continuaron con la pauta tradicional y muy arraigada de abandonar su trabajo tras el matrimonio o el nacimiento de su primer/a hijo/a. De este modo, tras un proceso de socialización donde casarse y dedicarse exclusivamente a la familia era concebida como la aspiración principal de las mujeres, el trabajo quedaba fuera de sus proyectos vitales. Así, su recorrido profesional se limitaba a un tiempo concreto antes del matrimonio, siendo entendida la incorporación al empleo asalariado como una etapa de tránsito hasta el casamiento (Del Valle et al., 2002). Sin embargo, este patrón parece que conforme nos aproximamos a los años setenta cambió, el matrimonio era cada vez menos obstáculo para el ejercicio de la profesión de manera que las mujeres continuaban en su puesto de trabajo después del enlace (Valiente Fernández, 2003).

En el análisis de Comas D'Argemir (1995) lo realmente excepcional en esos momentos no fue el trabajo remunerado femenino, ya que siempre existió, lo verdaderamente novedoso y sin precedentes fue la elevada presencia de mujeres casadas en el mercado laboral pertenecientes a todas las clases sociales, que ejercerán la mayor parte de sus vidas. Conforme a estos nuevos planteamientos, para nuestras informantes el trabajo remunerado no fue entendido como una etapa de transición, sino como un elemento permanente en sus biografías. Ellas serán ejemplo de la transformación del modelo de "hija trabajadora", por el que las jóvenes contribuían con su trabajo a la economía familiar hasta el momento de casarse, a un nuevo modelo de "madre trabajadora" donde su salario resultará imprescindible. Así lo reconocería el marido de la entrevistada 08 al afirmar en su testimonio que el sueldo obtenido por su mujer sería el único ingreso familiar en

determinados momentos “muchas veces a final de mes lo que ella cobraba nos valía para vivir” (M.Mt 08).

Con el objetivo de armonizar el rol profesional con su rol de esposas y madres, las matronas junto a sus familias desarrollarían un conjunto de estrategias muy variadas. De sus testimonios se extrajo la manera en que los momentos vitales personales de cada una de ellas se entremezclaron de un modo constante con la actividad laboral ya que las peculiaridades de su profesión en el contexto de la asistencia a los partos domiciliarios hicieron muy difícil desligar ambas esferas. Eran hijas, esposas, madres y a la vez matronas veinticuatro horas al día pudiendo en cualquier momento ser solicitada su presencia para asistir la llegada de un recién nacido. Así, la matrona 04 recordaba cómo la misma noche previa a su boda acudieron en su busca para llevarla junto a una parturienta:

> (…) me acuerdo que vino un hombre a buscarme y le dije: “Mire yo no puedo ir a decirle si está de parto o no, porque es que me caso mañana a las once de la mañana ¡si me paso la noche de parto, mañana voy a estar yo menos para casarme para cualquier cosa!” Y el pobre hombre dice: “Si es que a mi mujer le hizo usted el primer parto” y se fue. (Mt.04:6).

El trabajo de un modo libre ejercido por varias de las matronas, donde sus ingresos dependía del número de partos realizados, unido a la responsabilidad profesional sentida hacia el resto de mujeres de la comunidad, hizo que durante sus embarazos continuaran trabajando, en muchos casos hasta inmediatamente antes de convertirse en madres. Así quedó reflejado en el testimonio de la informante 13:

> Me acuerdo que fue una mañana de madrugada, tocaron el timbre para un parto, que era una mujer de ahí de las casas baratas y al levantarme ¡uy!, me dio como un tironeo, con una contracción y cuando fui a abrir la puerta desde mi alcoba, a abrir la puerta esa que estaba en el mismo sitio, me dieron tres contracciones y le abro al hombre y me dice que venía…digo: “¡Ay mire usted, no me puedo ir porque mire usted…SI ESTOY DE PARTO!”, pues el hombre se fue.(Mt.13:49).

Las matronas de la zona de la entrevistada 13 trabajaban en colaboración unas con otras de forma que en este tipo de circunstancias, las parturientas eran atendidas por el resto de compañeras profesionales.

Similar fue la narración de la matrona 12; parió a su hijo a las ocho y media de la mañana tras haber asistido dos partos esa misma noche. Sus palabras dejaron entrever por un lado las condiciones de dureza en las que trabajaron estas mujeres y, por otro, su gran implicación profesional y fortaleza personal:

> (…) aquella noche me tiré yo toda la noche…que estaba lloviendo, tenía dos partos, uno en una calle y otro en otra y de una casa me iba a otra, parteé a una, luego me fui y parteé a otra y cuando terminé ya llevaba yo los dolores, como yo en la primera me tiré tres días dije: "Esto no es nada", me fui a mi casa, me acosté a las cinco de la mañana y mi hijo nació a las ocho y media (…) (Mt.12:126).

La participación y cierta complicidad por parte de toda la familia en el trabajo de las matronas fue algo habitual mientras su ámbito de actuación estuvo circunscrito a la asistencia domiciliaria. El marido de la matrona 08 narró sus vivencias mientras acompañaba a su entonces novia por el pueblo para realizar las visitas posparto. Su relato también plasmó las condiciones de moralidad exigidas en las relaciones entre chicos y chicas durante la etapa de noviazgo:

> (…) si tenía cinco, seis o siete mujeres que visitar yo me iba con ella…y las vecinas les decían [a los padres de la matrona 08]: "¿Y cómo dejas tú a tu hija irse con el novio solo?" ¡Todo eso a las diez de la mañana! (…) íbamos por la calle…vamos que no podíamos ni tocarnos la mano, ella entraba en la casa, curaba al crío, iba a cuatro, cinco o las que sean. (M.Mt 08).

Una vez casados, relató el modo en que llevaba a su mujer en coche hasta el domicilio de las parturientas "(…) yo me compré un coche y es decir, yo hacía de taxista, yo en una noche me he ido con ella a tres partos y yo me sentaba en el fuego con la familia

(…)" (M.Mt. 08). Puesto que ya eran esposos, se le permitía entrar en los hogares en lugar de permanecer en la puerta como hacía mientras fueron novios.

En este mismo sentido, la hija de la matrona 13 reflejó episodios donde toda la familia acompañó a su madre para realizar las visitas posparto a las mujeres en el campo como si de una excursión se tratara. En su rol de madre anhelaba permanecer junto a sus hijos e hijas, como profesional deseaba llevar a cabo sus competencias; en el siguiente fragmento quedó plasmado el modo de acoplar ambas responsabilidades:

> Los domingos, lo que nos tocaba a mi hermano y a mí cuando éramos pequeños eran visitas domiciliarias (risas), eran visitas domiciliarias y mi padre con el coche, por eso te digo que ¡santo varón! Porque los sábados y los domingos…los sábados menos, pero los domingos era arreglarnos y: "Ahora vamos a ir…", decía mi madre: "Os voy a llevar a un sitio precioso en el campo" y nosotros todos puestos en el coche… ¡Y ERA A VER A LA PARTURIENTA! (Mt.H.Mt. 13).

En el ejercicio de su profesión, estas mujeres desconocían el instante en que vendrían en su busca así como cuánto tiempo tardarían en regresar a sus hogares, circunstancia que provocó su marcha en momentos importantes o reuniones familiares. El sentimiento de compatibilidad entre trabajo y maternidad expresado por las matronas, sería en algún momento matizado por sus hijas, ya que desde su visión de niñas no comprenderían la ausencia de sus progenitoras. En este sentido, la hija de la matrona 13 recordó con cierta tristeza cómo en ocasiones su madre dejó a la familia cenando en Nochebuena para acudir junto a una parturienta y la forma en que le echaba de menos cuando siendo niña estaba enferma mientras ella trabajaba "(…) cuando tú estás mala, que tu madre no está y ¿dónde está mi mamá? Pues está trabajando, y todo eso quieras que no…" (Mt.H.Mt.13). A pesar de esto, reconoció que al crecer entendió la trascendencia de

la profesión materna y finalmente también ella se convertiría en matrona porque según afirmó "lo había mamado en casa" (Mt.H.Mt.13).

Las entrevistadas contaron con el apoyo de familiares directos, maridos, suegras y especialmente el de sus propias madres para lograr encajar las peculiaridades de la profesión con su vida familiar. La hija de la matrona 12 reconoció en su testimonio el papel fundamental desempeñado por su abuela durante su crianza, considerándola una segunda madre: "(…) mi abuela nos ha criado a nosotras, era la mamá B. [su madre] y la mamá T. [su abuela], en mi casa había dos mamás (…)". Del mismo modo, la matrona 09 recurría a su madre como cuidadora de su hijo cuando inesperadamente era requerida para asistir un parto:

> Nació mi primer hijo y yo estaba comodísima con mi madre: "¡Mamá, que me voy a un parto y es muy rápido, te dejo el niño aquí! Se quedaba en la cuna y ella subía en bata y todo, lo cogía y para abajo, o sea que yo estaba comodísima. (Mt.09:96).

Para la matrona 03, su madre actuó con su nieta como si de una hija se tratara, haciéndose cargo de todo lo que la niña necesitó mientras ella trabajaba:

> (…) eso dice mi hija: "Yo sé que tú eres mi madre, pero mi madre para mí ha sido mi abuela" y tiene razón, ella es la que se quedaba con ella, le daba las medicinas, le daba el alimento, ella la llevaba al colegio, todo. (Mt.03:80).

Esta percepción de las abuelas como segundas madres, según Guasch (2006) es debida a la gran cantidad de tiempo invertido por estas mujeres en la crianza de sus nietos así como a muchas de sus actitudes, reflejo del papel de cuidadoras asignados tradicionalmente a las mujeres. En consecuencia, el rol de abuela es suplantado por un rol de madre a tiempo parcial, asumiendo el papel materno mientras sus hijas están ausentes. En definitiva, la tarea de cuidados continuó siendo entendida en el grupo familiar de las entrevistadas como actividad fundamentalmente femenina; como vimos anteriormente, en

determinados momentos las matronas cuidaron a otros miembros dependientes de la familia como niños, progenitores o hermanos enfermos, en otras ocasiones serían sus madres las que brindarían el apoyo necesario para la crianza de sus hijos e hijas durante el tiempo que ellas trabajaron. Tanto unas como otras responderían a la obligación moral de cuidar al resto de parientes al entender que únicamente por el hecho de ser mujeres disponían "naturalmente" de las habilidades adecuadas para hacerlo, asumiendo como propia esta tarea (Comas D´Argemir, 2000). En algunos casos, si la familia se lo podía permitir tuvieron apoyos externos de otras mujeres que a cambio de un salario realizaron tareas domésticas y de crianza. La matrona 05 afirmaba en su relato "(…) a mi hija la criamos entre todos (…)" (Mt.05:227), refiriéndose a ella misma, su marido, su madre y una mujer a la que remuneraban por el cuidado de la niña. Similar fue el caso de la matrona 13; contó con la colaboración de su madre, su suegra y una empleada a la que llamaban "la Tata".

Solano (1966) describió en el siguiente fragmento la realidad de las mujeres casadas trabajadoras en los años 60 en España, haciendo una clara distinción entre las oportunidades de las asalariadas cualificadas y las que no lo eran:

> (…) Sin embargo, las mejores oportunidades se encuentran para las trabajadoras especializadas, siendo las no cualificadas las que se encuentran en las condiciones más precarias. Máxime si además del trabajo tienen que realizar las faenas domésticas y el cuidado de sus hijos, pues el español, en general no ayuda a su esposa en las tareas caseras (…)" (Solano, 1966, p.11).

En este sentido, nuestras entrevistadas pertenecerían al grupo de mujeres profesionales identificadas por algunos autores y autoras como receptoras de mayor ayuda a la hora de realizar las tareas del hogar en relación a otros grupos de trabajadoras con un menor nivel de cualificación (Comas D´Argemir, 1995). Prácticamente la totalidad de las

matronas dispusieron de una red de apoyo, bien a través de personas del propio grupo familiar o bien a través de cuidadoras y empleadas del servicio doméstico asalariadas, haciendo factible compaginar el ejercicio de su profesión con la vida personal. No obstante, algunas de ellas manifestaron que esta circunstancia no las eximió de asumir la mayoría de tareas del hogar durante el tiempo que permanecían en casa. Cubrir las necesidades familiares y a la vez atender las demandas de la profesión resultaría especialmente duro, sobre todo mientras sus hijos e hijas fueron pequeños:

> Me casé de veintitrés años, ahora no me casaría, eso por descontado y he tenido seis hijos, hinchada a trabajar y con seis hijos, cuando no tenía parto tenía hijo llorando, todas las noches, todas las noches (…) todos los días, todos los días, todas las noches, cuando no tenía parto tenía niño llorando, ¡a hacerle el biberón! cuando no tenía crío, tenía parto! (Mt.08:238).

Tal y como señaló Solano (1966), la participación del hombre en las tareas del hogar era algo bastante excepcional. Sin embargo, la incorporación de las matronas al trabajo exigiría un reajuste de los espacios y funciones asignadas a hombres y mujeres dentro de la familia. La mayoría de hombres con los que compartieron sus vidas comprendieron la importancia otorgada por estas mujeres a su trabajo. La aceptación del rol profesional de sus esposas favoreció que gran parte de las matronas consideraran a sus cónyuges “hombres buenos” y “adelantados a la época”. Así la matrona 12 definió a su esposo como “un ángel”. Igualmente, tanto la matrona 13 como su hija catalogaron al que fue su marido y padre respectivamente como un “santo varón”, un hombre que a pesar de ser dieciocho años mayor que su mujer, entendió el derecho de ésta a ejercer la profesión para la cual se había formado:

> Mi padre se llevaba dieciocho años con mi madre, mi padre era dieciocho años mayor que mi madre, lo que pasa es que era una persona muy progresista y que no le importaba que saliese y que se fuera a las tres de la mañana (…). (Mt.H.Mt. 13).

Conforme a esta redefinición de los roles de género, la hija de la entrevistada 13 recordó cómo en ausencia de su madre, era su padre el encargado de llevar a cabo algunas de las tareas consideradas propias de las mujeres, siendo partícipe de la crianza de ella y sus hermanos "(…) te digo yo que mi padre era un santo, que… ¡mi padre nos ha puesto más tiempo el pijama y nos ha dado de cenar…!". (Mt.H.Mt. 13). Estos maridos iniciarían una ruptura con el modelo tradicional compartiendo el trabajo de cuidados con sus mujeres y originando formas de organización familiar más igualitarias.

Sin embargo, la aceptación del rol de madre trabajadora por parte de los hombres fue entendida en algunos casos como una concesión de éstos hacia sus mujeres. El testimonio del marido de la matrona 08 refleja el contraste que desde su percepción hubo entre su ideología que consideraba progresista y la de otros hombres de su entorno. Sus palabras dejan entrever que se sabía con la autoridad suficiente para negar a su esposa el que trabajara fuera de casa, aunque él nunca lo hiciera. En efecto, la autoridad marital para que las mujeres casadas pudieran trabajar apareció como requisito en la legislación hasta 1975:

> (…) otro marido hubiera dicho: "¡PUES TE QUEDAS EN CASA!" (…) yo ya me casé sabiendo lo que hacía, ya sabía donde iba y que ya fue de novios ¿no? cuando se fue a estudiar a Zaragoza y yo estaba en Barcelona. (M.Mt.08).

En este sentido, Jociles (2001) hace referencia al concepto de dividendo patriarcal entendido como el beneficio directo o indirecto obtenido por los hombres que realizan tareas tradicionalmente femeninas y aceptan que las mujeres realicen tareas consideradas masculinas. Al concebir su conducta como una cesión hacia las mujeres, como una renuncia generosa a la autoridad que por su sexo le correspondería, pretenderían lograr en cierto modo la gratitud y reconocimiento de sus parejas.

No obstante, a pesar del surgimiento de leyes que hicieron cada vez más real la opción de las mujeres a acceder al mercado laboral en campos antes vetados para ellas, durante los años siguientes se conservaron resquicios de un pasado no muy lejano en el que perduró el discurso tradicional por el que mientras los hombres sostenían con su salario a la familia, las mujeres abandonaban sus deberes como esposas para incorporase a un trabajo y obtener así unos ingresos con los que complementar los de su pareja, considerándose la inserción al mundo laboral de éstas como algo opcional siempre y cuando no revirtiera en perjuicio de la familia (Lagrave, 1993). Esta percepción del trabajo de las mujeres abriría un debate convirtiéndolo en objeto de valoraciones con respecto a su conveniencia o no (Comas D'Argemir, 1995). En este sentido, el derecho a ejercer su profesión supuso para algunas de las matronas una disputa constante con sus maridos. De este modo el trabajo femenino asalariado será motivo de tensiones en las relaciones entre mujeres y hombres dentro del matrimonio:

> (…) él no quería [refiriéndose a su marido], tú date cuenta, porque mira…él, aquí está en la foto [nos enseña una foto de su marido], él es de los antiguos, de esos que son machistas (…) se creía que íbamos a acostarnos con los médicos, sí, un día se terminó una cesárea y dice el médico, don V., que ya se jubiló, y dice: "Ahora vamos a ir a tomar un café o lo que queráis", para allá que vamos a la cafetería, estando, no habíamos nada más que llegar cuando mi esposo aparece en la puerta de la cafetería ¡con una cara que puso queeee…! ¿Qué se creería? Como yo le decía muchas veces: "Hijo, yo que no valgo una mierda, con perdón, si fuera una buena moza ¿entonces qué? me tendría que estar metida en una urna porque vamos… y le dije: "No vayas a formar escándalo" digo: "Si no le digo a un guardia que te eche de aquí" y le dije: "Por allí donde yo esté tú no aparezcas, tú después cuando llegue aquí [refiriéndose a su casa] tú me dices lo que tengas que decirme buenamente". (Mt.03:112).

Incluso en algunos casos, los maridos reclamaron la presencia de sus mujeres junto a ellos, teniendo éstas que dejar de asistir algún parto, o les vetaron la posibilidad de realizar actividades de ocio junto a sus compañeras fuera del trabajo, limitando su derecho a establecer otro tipo de relaciones más allá de las estrictamente profesionales. La matrona 13, aunque admitió que ella no tuvo ningún problema, sabía de las dificultades de otras matronas de la zona en ese sentido:

> (…) su marido, además es que era policía y era un hombre más estricto, por ejemplo, ella pues salir e irse con sus compañeras a comer, eso…si no iba el marido no iba ella y dejar de hacer trabajos porque decía el marido: "¡NO, TE VIENES CONMIGO! (…)".(Mt.13:131).

Aunque la inmensa mayoría de matronas continuaron ejerciendo tras el matrimonio y la maternidad, en determinadas ocasiones el valor superior otorgado al trabajo masculino frente a la consideración del femenino como opcional llevaría a dos de las entrevistadas a cesar su actividad laboral como matronas para acompañar a sus maridos cuando éstos fueron trasladados a otras ciudades. Para la matrona 09, la renuncia a su trabajo fue entendida como una "prueba de amor" hacia su cónyuge. En su caso coincidió con la etapa en la que sus hijos eran aún muy pequeños, circunstancia que unida a la enfermedad de uno de ellos reforzaría su presencia en el hogar como prioritaria frente al trabajo durante este tiempo, a pesar de que su deseo hubiera sido continuar ejerciendo:

> P.[nombre de su marido] ya se quedó fijo, él estaba en la Inspección y yo ahí que voy a hacer con él, todo el día tocándome las narices y ya se quedó fijo en Barcelona, entonces me tuve que dejar todo, ¡luego dicen que no los quieres!...yo es que mira…los machistas…yo no me volvería a casar ¡hombre!, es que o tu profesión o…para mí mi profesión habría sido todo, me di de baja aquí, me di de alta en Barcelona, pero me quedé embarazada y el primero tenía convulsiones febriles, nada más llegar a Barcelona le dio la primera y yo…me daba miedo. El pediatra de mi hija decía: "¡Ay que pena que una matrona no trabaje!", digo: ¡Ay no me lo diga que me da…" digo: "Mi vecina de abajo me ha llamado y

> era un parto más “bonico”, incluso en la casa se podía haber hecho” digo: “Y me pongo…me pongo muy mal! (Mt. 09:96).

Según Comas D´Argemir (1995) el significado y valores que cada mujer otorga al trabajo remunerado en su vida y en la construcción de su identidad van a ser diferentes. En general podemos decir que las entrevistadas valoraron su profesión considerándola una parte muy importante de sus vidas y utilizaron todos los recursos a su alcance para poder adaptar el trabajo a cada etapa vital por la que fueron pasando:

> Yo a pesar de la edad que tengo, siempre he tenido muy claro, no sé, muy claro no por pensado sino porque instintivamente yo he pensado que mi profesión era muy importante, no más importante que mis hijos, desde luego, pero compatible sí. (Mt.01:12).

La relevancia otorgada a la profesión quedó plasmada en sus relatos; la responsabilidad sentida hacia el cuidado de otras mujeres y la consideración del trabajo de las matronas como esencial para la salud de madres y recién nacidos impregnará sus discursos de gran orgullo. La creencia de realizar un servicio indispensable para la comunidad les dotaría de los atributos ideológicos considerados indispensables en el proceso de profesionalización (Rodríguez Ávila, 2008). Para estas mujeres el trabajo no sólo tendrá un valor material y pragmático sino que se convertirá en esencial en sus vidas otorgándoles una autonomía personal. La entrevistada 01 en su testimonio pone en una balanza trabajo y familia enfrentando el modelo tradicional de mujer- esposa-madre con el modelo de “madre trabajadora” llegando a la conclusión de que ambos no eran excluyentes. Por tanto, aunque es cierto que durante la vida profesional de nuestras entrevistadas no siempre estuvieron bajo la misma legislación, más o menos limitante con respecto al trabajo de las mujeres según cada época, sí serán mujeres profesionales dentro de una sociedad en la que el género va a ser un factor determinante para acceder al mundo laboral y, además, va a ser generador de desigualdades entre hombres y mujeres (Frutos

Balibrea, 1997); mientras la actividad laboral de ellos era dada por supuesta, ellas quizás tuvieron que demostrar su capacidad para combinarla con las demandas familiares asignadas.

Será en 1999 cuando se publicará la Ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. En esta ley se reconoce la incorporación de la mujer al trabajo como uno de los cambios más relevantes y profundos del siglo XX generador de una nueva realidad y de nuevas relaciones sociales entre hombres y mujeres. Los objetivos marcados en esos momentos fueron promover que ambos tuvieran las mismas oportunidades sin que eso afectara a las condiciones y al acceso de las mujeres al trabajo, incluyendo puestos de responsabilidad, así como también que los hombres pudieran ser copartícipes en la crianza y cuidados de sus hijos e hijas.

7.2.2 La organización del trabajo de las matronas en el contexto del parto domiciliario.

En la legislación surgida hasta el último tercio del siglo XX en España con el propósito de regular y organizar la profesión aparecerá reiteradamente la asistencia a los partos normales como ámbito de actuación de la matrona junto a la función de auxiliar del médico en los partos distócicos, debiendo avisar y obedecer a éste ante cualquier complicación. Ambos aspectos definirían el papel de las matronas y se mantendrían como parte importante de su identidad profesional (Rhodes, 2001). En este apartado vamos a describir y analizar las distintas normativas que delimitarían el ejercicio profesional de las matronas consolidando el diseño de profesional bajo la autoridad médica que ya fue transmitido, tal y como vimos anteriormente, durante la formación de las entrevistadas. Nos interesa conocer cómo se organizó el trabajo de las matronas conforme a esta

legislación para después contrastarlo con la práctica profesional diaria narrada por nuestras informantes.

Un ejemplo de la ausencia de autonomía otorgada al trabajo de estas profesionales fue la Real Orden del 11 de diciembre de 1928 que establecía en el artículo 5 y 6 las funciones de las matronas pertenecientes a la Beneficencia municipal, haciendo especial hincapié a su obediencia a la clase médica y la privación de la capacidad para tomar decisiones propias:

> La función de la matrona será exclusivamente la de la asistencia a los partos normales.
>
> Lo mismo los Practicantes que las Matronas se consideran en todo momento como auxiliares del Médico titular, Inspector municipal de Sanidad o del Médico tocólogo (…) en ningún caso se le reconoce a estos auxiliares de la medicina facultad propia para intervenir por sí en los servicios que se le encomiendan, quedando en todo momento supeditados a la dirección de los Médicos correspondientes. (Ministerio de la Gobernación, 1928).

Igualmente, el Reglamento General del Régimen Obligatorio del Seguro de Maternidad de 1930 (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1930) reflejaba en el artículo siete los servicios de la matrona a los que tenían derecho las aseguradas, que incluían la asistencia en los partos normales y la función de auxiliar del médico en los distócicos o anormales. Para beneficiarse de estos servicios sin ningún cargo económico, la gestante solamente debía presentar su libreta de asegurada y acreditar el estar al corriente del pago de las cuotas del seguro. Además, este reglamento incorporaba alguna otra competencia de las matronas como la administración de inyecciones, consejos o vigilancia, pero siempre entendida como la ejecución de una orden médica previa encomendada y nunca por iniciativa propia.

Unos años después, entre las funciones de las Matronas Titulares Municipales recogidas en el Decreto de 14 de junio de 1935 se establecía la asistencia a partos normales

de aquellas mujeres que por su pobreza les fueran asignadas por los Ayuntamientos, el auxilio al tocólogo en los casos de partos distócicos así como la expedición del certificado de asistencia al parto necesario para la inscripción del recién nacido en el Registro Civil.

En 1945 se publicó el Reglamento del Consejo General de Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios definiendo la profesión matrona en los mismos términos:

> Las matronas están autorizadas por su título para asistir a los partos y sobrepartos normales, pero no a los distócicos. Tan pronto como el parto o sobreparto deje de mostrarse normal, quedan las matronas obligadas a avisar sin pérdida de tiempo bajo su responsabilidad, a un Médico. (Ministerio de la Gobernación, 1945).

Tanto esta ley como las anteriores serán un vivo reflejo de las desigualdades de género que la profesión matrona ha sufrido con frases cuyo discurso les deja en clara inferioridad personal y profesional. Cada una de las competencias que estos textos legales atribuían a las matronas siempre iba sucedida de la frase “que el médico le encomiende” o “que se le encomendaren” no dejando margen legal a ningún tipo de decisión que pudieran tomar de un modo autónomo como profesionales. Este Reglamento recogía en su artículo 12 que para ejercer su profesión no era suficiente la titulación que les capacitaba para ello sino también era imprescindible la autorización de sus maridos así como un certificado de vida recta y moral intachable. Por tanto, los requisitos de orden moral exigidos a las matronas para acceder a la formación analizados anteriormente quedarán igualmente plasmados en los textos legislativos que regulaban el ejercicio profesional de estas mujeres.

Como expusimos en el apartado del contexto sanitario de la investigación, en 1942 se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) (Jefatura del Estado, 1942) incluyendo la asistencia sanitaria tanto en caso de enfermedad como de maternidad a los asegurados y familiares más directos a su cargo. De este modo, las matronas además de su

ejercicio libre y los servicios prestados como titulares de la Beneficencia municipal, también tuvieron la opción de trabajar como profesionales del SOE. Pero fue en 1947 cuando a través de la Orden de 17 de diciembre (Ministerio de Trabajo, 1948) se regularon los servicios de Tocología del SOE, estableciéndose así tanto el funcionamiento como el papel asumido por cada profesional dentro de ellos. La asistencia médica se dividía en tres tipos: la prestada por tocólogos en las capitales donde existían residencias sanitarias (a ellos acudirán también las gestantes de las zonas rurales para la atención de distocias), la prestada por tocólogos en localidades donde no existían residencias sanitarias y por último la prestada por médicos en las localidades donde no existían tocólogos. En la Orden se especificaba que en las zonas donde no dispusieran de ginecólogo, la asistencia a los partos, en caso de necesidad sería llevada a cabo por estos médicos locales generales, auxiliados, siempre que fuera posible, por la comadrona. Si no existía ninguna, los médicos realizarían el trabajo de ambos, cobrando también la suma de los honorarios asignados a cada profesional. Por el contrario, cuando ejercía en el mismo territorio más de una comadrona, la ley deja en manos del médico poder seleccionar cuál de ellas atendería el parto, dentro de las autorizadas por el SOE, aunque según el artículo 4 siempre "procurando ponerse en cada caso de acuerdo para la elección con la beneficiaria gestante". Este consenso entre médico y embarazada para decidir la matrona a la que le encomendarían la asistencia no se producía en todas las ocasiones, prevaleciendo la voluntad médica frente a las preferencias de las gestantes. Esta circunstancia originaría más de un conflicto entre ambos profesionales, tal y como narró la matrona 08; el siguiente fragmento plasmaría una conversación mantenida con el médico de su pueblo donde reivindicaría ante éste su derecho a trabajar:

> Ellas tenían una cartilla y el médico tenía que decir: ¿Qué matrona piensas que te asista? Y él no lo preguntaba, ponía el nombre de la otra y por cierto que yo, bueno, se lo dije y me

> respondió: "¿Usted me cree a mí capaz de hacer eso con usted?", digo: "No, yo no es que lo crea, yo sé lo que la señora me ha dicho", porque luego las mujeres me veían por la calle y decían, si me veían antes de dar a luz, digo: "tú puedes llamar a la que quieras porque suponte tú que el día del parto vayas a buscarla y no esté, entonces tienes que llamar a la otra (…). (Mt. 08:71).

Del mismo modo, cuando en la zona había tocólogo, la matrona autorizada para actuar en los partos de las aseguradas del SOE sería propuesta por éste para su nombramiento. Únicamente en caso de no existir la figura médica, podrían actuar las comadronas que ya hubiera previamente en la localidad, siempre y cuando estuvieran colegiadas. En definitiva, no sólo las competencias, sino el volumen de trabajo de las matronas, estuvieron en gran parte en manos de los médicos situados al frente de la organización de los servicios de tocología del Seguro Obligatorio de Enfermedad. A ellos se les otorgó el poder de elegir y proponer qué profesionales trabajarían. Siendo conocedoras de esta circunstancia, algunas de las matronas entrevistadas, como fue el caso de la 09, al llegar recién tituladas a su pueblo se presentaron ante el médico del Seguro con el objetivo de darse a conocer y comunicarle su disponibilidad para trabajar "(…) mi madre me acompañó y fuimos a saludar al médico del Seguro (…)" (Mt.09:36). Finalmente, este hombre nunca le dio trabajo, hecho del que la entrevistada se alegraría a posteriori manifestando que nunca estuvo de acuerdo con su forma de actuar "(…) el del Seguro fui a pedirle trabajo, pero la forma de trabajar de él… ¡menos mal que no me dio trabajo! Porque aquello era horroroso (…)" (Mt.09:13).

Mientras que por los servicios prestados a la Beneficencia municipal de los Ayuntamientos las matronas cobraban una cantidad fija asignada, cuando se trataba de la asistencia a partos del Seguro, sus honorarios dependían de si trabajaban junto a los tocólogos, normalmente en poblaciones grandes, en cuyo caso cobraban 0,40 pesetas por

familia y mes, o si lo hacían junto a los médicos generales en las zonas rurales, en cuyo caso cobraban por "acto médico", es decir por parto atendido, la cifra de 60 pesetas. Los siguientes fragmentos recogen las distintas formas de pago recibidas por las informantes:

> Cuando yo me vine aquí a San Javier, que me vine en el año 54, 1954, ganaba del Ayuntamiento de San Javier 150 pesetas [por sus servicios a la Beneficencia municipal] y los partos del Seguro, que ya había Seguro, entonces me daban 60 pesetas por cada uno, si eran mellizos, doble. (Mt.03:6).
>
> Antes no se cobraba una mensualidad, se cobraba por acto médico [refiriéndose a los partos del Seguro], entonces la mujer llevaba su cartilla maternal y había una hoja con puntos que tú quitabas, rellenabas, entonces yo eso se lo daba al médico del pueblo y después a mí me pagaban, tantos partos…tantas hojas tantos partos, algunas veces había gente que me pagaba porque no tenía…había gente que era privado. (Mt.04:18).

Con respecto a las actividades asignadas a los distintos profesionales de los Servicios Sanitarios del SOE, el Reglamento de 1948 otorgaba a los médicos las tareas de reconocimiento durante la gestación, asistencia en los partos e incidencias patológicas así como prescripciones de maternología y puericultura mientras que las competencias de las matronas estaban limitadas a la ejecución de los servicios o cuidados siempre y cuando hubieran sido prescritos previamente por el médico (Ministerio de Trabajo, 1948). En la atención a las mujeres incluidas en el Padrón de Beneficencia municipal nos encontramos con la misma situación, la autonomía de la matrona quedó aplacada por el artículo 56 del Decreto de 1953 regulador del personal de los Servicios Sanitarios Locales donde sus funciones quedaron definidas en el siguiente fragmento:

> Son funciones propias del cargo de matrona las siguientes:
>
> 1- Auxiliar al médico tocólogo o en su defecto al médico titular del distrito correspondiente, en todo cuanto se refiere a la asistencia obstétrico ginecológica de las mujeres incluidas en el Padrón de la Beneficencia municipal.

> 2- Intervenir con carácter auxiliar en la labor de higiene prenatal y prácticas profilácticas de la profesión, siempre bajo las órdenes y dirección de los Médicos titulares.
> (Ministerio de la Gobernación, 1953).

Unos años más tarde, el Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre sobre el ejercicio profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios seguiría en la misma línea, la competencia de la matrona en la asistencia a partos y puerperios normales es reconocida, pero sin desprenderse de su papel como auxiliar del médico, del que debía acatar órdenes y al que debía avisar rápidamente en caso de distocia o dificultad:

> Las matronas están autorizadas para asistir a los partos y puerperios normales, pero no a los distócicos. Tan pronto como el parto o puerperio dejen de mostrarse normales, quedan obligadas a avisar sin perdida de tiempo, bajo su responsabilidad a un médico. La asistencia a que les autoriza su título se debe entender en el sentido de que están facultadas para aplicar cuantos tratamientos les sean ordenados por el médico en la vigilancia del embarazo y con motivo del parto y puerperio, incluyendo la administración parenteral (…) (Ministerio de la Gobernación, 1960, p.17308).

Estas desigualdades con respecto a la profesión matrona se irán sucediendo con la promulgación de una ley tras otra en la que siempre se especificaba la potestad médica para ordenar y supervisar cualquier tipo de decisión o actuación de éstas, aunque la realidad, fuera de lo que plasmaron en el papel las distintas leyes y decretos, será otra tal y como analizaremos más adelante. Estos aspectos normativos reguladores del trabajo de nuestras informantes serán nuevamente reflejo de las relaciones de género establecidas en el contexto cultural entre mujeres y hombres, donde estos últimos son vinculados con la autoridad, la razón y el poder.

7.2.3 La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto domiciliario.

Siguiendo el hilo conductor de nuestra investigación y una vez analizado el marco normativo-legislativo que organizaría y enmarcaría el trabajo de las matronas entrevistadas durante los años en los que la asistencia a los partos se producía generalmente en los domicilios, en este apartado abordaremos las distintas actividades y funciones realizadas por las matronas durante su práctica profesional. Es de nuestro interés indagar en las vivencias experimentadas en el día a día de su trabajo, los contactos previos con las gestantes, las condiciones en las que trabajaron, cómo era solicitada su asistencia, la forma en la que preparaban el espacio de trabajo, qué personas les acompañaban, de qué recursos disponían, el modo de actuación ante complicaciones y los cuidados postparto aplicados a la madre y al recién nacido.

7.2.3.1 El trabajo de las matronas durante la gestación.

La asistencia de la gestante a la consulta del médico o matrona para realizar los controles del estado de salud materno y fetal antes del parto fue considerada por algunos obstetras de los años cincuenta como una “adquisición reciente”, ya que hasta entonces sólo una vez iniciadas las primeras contracciones se recurría a estos profesionales (Orengo Díaz del Castillo, 1953). La posibilidad de realizar un diagnóstico precoz del embarazo, gracias a las pruebas hormonales, aumentó las opciones de aplicar cuidados prenatales a las gestantes, pero no será hasta bien entrado el siglo XX cuando la asistencia sanitaria durante los meses previos al parto cobrará un ligero impulso. No obstante, en sus inicios la atención fue poco sistematizada y al alcance únicamente de las personas con mayores recursos económicos. Las familias accedían a los profesionales de un modo privado y como respuesta exclusivamente al padecimiento de algún problema de salud, no siendo

habituales las visitas enfocadas a controles rutinarios o a la prevención de enfermedades durante los meses de gestación (Usandizaga & Gónzalez, 2006). A lo largo de la primera mitad del siglo XX no fue habitual que las matronas tuvieran una consulta establecida en su domicilio, al contrario que ocurría con otros profesionales como médicos o practicantes, de modo que su trabajo se desarrollaba generalmente en los hogares de las parturientas (Montesinos Vicente, 2011).

En este sentido, tal y como afirma Perdiguero y Comelles (2000) el proceso salud-enfermedad únicamente puede comprenderse como fruto de una construcción cultural propia de un contexto determinado. La ausencia de una cultura sanitaria orientada a la promoción de salud desde la percepción de las informantes originaría un déficit de autocuidados entre las mujeres durante el embarazo, circunstancia que unida a las dificultades de acceso a las prestaciones sanitarias de una gran parte de la población, desembocaría en enfermedades con importantes consecuencias para madres y recién nacidos. La escasez de afluencia de las mujeres a las consultas prenatales figuró en el testimonio de nuestras protagonistas "(…) sí las veíamos [durante la gestación], pero había algunas que no iban, que no iban a ningún lado (…)" (Mt.12:76). La hipertensión y albuminuria serían, desde la experiencia de las matronas entrevistadas, las patologías más frecuentes entre las gestantes: "Las complicaciones mayores entonces eran sobre todo la tensión y la albúmina, que entonces como las mujeres no se cuidaban nada, era raro la que no le aparecía algo de eso (…)" (Mt.13:68). Las palabras de la matrona 13 coincidirán con los datos estadísticos que tuvieron por objeto mostrar las causas de mortalidad materna durante los años cincuenta en nuestro país, donde figurarán las toxemias de embarazo como causa de una cuarta parte de fallecimientos (Orengo Díaz del Castillo, 1953).

En algunas ocasiones, la legislación vigente contempló las visitas y el reconocimiento por médicos o matronas antes del parto como requisito inexcusable para recibir las prestaciones económicas asignadas por maternidad. Un ejemplo de ello fue el Seguro Obligatorio de Maternidad (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1929) y su reglamento posterior (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1930). La imposición de las visitas previas al parto como requisito indispensable para beneficiarse de las coberturas incluidas en los seguros, en esos momentos quizás respondió más a cuestiones de control administrativo que sanitario. Probablemente, la razón principal por el que las mujeres acudieron al médico durante el embarazo fue precisamente obtener estos documentos indispensables para legitimar el derecho a las prestaciones incluidas, como la asistencia en el parto o el cobro del subsidio durante el reposo obligado, y no tanto los controles de salud durante la gestación, a los que no estaban habituadas.

Independientemente de los motivos de unos y otras, los médicos de los años 50 dirigieron gran parte de sus esfuerzos en lograr que las mujeres asistieran a la consulta previa al desencadenamiento el parto. Sin embargo, en el logro de este objetivo en ocasiones utilizaron métodos cuestionables, llegando incluso en algunas zonas a plantearse no atender los partos de las embarazadas que no hubieran acudido anteriormente a visitarlos, tal y como exponen Fernández Álvarez, Suárez Pérez, Delgado Paredes, & Cid André (2009) en su investigación sobre la atención obstétrica rural en Galicia. Como ejemplo de lo anteriormente expuesto este trabajo incluye el testimonio de un médico perteneciente al municipio de Esgos durante las décadas centrales del siglo XX donde alude a un rumor extendido entre los habitantes de la zona afirmando que si la mujer no acudía a la consulta durante la gestación, él se negaría a extender el certificado de nacimiento del niño o la niña tras el parto. Esta afirmación era falsa pero nunca fue

desmentida al pensar que así las mujeres acudirían a realizarse los controles de salud movidas por el temor de no obtener dicho documento.

Aunque algunas de las informantes aludieron, como mencionamos anteriormente, al elevado porcentaje de mujeres que no seguían ningún control durante la gestación, otras dejan entrever en sus testimonios la percepción del cambio que se estaba produciendo en los años 60 por el cual las gestantes, motivadas según la matrona 12 por el temor a sufrir algún percance durante el embarazo, parto o puerperio comenzaron a vigilar más su salud:

> (…) ya empezaban las mujeres…ya iban teniendo más miedo y ya se vigilaban la tensión, se les hacían sus análisis de la albúmina y el azúcar, otra cosa no se les pedía…a partir de los tres o cuatro meses ya estaban yendo a vigilarse, yo cuando veía una cosa en la vigilancia que no me gustaba pues entonces las mandaba al médico. (Mt.12:100).

En este sentido, el incremento del miedo sentido por las mujeres al embarazo y el parto manifestado por las matronas en sus testimonios, podría ser consecuencia de la difusión por parte de los obstetras de la época de un discurso donde el proceso fue concebido como potencialmente patológico "(…) el parto es un fenómeno natural, pero va bordeando en todo momento la frontera de lo patológico (…)"(Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.217). Apoyados en las cifras de mortalidad materna que, aunque en progresivo descenso, continuaban siendo una amenaza para la sociedad conforme a la ideología de la época, algunos médicos enfatizaron toda una serie de posibles complicaciones nefastas. Si bien en un principio reconocieron que se trataba de un proceso fisiológico, también advirtieron a las matronas de la posibilidad de truncarse en cualquier momento con fatales resultados:

> (…) la función maternal es un proceso fisiológico; pero ello no debe interpretarse como equivalente a cosa sin importancia, que no requiere demasiadas atenciones, porque esa función cuesta dolor, sufrimiento, lesiones, invalidez y hasta la muerte no en pocos casos. (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.3).

Unas cuantas páginas después, el doctor Orengo en su manual achacó el miedo de las mujeres a la influencia de historias contadas por amigas y novelas "(…) advirtiendo a la mujer que no haga demasiado caso de relatos de amigas o de novelas, que describen morbosamente los horrores del parto (…)" (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.97) y no al discurso de los propios profesionales, nada tranquilizador como hemos visto anteriormente. En este sentido, Foucault estudió ampliamente el concepto de poder y su relación con el conocimiento y los discursos desde una perspectiva crítica, afirmó que prácticas como el discurso médico, son una pieza clave de relaciones de poder, constituyéndolo y reestructurándolo (Foucault, 1980b en Miró Bonet 2008). Para él, el discurso especializado del profesional, sería la base sobre la que se forjaría el poder, no concebido como posesión o dominación sino como capacidad de influir en las percepciones y conductas de las personas (Foucault, 1990 en Miró Bonet 2008). La sociedad, basándose en ese conocimiento especializado del profesional y en la importancia a la salud, legitima la autoridad de éste sin ser capaz de rebatirla (Zárate Cárdenas, 2002). Por tanto, en esos momentos el reflejo en el discurso de los profesionales médicos del cuerpo femenino como imperfecto y amenazador para la vida de niños y niñas, susceptible de fallar en cualquier momento, influirá en la percepción de las propias mujeres y la sociedad, provocando que cada vez exista un mayor control en el embarazo alejándose de la consideración de proceso fisiológico y aproximándose a lo patológico (Castaño Molina, 2009).

En este proceso de cambio, desde el punto de vista de algunos obstetras las matronas serían una pieza fundamental en la difusión entre las embarazadas de las razones por las que debían visitar al médico antes del parto:

> Un aspecto que nosotros queremos subrayar es el papel educativo de la matrona, papel que comparte con el ginecólogo, pero con frecuencia sólo a su alcance (…). La matrona debe enseñar que no hay que esperar el fin de embarazo para ver al tocólogo, sino que es

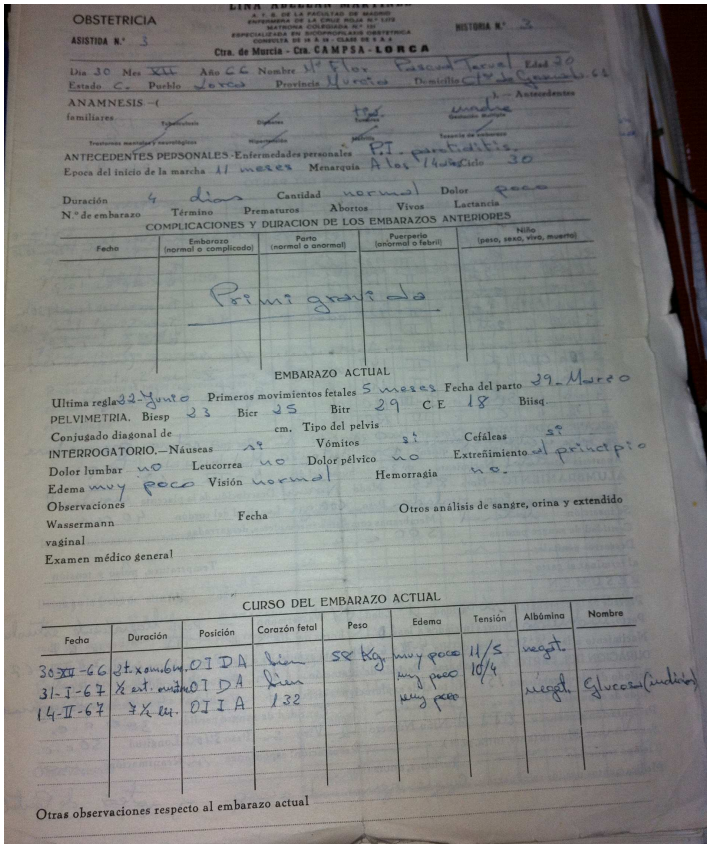
> necesario asistir precozmente a la consulta, dando las razones de ello (…) la matrona, que ocupa un lugar privilegiado como consejera de la mujer durante los más importantes momentos de su vida, puede hacer mucho (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.8).

Tal y como refleja el fragmento anterior, los tocólogos fueron plenamente conscientes de la situación de cercanía de las matronas a las futuras madres, no sólo como profesionales sino también por su condición de mujeres "Y la matrona, como mujer, puede identificarse con la futura madre como nadie, sino otra mujer, puede hacerlo." (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.72).

Con la intención de fomentar los controles de salud durante el embarazo, algunas de las matronas establecieron consultas que se ubicaban habitualmente en su propia casa. Cuando la matrona 09 comenzó a trabajar en su pueblo a mediados de los años 60 dispuso en su domicilio un despacho donde atendía las visitas prenatales de las gestantes que demandaban sus servicios. La actividad profesional de la matrona 09 en esos momentos era privada de manera que, según relató, sus honorarios por asistir el parto incluían también estas consultas previas al nacimiento. Además impartía clases de psicoprofilaxis obstétrica por las tardes, pero a pesar de ser gratuitas, muy pocas mujeres asistían:

> Yo cobraba lo mismo si iban a la consulta como si no iban, la que no ha ido se lo ha perdido, la que quiere ir a clase, yo se las daba ahí en mi despacho y ya está y aquí, pues mira, si estaba estreñida o le dolía la cabeza, recetábamos pues las cosas tontas, complejos vitamínicos también. (Mt.09:72).

La matrona 09 para cumplimentar la historia clínica de las gestantes que acudían a su consulta utilizó el modelo de la Escuela de Matronas de Santa Cristina, donde se formó. A este documento le cambió el membrete de la primera hoja sustituyendo los datos de las Escuela por los suyos propios. El horario de consulta era de 10 a 12 horas y las clases de psicoprofilaxis obstétrica de 17 a 18 horas. En la siguiente imagen se aprecia el seguimiento realizado a sus clientas en las visitas y los registros utilizados:


OBSTETRICIA

ASISTIDA N.º 3

Ctra. de Murcia - Cra. CAMPSA - LORCA

ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES - Enfermedades personales

Duración 4 días Cantidad normal Dolor poco

COMPLICACIONES Y DURACION DE LOS EMBARAZOS ANTERIORES

Fecha	Embarazo (normal o complicado)	Parto (normal o anormal)	Puerperio (anormal o febril)	Niño (peso, sexo, vivo, muerto)
Primi grávida				

EMBARAZO ACTUAL

Ultima regla 22-Junio Primeros movimientos fetales 5 meses Fecha del parto 29-Marzo

PELVIMETRIA. Biesp 23 Bicr 25 Bitr 29 CE 18 Biisq

Conjugado diagonal de cm. Tipo del pelvis

INTERROGATORIO.—Náuseas sí Vómitos sí Cefáleas sí

Dolor lumbar no Leucorrea no Dolor pélvico no Extreñimiento al principio

Edema muy poco Visión normal Hemorragia no.

Observaciones

Wassermann Fecha Otros análisis de sangre, orina y extendido

vaginal

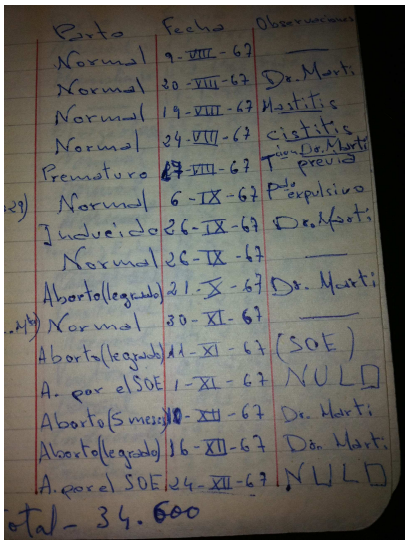
Examen médico general

CURSO DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	Duración	Posición	Corazón fetal	Peso	Edema	Tensión	Albúmina	Nombre
30-XII-66	1t. x om 6m.	OIDA	bien	58 kg.	muy poco	11/5	negat.	
31-I-67	X est. ovular	OIDA	bien		muy poco	10/4	negat.	Glucosa (indicios)
14-II-67	7 X 4m.	OIIA	132		muy poco			

Otras observaciones respecto al embarazo actual

Figura 26. Modelo de Historia Clínica utilizado por la matrona 09 durante su trabajo en el contexto domiciliario.
Imagen original extraida de documentos cedidos por matrona 09.


Parto	Fecha	Observaciones
Normal	9-VIII-67	
Normal	20-VIII-67	Dr. Martí
Normal	19-VIII-67	Martí
Normal	24-VIII-67	cistitis
Prematuro	27-VIII-67	Tto. Dr. Martí previo
Normal	6-IX-67	Pdo expulsivo
Inducido	26-IX-67	Dr. Martí
Normal	26-IX-67	
Aborto (legrado)	21-X-67	Dr. Martí
Normal	30-XI-67	
Aborto (legrado)	11-XI-67	(SOE)
A. por el SOE	1-XI-67	NULO
Aborto (5 meses)	10-XII-67	Dr. Martí
Aborto (legrado)	16-XII-67	Dr. Martí
A. por el SOE	24-XII-67	NULO

Total - 34.600

Figura 27. Registro de partos atendidos por matrona 09 en el contexto del parto domiciliario.
Imagen original extraida de documentos cedidos por matrona 09.

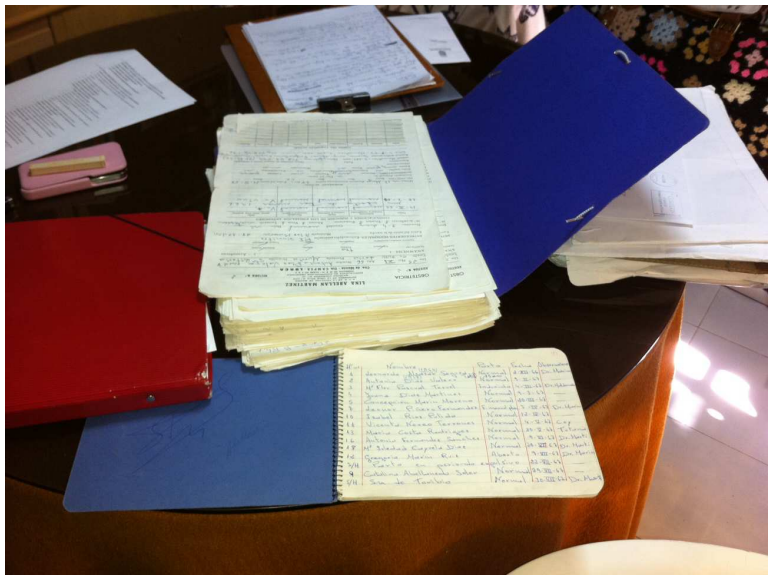


Figura 28. Registros conservados por matrona 09 de gestantes atendidas durante su trabajo en el contexto domiciliario.
Imagen original extraida de documentación aportada por matrona 09.

Según nos contaron algunas de las entrevistadas, si la gestación trascurría con normalidad, las matronas realizaban los controles hasta el nacimiento sin necesidad de

intervención por parte de los médicos, a no ser que el parto se retrasara más de lo normal. Las mujeres eran citadas cada vez que iban a "cumplir la falta", refiriéndose al día en que hubieran tenido la menstruación cada mes:

> (…) venían a la consulta, venían y cuando iban los embarazos bien de tensión, si en los análisis na, pues las seguíamos nosotras, cada veinte días, cada mes…el tiempo que iban a cumplir la falta y eso y ya cuando estaban cumplidas, sí las veíamos y si por casualidad se retrasaban más de lo que uno calculaba que era lo normal, pues las derivábamos al médico, pero si no al médico no iban. (Mt.13:66).

Cuando las matronas detectaban alguna anomalía durante la consulta, las gestantes eran derivadas al médico. En muchos episodios nuestras protagonistas las acompañaron para explicarle a éste de primera mano las desviaciones halladas y conocer así el diagnóstico y tratamiento. Los siguientes fragmentos reflejan encuentros entre matronas, médicos y gestantes en la consulta donde se aprecia además la labor de educación sanitaria realizada referente a la alimentación y las dificultades encontradas para el seguimiento de estas recomendaciones por parte de las mujeres:

> (…) me acuerdo una vez… una que además era de aquí de Lorca… que no era ninguna persona inculta, le tomamos la tensión, fue a mi casa la primera vez y ya era un poco fuera de lo normal la tensión pero a la vez siguiente cuando…llamé que fuera a los quince días y cuando volvió, la tensión por las nubes y entonces inmediatamente la derivamos al médico y fue al médico y na, y el mismo médico le puso tratamiento y le dijo: "Ve a la matrona, si ve que no va la tensión normalizada entonces ya te mandará ella otra vez a que vuelvas y si no pues nada", pues a los ocho días la vuelvo a ver y la tensión en el mismo, me acuerdo que tenía la primera vez diecinueve casi y la segunda vez veintiuno y yo me pasmé y dice: "Pues yo le juro por lo que más quiera que yo no he comido na con el tratamiento", porque siempre lo que le poníamos era una dieta de alimentación sin sal y como era entonces, pues nada, a todo esto cojo y le digo a mi marido: "Móntame con ésta en el coche y llévame al médico" vamos al médico y le dice al médico: "Yo le juro a usted que no he comido nada,

> porque mire usted, la única comida que ayer hice, que no fue na más que por la mañana un vaso de leche, como usted me dijo y al medio día como no tenía gana de verdura no probé la verdura, pero solamente me comí una latica así de anchoas con un pedacico de pan" [risas], y dice don M. C [médico al que acudieron]: "Pero animal, bestia, con razón…" , hombre, estando allí diciéndole eso le dio un ataque de eclampsia, imagínate y decía que no había comido na ¡una latica de anchoas! Anécdotas de esas era ya para morirse y además lo decían tan convencidas de que…¡como si aquello fuera un régimen!. (Mt. 13:68).
>
> (…) una me encontré…una que fue a que la reconociera me encontré que tenía un cardenal aquí, otro aquí en el vientre, tres o cuatro cardenales en el cuerpo y digo: "esto a mí no me gusta" y entonces, pues yo misma fui con ella al médico y el médico cuando le hizo los análisis la mandó para Madrid (…) (Mt.12:102).

El contacto previo en la consulta durante los meses de embarazo se consideró el marco idóneo para llevar a cabo los "consejos a la embarazada" que incluirían alimentación, ejercicio, reposo y sueño, vestidos, viajes y diversión, relaciones sexuales y trabajo. También se debía instruir a las mujeres sobre los signos de alarma así como los artículos necesarios para el parto y el recién nacido. Para algunos autores y autoras, los consejos de puericultura preconcepcional dirigidos a las gestantes en muchos casos parecían no corresponderse con la realidad social y económica del país durante los años de la postguerra porque habitualmente las familias no disponían de los alimentos ni recursos recomendados (Salazar Agulló et al., 2008). Un ejemplo de ello es el manual donde muchas de nuestras entrevistadas estudiaron las recomendaciones que debían dar a las embarazadas. Entre ellas encontramos el consumo de un plato de carne o pescado y uno o dos huevos diarios además de una hora de reposo después de las comidas. Igualmente se desaconsejaba montar a caballo, patinar u otros deportes violentos, pudiendo la gestante nadar o jugar al golf sin restricciones. Tampoco se recomendaban los viajes por carretera y travesías por el mar, no siendo tan perjudiciales en ferrocarril o aeroplano. La embarazada

podía acudir al teatro, cine o espectáculos al aire libre suprimiendo en los dos últimos meses cualquier tipo de trabajo excesivo, incluso el casero (Orengo Díaz del Castillo, 1953). Sin lugar a duda, las mujeres que durante los años cincuenta se planteaban si montar a caballo o jugar al golf durante su embarazo y podían permitirse dejar de realizar cualquier actividad, incluso los trabajos del hogar probablemente fueron una pequeña minoría.

Entre estos consejos resultaron llamativos los dirigidos hacia la forma de vestir de la embarazada, ya que reflejaban desde el discurso de los obstetras la interpretación que en esos momentos se hacía del cuerpo gestante como desfigurado siendo conveniente ocultarlo, llegando incluso a afectar a su moral. Con estas palabras recogía Orengo Díaz del Castillo (1953) las instrucciones que las matronas debían dar a las mujeres en torno a la indumentaria adecuada durante los meses de embarazo:

> Vestidos.- Deben ser cómodos, ligeros, calientes y, a ser posibles, atractivos. Si la mujer se encuentra una fea figura, tendrá pocas ganas de salir de casa, pasear o divertirse. Es notable de qué modo influye la apariencia de una mujer sobre su moral. Los vestidos deben colgar por los hombros y las caderas sin comprimir circularmente. Los vestidos obscuros tienden a disimulas la gordura (…)" (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.95).

Independientemente de las sugerencias plasmadas en los manuales teóricos sobre cómo, cuándo y qué tipo de actividades debían contemplar las consultas prenatales así como los contenidos exigidos en la psicoprofilaxis obstétrica, las matronas murcianas creyeron en los importantes beneficios de los controles de salud y especialmente de la tarea de educación sanitaria a la población. Promocionaron los aspectos positivos del seguimiento del embarazo adaptándolo a la realidad social y cultural de las mujeres y familias a las que se dirigieron y conforme a los recursos que tuvieron disponibles.

7.2.3.2 El camino de las matronas hasta las parturientas.

El encuentro de la matrona con la futura madre iba precedido en la mayoría de ocasiones del contacto con algún miembro de la familia, generalmente el marido, que acudía a buscarla a su propia casa y a cualquier hora del día o de la noche con el objetivo de llevarla junto a la parturienta. Aunque en algunos casos las familias pertenecían a un entorno cercano, en otras ocasiones las personas con las que se marchaban eran totalmente desconocidas. No obstante esto fue asumido como parte necesaria de su trabajo según el testimonio de las entrevistadas, que además manifestaron no sentir temor en ningún momento al salir de casa durante la noche acompañadas por un extraño. Fuera del contexto de su ejercicio como profesionales esta situación hubiera sido impensable conforme a las normas culturales y al modelo tradicional de mujer durante los años cincuenta:

> (…) si me llamaban a lo mejor de noche, donde me llamaran, entonces no… yo no tenía miedo, nadie tenía miedo, venía una persona desconocida a buscarme, pues yo me iba, me iba al campo, me iba donde fuera, a la huerta, al pueblo, a las cuevas, en las cuevas he asistido partos a los gitanos (…) (Mt.06:5).

Tal y como afirma Linares Abad (2008a), salvando las peculiaridades de cada zona, las matronas tuvieron que hacer frente a las inclemencias climáticas y a la escasez de medios de transporte y comunicación. Para presentarse en los domicilios por caminos en ocasiones tortuosos y a varios kilómetros de distancia, las comadronas murcianas hicieron uso de medios de transporte muy variopintos tales como bicicletas, carros, motos o burros dependiendo de los recursos al alcance de las personas que acudían en su busca:



Figura 29. Familia en carro años 50.
Imagen obtenida por Teresa Allueva. Extraída de httpwww.blesa.infomoncarpinteria.htm

(…) medios no había muchos, no había muchos coches tampoco, he ido en burro, en carro, en bicicleta, en moto y algunas veces en coche, pero pocas, así que ¡he ido en todo lo que venían a por mí! (Mt.03:10).

(…) yo he llegado a ir, hasta que llegara a la sierra que había a lo mejor un caminito así de estrecho y me montaba en burra y seguía con la burra para arriba hasta donde estaba la mujer de parto. (Mt.13:45).

En escasas ocasiones, las informantes relataron que las familias más adineradas disponían de un coche o les enviaban un taxi en el que acudir al domicilio.



Figura 30. Vehículo años 60.
Imagen original cedida por informante.

El siguiente testimonio revela a través de los sistemas de transporte el estatus de las clientas atendidas por las matronas, pertenecientes a todos los estratos sociales aunque mayoritariamente y dado en contexto de posguerra se tratara de gente humilde:

(…) igual venían en bicicleta, que venían en burra que venían en carro…venían en lo que podían, lo que tenían, casi no había coches, había uno de esos que les das así por delante "ring, ring,ring", bueno, pues uno de esos había y a veces podías irte en coche y otras veces no…no todo el mundo tenía los posibles para…(Mt. 08:89).

El taxi como medio de transporte para llegar hasta las viviendas más alejadas fue un recurso muy utilizado por las informantes, tanto para acudir a la asistencia al parto como para el traslado de las parturientas cuando se presentaban complicaciones. En ocasiones sólo había uno en todo el pueblo, como ocurría en Lorca según la matrona 13, vehículo propiedad de Miguel "el Gordo" y al que ella recurría en caso de necesidad. La matrona 04, cuyo pueblo también contaba con un solo taxi, nos relató la necesaria relación de confianza establecida entre ambos profesionales:

> (…) había un taxi en el pueblo, que tenía yo mucha amistad con el hombre, claro, mucha confianza porque era el que iba a buscarme por la noche, era mi medio de transporte…el taxista, ya te digo, y yo éramos como familia. (Mt.06:16).

Sin embargo en otros casos, el difícil acceso a los domicilios hizo que únicamente a pie se pudiera llegar hasta las mujeres de parto a través de caminos, veredas y sendas, obstaculizando en gran medida la labor de nuestras protagonistas. Hasta tal punto se hizo complicada la llegada que la matrona 13 nos refirió cómo una noche hundida en una zona de barro fue socorrida y porteada entre dos hombres hasta la casa de la parturienta:

> (…) por esa zona de arriba, por donde está ahora la fábrica de cemento, era una tierra de greda, que pisabas y te hundías y no podías levantarte, te traías un montón de tierra, entre dos hombres, uno por un sobaco y otro por otro, así me fueron llevando hasta una casa que estaba al lado de donde estaba la fábrica de cemento y así tuve que subir andando. (Mt.13:47).

Aunque el Reglamento de Matronas Titulares municipales regulador de la asistencia a las gestantes más pobres, especificaba que si la matrona se desplazaba más de tres kilómetros de su domicilio y menos de seis sería indemnizada con dietas por el Ayuntamiento, también contemplaba la posibilidad de una distancia mayor. En este caso se determinaría si debía cubrir esa asistencia y qué cuantía de dinero le correspondería por ello (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, 1935). Lo cierto es que, según los testimonios de las entrevistadas, el radio territorial donde actuaron las matronas abarcaba zonas muy amplias, recorriendo largos trayectos para trabajar:

> Yo he ido a partos hasta Olula del Río, al mismo Olula del Río que está a sesenta y tantos kilómetros y a Chirivel y a Vélez Rubio…claro, es que la gente…es que irse a Almería o eso les cogía mucho más lejos y les suponía más… hasta a Librilla, que fíjate que está más cerca de Murcia, ahí a hacer partos. (Mt.13:86).

En concreto la distancia desde Lorca, donde residía la matrona 13, hasta los pueblos mencionados a los que se desplazaba para hacer partos, pertenecientes a la provincia de Almería son: 81 kilómetros hasta Olula del Río, 62 kilómetros hasta Chirivel y 44 kilómetros hasta Vélez Rubio.

Por tanto, el acceso de la matrona al escenario donde se iba a producir el parto entrañó una de las primeras dificultades con las que se encontraron las entrevistadas para ejercer su profesión en los domicilios, dentro de un contexto rural disperso en el que tanto los medios de transporte de los que disponían como la red de caminos no siempre estuvieron en las mejores condiciones. Conforme al análisis de Flores y González (2011) existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención cualificada en el parto acentuada en las áreas más aisladas. Estas narraciones serán reflejo no sólo de los obstáculos de las matronas en el ejercicio de su profesión sino también del limitado acceso de hombres y mujeres a la atención de los profesionales sanitarios.

En definitiva, las matronas ante el aviso de un parto antepusieron su perfil profesional sobre cualquier barrera no sólo del entorno sino también de otros condicionantes de orden religiosos o moral impuestos por el modelo de mujer socialmente aceptado en la época, trascendiendo a cualquier restricción impuesta por motivos de género. Las matronas murcianas en definitiva fueron mujeres valientes que acudieron allí donde su presencia se hacía necesaria, sin amedrentarse ante escenarios adversos. En el logro de sus objetivos contaron con la colaboración vecinal; las gentes comprendieron la importancia de su atención en los nacimientos.

7.2.3.3 Las matronas y el acompañamiento durante la dilatación.

En el momento que una matrona recibía la llamada para acudir al domicilio de una gestante, ésta antes de nada, debía interrogar a la persona que solicitaba su asistencia sobre

el momento de inicio de las contracciones, la frecuencia e intensidad de las mismas y si la bolsa de las aguas se había roto y cuándo. Además debía leer la historia de la parturienta en caso de que ésta hubiera acudido a su consulta y pedir que alguien de la casa pusiera dos recipientes con agua a hervir (Orengo Díaz del Castillo, 1953). Una vez dadas estas primeras instrucciones, la matrona iniciaba su trayecto sin saber a ciencia cierta cuándo retornaría a su hogar. El marido de la entrevistada 08 nos detalló cómo a veces su mujer podía marcharse de casa durante dos o tres días para atender un parto "(…) se iba y no sabía cuando venía, ella se iba por la mañana y a lo mejor se tiraba tres días…se iba y no sabías cuando volvía (…)" (M.Mt.08).

Decidir el momento exacto en el que dejar su domicilio para acudir junto a la parturienta fue una tarea complicada para las matronas, máxime cuando debían desplazarse varios kilómetros:

> (…) si tú tienes que ir a veinte kilómetros a hacer el parto, pues una de dos, si te esperas a que esté de parto para ir a asistirla a lo mejor el crío ha nacido y si vas antes a lo mejor no está puesta, son contracciones de encajamiento de lo que sea. (Mt.08:121).

La informante 08 narró el modo en que preparaba su propia comida en previsión de que el parto pudiera alargarse. Su testimonio dejó entrever el temor a sufrir una intoxicación alimentaria si consumía productos de los hogares donde acudía ya que algunos no disponían de los medios necesarios para mantenerlos en correcta conservación. Siempre comía los mismos alimentos convirtiendo su elaboración en una especie de ritual que repetía en todos los partos:

> (…) comía, en todos los partos que he ido lo mismo, un huevo pasado por agua, porque eso me lo hacía yo y sabía yo lo que tenía dentro, me lo ponía en un vaso, le echaba una chispita de aceite y unas "mollicas" de pan, eso y un plátano…cuando estaba muchas horas (…). (Mt.08:112).

Si los domicilios de las futuras madres se encontraban próximos, las matronas tuvieron la opción de ir y venir desde sus casas a las de las parturientas hasta la instauración del parto:

> (…) iban a buscarme a casa (…) a cualquier hora del día y tenía que ir y unas veces pues me quedaba porque estaba de parto de verdad o tenía medio parto hecho y otras veces pues me iba a mi casa hasta que empezaba el parto. (Mt.05:99).

Si las contracciones eran muy intensas, como nos contó la matrona 08, era habitual que permanecieran varias horas en los domicilios acompañando a las mujeres durante todo el proceso. Mantenerse constantemente al lado de la futura madre fue asumido como tarea propia, no sólo por la función de vigilancia sino también movidas por un sentimiento de solidaridad o empatía hacia el dolor padecido por la mujer en esos momentos "(…) si la mujer tiene contracciones pero va dilatando muy lenta, entonces no te la vas a dejar, "pobretica" (…)" (Mt.08:116). La posición de la matrona junto a la parturienta que sufre sin alejarse de ella en ningún momento será un aspecto que prevalecerá en los testimonios de nuestras protagonistas y formará parte de su identidad profesional diferenciándolas de otros colectivos profesionales.

Sin embargo, algunas de las entrevistadas refirieron otros casos donde las mujeres les avisaban cuando la dilatación ya estaba excesivamente avanzada, para evitar el consecuente gasto económico en transportes que suponía las múltiples visitas de las matronas hasta iniciar el verdadero trabajo de parto:

> (…) la gente llamaba en los partos en período activo porque si te llamaban con pródromos tú llegabas, la ves y te vas, y te vuelve a llamar y la ves y te vas y eso…les costaba las perras en los coches…ya cuando estaban de parto de verdad es cuando (…). (Mt.12:223).

Por tanto, el modo de actuación de la matrona durante los pródromos de parto (etapa de signos y síntomas previos al nacimientos con una duración variable) de las

mujeres que parían en su propia casa se verá influenciado por múltiples factores: la distancia al domicilio, el medio de transporte disponible, el estadío del parto y las manifestaciones de dolor de la gestante determinarán el momento y el modo en el que las matronas iniciarán la competencia de acompañamiento y vigilancia constante de la madre y el niño durante el proceso de nacimiento. Los testimonios de las matronas murcianas revelaron las continuas idas y venidas hasta que se producía el nacimiento dificultando una planificación de su tiempo profesional y personal. Esta situación reflejó de nuevo la relevancia de las estrategias desarrolladas por las matronas para conciliar sus vidas familiares y laborales plasmadas anteriormente; puesto que los nacimientos son un acontecimiento imprevisible, el trabajo de las matronas en el contexto del parto domiciliario también lo fue.

7.2.3.4 El espacio y los utensilios de la matrona para la asistencia de los partos en los domicilios.

Las entrevistadas debieron comenzar su andadura profesional en la asistencia a partos en los domicilios tras una formación dentro de las maternidades hospitalarias, lo que supuso en muchas ocasiones un gran reto para ellas, ya que los recursos se reducían al mínimo en un entorno donde evitar la propagación de las infecciones en madres y recién nacidos se hacía complicado.

Las matronas fueron advertidas durante su formación de las variopintas circunstancias y escasos recursos que encontrarían en los hogares una vez comenzado su ejercicio profesional, muy distintos a los disponibles en las instituciones donde se habían formado:

> En muchos hogares falta de casi todo, y la matrona que ha sido entrenada en una Maternidad, con sus grandes medios, puede sentirse incapaz de asistir un parto

> asépticamente en una de tales casas. No obstante ello es posible (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.202).

Este paso a la asistencia domiciliaría fue relatado por las informantes como un punto de inflexión en el que debían adaptar todo lo aprendido en las Escuelas a las exigencias y posibilidades del nuevo ámbito de trabajo. Sus relatos coincidieron con lo afirmado por Rhodes (2001), siendo en el ejercicio de la profesión cuando las matronas modificarían los saberes aprendidos durante la etapa de formación, añadiendo o eliminando contenidos y convirtiendo su propia experiencia en conocimiento:

> Una vez que terminé pues ya me vine aquí, a Molina a trabajar, entonces todo lo que había visto allí en la maternidad se tenía que quedar allí, aquí empezaba con cosas nuevas (…) (Mt.08:63).

Debido a la situación de precariedad de muchas viviendas a las que se trasladaron las matronas para la asistencia a los partos, no dispusieron de los recursos mínimos, como era luz y agua para poder llevar a cabo sus tareas. Así candiles y quinqués se convirtieron en herramientas indispensables para el desarrollo de su trabajo:

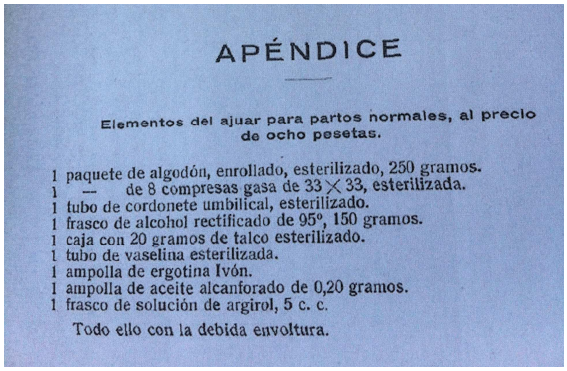
> Íbamos al campo y no había luz eléctrica entonces, en las casas de campo ni en los Cabezos del Castillo con la Beneficencia, había los candiles y el quinqué, una tenía que tener la luz puesta, cogida y ya está y así (…) (Mt.12:64).

Una vez la matrona llegaba al domicilio de la parturienta se disponía a preparar todos los utensilios necesarios. Algunos de estos materiales eran parte del menaje de la propia casa dispuestos como si de material quirúrgico se tratara. De modo que un simple barreño pasaba a realizar las funciones de palangana o una sencilla cazuela se convertía en batea donde depositar el instrumental hervido.

El doctor Orengo elaboró un listado de artículos necesarios para el parto domiciliario, recomendando su recaudo y preparación antes de los meses finales del embarazo (Anexo 10: Material necesario para un parto domiciliario). No obstante, aunque

este listado de artículos precisos era bastante extenso y detallado, el propio tocólogo reconocía que no todos eran indispensables y se podían sustituir por utensilios domésticos. Por lo tanto, independientemente de estas recomendaciones teóricas, creemos que el testimonio de las propias matronas se acerca probablemente más a la realidad de los materiales y útiles verdaderamente básicos, resultado de la suma de aquellos brindados por la propia gestante y los aportados por la matrona como parte de su equipo profesional. No debemos olvidar que los años de la posguerra en España no fueron de abundancia y los recursos considerados básicos para unos, eran todo un gasto económico para otros al que no podían hacer frente.

En este sentido, ya en 1931 el Instituto Nacional de Previsión (Instituto Nacional de Previsión, 1931) publicaba un convenio con la Unión Farmacéutica Nacional, recogiendo el compromiso de los farmacéuticos a facilitar a las mujeres beneficiarias del Seguro de Maternidad el denominado “ajuar sanitario para partos normales” incluyendo nueve elementos esenciales entre material sanitario y medicamentos.



APÉNDICE

Elementos del ajuar para partos normales, al precio de ocho pesetas.

1 paquete de algodón, enrollado, esterilizado, 250 gramos.
1 — de 8 compresas gasa de 33 × 33, esterilizada.
1 tubo de cordonete umbilical, esterilizado.
1 frasco de alcohol rectificado de 95°, 150 gramos.
1 caja con 20 gramos de talco esterilizado.
1 tubo de vaselina esterilizada.
1 ampolla de ergotina Ivón.
1 ampolla de aceite alcanforado de 0,20 gramos.
1 frasco de solución de argirol, 5 c. c.

Todo ello con la debida envoltura.

Figura 31. Elementos del ajuar para partos normales. Imagen extraída de Instituto Nacional de Previsión, 1931.

De acuerdo al análisis de Usandizaga y González (2006) las embarazadas, adquirían uno o dos meses antes de la fecha de parto el “trousseau del parto” en las boticas, contando apenas con algún apósito, seda para ligar el cordón, desinfectantes y los enseres para los cuidados del recién nacido prestados por la comadrona. En el testimonio de nuestras informantes aparece reiteradamente la existencia de estos “trousseau” al que la mayoría de matronas aludieron como “cajas de parto”:

> (…) había aquellas cajas que tenía el farmacéutico preparadas, decías: "Una caja de un parto" y la familia la recogía algunos días antes, el farmacéutico ya tenía preparadas unas cajas…la familia llevaba la caja, que era una caja grande que llevaba un montón de materiales y lo que gastabas bien y lo que no lo devolvían y todas las farmacias tenían preparadas las cajas. (Mt.08:127).
>
> (…) yo me iba de la farmacia con una maleta, que tenía preparada doña V. [se refiere a la farmacéutica] y en la maleta iba, pues toda clase de inyecciones que hacían falta, sueros, compresas, todo lo que hacía falta para un parto, todo eso lo llevaba. (Mt.12:64).

Además de todos los artículos, que como mencionamos anteriormente eran aportados habitualmente por la propia familia conforme a sus posibilidades, resultaba imprescindible para el trabajo de las matronas su equipo personal. Éste incluía una serie de instrumentos, utensilios y medicamentos específicos necesarios para el buen desempeño de su profesión. Los elementos que debía contener también fueron enumerados por el doctor Orengo Díaz del Castillo (1953) en su manual (Anexo 11: Equipo de la matrona necesario para un parto domiciliario).

Sin lugar a duda, las entrevistadas recuerdan sus maletines e instrumental como primordiales durante el período de trabajo en el contexto domiciliario. Muchas de ellas aún los conservaban a pesar de los años transcurridos, mostrándonoslos mientras detallaban el uso de cada uno de los útiles conservados con esmero todo este tiempo, como si de un tesoro se tratara. Durante sus años de formación aprendieron la importancia de su cuidado, manteniéndolo limpio en todo momento:

> La matrona debe cuidar mucho en no ensuciar el maletín. Este no debe colocarse nunca en el suelo, tanto en la calle como en tranvías, autobuses, etc., siendo preferible tenerlo sobre las rodillas en caso de ir sentada. En casa de la parturienta se dejara sobre alguna silla o mesa (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.203).

Una parte de las entrevistadas recordaron con detalle la compra de este maletín e instrumental una vez finalizada la carrera como un acontecimiento significativo en su vida profesional:

> Mi padre tenía un autoclave en la farmacia y me preparaba un maletín que le llamaban "trousse", no sé por qué le llamaban "trousse", pero bueno, era todo el material que yo necesitaba para asistir un parto…llevaba inyecciones, llevaba, porque entonces de goteros nada, llevaba jeringuillas, agujas, agujas para coser, porta agujas, llevaba una cajita con instrumental mío, que me lo compró mi padre, me acuerdo perfectamente, en Madrid, en una tienda en la calle Carretas. (Mt.06:47).

Otras informantes recibieron los materiales e instrumentos como regalo de matronas maestras, bien en el momento de jubilarse o incluso a través de algún familiar una vez fallecidas:

> Doña P. me regaló la mesa de reconocimiento y el maletín que llevaba sus cosas y ahí estuve yo trabajando con su maletín…las pinzas, las tijeras, hasta los fórceps me regaló y entonces digo: "¿Yo para qué los quiero?", me lo regaló ella todo. (Mt.13:12).
>
> Doña C., que se murió un mes antes, que era la que a mí me ayudaba y la que a mí me enseñaba a hacer los partos, esa se murió un mes antes de que yo terminara la carrera y su madre me regaló el maletín con todo el instrumental. (Mt.12:98).

Algunas matronas entregaron sus instrumentos una vez retiradas a sus descendientes estudiantes de la rama sanitaria. Así sucedió en el caso de la matrona 08 que los regaló a sus dos nietas; una estudiante de Medicina y otra de Enfermería con intención de formarse como matrona y seguir los pasos de su abuela. La matrona 06 sin embargo, donó todo el contenido de su maletín a una religiosa cooperante de una ONG para llevárselo a las misiones, lugar donde consideró sería de mayor utilidad.

Dentro de estos maletines, según el relato de las entrevistadas, se podían encontrar instrumentos indispensables para el seguimiento de la dilatación y la atención al período

expulsivo del parto como espéculos, jeringuillas, estetóscopos, pelvímetros, tensiómetros, pinzas de Kocher, agujas y porta agujas, tijeras:

> (…) llevaba el estetóscopo para escuchar al niño, llevaba eso también, en mi maletín llevaba mi estetóscopo, guantes, todo eso me lo preparaba mi padre y yo me llevaba mi instrumental, lo que no se esterilizaba como es el pelvímetro y el estetóscopo, todo eso lo llevaba en el maletín. (Mt.06:65).
>
> En los partos yo llevaba una "cajica" de esas para hervir las jeringuillas y las agujas que eran, pues de las que había antes que se tenían que hervir, las pinzas, el porta, las agujas, el hilo de coser, las ampollas (…) (Mt.03:17).



Figura 32. Instrumental de matrona 08. Imagen original obtenida del equipo personal de trabajo de la matrona 08



Figura 33. Maletín de trabajo de la matrona 09. Imagen obtenida del equipo de matrona 09.



Figura 34. Pelvímetro.
Imagen obtenida del equipo de matrona 09.

Durante los encuentros con las matronas investigadas tuvimos la oportunidad de fotografiar algunos de los equipos conservados.

Además de los instrumentos, los maletines iban provistos de ciertos fármacos que podían resultar de utilidad en el parto. En el relato de las entrevistadas figuran algunas de las medicaciones que las matronas utilizaron en la asistencia a los nacimientos domiciliarios:

- Quinina (Mt.05): usado en tabletas orales se empleaba para estimular las contracciones uterinas, "(…) solíamos dar una tableta de quinina, porque activaba más los dolores (…)" (Mt.05: 115).



- Inductenca: en su composición figura el maleato de ergonovina y clorhidrato de quinina usado para favorecer la contracción uterina.

Figura. 35. Envase de Inductenca.
Imagen original cedida por informante.

- Pituitrina (Mt.12): es un extracto segregado por el lóbulo posterior de la glándula pituitaria que está compuesto por dos hormonas, la pitresina que produce la contracción de capilares y arterias, aumentando la reabsorción de agua y la oxitocina que actúa provocando las contracciones de las fibras del útero.



Figura 36. Envase de Methergin.
Imagen cedida por informante.

- Methergin (Mt.12, Mt.08, Mt.03): su principio activo es metilergometrina maleato. Se emplea para aumentar la frecuencia y amplitud de las contracciones del útero para favorecer la involución uterina tras el parto o en caso de hemorragia puerperal. Este

medicamento fue dado de alta en 1956.

- Purpuripan (Mt.12): Fue un medicamento que contenía tartrato de ergotamina que por su acción vasoconstrictora se empleaba para disminuir el riesgo de hemorragia posparto.

- Pitocín (Mt.11, Mt.04) y Syntocinon (Mt.04, Mt.03): el principio activo es la oxitocina sintética que se emplea tanto para la inducción al parto como para la prevención o control de la hemorragia postparto.



Figura 37. Envase de Pitocín. Imagen cedida por informante.

- Librium (Mt.09): El principio activo es el clordiazepóxido, un ansiolítico derivado de las benzodiacepinas que fue comercializado en 1960 por los laboratorios Roche y se empleaba por su efecto como relajante muscular con el propósito de favorecer la dilatación del cuello uterino.

- Buscapina (Mt.04): posee acción antiespasmódica del músculo liso siendo utilizado igualmente con el propósito de disminuir la firmeza de las fibras cervicales uterinas y hacer más fácil la dilatación.

Sin embargo, a pesar de portar habitualmente estos medicamentos, se apreció en sus relatos cierta reticencia a su uso en los domicilios, especialmente de aquellos destinados a aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones durante la dilatación, ya que preferían generalmente no acelerar el proceso de parto, dejando que éste evolucionara a su ritmo. El respeto de las matronas a la fisiología del parto, siempre que se encontrara dentro de la normalidad y, su actitud expectante y conservadora en los nacimientos en casa durante la primera mitad del siglo XX aparecerá reflejada en otros estudios (Lorén Guerrero & Pasierb, 2012). Esta postura las diferenciaría de otros profesionales, contrastando con una actitud más directiva propia de los médicos y el medio hospitalario.

Así, la paciencia como cualidad fundamental y un mínimo intervencionismo durante el nacimiento aparecerán como elementos esenciales en la configuración de la identidad profesional de las matronas según revelan sus testimonios. Aunque rechazaron el uso sistemático de medicamentos que aceleraran el parto, sí fue aceptado el uso de aquellos destinados a la disminución de la hemorragia postparto, entendiendo que fueron totalmente conscientes de la importancia de la prevención de la hemorragia como una de las principales causas de muerte materna en esos años:

> (…) en las casas cuanto menos mejor, cuanto menos mejor, parían, yo llevaba en mi maletín, cuando terminé la carrera una "cajica" con tres ampollas de Pituitrina y no la llegué a usar nunca, así que…lo que sí se usaba después de parir era el Methergin, el Methergin y el Purpuripan, eso si lo usaba (…) y cuando te ibas te la dejabas con el útero bien cogido…contraído. (Mt. 12:68).
>
> (…) el Pitocín bucal es lo que funcionaba ¿entiendes?, lo que pasa es que claro, yo veía poner tres y cuatro pastillas y yo las ponía una a una, mientras tú las pones y después eso pasa a sangre, si pones tres o cuatro te puedes cargar el útero, yo en eso siempre fui muy…prefería que los partos fueran largos, que yo prisa no tenía ninguna. (Mt.04:18).

Este tipo de medicamentos derivados del cornezuelo de centeno y destinados a favorecer la contracción uterina evitando así el sangrado, también iban incluidos dentro de las cajas que adquirían las embarazadas en las farmacias, siendo por tanto considerada medicación básica de urgencia. Aunque nuestras informantes no siempre recordaron el nombre de estos derivados, sí evocaron tanto su aspecto "negruzco" como su función:

> La Seguridad Social le daba a las mujeres una cajita así que llevaba media docena de compresas de esas pequeñicas, una caja con dos ampollas que no era Methergin, era negro, no me acuerdo ahora mismo ¡tengo la cabeza!, para dárselas bebidas después del parto para que no tengan hemorragia. (Mt.03:74).

Además de los instrumentos y medicamentos destinados a la dilatación, parto y puerperio, en los maletines de las matronas también fue fundamental la existencia de los

útiles necesarios para los primeros cuidados al recién nacido. En ellos la presencia de Argirol era una constante, indispensable como método profiláctico para la conjuntivitis del recién nacido y el "Cordonete" empleado para realizar la ligadura del cordón umbilical una vez acontecido el nacimiento. Éste consistía en una ampolla hermética de vidrio conteniendo un cordón de hilo bañado en líquido estéril. A pesar de estar en desuso hace años, nuestras protagonistas conservaban algún envase de este producto.



Figura 38. Cordonete Umbilical.
Imagen original obtenida del equipo de matrona 09.

Previo a la comercialización del "Cordonete", la matrona 03 nos explicó el modo en que lo elaboraba ella misma artesanalmente, junto a su madre, con cadejos de hilo blanco comprados y bañados en alcohol:

> (…) un cordón metido en un tubito de alcohol, que anterior a eso yo lo hacía con hilo, compraba cadejos de hilo blanco y yo lo hacía el cordón, entre la abuela [le habla a su hija, presente durante el relato] y yo allí estábamos haciendo el cordón del hilo y lo metía en alcohol, claro, como se podía uno arreglar. (Mt.03:75).

Las matronas nos describieron cómo se preparaba el espacio donde se produciría el nacimiento. Según las entrevistadas éste acontecía habitualmente en la propia habitación y cama de la parturienta. El lecho se cubría con plásticos y trapos para evitar que se manchara de líquido amniótico y sangre tras el alumbramiento. Además, el uso de una tabla bajo el colchón para evitar su hundimiento aparece reiteradamente en el relato de las entrevistadas, especificando recurrir generalmente a la madera destinada al amasado del pan, ya que en todas las casas solía haber una:

> (…) lo único que se ponía, para que la cama no se hundiera porque entonces los somieres eran de esos de alambre, que yo no me acuerdo cómo se llamaban, una tabla, la tabla del pan que se amasaba, que cogía de arriba abajo y entonces allí encima del colchón, entonces un plástico poníamos grande para que no eso…y ya todos los trapos. (Mt.13:70).

Las familias, dependiendo de la clase social, los recursos a su alcance y los conocimientos disponibles en materia de higiene y cuidados, se empeñaban en mayor o menor grado en acondicionar la zona donde la mujer iba a parir. Generalmente procuraban ofrecer a la matrona las ropas y utensilios de la casa tras desinfectarlos lo máximo posible. No obstante, en algunos casos, las prendas más viejas y sucias eran usadas para los partos, bien por la situación de pobreza vivida en muchos hogares, bien pensando en desecharlos tras el nacimiento o quizás por ignorar los riesgos de infección asociados a la ausencia de unas mínimas medidas de higiene, tanto para la parturienta como para el recién nacido. En definitiva, en base a los preparativos del parto se podía diferenciar el estatus de las familias. Así lo expresó la matrona 13:

> (…) toda la ropa vieja que había la guardaban para el momento (…) algunas te daban hasta chaquetas de los maridos de esas viejas que no las habían lavado en la vida, un desastre, para que empapara las aguas y todo eso, los partos…y otras personas eran más eso…las sábanas más viejas las lavaban, las desinfectaban bien con bastante lejía…lejía no, era de lo otro que había, sosa y las ponían en sosa para que estuvieran más desinfectadas. (Mt. 13:70).

Dentro de este contexto, la mayoría de entrevistadas describieron los métodos empleados para el desarrollo de sus actividades en los domicilios del modo más aséptico posible: el uso de alcohol o soluciones, el fuego, agua hirviendo o el planchado con calor eran algunos de los procedimientos más habituales:

> (…) cogíamos una zafa de porcelana, echaba mi instrumental, echaba un chorro de alcohol y lo quemaba y las tijeras en un vaso grande de alcohol, las metía, porque si metes las tijeras y las quemas ya no cortan, así que…y tenía un bote de esos de compresas que vendían de las farmacias. (Mt.12:64).

Fue una práctica común utilizar los mismos guantes y gasas en varias ocasiones tras aplicar alguno de estos métodos ante el elevado coste económico de los materiales esterilizados o de un solo uso:

> (…) pues yo nada, mis materiales puestos en alcohol ahí, luego un guante que llevaba de esos de profesional, lo llenaba de agua, lo ponía en un cazo en el fuego y mirando a la mujer (…) uno solo, el único que tenía, la otra mano no la utilizaba yo, claro, con ésta protegía el periné, la reconocía…(Mt.08:173).

> (…) había como una especie de gasas, parecido a las gasas que se le ponía a los críos en las culeras para que hicieran pipí y to eso, más recia que lo que es la gasa normal y entonces esa gasa empapaba para…pero esa gasa no se tiraba, se lavaba, se tendía y después se doblaba, se preparaba, se planchaba bien planchada…eso era la esterilización entonces y a lo mejor había gasas de esas que las utilizaban veinte veces. (Mt.13:155).

Las entrevistadas expusieron que ante la falta de medios, la reutilización de los guantes tras el hervido como método de esterilización siempre sería un procedimiento más aséptico que la asistencia al parto directamente con las manos. Estos métodos y el modo de llevarlos a cabo eran desconocidos para muchos de los familiares cercanos cuyo cometido era colaborar en los preparativos del nacimiento:

> (…) le di los guantes y todo el instrumental a la hermana de la parturienta que había allí para que [los hirviera]…y cuando le pedí los guantes me los trajo en la mano [perdiendo así la esterilización] y entonces yo me los puse y dije: ¡Bueno, el doctor Orengo sabrá que menos da un guante que una mano!.(Mt.11:64).

La siguiente imagen muestra el procedimiento de esterilización del instrumental utilizando un colador de uso culinario inmerso en un cazo de agua hirviendo.

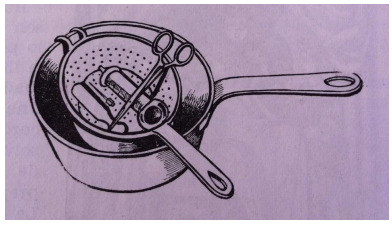


Figura 39. Procedimiento para esterilizar instrumental con utensilios domésticos. Imagen extraida de Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.207.

En el caso de la matrona 06, la profesión paterna la convirtió en una privilegiada. Como ATS del pueblo y dueño de un autoclave, proveía de equipos estériles a su hija para la asistencia a los partos domiciliarios:

> (…) se vestía la cama con las sábanas, con las cosas limpias, todo de su casa pero yo siempre llevaba paños estériles porque mi padre me los preparaba, él tenía un autoclave (…) (Mt.06:59).

A pesar de que en los manuales de obstetricia se instruía a las matronas en los distintos métodos para el logro de la mayor asepsia posible en los domicilios, cuando la asistencia al parto se realizaba en mujeres de familias con mayores recursos, el doctor Orengo aconsejaba insistir en la adquisición de equipos esterilizados farmacéuticos incluyendo todo lo necesario. Además recomendaba que la habitación donde se iba a producir el parto no hubiera estado ocupada por un enfermo infeccioso previamente y se eliminaran de ella todos los objetos innecesarios, así como realizar una limpieza y ventilación previa al nacimiento. Igualmente propuso detalladamente el modo de distribuir los utensilios y mobiliario en el interior de la habitación mediante un plano tal y como figura en la siguiente imagen:

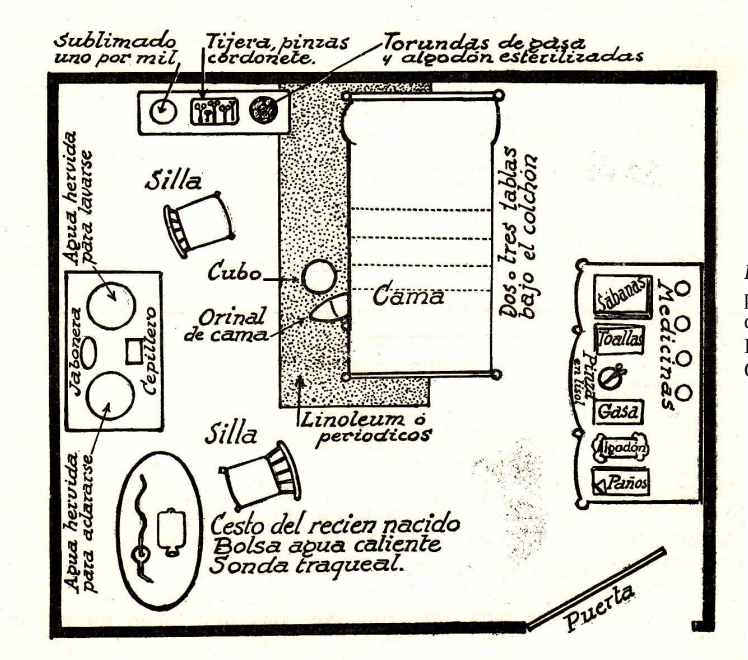


Figura 40. Plano de habitación preparada para la asistencia al parto domiciliario.
Imagen extraida de Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.213.

Si no eran posibles unas condiciones mínimas de salubridad, éste recomendaba el traslado a una maternidad para la asistencia:

> Cuando la habitación sea oscura, húmeda, sin ventilación, sucia, haya albergado enfermos infecciosos y se carezca de todo, la matrona se encuentra en la obligación de aconsejar el traslado a una Maternidad (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.208).

Cuando la situación higiénica de la vivienda no era apropiada y se preveía un parto domiciliario dificultoso, éste era considerado como distócico y por lo tanto susceptible de ser atendido en un centro hospitalario, incluyéndolo dentro de los criterios de distocia social (Salazar Agulló et al., 2008).

Podemos decir así que aunque las matronas no se encontraron a veces las mejores condiciones en cuanto a recursos y limpieza en los hogares donde desarrollaron su trabajo, pusieron en práctica todos los métodos a su alcance para trabajar de la manera más aséptica posible, siendo totalmente conscientes del riesgo infeccioso y colaborando por tanto en su prevención. En sus relatos enfatizaron el cómo y el por qué lo hicieron. Durante su formación interiorizaron la importancia de las normas de higiene transmitidas con el propósito de luchar contra la mortalidad materno-infantil. Nuestras informantes hicieron ver su competencia en contraposición a la difusión por parte de algunos médicos a través de los textos de la época de una imagen de profesional desprestigiado, mal instruido e ignorante de estas medidas higiénicas a la vez que culpable de ejercer una influencia nociva sobre la vida de las madres y sus criaturas. Como ejemplo de lo expuesto, el manual de Francisco Orengo recoge algunos puntos del discurso de ingreso del doctor Bosch a la Real Academia Nacional de Medicina en 1947 donde sostenía como una de las medidas para disminuir los fallecimientos de mujeres y niños/as “Enseñar higiene prenatal y dietética del recién nacido a las comadronas, para evitar la influencia perjudicial que en la mayor parte de los casos ejercen” (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.6).

7.2.3.5 El parto, los actores y los espectadores en torno al nacimiento.

Aunque no existe un patrón homogéneo en cuanto a los actores y espectadores que entraban a formar parte de la escena en torno al nacimiento, en general las matronas

relataron que durante los partos domiciliarios las mujeres habitualmente estaban acompañadas por tres o cuatro personas del ámbito familiar cercano:

> (…) estaba la mujer, los familiares más directos, los padres a lo mejor, el padre y la madre y la suegra, siempre había…o cuñadas, siempre había…tres o cuatro personas siempre había siempre, por lo menos cuando yo estaba. (Mt.13:59).

Pero en ocasiones, las informantes narraron cómo el parto se convertía en un evento social al que acudían, a modo de espectadores, una multitud de gente, vecinos o familiares, atraídos por la curiosidad suscitada ante la llegada de un ser al mundo "¡Bueno, tenías que echar a la gente!…la gente por cotillear…acudía todo el pueblo" (Mt.05:107). Conforme a las reflexiones de Castaño Molina (2009) lo privado se hace público en los acontecimientos sociales, así las mujeres prepararían la casa, limpiando, ordenando y recopilando lo necesario para recibir a la comadrona y al resto de acompañantes que se congregarían. Ciertas matronas señalaron la manera en que familiares, sin ningún tipo de formación teórica acerca del nacimiento, se veían capacitados para opinar sobre la evolución del mismo. Nuestras informantes entendieron el juicio a su proceder formulado por estos parientes como una desvalorización de su saber profesional "(…) estaba su madre, el marido, la vecina, la Marieta… catorce, ¡y cada uno decía una cosa! (…)" (Mt.08). Algunas mujeres del pueblo se presentaban con la intención de aprender ellas mismas el modo de actuar en la asistencia al parto, simplemente mediante la observación del trabajo de las matronas tituladas en los domicilios "(…) las vecinas, cuando era en los pueblos, las vecinas, siempre había alguna vecina que se prestaba, que quería saber, quería aprender para…" (Mt.06:61).

Aunque según los obstetras, no era recomendable que la parturienta estuviera acompañada de demasiadas personas, cuyo único papel era el de animar a la futura madre:

> (…) cuanta menos gente en la habitación mejor será. Las amigas y parientes no hacen ninguna falta. La madre y el marido de la parturienta pueden permanecer con la mujer algunos ratos siempre que cooperen animándola (…)" (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.214).

Es cierto que la colaboración activa de otras mujeres, no sólo para dar aliento a la parturienta, sino también para auxiliar en el proceso, resultó de gran ayuda para las matronas. Éstas acudían en soledad a los partos, al contrario que sucedía con los médicos; normalmente cuando llegaban al domicilio para intentar resolver cualquier tipo de distocia o complicación disponían de la ayuda de la matrona, cuyo papel asignado era obedecer todas sus indicaciones (Orengo Díaz del Castillo, 1953). Quizás por este motivo, en el discurso de los tocólogos no se consideró tan imprescindible en los partos la red de ayuda familiar de la parturienta, mientras que para las matronas resultó fundamental la presencia de una o dos personas, generalmente mujeres del entorno más cercano de la futura madre, pero evitando siempre la entorpecedora multitud: "A mí me gustaba que no hubiera nada más que una o dos con ella porque si no entonces era demasiado" (Mt.12:64).

En este sentido, la entrevistada 09 nos contó cómo en una ocasión le demandó a su peluquera ayuda en el parto de una vecina simplemente suministrándole los utensilios y materiales que le fuera pidiendo, de no ser así matrona y parturienta se enfrentaban solas al nacimiento. Mientras, el futuro padre se encontraba de camino hacia la casa de la matrona con la misión de retornar con su maletín:

> (…) un día cogí de los pelos a mi peluquera porque había mandado al marido a por…pero a todo esto viviendo como de aquí a la esquina, la cogí y dice: "¡Por Dios, que yo…" digo: "¡Tú ponte ahí y lo que yo necesite me lo das¡" dice: "Pero…", digo: "¡Pero si es que el marido lo he mandado a por el maletín y se ha ido andando y va a tardar y este niño está saliendo¡" y luego la otra decía [refiriéndose a su peluquera]: "¡No te lo perdonaré en mi

> vida, me has metido en un parto¡" y no sabía yo si necesitaba algo, ¡SI NO YO SOLA, YO SOLA! (Mt.09:46).

Las matronas recurrieron a este número limitado de mujeres para la preparación del escenario donde se iba a producir el parto, proporcionándole también todo lo necesario mientras ella atendía a la parturienta, pero sin poner en peligro la intimidad del nacimiento.

El rechazo de las matronas tituladas a trabajar con demasiada gente alrededor observándolas en el momento del parto aparece también en los testimonios recogidos por Linares Abad (2008b) en el contexto de la Comarca de Sierra Mágina. En su análisis señala que posiblemente estas mujeres, seguras en su trabajo pero jóvenes en sus inicios y formadas en nuevas técnicas y procedimientos, querían de este modo evitar ser cuestionadas por otras mujeres, madres y vecinas que quizás tuvieran más experiencia, pero sin ninguna base teórica, coincidiendo así con lo narrado por nuestras informantes.

Normalmente el papel de apoyo a la parturienta fue asumido por las mujeres del entorno familiar, mientas los hombres desempeñaron otras funciones, como ir a buscar a la matrona o al médico para llevarlos junto a su esposa. Una vez los/as profesionales se hacían cargo de la asistencia del parto, el marido se convertía en un espectador del acontecimiento fuera de la escena del nacimiento, pero a una distancia próxima:

> Los maridos la mayoría de las veces desaparecían del mapa. Iban a buscar a la matrona y se iban a lo mejor a la casa del vecino o se estaban en la cocina fumándose un cigarro, ese era el papel del marido en las casas. (Mt.06:63).

Este papel del esposo, más centrado en el aspecto público, desempeñando el cometido de avisar a los profesionales, preparar leña y acompañar a las personas que se encontraban en la casa fuera de la habitación donde el proceso transcurría, siempre atento por si se le necesitaba, quedó reflejado en la investigación de Castaño Molina (2009). De

este modo el hombre se convertía en partícipe activo del parto logrando adherirse al rito que envuelve al nacimiento y ganándose con su disposición la paternidad.

Los testimonios de las matronas recogieron con cierta admiración algún episodio donde el marido de la parturienta permaneció apoyando a su esposa durante el transcurso del parto y colaborando con ellas a modo de auxiliar. Así, frente al rol tradicional de "padre proveedor y expectante" en la distancia próxima al nacimiento aparece algún caso, no habitual en esos momentos, en que los hombres ejercieron un rol innovador de paternidad activa, reclamando compartir esta vivencia junto a sus mujeres en intimidad:

> (…) las mujeres estaban relajadas, estaban en su casa, con su madre, su marido y cuando eran nerviosas, me acuerdo que una noche vino un…y era un barbero de Mazarrón, después no lo vi, me hubiera gustado, y entonces él lo que dijo fue: " A mi madre y a mi suegra las echamos fuera" digo: "Eso me parece fenomenal", dice: "Que estoy yo para ayudarte" digo: "Mejor ayudante imposible", me estuvo ayudando, ¡cómo le decía a la mujer cómo tenía que respirar y hacer! (Mt.11:156).

Una vez instaurado el trabajo de parto, las entrevistadas nos detallaron cómo utilizaban sus propias manos para valorar la intensidad y duración de las contracciones así como el uso del estetóscopo para comprobar el bienestar fetal durante el proceso. De nuevo, la vigilancia constante del buen desarrollo del proceso envolvió el quehacer de las matronas y sus testimonios "(…) estábamos allí pendientes, el tocógrafo era la mano y el estetóscopo para escuchar al niño (…)" (Mt.06:65), "(…) teníamos un estotóscopo de madera, una trompetilla de esas, se ponía en el abdomen y se quitaba la mano, se tenía que sujetar con el oído y el vientre (…)" (Mt.05:113).

Cuando la llegada del recién nacido se preveía inminente, las parturientas eran colocadas en la cama transversalmente, quedando el cabezal y los pies libres:

> (…) la atravesabas a ella, una mujer por detrás la cogía o el marido y ella con sus manos…yo siempre con sus manos les hacía que se cogieran las corvas y que abrieran las

> piernas (…) la tabla se ponía así [hace un signo con la mano describiendo la posición de la tabla] y la que se cruzaba era la parturienta. (Mt.12:57).

Este modo de situar a la parturienta, en decúbito supino con las rodillas flexionadas sobre el abdomen, intentaba imitar la posición de litotomía adoptada por las mujeres en las mesas de exploración ginecológica de las maternidades. Esta postura fue introducida en el siglo XVII-XVIII para favorecer la comodidad básicamente de los profesionales que asistían en parto, sobre todo en caso de dificultades y requerir la extracción del feto mediante instrumentos (Acién Álvarez, 2001). La incursión de los hombres en la asistencia al parto modificaría incluso la disposición corporal de las parturientas, siendo un ejemplo más del intento de control del cuerpo gestante por parte de la clase médica. Cuando las futuras madres eran atendidas por las propias mujeres de la familia, vecinas o conocidas o acompañadas únicamente por sus maridos, rara vez elegían esta postura; normalmente se incorporaban y parían en cuclillas o de rodillas en el suelo (Fernández Álvarez et al., 2009). La FAME (2007) en su documento de consenso *Iniciativa al Parto Normal* señala que la posición adoptada por las mujeres durante el parto responde a factores especialmente de tipo cultural. Se debe permitir espontáneamente a las gestantes en trabajo de parto moverse y cambiar de postura con el objetivo de aumentan su confort y comodidad ante el dolor de las contracciones.

Otras prácticas, cuyo uso rutinario en el parto ha sido puesto en tela de juicio durante los últimos años, como la administración de enemas, el rasurado o la realización de episiotomía durante el expulsivo, no siguieron un patrón fijo entre las informantes. Todas ellas protegían el periné con sus manos durante la salida de la cabeza fetal, sin embargo la realización de episiotomías en los domicilios no fue habitual, especialmente entre las profesionales de mayor edad. Si se producían desgarros, eran suturados “(…) protegíamos con la mano, una mano en el periné y con la otra sujetando la cabeza para que no saliera de

golpe y tener desgarros…se solían coser…llevábamos tijeras pero no cortábamos (…)" (Mt.05:121).

En los manuales de los años 50, los obstetras aconsejaron la realización de episiotomía ante un desgarro inminente, justificada por la mayor facilidad de suturar un corte limpio "(…) la herida limpia y regular así producida, es más fácil de suturar que el desgarro irregular que suele producirse espontáneamente (…)" (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.188). Unos años después, a esta primera recomendación los tocólogos añadirían una segunda al considerar la técnica como protectora del suelo pélvico y preventiva del prolapso de órganos como útero y vejiga (Pschyrembel, 1971). A partir de estas hipótesis su práctica se fue generalizando cada vez más hasta el punto de efectuarse sistemáticamente en algunas circunstancias como en el caso de primíparas o recién nacidos que se presuponía nacerían con un peso elevado. Así la matrona 06 nos contó cómo le realizó una gran episiotomía a su hermana, a la cual asistió en su domicilio:

> (…) a mi hermana M. la asistí yo en su casa (…) y tuvo una episiotomía enorme, le tuve que hacer una episiotomía porque mi sobrina era muy grande ¿sabes? Y la asistí yo sola, allí en su casa, su habitación, su cama. (Mt.06:57).

El incremento en las recomendaciones y casos en los que se debía practicar la episiotomía no siempre fue aceptado con agrado por las parturientas y sus maridos, hasta el punto que la matrona 08, en su testimonio afirmó encontrarse con hombres que se negaron a la realización de este procedimiento por la matrona sobre el periné de sus mujeres "(…) lo peor es cuando tú veías que necesitaba una pequeña episiotomía y decía el marido: "¡A mi mujer no le corta usted!" (Mt.08:135).

Una vez que nacida la criatura, se ligaba el cordón y se dejaba envuelto en una toalla o paño hasta finalizar los cuidados a la madre "(…) lo bañábamos y lo vestíamos…lo liábamos en una toalla y se arreglaba a la madre y luego se arreglaba al

niño, en una toalla envuelto con una mantita encima, lo poníamos limpio, lo envolvíamos. (Mt. 05:127).

Las matronas esperaban el alumbramiento de la placenta, si éste no se producía espontáneamente recurrían al masaje uterino o la maniobra de Credé (presión en el fondo uterino para separar la placenta). Aunque en la literatura figuran todo tipo de remedios populares para facilitar la expulsión de la misma, como es el consumo de determinados alimentos y sustancias o provocar el estornudo de la recién parida (Oliver Reche, 2000) no fue así en los relatos de nuestras entrevistadas, sólo en el testimonio de la matrona de mayor edad aparece el sentar a la mujer y darle a beber un vaso de agua como método infalible para favorecer el proceso "(…) era muy sencillo porque las sentabas en la cama, les dabas medio vaso de agua y se desprendía sola la placenta, es sencillísimo (…)" (Mt.05:139).

Una vez expulsada la placenta se consideraba finalizado el parto, dando comienzo a una nueva fase que se prolongaba durante cuarenta días. El puerperio o cuarentena será el tiempo estipulado como necesario para la recuperación de la parturienta. En el siguiente apartado describiremos y analizaremos los cuidados aplicados por las matronas durante este periodo.

7.2.3.6 Los cuidados en el puerperio.

El periodo de tiempo tras el parto ha sido objeto de múltiples cuidados y recomendaciones, pero también miedos y tabúes (Castaño Molina, 2009).

Una vez producido el alumbramiento se practicaban los primeros cuidados. Si el niño o niña no nacía suficientemente vigoroso, las matronas pusieron en práctica diversos procedimientos para su reanimación. Una maniobra habitual fue introducir al recién nacido alternativamente en agua fría y caliente tal como relata la informante 11:

> (…) en la sierra un niño que era un segundo parto que no salía y que se reponía muy bien, pero que se subía, yo vi que tenía vuelta de cordón entonces lo llamé, cuando llegó [el médico] el crío había nacido, nació con una asfixia blanca de…que yo lo bañé, en frío, en caliente, la madre que: "Si está muerto, si está muerto, si está muerto" yo le decía: "Cállese y rece" y salió, cuando él vino estaba vestido el crío, estaba llorando y estaba bien. (Mt. 11:64).

Si la criatura presentaba un aspecto saludable, se procedía al baño, la cura del cordón umbilical y la administración de gotas de nitrato de plata en los ojos. Además se vestía y se le ponía un tipo de faja:

> (…) con nitrato de plata (…) Argidol era, sí, le echábamos una gotica después de nacer y en el ombligo pues…lo liábamos con una gasica de alcohol y entonces le ponías una ombliguera (…) como una fajica, le ponías la ombliguera, le ponías la camisica…la camiseta y entonces le ponías el pañal y le ponías una faja, había como tubulares pequeñicas, se les ponía eso y entonces ya el pico (Mt.12:112).



Figura 41. Aseo del recién nacido.
Imagen extraida de Orengo Díaz del Cartillo, 1953, p. 328.

Posteriormente la matrona aseaba a la recién parida y acondicionaba la cama. El lavado de la mujer tras el parto es un rito de purificación (Van Gennep, [1909] 2008), su cuerpo recupera la pureza y la madre es preparada para presentarla ante su esposo y las personas acompañantes. Las comadronas recomendaban a la puérpera permanecer en cama para su recuperación cuatro días, según nos explicaron las informantes. Este periodo sería ligeramente inferior a los seis o siete días indicados por los tocólogos. Se conocían los beneficios de una deambulación precoz. En cualquier caso, el proceso de recuperación aconsejado se extendía durante cuarenta días, no estando en

sintonía con la situación real de muchos hogares donde las madres con menor poder adquisitivo no podían permitirse un descansando tan prolongado tras el parto (Castaño Molina, 2009). El doctor Orengo Díaz del Castillo (1953) llegó a utilizar el término "retener" a las mujeres para retrasar la incorporación al trabajo de aquellas más pobres. Así el discurso médico intentaría modular y organizar la vida cotidiana de las mujeres, reforzando la concepción del trabajo femenino como amenazador e incompatible con la función maternal:

> La fecha de abandonar el lecho en circunstancias enteramente normales es hacia el sexto o séptimo día, y aún antes. Cuando existe sutura perineal, esta fecha se retrasa algún día más. Conviene que la matrona permanezca con la puérpera cuando ésta se levante por vez primera, por si sucede mareo, vértigo, debilidad o hemorragia. Una vez que la mujer se ha levantado debe permanecer en casa varios días más antes de bajar las escaleras. El levantamiento precoz de las puérperas lo consideramos favorable, pero sólo el levantamiento. De ningún modo la reanudación precoz del trabajo. Cuando la posición social de la puérpera es mala, nosotros las retenemos en la cama lo más posible. Lo menos a que tiene derecho una madre es a un poco de descanso. Las leyes conceden descanso retribuido a las trabajadoras recién paridas, cuyo trabajo no debe reanudarse hasta pasados cuarenta días del parto (…) (Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.293).

Un ejemplo del contraste entre las recomendaciones teóricas y los acontecimientos vividos en el día a día de las mujeres se refleja en nuestras propias protagonistas. Así varias matronas reanudaron su actividad profesional a los pocos días del parto. La informante 12 llevándose incluso a su hija recién nacida a los domicilios donde se desplazaba para trabajar y así poder darle de mamar mientras atendía a las parturientas:

> Pues las mujeres estaban en la cama cuatro o cinco días, pero yo te quería decir que cuando nació ésta [refiriéndose a su hija allí presente] me levanté yo a las doce horas y fui a asistir a mi vecina. (Mt.12:117).

> A los diecinueve días de dar a luz yo estaba en mi casa con mi marido y mi cría (…) cogí a mi hija, me la arreglé, porque yo lo que estaba dando era el pecho, la metí en el cochecito y me la llevé y fue un parto que estuve allí por lo menos quince o dieciséis horas. (Mt.12:222).

Actualmente se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva en los seis primeros meses de vida del bebé (Ruiz García, 2011). Si hay un punto común en las narraciones de las entrevistadas es considerar que su labor y competencia como matronas tras el parto domiciliario no finalizaba hasta la caída del cordón del recién nacido. Para aplicar los cuidados en esta etapa, las matronas se desplazaban diariamente hasta los hogares de las madres:

> (…) y una vez que nacía el bebé, la matrona iba todos los días hasta una vez que curaba el ombligo, lo bañaba, le lavaba los ojos con suero y le curaba el ombligo con alcohol hasta que se secaba. (Mt.06:73).

Además de la atención dirigida al neonato, sus competencias profesionales también incluía el aseo de la recién parida, no obstante, según los testimonios de las entrevistadas encontraron reticencias por parte de algunas mujeres del entorno familiar, especialmente de las más ancianas, a la práctica de estos cuidados higiénicos mientras duraba la cuarentena. Existían falsos mitos que achacaban a la higiene durante el puerperio cierto riesgo para la estabilidad emocional de la madre (Linares Abad, 2008a). De nuevo las matronas hicieron mención a la falta de educación sanitaria y autocuidados existentes entre las gentes que confiaban en las costumbres y remedios populares basados en creencias y supersticiones, frente a los cuidados profesionales ofrecidos por ellas:

> (…) luego mujeres muy atrasadas en el sentido de que las viejas no querían que las lavaras mucho “no es menester que venga usted mañana…ya la lavamos nosotras”, la cabeza no se lavaba hasta que no pasaba la cuarentena, todas esas cosas. (Mt. 03:13) .

Esta pauta de comportamiento en cuanto a las restricciones impuestas a las recién paridas en torno al aseo por parte de las abuelas y mujeres de mayor edad durante los años

que ocupan nuestra investigación aparecen también en otras áreas del país donde se consideraba que un lavado minucioso podía poner en peligro la estabilidad emocional de la madre (Linares Abad, 2008b).

La alimentación ofrecida a las mujeres tras el nacimiento será otro de los aspectos propios de cada cultura. Nuestras informantes señalaron el "caldo de gallina" como reconstituyente popular más común "tenían costumbre de hacerse caldo, todas esas costumbres que tienen en los pueblos." (Mt.05:148).

El acceso y seguimiento de las matronas en el contexto domiciliario durante los días posteriores al parto permitió a estas profesionales conocer de primera mano el estado de salud de las puérperas y sus hijos e hijas originando un espacio para la educación sanitaria y consejos dirigidos hacia el bienestar de las familias. Practicaron un modelo de continuidad en los cuidados a través del cual pudieron obtener una visión global de la salud reproductiva de las mujeres que asistieron.

7.2.3.7 La matrona ante las complicaciones en el parto domiciliario.

Aunque la competencia de la matrona se encontraba en el límite de los partos y puerperios normales, entre los testimonios de las matronas murcianas encontramos un gran número de pasajes donde se hace referencia a partos distócicos por presentaciones o posiciones anómalas, gestaciones múltiples, fetos malformados, macrosomas y patologías placentarias o de cordón a los que tuvieron que hacer frente, unas veces solas, otras mientras esperaban la llegada del médico o incluso durante los traslados de las parturientas a pequeños sanatorios o maternidades. Aunque la división entre el trabajo de la matrona y el médico aparecía definida en los textos legislativos del momento, la realidad en la práctica asistencial fue la inexistencia de una frontera clara. Todas nuestras protagonistas

nos relataron situaciones donde habían tenido que gestionar partos complicados o múltiples no diagnosticados durante la gestación:

> Mira, yo he tenido partos de todas las clases, yo he tenido partos de trillizos, partos de mellizos, partos de tener el crío dos cabezas, partos con un crío con dos cuerpos y una cabeza o sea que he tenido… (Mt.12:76).

A pesar de que la legislación obligaba a las matronas a avisar al médico ante el surgimiento de cualquier complicación responsabilizándolas de las consecuencias en caso de no hacerlo, es cierto que tanto tocólogos como nuestras protagonistas fueron conscientes de las dificultades logísticas y de comunicación interprofesional. Dependiendo del lugar donde se encontrara el domicilio, a veces bastante alejado y, de la inminencia del parto, a pesar de que la matrona enviara a alguien en busca del médico, éste no siempre se presentaría a tiempo para resolver este tipo de distocias a las que acabarían enfrentándose solas. Para nuestras informantes, el parto se considerará como un proceso con un final imprevisible:

> Yo me acuerdo un día de una primeriza que iba bien, pero la cabeza del crío parecía un Zeppelin, además se le quitaron los dolores ya y todo, la matriz ya cansada, agotada, le dejé descansar porque había mandado al marido a por el médico, pero…espérate que el médico no estaba en la casa, estaba no sé dónde, ¡también que había ido! Y entonces digo yo: "Sea lo que Dios quiera", de todas formas el crío cuando venga, Dios sabe como va a estar, pues yo la dejo descansar a ver si vuelven otra vez las contracciones" ¡Oye! ¿Querrás creer que nació después el crío y estaba bien?, luego dicen que si los partos…nunca sabes. (Mt.03:19).
>
> Los partos se saben cuándo empiezan, pero no cuándo terminan y se sabe cómo empiezan pero no cómo terminan porque el parto puede empezar muy bien y terminar muy mal y empezar muy mal y terminar muy bien, o sea que el parto es una cosa que no se sabe…decir: "A tal hora va a nacer", no. (Mt.12:260).

Ante la proximidad de un nacimiento sin la llegada del médico, los obstetras aconsejaban poner de lado a la mujer procurando que no empujara para retrasar el parto, si

a pesar de eso la criatura nacía sería la matrona, previo consentimiento de la familia, la que resolvería la situación (Orengo Díaz del Castillo, 1953).

Muy representativo en este sentido fue el relato de la matrona 13; narró cómo en su propio parto en Lorca no le dio tiempo a llegar ni al tocólogo con el que ella trabajaba habitualmente, lejos del pueblo en esos momentos, ni a la matrona titular procedente de Águilas. Finalmente parió sola con su madre y el ama de leche, mientras su marido intentaba localizar y traer a la casa a alguno de los dos profesionales. En el testimonio resultó relevante el papel adoptado por el ama de leche animando a empujar a la parturienta y ofreciéndose a atenderla ella misma. Nuestra protagonista se negaba al comprender que, independientemente de la buena voluntad de esta mujer, no tenía ninguna formación en la asistencia a partos:

> Cuando la matrona entraba por la puerta, yo apretando para arriba porque se salía, mira si es que la cabeza ya estaba en la calle, la cabeza ya eso…(…) Estaba el ama de leche, que el ama de leche decía : "Tú no seas tonta, tú aprieta que ya verás como sale, que yo te lo saco" y yo decía: "Que no, que no…", cada vez que me daba una contracción, yo en vez de para abajo, para arriba, pero salió corriendo, si pesaba con ropa y todo dos kilos y medio, pequeñísima y sí, me acuerdo que se me rompió la horquilla [refiriéndose a la región perineal] y dice la matrona: "mejor, ya la tienes para otro…ya está. (Mt.13:53).

La pronta llegada del médico al domicilio en caso de complicaciones estuvo muy influenciada por los medios de transporte y los recursos disponibles para hacerle llegar la voz de alarma. Las matronas en general disculparon la tardanza de estos médicos, entendiendo que las dificultades de acceso, la escasez de profesionales y la dureza del trabajo que realizaban no sólo les afectaba a ellas mismas sino también al resto:

> Lo que pasa es que el hombre estaba solo y entonces venía y estaba en el otro extremo del pueblo o de por ahí, porque aquí el pueblo es poca cosa, lo más que se extiende es El Mirador, yo que sé, pueblecitos de esos por ahí a veinte kilómetros, todo eso. (Mt.03:66).

Aunque en las zonas rurales lo habitual era acudir personalmente en busca del médico, misión que como dijimos anteriormente asumía normalmente el marido, en las zonas con mayor población o más cercanas a la capital como es el caso de Molina de Segura, a veces las matronas tuvieron a su disposición un teléfono cerca para avisar, recurso que les reportó tranquilidad en el ejercicio de su trabajo, tal y como nos contó el marido de la matrona 08. Su testimonio deja entrever la colaboración vecinal en caso de urgencia:

> En Molina en las casas no todo el mundo tenía teléfono, pero la vecina, a lo mejor…tres casas más para allá había un teléfono y ella [refiriéndose a su mujer] dice que estaba contenta, o sea que estaba muy satisfecha cuando tenía un teléfono a mano ¿por qué? porque inmediatamente…una llamada a Murcia y tenía inmediatamente aquí…(M.Mt.08).

Donde encontramos una clara línea divisoria entre el trabajo de las matronas y los médicos fue en la utilización de instrumentos obstétricos como el fórceps, quedando su uso exclusivamente dentro de las competencias de los médicos. Este instrumento quirúrgico, cuyo uso se generalizó en el siglo XVIII para facilitar la salida de la cabeza fetal, fue símbolo según Montesinos Vicente (2011) del parto instrumentalizado y del poder de los cirujanos que intentaron, a través de la introducción del uso de estos avances científicos en la asistencia al parto, alejar a las matronas de las prácticas tradicionales manuales llevadas a cabo por estas mujeres en el ejercicio de su profesión.

Cuando un parto requería una intervención instrumental, el médico acudía al domicilio e intentaba resolver el problema. En esos momentos estas técnicas se realizaba sin ningún tipo de analgesia "(…) los fórceps los tenía que hacer allí el ginecólogo en vivo y en directo (…)" (Mt.12:81). Pero en otras ocasiones, dependiendo de la gravedad de la situación, decidía y autorizaba a la matrona a realizar el traslado de la mujer a alguna clínica. Este consentimiento previo exigido revela una vez más la jerarquía de poder

establecida y los límites en la libertad de decisión impuestos a estas profesionales, siempre bajo la autoridad y mandato de los médicos, incluso en situaciones de grave riesgo para las mujeres. Esta circunstancia no será más que una reproducción de las estructuras sociales de género:

> (…) pero no podías mandar a ninguna enferma a Cartagena a no ser que el médico de cabecera te lo autorizara, tenías que llamar primero al médico y entonces el médico si lo creía conveniente la mandaba a Cartagena (…) (Mt. 03:6).

En estos casos la matrona acompañaba a la parturienta durante el trayecto. El análisis del siguiente fragmento refleja de nuevo su presencia junto a las mujeres, reafirmando esta posición próxima y continua como elemento fundamental de sus atributos profesionales:

> (…) en esos casos se han hecho incluso fórceps en las casas ¿sabes? Pero claro un fórceps es muy peligroso y menos en una casa, fíjate, pero sí, se han hecho muchos fórceps en las casas ¿sabes? Las ventosas ya empezaron a utilizarse posteriormente, yo en el pueblo no, yo no la vi usar en el pueblo nunca porque ¿sabes? porque claro los ginecólogos que había pues también tenían miedo de que les pasara… pero normalmente la matrona la traía a la enferma, el médico decía "llévatela" y venías acompañándola al hospital y allí se resolvía (Mt.06:91).

Situaciones fetales transversas, prolapsos de cordón, retenciones placentarias o placentas previas fueron algunos de los motivos por los que las matronas se vieron obligadas a realizar estos traslados no siempre sencillos "(…) ¡hombre y subir a las mujeres encima de una burra con la panza para parir y traérselas al hospital!, eso…eso he tenido que hacerlo yo."(Mt.13:42). En el caso de la matrona 06, suponía recorrer un largo camino desde Caravaca a Murcia:

> En el pueblo cuando se me torcía alguna cosa, como allí no había ginecólogo ni había hospitales ni nada de nada, tenía que coger un coche, una ambulancia o lo que fuera y

> traerme la enferma aquí a Murcia, tú fíjate, hay 80 kilómetros, te vienes con el problema a Murcia ¡en los hospitales que había entonces! (Mt.06:7).

En algunos casos las informantes manifestaron atender partos de nalgas en los domicilios, aunque según la normativa debían ser asistidos por un médico. No obstante, los manuales recomendaban a las matronas familiarizarse con la técnica y los movimientos necesarios para su asistencia (Orengo Díaz del Castillo, 1953) ya que el nacimiento podía evolucionar rápidamente:

> (…) partos de que venían en transversa o unas nalgas, si te daba tiempo…de nalgas he asistido en el campo yo dos, porque no me daba tiempo, mientras que fueron a por el médico a mí la mujer me parió, así que… (Mt. 13:78).

En el testimonio de las matronas se reflejó el aviso al médico en estos partos complicados como un acto a partir del cual ellas habían cumplido con su obligación, eximiéndoles de responsabilidad ante las consecuencias que estas distocias pudieran acarrear sobre la salud de la madre y su hijo/a. A partir de este aviso, las entrevistadas tuvieron libertad para aplicar todos sus conocimientos y experiencia en el logro del mejor resultado posible. Sabían cómo actuar pero también conocían los límites legislativos de sus competencias, circunscritas al parto normal:

> Ibas a una casa y había una que venía de nalgas y lo primero que hacías era mandar al marido a que viniera el médico, si mientras había nacido y había nacido bien, pues bien, pero si no, por lo menos saber que lo has llamado y que va a venir, que no llega a tiempo…pues bueno. (Mt. 03:64).

Además, si la mujer debía ser trasladada a un hospital, las matronas relataron que cuando el parto se preveía inminente preferían asistir a la mujer ellas mismas en el domicilio antes de hacerlo en mitad del trayecto:

> (…) y yo, claro, si iba adelantado yo decía: "Ponte en camino a Murcia, pues cuando vaya por la mitad del camino del traqueteo nace el crío y peor estoy que si estoy en la casa", claro, allí ya se pueden hacer los movimientos más fáciles. (Mt.03:19).

Pero ante la aparición de complicaciones, el gasto económico que suponía para la familia que un parto dejara de ser normal para convertirse en distócico, sobre todo en los casos de mujeres no beneficiarias de ningún tipo de seguro, sería un factor a tener en cuenta a la hora de decidir tanto el profesional como el ámbito donde se intentaría resolver. La matrona 11 nos refirió cómo ante una retención placentaria, la parturienta le solicitó que hiciera todo lo posible para favorecer el alumbramiento con el propósito de evitar el traslado al hospital y el desembolso asociado al no disponer de la cobertura de ningún seguro:

> (…) una retención de placenta, que tuve una, el niño ya había nacido, pero la mujer no tenía ni Seguridad Social ni nada, era viuda de un guardia civil y se había juntado con…entonces el problema de la mujer era…y llegué…ya le había hecho un parto, era muy rápida, y cuando llegué, porque estaba en el campo, había hecho dos partos aquel día en sitios distintos y digo: "Pues si no expulsas la placenta, hermosa, hay que llevarte a algún sitio", "¡Por lo que más quiera, por lo que mas quiera, sáquela!" digo: "Voy a intentarlo, pero ya sabes que esto es muy peligroso, voy a intentar sacarte la placenta", entonces con mucha maña, con el guante bien hervido, intenté meter y desprender al mismo tiempo que empujaba y hubo suerte, se desprendió la placenta. (Mt.11:77).

Además, si ante una complicación la matrona no era capaz de localizar en esos momentos al tocólogo o médico del Seguro, podía verse obligada a recurrir a uno privado, siempre previo consentimiento de la familia, ya que posteriormente debían abonarle a este profesional sus honorarios, gasto al que no todo el mundo podía hacer frente:

> (…) yo tenía que llamar al de zona de aquí de Molina, por la Seguridad Social yo tenía que llamar al ginecólogo de zona, pero si yo no lo encontraba pues ya llamaba a otro (…)

> llamaba a otro y venían particulares y la familia les pagaba siempre y cuando pudieran (…) había muchos problemas, el económico era siempre. (Mt.08:159).

Estas mismas circunstancias se produjeron en otras zonas rurales del país, donde tomar la decisión de derivar a las mujeres a clínicas de maternidad no fue fácil para los profesionales. La familia debía disponer del medio de transporte para hacerlo y los recursos para afrontar los gastos. Ante la gravedad de la situación se dieron casos en los que el médico altruistamente trasladó a las parturientas en su propio vehículo hasta la capital (Fernández Álvarez et al., 2009).

Aunque el Reglamento del Seguro de Maternidad de 1930 (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1930) no hacía distinción en cuanto a las retribuciones a la matrona por su asistencia en los partos normales o su papel auxiliar en los distócicos, la Orden de 17 de diciembre de 1948 (Ministerio de Trabajo,1948) reguladora de los servicios de Tocología del SOE, en su artículo 7 sí diferenciaba ambas tareas. Si durante el parto la gestante debía ser trasladada de la zona rural a la urbana para resolver una gran distocia o requerir una intervención quirúrgica, el médico y matrona que la hubieran atendido hasta ese momento únicamente cobrarían el 50% de sus honorarios. Para nuestras informantes suponía cobrar solamente 30 pesetas en lugar de las 60 asignadas por parto. Esta circunstancia, aunque no aparece como determinante para los/as profesionales a la hora de decidir el traslado de una mujer al hospital, sí quedó reflejada en los testimonios de las matronas como muestra de la inestabilidad económica a la que estuvieron sometidas. Así, independientemente del trabajo realizado por la matrona durante la dilatación en el domicilio, si al final el parto de producía en el hospital sólo cobraría la mitad "(…) entonces yo cobraba la mitad de ese dinero, porque la otra mitad la cobraría la que la atendiera allí en Cartagena (Mt.03:6).

Incluso, si antes de iniciar el parto la mujer era derivada al hospital, todo el trabajo hecho por la matrona anteriormente durante la gestación o lo pródromos de parto no era remunerado de ningún modo:

> Eran sesenta pesetas por parto, a lo mejor estabas allí con la mujer un par de días echando viajes porque: "Me duele, que tal…" y luego, pues claro: "Te duele pero no estás de parto, ¿yo qué quieres que haga?", bueno pues luego te llamaba otra vez a lo mejor a media noche : "No estás de parto todavía, duérmete y quédate tranquila" y luego si a mitad de todos esos viajes y esas cosas la mujer dice el médico que se vaya a Murcia a un sanatorio, como no habías hecho el parto no cobrabas nada. De eso un montón, cuando el parto no lo hacías… (Mt.08:147).

Las matronas expresaron un sentimiento generalizado de realizar un trabajo duro a cambio de un salario bajo e inseguro, siendo su discurso reflejo de las desigualdades de género en el mercado laboral, donde las ocupaciones femeninas, entre las que se encuentran las dirigidas al cuidado de otros, han sido habitualmente objeto de unas peores condiciones y una devaluación económica con respecto a los sectores mayoritariamente masculinos (Carrasco, 2011).

Los partos dificultosos perduraron en la memoria de las entrevistadas. A pesar de enfatizar la inseguridad generada por el contexto sociosanitario de la época, la mayoría reconoció que habitualmente todo salía bien. Desde la percepción de la matrona 12, los partos normales alcanzaban un elevado tanto por ciento "(…) el 95% de los partos eran normales, era de uvas a peras… como yo decía, de uvas a peras viene uno… (…)". Cifra que podemos contrastar con los datos aportados por el Dr Bosch en la colección *"Al servicio de España y del niño español"* sobre la asistencia prestada por el SOE entre 1947-1949, recogidos por Salazar Agulló et al. (2008), y que califica como distócicos el 9,8 % de los partos atendidos durante ese período. Pero, teniendo en cuenta según la autora la inespecificidad del concepto de distocia, ya que incluía las sociales, enfermedades

concomitantes de la madre o partos susceptibles de dificultad por circunstancias del embarazo, podemos decir que realmente lo habitual fue que los nacimientos asistidos por matronas se desarrollaran dentro de la normalidad y finalizaran con una madre y un niño o niña en perfecto estado. Estos testimonios de las entrevistadas generalizando la "normalidad" en los partos chocará frontalmente con el discurso médico imperante expuesto anteriormente donde el parto se concibió desde una visión amenazadora y "potencialmente patológica".

Las matronas se enfrentaron a los partos confiando en su buena evolución, ya que según sus testimonios de otro modo no hubieran podido realizar su trabajo:

> (…) tú antes no ves el peligro, tú vas a un parto y tú no piensas que vas a tener un peligro, piensas que va a ir bien, y entonces claro, los peligros conforme se van viniendo pues se van subsanando (Mt. 08:206).

Esta confianza en muchos casos fue reforzada por el uso de algún icono o imagen religiosa al que las matronas se encomendaron pidiendo auxilio divino ante cualquier posible contratiempo "(…) yo llegaba allí, cuando iban a parir me ponía en la mesita un mantel blanco, lo primero que colocaba era mi Corazón de Jesús para que me echara una mano (…)" (Mt.12:64).

Ante el surgimiento de complicaciones, tanto en los controles durante el embarazo como posteriormente en los partos, éstas fueron resueltas de un modo satisfactorio tras aplicar los conocimientos y experiencia adquiridos durante su formación y ejercicio profesional. Sin embargo, resultó llamativo la forma en que las matronas en su discurso, quizás desde la humildad inculcada a las mujeres como atributo femenino, achaquen parte de su pericia y buena trayectoria laboral a cierta protección celestial " (…) yo siempre he tenido un ángel de la guarda mirándome (…)" (Mt.11: 95) o incluso a la suerte y no lo hagan abiertamente a su "buen hacer" consecuencia de la fusión de saber científico,

práctico e intuición "(…) yo he tenido suerte, no se me ha muerto ninguna mujer, no se me ha muerto ningún niño por una negligencia mía" (Mt.08:63). Esta humildad sería también apreciada en los testimonios de las matronas participantes en la investigación llevada a cabo por Montes Muñoz et al. (2013), señalando que no sucedía lo mismo en los discursos médicos de la época. Siglos antes, las matronas atribuyeron gran parte de sus habilidades y destrezas a ciertas dotes divinas, respondiendo a un modelo de género que infravaloraba el saber empírico de las mujeres que administraban cuidados de salud (Perry, 1996). No obstante, de una lectura reflexiva de las palabras de las informantes se apreció un sentimiento de orgullo propio y capacitación profesional en sus actuaciones, especialmente en estos casos más complejos. Las matronas conocían claramente los límites de su competencia profesional, pero según Rhodes (2001) el hecho de que resolvieran satisfactoriamente estos episodios dificultosos, entrando en el territorio de los médicos para solventar determinadas situaciones de urgencia, influyó en la propia percepción de la identidad profesional reafirmando su competencia y estatus profesional. Frente a los límites legislativos que las definían como meras ejecutoras de órdenes médicas, en su trabajo diario las entrevistadas llevaron a cabo la asistencia a partos domiciliarios tomando decisiones de forma autónoma en la soledad de los hogares. Según Rhodes (2001), la interacción de la práctica y el saber de las matronas desarrollará su sentido de profesionalidad, estatus y poder. Así, la experiencia adquirida por las matronas durante su ejercicio profesional fue convertida en conocimiento, consiguiendo de este modo cierta libertad y grado de independencia en el desarrollo de su trabajo que sirvió para el reconocimiento de su valía.

7.2.4 Las relaciones profesionales de las matronas en el contexto del parto domiciliario

7.2.4.1 Relaciones de las matronas con los médicos.

Las relaciones de médicos y matronas en el contexto investigado fueron complejas. En general, las informantes señalaron que la relación con los tocólogos y médicos de la zona fue cordial, asistiendo algunos de ellos los propios partos de varias de nuestras protagonistas. Los definieron como "muy compañeros y competentes" (Mt.05:174), aunque lo cierto es que en sus testimonios no faltan episodios de pequeños conflictos entre ellos, generados por la aparición de alguna discrepancia entre la opinión de médico y matrona. Aunque hubo muchos que respetaron y confiaron en el criterio de las comadronas, en algunas zonas no fue así. En determinados momentos éstas reivindicarán e intentarán delimitar su espacio de trabajo y autonomía frente al mero papel auxiliar otorgado por la legislación así como la obediencia ciega que algunos médicos les reclamaban. Esto provocó alguna fricción en la relación médico- matrona "(…) el médico del pueblo me recibió muy bien pero cuando vio que yo era…que no era "si buana" pues entonces me hizo la guerra (…)" (Mt.11:16).

Como vimos anteriormente, la normativa dejó en manos de los médicos la capacidad de decisión y gestión de determinados puestos de trabajo dirigidos a las matronas. A la inversa, éstas también tuvieron una pequeña parcela de poder con respecto al trabajo de los tocólogos, sobre todo en la asistencia de partos privados en los que la gestante podía decidir si quería ser atendida por uno u otro profesional. Se creó así cierta competencia entre ellos al considerarse mutuamente una amenaza para sus ingresos. Esta circunstancia crearía enemistades que se prolongarán hasta la actualidad:

> (…) la gente me llamaba para partos privados, empezó la gente a llamarme para partos privados, por eso el médico como no lo llamaban a él para partos privados…no le hacía gracia, de hecho me ve aquí en Murcia y no me saluda (…).(Mt.11:36).
>
> (…) a mí los follones no me gustan, yo a los médicos los respeto también mucho, aunque sean maniáticos…éste no me gusta; no lo llamo más. (Mt.09:66).

Igualmente, en caso de urgencia la matrona debía avisar al médico asignado a su zona, pero si no era localizado, ella misma decidiría el momento exacto donde la gravedad de la situación hacia necesario buscar a otro. La recurrencia a un profesional ajeno provocó el enfado y los reproches de los médicos de la zona, para los que la decisión de la matrona suponía una pérdida del dinero y además era entendida como un acto de rebeldía al orden jerárquico establecido y la obediencia exigida hacia la profesión médica. Con estos actos de independencia y autonomía, justificados por el riesgo vital de las gestantes, las matronas tuvieron iniciativa, resolvieron situaciones y defendieron espacios de poder como grupo profesional; se sentían capacitadas y mostraban esta capacitación a la comunidad:

> Yo tenía que llamar al médico de cabecera que le había arreglado la cartilla, si ese no iba porque no podía o porque estaba ocupado por lo que sea pues llamaba a otro si era una cosa de urgencia, pero luego el médico me reñía a mí, que ¡quién era yo para llamar a otro médico! [¿Entonces ese médico decidía si la mujer se trasladaba a Murcia?] Pero cuando él venía a decidirlo ya yo lo había decidido lo que tenía que hacer, porque una vez vino el ginecólogo de aquí de Molina (…) y estaban poniéndole ya a la mujer la sangre, cuando vino a la casa de la mujer, si no se muere y entonces me decía: "¡QUIÉN ES USTED…! (Mt.08:153).

Lo cierto es que pese a estos pequeños conflictos, los profesionales implicados en los partos domiciliarios fueron conscientes de la importancia de conservar una buena relación entre ellos. El trabajar en equipo les reportaría unos grandes beneficios a todos "(…) hombre, en un pueblo tienes muy buena relación con el farmacéutico, con el médico,

sabes en cada momento dónde encontrarlos, y entonces pues la verdad es que eso da mucha tranquilidad (…)" (Mt.04:18).

7.2.4.2 Relaciones de las matronas con los practicantes y ATS.

Desde la publicación del Real Decreto de 31 de enero de 1902 (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1902) el título otorgado a los practicantes se denominó "Practicantes autorizados para la asistencia a partos normales". Aquellos que obtuvieron su título anteriormente pudieron canjearlo por este nuevo. Para ello, debían superar un examen y realizar prácticas durante un año en un hospital con especialidad en partos. La asistencia a nacimientos por parte de los practicantes no podía realizarse en poblaciones de más de 10.000 habitantes y siempre bajo la autorización del médico titular.

La opción brindaba a estos profesionales de asistir los nacimientos en las zonas rurales supuso a principios de siglo una nueva amenaza hacia la labor ejercida por las matronas desde los inicios de la historia. De nuevo otros profesionales, mayoritariamente hombres, aparecían y se intentaban apropiar de una parcela de trabajo ocupada por mujeres como era la asistencia a los partos normales. Según Castaño Molina (2009) ante esta situación las matronas adoptaron diferentes estrategias: por un lado reivindicaron su formación, por otro lado ellas mismas se formaron como practicantes obteniendo una doble titulación, como ocurrió en el caso de algunas de nuestras protagonistas, ampliando así su campo de trabajo. Además utilizarían como representantes a los médicos que se encontraban ejerciendo la dirección de las diferentes Escuelas de Matronas y por último, se asociarían no sólo como matronas sino también como practicantes, lo que les permitiría estar presentes y tener voz en los foros donde éstos se reunieron para tomas decisiones.

En 1928, la Real Orden por la que se crearon los puestos de matrona y practicante para la Beneficencia Municipal de cada ayuntamiento, recogía en su artículo siete la posibilidad de que estos últimos ocuparan las dos plazas simultáneamente:

> Cuando en una localidad estuviera vacante la plaza de Matrona titular, podrá el Practicante titular, capacitado para la asistencia a partos normales, desempeñar interinamente las dos plazas, percibiendo además del sueldo correspondiente a su cargo, la mitad del que se asigna a la Matrona Titular (Ministerio de la Gobernación,1928).

Del mismo modo que algunas matronas obtuvieron una segunda titulación como practicantes, también hubo mujeres que tras obtener el título de practicantes (acogiéndose a la normativa de 1904) y ante las dificultades de ejercer dentro de una profesión mayoritariamente masculina, decidirían cursar posteriormente los estudios como matronas. Sin embargo, la autorización otorgada a los practicantes para asistir partos generaría un desinterés por obtener posteriormente la titulación como matronas, puesto que a partir de entonces tenían las puertas abiertas, bajo determinadas condiciones, a la asistencia a los nacimientos en las zonas rurales (Montesinos Vicente, 2011). Esta circunstancia hará que según nuestras entrevistadas surjan casos de intrusismo profesional por parte de hombres y mujeres practicantes que durante años ejercerán la asistencia a los partos como si de matronas tituladas se tratara, incluso en grandes poblaciones, cuando en realidad la legislación lo permitía únicamente en zonas pequeñas.

Una vez obtenida la titulación, los practicantes en los años cincuenta tuvieron dos ámbitos laborales claramente diferenciados: o se dedicaban a ejercer la asistencia domiciliaria o se integraban dentro de alguno de los pocos hospitales existentes, generalmente en las zonas urbanas. Así lo relató nuestro entrevistado perteneciente a este colectivo profesional:

> (…) cuando tú te buscabas la titulación de practicante, la orientación fundamental profesional del practicante estaba partida en dos muy claramente o te dedicabas a poner inyecciones en la calle o te dedicabas al mundo hospitalario, pero el mundo hospitalario como ya te he dicho, era muy limitado. Son aquellos años de practicantes en los que empezó la penicilina a ponerse y se ganó mucho dinero entonces porque se ponía la penicilina cada tres horas, entonces venías y claro había, era, la entrada de la penicilina, la penicilina se compraba de estraperlo, no había penicilina oficialmente ni estreptomicina, pero entonces claro, tenías dos o tres clientes que cada tres horas, pero no, fíjate lo que era cada tres horas pinchándole y le pinchabas 1000 unidades, 2000 unidades de penicilina y bueno, con aquello se ganaba dinero, se ganaba dinero a dos pesetas y a tres pesetas la inyección, que son el equivalente, me parecen que son… son aproximadamente 0,01 euros por inyección, o sea que una miseria, y entonces yo no me dediqué nunca a pinchar, pinché porque tuve que pinchar, me refiero a poner inyecciones por ahí, pero yo me dediqué enseguida al mundo del.. Yo me metí en el Hospital Provincial. (Pt: 2).

La administración de inyectables de penicilina a la que se refiere el practicante, adquiridos en muchos casos a través del estraperlo, se convirtió en una de las principales fuentes de ingreso para estos profesionales en esos momentos. Esta actividad fue realizada también por algunas de las matronas entrevistadas en posesión del título de practicante o de ATS para obtener algún dinero y publicitar su condición de matronas entre las vecinas del pueblo a la vez que ofrecían sus servicios. De este modo, cuando las familias necesitaran de una profesional para asistir el nacimiento de sus hijos o hijas quizás recurrirían a ellas. Este fue el caso de la matrona 09:

> Me colegié de enfermera y de matrona y… a abrirme camino, mi padre eso de pinchar y tomar tensiones: “que no, que no, que no…”, pero, digo: “papá, si es que tengo que hacerme conocida …¿Cómo?, me tengo que hacer conocida haciendo amistades y si la otra matrona que llaman siempre no está pues siempre me llamarían a mí que voy a pincharles y a tomarles la tensión”, pero sólo en mi pueblo, o sea en mi barrio, yo no me iba por ahí fuera a

> pinchar, como no fuera un niño que por ejemplo tenía que pincharse, antes se pinchaban muchísimo, tenían que pincharle antibiótico. (Mt.09:13).

A pesar de los posibles conflictos que pudo acarrear la autorización de los practicantes para asistir partos y el uso que algunas matronas hicieron de su doble titulación para ampliar su campo de trabajo, parece que el entendimiento entre ambos colectivos fue fluido. Las informantes no manifestaron ningún tipo de enfrentamiento directo con ellos por esta cuestión. Aunque la mayoría de entrevistadas conocían la existencia de practicantes que asistían partos en la zona previo a su llegada, cuando ellas se incorporaron éstos no interfirieron en su trabajo "(…) había un practicante que es el que hacía los partos, y el hombre encantador, me parece que había dos, P. y P., no había problemas, o sea que no… (…)" (Mt.11:46). En casos puntuales, otras matronas afirmaron con cierta molestia saber de hombres que se hacían llamar erróneamente "matrones" o comadrones por el hecho de asistir nacimientos, cuando en realidad eran practicantes autorizados en partos:

> (…) había algún practicante, que se llamaba… que era matrón, eso sí que lo había oído: "P. el de no sé qué…el de la Raya", había un par que decían que eran comadrones y eran practicantes, pero como los practicantes en pueblos menores de 10 mil habitantes sí podían hacer partos… había pero allí no iban [refiriéndose al lugar donde ella trabajaba]. (Mt. 07:109).

Llegando incluso a poner en duda si estos hombres estaban en posesión de alguna titulación o si por el contario se trataba de intrusos:

> (…) había por Santiago el Mayor, había un ATS, que no sé si era ATS titulado que le decían "el Moreno" y ese hombre asistió muchos partos por la huerta, muchísimos, me acuerdo yo de eso, de decir: "J. "el Moreno", ¿Quién le ha asistido a usted el parto anterior? J. "el Moreno" ¿y quién es J. "el Moreno"? pues sí, un practicante que es muy listo, es muy listo". Y aquel señor mayor, claro cuando yo vine era muy joven y aquel señor era ya muy mayor y

> aquel señor era un intruso en la profesión porque yo creo que no era ni ATS (…).(Mt. 06:61).

En definitiva, aunque quizás en épocas anteriores los practicantes fueron una amenaza para el trabajo de las matronas, lo cierto es que nuestras entrevistadas no percibieron a estos profesionales como competencia directa para su campo de trabajo. Esto pudo ser por tres motivos; el primero sería la identificación de las matronas por parte de los practicantes como el profesional cualificado de referencia para la asistencia al parto, de modo que ante su presencia éstos se apartaron de los nacimientos:

> (…) aquella matrona era un mujer muy inteligente (…) en realidad la obstetricia en los años cincuenta cuando yo la conocí, la obstetricia no estaba en manos de…no había obstetras, se echaba mano de un obstetra cuando las cosas iban mal, la obstetricia estaba única y exclusivamente en manos de la matrona. (Pt: 5).

El segundo motivo pudo ser el contexto sanitario del momento, donde no era extraña la ayuda en el parto por mujeres sin ningún tipo de titulación. Así las matronas entendieron que ante la necesidad, era preferible la atención por practicantes y ATS ya que éstos eran profesionales sanitarios formados. La última razón sería la concepción de la asistencia al nacimiento como actividad tradicionalmente femenina, tanto entre los profesionales como entre las futuras madres. Así, las matronas tuvieron el convencimiento de que las propias gestantes preferirían ser atendidas por otras mujeres, muchas veces movidas por la costumbre y otras por el pudor, reclamando sus servicios antes de hacerlo a los hombres.

7.2.4.3 Relaciones de las matronas con las parteras.

En España, la situación social y económica hará que la figura de la partera tradicional no titulada se mantenga en la asistencia a los partos domiciliarios hasta los años setenta, momento en que el desarrollo de la red de Seguridad Social determinará el traslado

sistemático de los nacimientos desde la privacidad de los domicilios hasta las maternidades.

La lucha de las matronas contra el intrusismo de las parteras en el terreno de la asistencia al parto será una constante desde los primeros pasos dados con el objetivo de regular la profesión. La Ley de Instrucción General de la Sanidad Pública de 1904 especificaba en su artículo 67: "Nadie podrá ejercer una profesión sanitaria sin título que para ello le autorice con arreglo a las leyes del Reino" (Ministerio de la Gobernación, 1904).

Pero será la propia legislación la que, mientras en determinados momentos de la historia exigirá una formación y titulación para la asistencia al nacimiento, en otros considerará dicha atención como una necesidad social y caritativa de unas mujeres hacia otras, ralentizando así la profesionalización de esta actividad. Autores como Siles González (2011) han señalado la imposibilidad de comprender el proceso de profesionalización de los cuidados sin considerar su gran vinculación al mundo de las mujeres y su papel como cuidadoras domésticas heredado de la división sexual del trabajo. Así sus tareas, entre las que se encuentras la ayuda en el parto, quedan demarcadas dentro del ámbito de lo cotidiano. En este sentido, las matronas recibirán un duro golpe en 1928, con la publicación del Real Decreto de 28 de agosto justificando la ampliación de las enseñanzas en la asistencia a partos a cuantas "damas" lo desearan con el objetivo de proteger sanitaria y socialmente a la población con menos recursos:

> No quedaría completa esta obra de protección sanitaria y defensa social de la raza limitándola a la obtención de títulos profesionales y al ejercicio lucrativo de la profesión; pues altas consideraciones aconsejan extenderlas a cuantas damas quieran obtener tales conocimientos para aplicarlos desinteresadamente y por estímulos de caridad a sus familiares y a madres desvalidas, de modo que permita ampliar al mayor número posible de

> casos una asistencia adecuada y técnica, completando así los fines a que tiende la nueva reglamentación. (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1928b).

Así, la normativa autorizaba a estas "damas" a ingresar en las Escuelas de Matronas para cursar estudios teóricos y prácticos sin validez oficial. Tras un examen ante los profesores de dicha Escuela, obtenían un "certificado de estudios" habilitándolas para la asistencia a las parturientas menesterosas o de su propia familia, siempre y cuando lo hicieran de un modo caritativo y nunca con fines lucrativos. Sin embargo, las alumnas que deseaban obtener el título oficial de matrona no se examinaban únicamente ante sus profesores como ocurría en el caso anterior, sino que lo hacían frente a un tribunal de la Facultad de Medicina correspondiente formado por dos catedráticos y un solo docente de la Escuela.

Con la publicación de este Real Decreto, el esfuerzo de las matronas por convertir su trabajo en una profesión reconocida en la que sólo pudieran ejercer aquellas personas tituladas, será ignorado y menospreciado por una legislación permisiva que amparada en la escasez de matronas y la consideración del papel reproductor de las mujeres como un bien social, creará esta nueva figura. En consecuencia, la situación de intrusismo sufrida por la profesión fue agravada; tras la obtención de dicho certificado estas mujeres realizarían en la clandestinidad todo tipo de partos y no únicamente de un modo altruista, sino percibiendo tarifas inferiores a las de las matronas tituladas o a cambio de productos para la subsistencia de sus familias como comida, ropa u otros enseres. Esta situación creará una gran confusión entre las usuarias y provocará el detrimento de la imagen de las matronas (Montesinos Vicente, 2011). Incluso sucederá entre el resto de profesionales sanitarios, que en ocasiones no sabrán a ciencia cierta quiénes eran tituladas y quiénes parteras, atribuyéndole al colectivo de matronas la falta de formación que apreciaban en estas últimas. El desconcierto anteriormente reseñado quedó reflejado en el testimonio del

practicante entrevistado; en cierto modo disculpa la falta de instrucción de estas mujeres por el gran cometido realizado, plasmando la consideración de la asistencia al parto como un acto de ayuda mutua entre mujeres que reportaba un beneficio para la sociedad. Así esta actividad se alejaba de la categoría de profesión que venían reivindicando las matronas para continuar con su consideración de acto de caridad y solidaridad:

> Las primeras matronas que yo conocí, en un porcentaje muy elevado, no tenían titulación de ninguna clase e inclusive y no lo digo esto en demérito de ellas, sino porque a fin de cuentas eran personas que estaban cumpliendo un cometido, algunas de ellas eran analfabetas, yo conocí algunas que no sabían leer ni escribir (Pt:3).

El analfabetismo que atribuye a las matronas el fragmento anterior revela una gran confusión puesto que tal y como analizamos anteriormente, los requisitos para la obtención de la titulación exigían un nivel académico previo del todo incompatible con no saber leer ni escribir tal y como el informante señaló.

Ante esta situación, practicantes y matronas se unieron actuando con una serie de intervenciones amparadas en estatutos de Federaciones y Colegios (Montesinos Vicente, 2011). Con la publicación de un nuevo Decreto en 1931 por parte del Ministerio de Instrucción Pública desaparecerán estos estudios sin validez oficial (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1931). No quiere decir que finalizara el intrusismo en la profesión tanto de las mujeres que obtuvieron el certificado de estudios no oficial como de las parteras tradicionales, ya que se prolongará hasta el último tercio del siglo XX.

La constante preocupación de las matronas por el intrusismo quedará reflejada en los Estatutos de los Colegios Oficiales, publicados el 9 de mayo de 1930, momento a partir del cual la colegiación se hizo obligatoria. En el artículo 5 del capítulo I se declaró como una de las misiones de estos organismos la denuncia y persecución de los casos de asistencia a partos por personas sin titulación: “(…) Perseguir ante los Tribunales

competentes los casos de intrusismo llevando para este efecto la Presidenta y la Directiva la representación del Colegio (…)" (Ministerio de la Gobernación, 1930).

En las zonas rurales era frecuente que las propias mujeres de la familia de mayor edad o algunas vecinas, consideradas expertas por haber asistido anteriormente nacimientos, ejercieran de parteras. Algunas entrevistadas señalaron que fue habitual la presencia de personas cuyo objetivo era aprender el modo de asistir a una parturienta sólo a través de la observación de las matronas tituladas:

> (…) cuando los partos eran en las casas…siempre había mujeres mirando que quería saber, quería aprender para… y de hecho en aquellos tiempos había gente intrusa que no tenía ni carrera ni tenían nada y asistían los partos por los campos…y de eso no hace mucho. (Mt. 06:61).

Las informantes hicieron referencia al modo en que se solicitaba ayuda a estas parteras (denominadas por las matronas "aficionadas") señalando la costumbre y el peso de la tradición como uno de los motivos para la elección. Esta figura estuvo enraizada principalmente en las comunidades de las zonas rurales, donde no siempre existía una profesional a la que recurrir. En muchos casos habían asistido anteriormente a sus propias madres, hermanas o vecinas logrando ganarse la confianza de las familias del entorno. La llegada de una matrona a la zona, suponía un cambio para las futuras madres, al que en ocasiones mostraron cierta resistencia. En consecuencia, según las entrevistadas, las parturientas a veces sólo recurrían a las tituladas cuando aparecía alguna complicación, reflejándose en sus testimonios la crítica hacia los procedimientos y métodos utilizados por estas mujeres sin formación:

> La gente de campo llamaba más bien a las aficionadas, a las matronas las llamaban a última hora, ya cuando…estaban acostumbradas a que las tratara y las asistiera la vecina, la otra, gente que se dedicaba a eso sin título y decía…y claro, a veces te llamaban y ya aquello…ni sabías ya ni como estaba el crío ni nada, un desastre, estaban inflamadas sus partes de tanto

> ponerles…les ponían agua caliente para que el calor subiera, el vapor para arriba y eso las dilatara y ¡ unos edemas se les formaba que para qué!. (Mt.13:30).

Aunque las matronas entrevistadas manifestaron no tener una relación directa con las parteras de la zona, la mayoría de ellas sabían de su existencia y recordaban el apodo por el que fueron conocidas entre las mujeres del pueblo. Además, señalaron cómo con el paso de los años se fueron retirando, ya que muchas eran mujeres de edad avanzada. La tía Antonia "la Brava", "la Madrileña", "la tía Juanaca" o "la tía Catalina", serán algunas de las que actuaron en la zona de Lorca según relató la matrona 12.

A pesar de no existir ningún tipo de vinculación laboral con nuestras informantes, algunas afirmaron conocer la existencia de una relación de convivencia y conveniencia entre parteras tradicionales y determinadas matronas tituladas de generaciones anteriores. En este sentido, la entrevistada 12 puntualizó que en Lorca, antes de su incorporación, había dos únicas matronas tituladas para una gran población; si se producían varios partos simultáneos, la titulada atendería a las parturientas de la clase social más alta mientras enviaba a la partera en ayuda de las mujeres con menos recursos:

> "La Brava" era del campo, "la tía Juañaca" era la que asistía a las "gitanicas" y a toda la gente pobre estando doña P. de comadrona, que se iba a asistir a las señoritas y mandaba a…a las que tenía de beneficencia les mandaba a "la tía Juañaca", ¡las pobreticas! Y en el barrio estaba…por Santa Quiteria estaba "la Madrileña" y en el barrio estaba "la Catalina", daba gloria de verla, cuando mi tía dio a luz la asistió ella, llevaba unos delantales limpios, daba gloria de verla, bien peinada…entonces sólo estaba doña P. y doña J., no había nada más que esas dos. (Mt.12:94).

El testimonio de la entrevistada 04 fue similar, previo a su llegada como profesional al pueblo nos detalló la coexistencia simultáneamente en la zona de una matrona y una partera. Esta mujer sin titulación atendió incluso a su propia madre cuando ella nació, pero

en el momento que la informante comenzó a ejercer en el pueblo varios años después, esta partera ya era muy anciana y poco a poco se fue retirando.

La juventud con la que empezaron a ejercer la mayoría de matronas de esta investigación se convirtió en un hándicap para ellas frente a la larga experiencia de las parteras tradicionales. Esta juventud causaba cierta desconfianza entre las mujeres de la comunidad:

> Aquí había una mujer ya mayor que se dedicaba a ir a los partos y de mí decían: "Claro, si esa es una cría, ¡ya ves tú lo que va a entender!", lo que pasa: "¡Lo que va a entender ésa de partos!" y tal y cual. (Mt.03:7).

No obstante, señalarán una gran diferencia en cuanto a los conocimientos, técnicas y métodos empleados por las matronas tituladas, fruto de su formación, y los utilizados por las parteras tradicionales, cuyas prácticas estaban basadas en la experiencia adquirida con el paso del tiempo. La diferencia en el modo de trabajar, mediante procedimientos más modernos y asépticos, fue percibida por las familias de la comunidad, haciendo que poco a poco la confianza en ellas fuera incrementándose a pesar de su juventud:

> (…) había una gran diferencia, yo utilizaba guantes, mascarilla, claro, y me ponía un delantal…y entonces pues ya sabes tú lo que pasa en los pueblos, o sea, como no se murió el chiquillo ni la madre, pues enseguida dijeron: "Pues bueno… ¡es que hay una gran diferencia! (Mt.04:16).
>
> (…) la señora aquella mayor, claro…muy anticuada, se veía una señora, en fin muy mayor, una vestimenta muy rara, una señora ya muy mayor, entonces ella [refiriéndose a su esposa] fue el descubrimiento de todo el mundo, fue la novedad. (M.Mt.08).

Con respecto al detrimento y cese del ejercicio estas mujeres sin titulación, aparece como punto de inflexión el paso de la asistencia de los partos del contexto domiciliario al hospitalario. Según la informante 09, cuando las matronas comenzaron a acudir a las clínicas para atender los nacimientos también iniciaron un control para evitar la inclusión

de parteras dentro de estas clínicas. Fueron conscientes del amparo ofrecido por algunos médicos a estas mujeres sin formación, con las que llevaban años trabajando en el medio rural. Determinados tocólogos pretendieron contar con sus servicios también dentro de los hospitales. El modo de evitar este tipo de irregularidades fue repasando los libros del Registro Civil donde figuraban todos los nacimientos producidos en la zona para comprobar quién los había asistido y advirtiendo a los médicos de que debían trabajar junto a matronas tituladas y no junto a parteras tal y como marcaba la legislación. Esta misma reivindicación aparece en el análisis que Linares Abad (2008b) realiza del artículo "La matrona rural" dentro de su investigación sobre las matronas de la comarca de Sierra Mágina. Escrito por dos matronas, doña Carmel Díaz y doña Mariana Gómez Morillas y publicado en 1955 dentro de la colección *Al servicio de España y el niño español*, proponía como solución a la situación de las profesionales rurales que los médicos dejaran de recurrir a mujeres aficionadas, a las que luego pagaban una simple propina. Sin embargo, Linares Abad (2008b) señala la contradicción producida entre estas reivindicaciones y los relatos de las matronas de la Comarca señalando a los médicos como los primeros interesados en la desaparición de trabajo las parteras.

Algunos tocólogos confesaron haber preferido trabajar junto a una matrona joven y recién formada, pero sentían un compromiso y obligación moral hacía estas mujeres con las que habían trabajado desde siempre.

Tras analizar los testimonios aportados por las matronas murcianas nos resultó interesante incluir en este trabajo de investigación el relato de una partera tradicional ya que nos permitiría en cierto modo contrastar y triangular la información aportada acerca de la relación establecida entre nuestras protagonistas principales y estas mujeres.

La partera entrevistada asistirá nacimientos a partir de los años cincuenta en la zona de Cabezo de Torres (pedanía del municipio de Murcia a unos 3,7 Km de la capital). En su familia hubo varios antepasados dedicados a la ayuda durante el parto como medio de subsistencia: el primero de ellos fue su propio abuelo que realizó esta tarea en el municipio de Cehegín. Según nos contó la partera, mientras que en determinadas zonas de Murcia las mujeres aceptaron ser atendidas durante el parto por hombres sin titulación como su abuelo, en otras áreas sólo recurrían a otras mujeres para ser acompañadas durante el proceso. Tras ser culpado del fallecimiento de una parturienta, su abuelo se trasladó a la pedanía de Cabezo de Torres, viéndose obligado a abandonar su actividad ya que en esa localidad las mujeres se negaban a ser atendidas por hombres. Para poner solución a la situación decidió enseñar a su mujer (la abuela de nuestra entrevistada), siendo ella la que continuaría realizando esta labor. Posteriormente una de sus hijas (y tía de la entrevistada) también sería adiestrada en las habilidades necesarias.

Con este legado de antepasados dedicados a la partería tradicional y ante las necesidades económicas familiares, la entrevistada decidió según sus propias palabras, "meterse a comadrona" como antes había hecho su abuelo, abuela y tía. En esos momentos contaba con tan sólo veintiséis años y había parido una vez:

> (…) entonces nosotros teníamos mucha falta, iba mi marido a ver si trabajaba, iba a cortar o a escardar y decían: "tú y tú y tú"…y él se tenía que venir y trabajaba a lo mejor en una semana un día, a la semana siguiente nada y digo yo: "¡Oye! ¿Y si me metiera yo a comadrona?" Dice: "Haz lo que quieras" y una mujer que venía por aquí vendiendo dice: "¿Pero tú lo has pensado bien? ¿Tú sabes donde te metes?" y digo: "Yo sí, él me ha dicho que haga lo que yo quiera y yo voy a ver" (Part:3).

Una vez tomada la decisión se presentó ante una matrona titulada de Murcia con dos objetivos: por un lado acompañarla en su ejercicio para adiestrarse y, por otro, llegar a

un acuerdo para la tramitación y cobro de su trabajo, del mismo modo que anteriormente había hecho su tía. La remuneración por los partos atendidos a las beneficiarias del Seguro únicamente podía gestionarse a través de las profesionales tituladas y autorizadas para asistirlas y en ningún caso directamente por las parteras. Durante el embarazo o parto, las gestantes entregaban una parte de su cartilla (documento identificativo acreditando su condición de aseguradas) a las profesionales a modo de justificante indispensable para que éstas percibieran sus haberes por el acto médico realizado. Así, las mujeres entregaban a nuestra entrevistada esta parte de la cartilla, que a su vez llevaba hasta la matrona para que solicitara ante el Seguro la retribución correspondiente. De este modo la partera comenzó a ejercer haciendo lo que ella denominó en su testimonio "arreglar cartillas":

> (…) y entonces yo fui a hablar con mi tía, la hermana de mi padre y entonces se arreglaban unas cartillas…los seguros eran…arreglaban las cartillas cuando estaban embarazadas para el médico y la comadrona y entonces mi tía las arreglaba las cartillas esas, entonces se lo dije a mi tía: "pasa esto" y ella estaba muy vieja y me dijo: "Anda y ves a la comadrona que yo eso y cuéntaselo" y entonces fui a Murcia, que vivía en Vistabella, doña C.R, que esa era comadrona titular y entonces le dije: "Mire usted, que mi tía esta mala y entonces que a mí me gustaría…pues eso" y entonces me dijo: "Bueno, pues tu empieza a arreglar cartillas y cuando te llamen las de las cartillas me llamas y voy y nos juntamos las dos y si no, cuando vengas a traerme para arreglar las cartillas, pues si yo estoy preparada para algún parto pues te vienes conmigo y vas aprendiendo". (Part.:5).

El siguiente fragmento recoge cómo se repartían las ganancias: por cada parto atendido del Seguro cobraban sesenta pesetas, la matrona titulada se embolsaba treinta y cinco, únicamente por tramitar el cobro, mientras a ella le entregaba las veinticinco restantes:

> (…) de la cartilla esa que yo arreglaba le daban 14 duros a la comadrona y entonces a mí la comadrona me daba cinco duros de las cartillas que yo arreglaba y ella se quedaba ¿Cuánto son? ¿Nueve?...se quedaba con nueve y a mí me daba cinco. (Part.:6).

Además de este dinero, las familias de la comunidad le retribuían como buenamente podían, dejando claro el testimonio de la partera que ella nunca exigió un pago por su labor. Aunque sus honorarios eran "la voluntad", registraba en un cuaderno lo entregado por cada una de las recién paridas "(…) lo tenía todo apuntado, cuando venía ponía "fulana" y como yo no exigía, me daban lo que querían y ponía lo que me daban (…)" (Part.:15).

La partera recordó el episodio en el que acudió por primera vez a asistir un nacimiento. Reconoció no contar con experiencia ni disponer de ningún tipo de conocimiento teórico previo, ya que prácticamente no sabía ni leer ni escribir. Sin embargo, tras un resultado satisfactorio, fruto de la intuición y de la vivencia de su propio parto, adquirió muy buena reputación entre las familias de la comunidad por lo que pronto comenzaron a demandar sus servicios incluso fuera de la pedanía:

> (…) cuando me llamaron… me llamó una que le había arreglado la cartilla y digo: "¡Madre mía! ¿Y yo que voy a hacer ahora?"...cuando llegué la cuestión es que nació enseguida y digo: "¡madre mía!" Y entonces no llevaba yo nada, nada más que el paquete ese que daban con media docena de compresas, un paquete de algodón, un paquetico de gasas, el torzal para atarle el cordón…eso se lo daban en el Seguro, cuando les daban la cartilla cogían el paquetico ese…pero yo claro, cuando salió, pues le ato la tripa y digo yo: "¡Madre mía! ¿Y ahora que hago yo con esto que cuelga aquí?" [Refiriéndose al cordón umbilical que colgaba a través de la vagina antes de desprenderse la placenta del útero] y entonces cogía el cordón y le estiraba y le tocaba la barriga: "¿Te hago daño?" "no" y yo venga y venga hasta que salió la placenta y digo: "Pues ya no queda nada" y empezaron: "¡Ay madre mía! ¡Ay que lista! ¡Ay que no se qué! ¡Ay que no se cuantos!...vamos que cogí una fama muy buena, me

> llamaba la una, me llamaba la otra, todo el mundo, todo el mundo…hasta a Murcia he ido a partos, por ahí por San Félix, a Monteagudo, a Espinardo…a muchos sitios. (Part.: 12).

Tras la asistencia al parto, les entregaba a las familias un documento con el que realizar el registro civil del niño o la niña donde figuraba fecha, sexo y hora de nacimiento. Como la partera apenas sabía escribir, la imprenta le diseñó un formato fácil de cumplimentar. En él se hizo acompañar su nombre de la denominación de comadrona.


COMADRONA

J M

CABEZO DE TORRES

Cabezo Abajo

He asistido a Dña.....

Habiendo tenido un..... Llamado .....

y para que conste a petición interesada firmo en

Cabezo de Torres a.....de.....196.....

Figura 42. Documento facilitado por partera a las madres para realizar el Registro Civil del recién nacido.
Imagen original de documento cedido por partera.

Además, esta partera en ocasiones fue requerida por médicos y tocólogos para realizar tareas auxiliares. Del mismo modo, ella solicitó la presencia de éstos o del practicante de la zona para resolver algún parto complicado. En concreto, la partera nos detalló la relación establecida con unos de los obstetras, natural del pueblo donde ella residía. Fue tan estrecha que cuando fundó una maternidad privada en Murcia mostró mucho interés porque ella formara parte del personal de esta clínica, aún sabiendo que a pesar de su experiencia no disponía de ninguna formación ni titulación. Igualmente, este médico se ofreció a otorgarle él mismo el título de matrona, algo que denota la creencia de tener poder para decidir o adjudicar títulos profesionales: poder falso y fuera de su alcance, pero que deja entrever el sentimiento de autoridad de la clase médica para acreditar y autorizar el trabajo de parteras y matronas, minimizando en cierto sentido la importancia de la formación teórica adquirida por las tituladas y valorando muy positivamente la experiencia empírica de estas mujeres:

> Don J.R. me llamó un día…estaba yo subiendo agua de la acequia por ahí por las escaleras para arriba, con un cántaro y un caldero y él que venía, como él era de aquí, dice: "¿tienes mucha prisa?", digo: "¿Por qué?" Dice: "Porque voy a hacer un legrado… porque me ayudaras" digo: "Pues ahora mismo", vine, deje el cántaro y el caldero y cogí mi delantal y me fui con él a hacer el legrado (…) cuando puso [la clínica de maternidad] él quería que me fuera allí y la que había allí en la cocina decía: " Te está esperando, te está esperando, él me ha dicho: Tú dile que venga, le hago yo el título aunque no lo tenga, se lo hago yo aún sin estudiando" porque sabía que yo sabía, la cuestión es que ya terminó por decírmelo y digo yo: "Mire usted si yo…me faltan manos, yo estoy en mi casa, me llaman, voy, las veo, si les falta me voy a mi casa y yo tengo a mis hijos…(Part.:7).

El fragmento viene a confirmar el cobijo que ciertos médicos prestaron a la labor de las parteras reflejado también por los relatos antes expuestos de las matronas entrevistadas. Otro punto en común con lo narrado por las tituladas fue la relación establecida entre el paso de los nacimientos del contexto domiciliario al hospitalario en los años setenta con el cese de la actividad laboral de la partera "(…) yo empecé a aflojar los partos cuando hicieron la Arrixaca y ya la gente como tenía miedo decían que era más cómodo (…)" (Part.:17).

Según la percepción de esta mujer, ha sentido el reconocimiento por parte de las familias y mujeres a las que acompañó durante sus partos. Ella fue quien "vistió a sus hijos e hijas", expresión utilizada por las personas de la zona y por la propia partera como sinónimo de la labor de asistencia o ayuda realizada durante los nacimientos. El número de recién nacidos que esta partera "vistió" no lo podemos saber con exactitud, pero tras aproximadamente veinte años de trabajo seguramente fueron cientos.

En definitiva, tras analizar los testimonios recogidos en esta investigación parece que las parteras tradicionales fueron consideradas una amenaza contra el trabajo de las matronas, aunque paulatinamente su presencia en los partos fue menor. Las matronas cada

vez fueron más numerosas y mejor preparadas, las parteras al tiempo eran generalmente mujeres ancianas identificadas con una época anterior. Conforme las tituladas ocuparon distintos puestos de trabajo y los partos se integraban en los hospitales, el intrusismo en la asistencia fue menguando. Nuevamente la falta de apoyo recibida por algunos médicos en las reivindicaciones de las matronas generaría conflictos entre ambos.

7.2.4.4 Relaciones entre las matronas.

La relación intraprofesional establecida entre las matronas de las distintas zonas donde las entrevistadas trabajaron asistiendo partos domiciliarios no fue homogénea, sino un aspecto a contemplar desde la individualidad de cada caso y territorio. Según la organización del trabajo en cada demarcación, el número de matronas existente o si sus ingresos los obtenían trabajando a través de un ejercicio libre o por servicios a la Beneficencia Municipal, al SOE o a beneficiarias de cualquier otro seguro libre, las matronas nos hablarán de relaciones de competencia, de amistad y compañerismo o simplemente de cierta indiferencia entre ellas. Si bien es cierto que en las zonas rurales más aisladas, algunas informantes no tuvieron cerca otras matronas tituladas con las que establecer lazos profesionales.

Los Colegios Oficiales de Matronas además de velar por el respeto hacia el ejercicio legal de su profesión, también pudieron considerarse intermediarios en la relación entre las colegiadas. En sus estatutos recogían entre sus misiones “Velar por el decoro y buen nombre de la clase social que representan y mantener la necesaria armonía y fraternidad entre todas las colegiadas y Colegios entre sí” (Ministerio de la Gobernación, 1930).

A veces la relación entre las matronas de un mismo pueblo no fue estrecha, pero sí cordial. La matrona 05 nos contó como en su zona existían dos matronas cuando ella llegó

recién titulada "(…) La relación con ellas pues era de adiós y hablar poco, cada uno estaba en su casa, pero sí nos llevábamos bien (…)" (Mt.05:178), afirmando que tampoco tuvo relación con las matronas de los pueblos vecinos porque se encontraban alejados del suyo y el sistema de transporte y comunicaciones dificultaba cualquier contacto.

Fue habitual cuando comenzaron a trabajar que existiera una gran diferencia generacional entre ellas y las matronas que ejercían anteriormente en la zona. En algunos casos habían atendido incluso el parto de sus madres:

> Doña P. era la única matrona que entonces había (…) y me acuerdo cuando doña P. fue a mi casa a asistir a mi madre (…) era la única matrona de título que había aquí en Lorca, las demás eran aficionadas todas. (Mt.13:10).

La matrona 12 cuando llegó como profesional titulada a su pueblo coincidió con las dos mismas matronas que recordaba desde su infancia:

> Cuando yo llegué ¡Estaban todavía ellas!, pero ya se jubiló doña P. y se murió y yo he trabajado con doña J., que era más vieja que doña P., pero esa se murió ya jubilada, muy viejecica…muy viejecica. (Mt,12:98).

Esta distancia generacional vivida por las entrevistadas dificultaría en cierto modo las relaciones entre unas y otras, aunque las más jóvenes siempre aludieron al recuerdo de las mayores con gran respeto.

Sin embargo en determinadas pedanías se estableció cierta rivalidad dentro del colectivo. Al preguntarle a la matrona 08 si entabló alguna relación con sus compañeras de la zona nos respondió claramente que no "(…) Relación no, porque los de tu profesión serán tus enemigos (…)" (Mt.08:221) considerando el trabajo de las otras profesionales próximas a su entorno como una competencia y amenaza para el suyo propio.

En otros casos, aunque las entrevistadas reconocen que la pérdida de una clienta no era plato de buen gusto para ellas, no responsabilizaban de esto a sus compañeras matrona,

sino a la propia gente del pueblo que al fin y al cabo tenían libertad para acudir a una u otra. La propia denominación a la gestante como clienta denota el carácter comercial otorgado al ejercicio de la profesión:

> (…) ¡Hombre!, a lo mejor tu tenías una…eso me ha pasado a mí, tener una clienta y a lo mejor…porque…por lo que sea, porque le han recomendado otra por lo que sea, se ha ido a otra matrona, a lo mejor no te da gusto, pero por eso yo no he perdido la amistad con la matrona porque la matrona al fin y al cabo no tiene la culpa, que son entre la misma gente… (Mt.13:133).

Sin embargo, en el caso de Lorca, las informantes definieron la relación que existía entre ellas como estrecha y de compañerismo llegando incluso a reunirse habitualmente, mostrando un espíritu corporativista. Según el testimonio de la hija de la matrona 13, el origen de esta buena relación entre ellas fue el reducido número de matronas que ejercían por libre en la zona. Apoyarse unas en las otras para cubrir los momentos en los que debían ausentarse por motivos personales fue fundamental. Como revela los siguientes fragmentos trabajaron prácticamente como un equipo, otorgándoles cierta libertad:

> Se llevaban muy bien porque decía a lo mejor: "Que me voy a ir tal día a la playa, tengo dos o tres mujeres que están a punto de cumplir, ya les he dicho que te llamen a ti o a ti o a la que quieran y les he dejado los teléfonos (…) además como aquí eran pocas, pues necesitaban también apoyarse porque si no tampoco… (…) entonces en eso siempre se han llevado muy bien. (Mt.H.Mt.13).
>
> Cuando mi prima Mª A. se puso de parto tu padre [se dirige a su hija que está presente durante el relato] dijo que era la boda de su sobrina y ¡QUE IBA A LA BODA DE SU SOBRINA!, entonces yo llamé a C. [se refiere a una matrona compañera] y digo: "Mira C. vete y asómate, vete a lo de mi prima Mª A. que está de parto y yo no puedo ir. (Mt.12:211).

En el caso de las Matronas Titulares Municipales, su reglamento les obligaba a dejar siempre suficientemente atendido el servicio durante el tiempo que no estuvieran en

su domicilio. Cuando esta ausencia se prolongaba más de cuarenta y ocho horas debían solicitar una licencia oficial (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, 1935).

Otro motivo que propició la buena relación entre las matronas de Lorca fue que cada una de ellas se encargaba de atender los partos de unos determinados sectores o pedanías. Mientras una abarcaba el territorio de La Hoya, Tercia y Zarcilla de Totana, otra se encargaba de Purias y El Campillo o La Paca y Zarcilla. Esta distribución del trabajo facilitó el buen entendimiento entre ellas.

En resumen, los sentimientos expresados por nuestras protagonistas acerca del vínculo establecido con los miembros de su propio colectivo fueron desde la confrontación a la indiferencia, desde el respeto y admiración hasta la fraternidad y solidaridad que tendría mucho que ver con el modo de organizarse y el contexto en el que trabajaron estas mujeres.

7.2.4.5 Relaciones con las familias de la comunidad.

La mayoría de matronas señalaron en sus testimonios que al poco tiempo de llegar como tituladas a las distintas zonas rurales donde ejercieron todo el mundo supo de su presencia ya que en los pueblos todos los vecinos se conocían "(…) el trato era muy comunicativo, muy familiar porque como entonces el pueblo era grande, pero todo el mundo nos conocíamos (…)" (Mt.13:111).

La relación que establecieron las matronas con las familias de la comunidad estuvo influenciada por varios factores, siendo uno de los principales el hecho de que la localidad donde comenzaron a trabajar tras su formación fuera además su lugar de nacimiento. Este fue el caso de algunas de nuestras protagonistas. Así, desde el respeto que reconocieron recibir por parte de la comunidad, la relación establecida con sus clientas fue de cercanía, ya que ellas y sus familias eran conocidas en el pueblo desde mucho antes de

obtener su titulación. Los relatos dejan entrever la importancia otorgada a la figura de la matrona como miembro relevante:

> (…) claro, entonces se conocía todo el mundo, todo el mundo se conocía, y yo me acuerdo que estaba en casa de unos familiares, que todavía no tenía ni casa ni nada porque mis padres vivían en Puerto Lumbreras en una finca y claro…y entonces mientras mi hermana como se casaba y se quedaba aquí y me iba a ir a vivir con ella, pues me fui a casa de esa señora, amiga, familia y enseguida se enteró la gente y se corrió la voz. (Mt.13:40).
>
> (…) entonces esto era un pañuelo (…) aquí cuando vino [refiriéndose a su esposa], pues fíjate, pues eso era…la reina de aquí… además hija de Molina… todo el mundo sabía que estaba fuera y que estaba estudiando matrona. (M.Mt.08).

El testimonio de la matrona 06 desvela igualmente como el resto de profesionales sanitarios, como médico, farmacéutico o practicante también fueron personas muy conocidas y respetadas en las zonas rurales:

> Mi padre era una persona conocidísima y ahora después de los años que hace que ha muerto todavía vamos a Caravaca, que tenemos casa allí y dicen: " Mira las hijas de C.", "A pues sí ¿ te acuerdas?", yo no me acuerdo de mucha gente porque hace cuarenta y muchos años que vivimos aquí, entonces yo no me acuerdo de mucha gente, pero la gente sí nos recuerda como las hijas de C., porque mi padre era un persona muy conocida porque estaba además en una farmacia, la farmacia era de mi padrino pero la llevaba él, entonces claro nosotros vivíamos en la farmacia, encima de la farmacia y aquello pues claro, la gente lo conocía muchísimo, lo llamaban a media noche, lo llamaban a cualquier hora por medicinas o para ir a poner una inyección o para ir a tomar una tensión, una cosa así y él estaba siempre, porque lo conocía todo el mundo, por eso nosotras somos muy conocidas todavía en el pueblo. (Mt.06:43).

Sin embargo, la relación de cercanía y los lazos que unían a las matronas con muchas familias de la comunidad, que las habían visto crecer desde niñas, supuso según el testimonio de la entrevistada 06, un hándicap para ejercer como profesional entre las vecinas del pueblo. En muchos casos se sintió incapaz de reclamarles los haberes

correspondientes tras su asistencia como matrona titulada. Por este motivo y para poder vivir de su trabajo decidió trasladarse a Murcia:

> (…) y entonces ya me fui a mi pueblo, me fui a Caravaca y empecé a trabajar allí y allí estuve cuatro años trabajando, pero lo que pasa en el pueblo cuado eres del pueblo, pues todo son: "Pues como es la hija de no sé quién, pues no le cobro, como es la hija de no sé cuantos pues ¿cómo le voy a cobrar? si es que es mi médico de cabecera ¿cómo le cobramos?" Total que dije: "No, no, esto no es plan, porque yo tengo que vivir de esto que para eso lo he hecho" y entonces me vine a Murcia y ya me quedé (…). (Mt.06:5).

Como símbolo de gratitud, las matronas recibieron de las familias regalos, que normalmente fueron alimentos, entre los que se encontraban productos de la tierra cultivados por ellos mismos, huevos o carne de matanza:

> (…) luego la gente pues sí, cuando iba al campo, pues una que si me daba media docena de huevos…me preguntaban ¿Qué se le debe?...nada, como es del Seguro, ahora si me querían dar algo me lo agradecían así, o habían matado cerdo y me daban una longaniza o tenían tomates y me daban un puñado de tomates, todas esas cosas. (Mt.03:10).
>
> Un día después de un parto me regalaron un huevo de avestruz y allá que llego yo y me dicen: "¡Pues si que has tardado en el parto!" y dije: "¿Qué quieres? El tiempo que he tardado… ¡mira lo que me han regalado!" y ¡AHÍ IBA YO CON MI HUEVO! [risas]. (Mt.03:68).

En general las matronas se sintieron muy queridas y respetadas en el contexto de su trabajo, la mayoría relataron episodios donde incluso después de estar años jubiladas aún seguían recibiendo el agradecimiento de las mujeres a las que habían atendido en sus partos:

> (…) subía ese matrimonio por ahí y: "¡Ay cuanto tiempo sin verte! ¿Te acuerdas de mí cuando tal día me trajiste a mi hija al mundo? Dice: ¡Pues ya tiene cincuenta años!" y hasta ahora la gente te conocen, pero es que antes todo el mundo nos conocíamos. (Mt.13:111).

En ocasiones las entrevistadas actuaron como madrinas en los bautizos de alguno de estos niños que trajeron al mundo, como muestra de reconocimiento y agradecimiento de la familia por su asistencia durante el parto haciéndolas partícipes de estos ritos socializadores que les otorgaron un elevado estatus:

> (…) era "doña Fulana", entonces había un nivel ahí de mucho reconocimiento y ya te digo, ellas eran las que llevaban el cotarro y llamaban y la gente, bueno, yo he ido… después íbamos hasta a los bautizos, nos invitaban a los bautizos, teníamos que llevar nosotras… la madrina… y la matrona llevaba el niño al bautizo, quiero decir que tenían un nivel de reconocimiento muy bien, luego ya al pasar al hospital bajó (…). (Mt.07:150).



Figura 43. Niño el día de su bautismo. Imagen original cedida por informante

Según Linares Abad (2008a) la presencia de la matrona en los bautizos de la realeza en épocas anteriores era signo de prestigio social tanto para la matrona como para la familia y aunque a mediados del siglo XX este acto fue desapareciendo, continuó realizándose entre las familias más adineradas.

Las muestras de reconocimiento hacia las matronas murcianas fueron más allá de las gentes, alcanzando también un prestigio a nivel institucional. Su trayectoria profesional recibió en muchos casos homenajes por parte de los Ayuntamiento de las distintas localidades donde ejercieron en forma de placas de agradecimiento e incluso otorgando su nombre a calles y parques, lo que indudablemente elevó el estatus adquirido por cada una de ellas (Leal Larrarte et al., 2013). Estos símbolos representarán un consenso social en el otorgamiento de un gran valor al papel desempeñado para sus comunidades.



Figura 44. Inauguración "Parque comadrona Benita Tomás Bobadilla". San Javier (Murcia). Imagen obtenidad de http://www.murcia.com/sanjavier/noticias/2010/07/01-ayuntamiento-dedica-parque-a-comadrona.asp



Figura 45. Inauguración de la "Avenida Conchita la comadrona". Molina de Segura (Murcia). Imagen obtenida de http://radiomolina.com/noticias/Ficha.aspx?FrmIdNot=3995

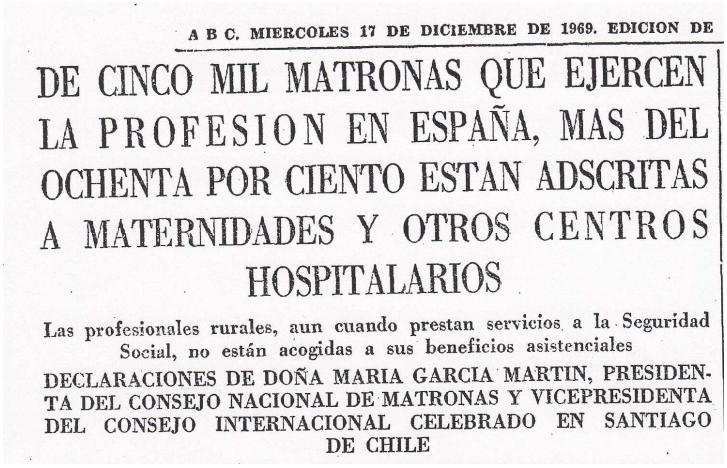
7.3 CATEGORÍA 3: EL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EL CONTEXTO DEL PARTO HOSPITALARIO. VIVENCIA DEL CAMBIO.

En este apartado nos centraremos en conocer el trabajo de las matronas en las instituciones sanitarias y la vivencia del cambio por el que los nacimientos se establecieron como un proceso hospitalario. Nos interesa estudiar los motivos que las llevaron a formar parte de la red de estructuras de salud surgidas a finales de los años sesenta y qué reacciones percibieron entre las gestantes y familias ante el nuevo contexto del nacimiento. Exploraremos la repercusión del nuevo escenario y el modelo hospitalario sobre el ejercicio profesional de las matronas así como las modificaciones en la atención y cuidados prestados a las gestantes. En último lugar nos adentraremos en las relaciones establecidas tanto con el resto de profesionales como con la población atendida en las instituciones.

7.3.1 El proceso de institucionalización del parto.

Ya desde las primeras décadas del siglo XX en España hubo defensores de las ventajas del parto hospitalario entre los tocólogos, alguno de ellos habían concluido su formación en Alemania donde ya existía esta tendencia. No obstante, la escasa red sanitaria de nuestro país mantendría a las mujeres en sus hogares para dar a luz hasta los años sesenta (Usandizaga, 2006). A partir de ese momento, conforme a las directrices de la política nacional de salud se desarrollaron numerosos planes que impulsaron la construcción de instituciones sanitarias por todo el territorio español. Una de las medidas que contribuyó mayormente a este objetivo fue la publicación en 1962 de la Ley de Hospitales que consiguió elevar su número hasta superar el millar en 1970 (Siles González, 2011). La creación de estos establecimientos tuvo el propósito de lograr que la totalidad de mujeres acudieran a parir a ellos acabando así con los nacimientos domiciliarios

"conseguir la hospitalización maternal total y que no quede ninguna beneficiaria gestante que verifique su alumbramiento en el ambiente inadecuado de su domicilio." (Asistencia, 1967, p.8 en Rodríguez Ocaña y Perdiguero, 2006). En 1969 la prensa publicó las palabras de la presidenta del Consejo Nacional de Matronas donde señalaba que la mayoría de matronas españolas se encontraban vinculadas a instituciones hospitalarias:



A B C. MIERCOLES 17 DE DICIEMBRE DE 1969. EDICION DE

DE CINCO MIL MATRONAS QUE EJERCEN LA PROFESION EN ESPAÑA, MAS DEL OCHENTA POR CIENTO ESTAN ADSCRITAS A MATERNIDADES Y OTROS CENTROS HOSPITALARIOS

Las profesionales rurales, aun cuando prestan servicios a la Seguridad Social, no están acogidas a sus beneficios asistenciales

DECLARACIONES DE DOÑA MARIA GARCIA MARTIN, PRESIDENTA DEL CONSEJO NACIONAL DE MATRONAS Y VICEPRESIDENTA DEL CONSEJO INTERNACIONAL CELEBRADO EN SANTIAGO DE CHILE

Figura 46. Noticia de prensa sobre matronas en instituciones hospitalarias, 1969. Extraída de periódico ABC, 17 de diciembre de 1969. p.69.

En los años 90, la institucionalización del parto fue un hecho consumado ya que casi el 100% de gestantes verían nacer a sus hijos e hijas en las maternidades hospitalarias (Castaño Molina, 2009). Así pasaba de ser un suceso que transcurría en la privacidad de los hogares, generalmente con el acompañamiento y asistencia de otras mujeres, a ser un acto público de interés social que debía ser controlado (García Jordá & Díaz Bernal, 2010).

Nuestras protagonistas fueron testigos de este cambio del lugar habitual de nacimiento que conllevó necesariamente una modificación de sus pautas de trabajo y de su entorno laboral: tuvieron que acatar las nuevas normas impuestas por la institución pero a cambio obtuvieron otras ventajas como veremos más adelante.

A partir de la segunda mitad del siglo veinte las entrevistadas identificaron en sus testimonios dos etapas claramente demarcadas con respecto a la institucionalización de la asistencia del parto, una primera etapa, antes de la construcción de los grandes hospitales

de la Seguridad Social, en la que los nacimientos iniciaron el traslado del ámbito domiciliario a pequeñas clínicas o maternidades y una segunda etapa, a finales de los años sesenta y principios de los setenta, en la que se consumó el fin del parto domiciliario ubicándose definitivamente dentro de estas grandes instituciones sanitarias. Por tanto, el modo en que se desarrolló el cambio fue vivido como un proceso paulatino. Durante el análisis del trabajo en el contexto domiciliario, señalamos que en un inicio los partos normales únicamente se producían en los hospitales cuando se preveía algún tipo de distocia o las condiciones de los domicilios no eran las adecuadas. Gradualmente, fueron los propios profesionales médicos los que comenzaron a proponer a las mujeres atendidas de un modo privado el salir de sus hogares para parir a sus criaturas en las clínicas. De este modo, los partos más dificultosos y de mujeres de clases sociales más elevadas serían los primeros nacimientos producidos fuera del contexto domiciliario, tal y como afirma Usandizaga (2006), aspecto que coincide con lo señalado por nuestras entrevistadas. Según relataron, a partir de la iniciativa de varios profesionales médicos se proyectaron y habilitaron pequeños espacios en el intento de reproducir un entorno hospitalario, dotándolos de los recursos imprescindibles para la asistencia obstétrica. Las matronas que desempeñaron su labor en la zona de Lorca, narraron el modo en que uno de los tocólogos remodeló y transformó una vivienda particular en una pequeña clínica maternal:

> (…) se estaba haciendo la clínica de don J. L., pero eso era una clínica privada, aquí lo único que había del Seguro era un caserón que era la clínica de la Seguridad Social y el titular era don M. que era ginecólogo (…) él hacía los partos en una casa que compró y era una casa y la adaptó, puso una mesa de quirófano, para hacer cesáreas, los fórceps y lo que allí llegaba. (Mt. 13:29).

Con el transcurso del tiempo, esta pequeña maternidad fue clausurada por las autoridades al considerar que no reunía las condiciones de asepsia exigidas, obligando a los/as profesionales a derivar a las mujeres a un centro hospitalario de mayor envergadura:

> (…) porque don M. trabajaba en su casa (…) pero le dijeron que claro, que por mucha asepsia que hubiera que eso no era un clínica y entonces ya no hacía partos en eso y los llevaba al hospital (…) (Mt. 13:38).

Por su parte, las matronas de Lorca contaron con el hospital de San Francisco, surgido tras la cesión en 1938 a la Junta de Beneficencia Municipal del edificio que albergaba el convento de San Francisco, donde se atendían tanto partos de mujeres sin recursos como de gestantes privadas. Conforme nos acercamos a los años 70, se crearon nuevas instituciones de mayor importancia:

> (…) las subíamos a la clínica, entonces no había más clínica que el hospital y estaban haciendo el Centro Comarcal y Virgen del Alcázar [1973]. En el Hospital de San Francisco había una parte privada y otra de Beneficencia y otra parte de asilo de ancianos, entonces lo que se subía era… (…) los llevaba al hospital y al Centro Comarcal, que estaba en obras y lo terminaron, lo remataron y ahí empezamos a irnos y a la Virgen del Alcazar y luego ya Santa Rosa de Lima [1973]. (Mt.13: 38).

En la zona de Molina de Segura aconteció una situación similar a la sucedida en Lorca; en un principio, la salida de los nacimientos de los domicilios a las clínicas se llevó a cabo utilizando pequeños espacios reconvertidos en salas hospitalarias. La informante 08, plasmó sus vivencias durante el proceso. Así, en una de las habitaciones de un asilo de religiosas se improvisó un paritorio, acondicionándolo con los materiales más básicos. En este espacio fue instalada una mesa de quirófano y de exploraciones ginecológicas, con sus correspondientes perneras, para facilitar el trabajo de los/as profesionales y permitir la instrumentación de partos complicados:

> (…) luego hicieron una maternidad provisional aquí, en una asilo preparamos una habitación y hicimos un paritorio nos traíamos a las mujeres que querían (…) en el asilo habíamos preparado una mesa de esas de quirófano con dos perneras…para que las mujeres pudieran…y una cama que nos dejaron las monjas. (Mt.08:120).

La matrona 06 durante su ejercicio profesional en Caravaca, recordó los pequeños hospitales y sanatorios de Murcia donde trasladaba a las mujeres que lo precisaban:

> (…) me acuerdo más pues eso, del pueblo traer aquí a un hospital que había que era muy cutre, muy cutre en la Plaza Camachos que se llamaba "el 18 de Julio", eso no sé si lo habréis oído… , hace muchos años ya, ya te digo del año 57-58 por ahí ¿sabes?, esos eran los hospitales así más… porque estaba también el Sanatorio de la Fuensanta que ¿sabéis dónde estaba?...Pues estaba ¿dónde está el Banco Vitalicio?, allí enfrente del Corte Ingles, que hace esquina, un edificio granate que hace esquina enfrente del Corte Ingles mirando hacia la Gran Vía, pues allí era el Banco Vitalicio, … el Sanatorio de la Fuensanta. Era de una sola planta… la baja y una planta, era, pues eso, hacía un esquina ahí y ahora pues fíjate porque es que toda esa calle, estaban allí los Maristas también, donde era Galerías Preciados, enfrente del Corte Ingles, allí había un colegio de Maristas y esos hospitales eran los que había para asistir partos, estaba otro muy pequeño también y muy… ahí, en la Plaza Circular haciendo esquina a Santa María de los Buenos Libros, pues ahí había un hospital que era Mesa del Castillo, que también se asistían ahí partos pero bueno eso ya…(Mt. 06:7).

El testimonio del ginecólogo entrevistado confirmaría la situación de escasez en la que estuvieron sumidos la mayor parte de estos pequeños hospitales. Su testimonio reflejó que en esos años todavía la inmensa mayoría de partos se producían en el contexto domiciliario:

> En la mayoría de estas clínicas no había paritorio, en el 18 de Julio o en San Carlos no había un paritorio, porque realmente a parir… a parir allí no iba ninguna, iba alguna cesárea, pero ya en unas condiciones bastante malas. (Gc.:14).

En la ciudad de Murcia, como único hospital público en los años cincuenta, se encontraba el Hospital Provincial San Juan de Dios (1952-1984), actual Hospital General

Universitario Reina Sofía (Martínez Hernández, 2005). Así describió la situación de la sanidad murciana el practicante entrevistado:

> (…) había pocos hospitales, prácticamente como hospital público el único que funcionaba era el Hospital Provincial (…) este hospital ya existía desde muy antiguo, antes era el Hospital de San Juan de Dios (…) en 1950 la medicina en Murcia era… era… prácticamente era de la Edad Media, por decir mucho, mira no existían centros hospitalarios, no existían más que, de los oficiales, estaba el Hospital Provincial de Murcia que dependía de la Diputación Provincial.(Pt.: 23).

Al igual que ocurría en otras instituciones, este centro disponían de una zona destinada a la atención a partos de beneficencia y otra área privada dedicada a la asistencia de los nacimientos de las clases más acomodadas, a esta última las matronas se refirieron como "planta sanatorial". La entrevistada 06 a finales de los años 50 cesó su labor como matrona rural, trasladándose hasta la capital murciana donde se incorporaría como profesional al mencionado hospital. El siguiente testimonio, refleja la distinta condición social de las mujeres atendidas:

> (…) iban al hospital, al de San Juan de Dios que es el Reina Sofía de hoy, pues me las llevaba allí, que allí había beneficencia, allí no se hacían partos nada más que de beneficencia, había una planta que le decían la planta sanatorial que allí había gente particular, enfermas…o sea parturientas de don E. o de su hermano don J. L. y las asistíamos en la planta sanatorial que era como si dijéramos una planta para particulares nada más…(Mt.06:7).

Pero un impulso importante en el proceso de institucionalización del parto durante los años sesenta en la capital sería la inauguración de la Clínica Belén (1965) y la Clínica Virgen de la Vega (1967). La primera surgiría por iniciativa de cuatro ginecólogos murcianos con el objetivo de crear una maternidad de carácter privado dirigida exclusivamente a la asistencia obstétrica. Esto sería una gran novedad en Murcia ya que a

partir de ese momento los/as profesionales dispusieron de un lugar donde asistir a sus clientas privadas durante las 24 horas del día, opción inexistente hasta entonces. La dificultad de acceso a los escasos servicios hospitalarios y el déficit de atención sanitaria a la población general fueron señalados en el discurso del practicante entrevistado:

> (…) aquello estaba abierto las veinticuatro horas, por ejemplo un detalle, haciendo un inciso, en los hospitales…en los sanatorios privados ni en los hospitales…en los hospitales había una guardia relativa, en los sanatorios privados no había nadie el sábado y el domingo, no había nadie, me acuerdo un día, la jefa de San Carlos, porque una niña se cayó por allí cerca del San Carlos antiguo, ¿tú sabes dónde estaba?, estaba al lado de la Universidad, una niña se cayó de un balcón y se mató pero la llevaron, claro, la llevaron allí al hospital y en el hospital le dijeron que allí no había nadie y aquello salió en el periódico y la monja… el cabreo que agarró la monja: "¡Pues fíjate lo que han dicho!, ¿pues qué quiere esta gente?, ¿que tengamos aquí un médico esperando a ver quién se lisia?" eso te da idea de cómo estaba la medicina en Murcia. (Pt.:42).

La apertura de estas nuevas maternidades día y noche supuso un cambio trascendental en el ejercicio de los/as profesionales. La dureza de las condiciones laborales de los tocólogos a mitad de siglo figuró en el testimonio del ginecólogo entrevistado, reflejando la impotencia y angustia que sufrieron ante la precariedad de los recursos disponibles a la hora de resolver una situación de urgencia:

> La tasa de cesáreas era muy baja porque además hacerlas era complicado, había que llevarse a las mujeres a una de esas clínicas, estaban cerradas, por la noche no te daban (…) no encontrabas ninguna porque todas estaban cerradas y tenías que ir a la policía para que te abriera alguna clínica, es así, imaginaos la angustia que eso supone (…) aquello ya fue una cambio trascendental [refiriéndose a la apertura de las nuevas maternidades] porque ya no se asisten los partos en medio del campo, no van corriendo [refiriéndose a los ginecólogos] a ver si les dejan una clínica para hacer una cesárea a las tres de la mañana y con todas las puertas cerradas. (Gc.:27).

Superados estos primero años de transición paulatina, el parto como proceso hospitalario se consolidó definitivamente a partir de los años setenta con el surgimiento de las grandes instituciones de la Seguridad Social a lo largo y ancho de la provincia, especialmente en los núcleos de población mayores, a los que se trasladaron mujeres procedentes de toda la región para dar a luz.

La totalidad de nuestras entrevistadas pasaron a formar parte antes o después de la plantilla de los distintos hospitales que fueron surgiendo. Las que vivían en las zonas rurales más alejadas, como fue la matrona 11 de Mazarrón y la matrona 05 de Abarán, trasladaron su lugar de residencia hasta la capital. La primera comenzó a trabajar en la recién inaugurada Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca (1967), primer hospital de la Seguridad Social en Murcia, dependiente del Instituto Nacional de Previsión. En ese mismo centro sanitario trabajaron durante unos años las matronas 01, 07 y 04, aunque la última lo hizo en un principio como ATS.

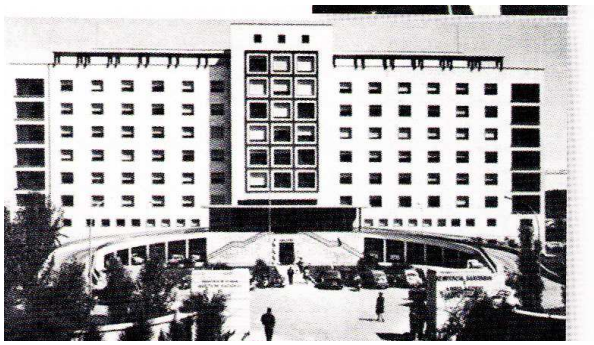


Figura 47. Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, 1970. Imagen extraida de Torres Segovia, 2013, p.410.

En mayo de 1975, sólo ocho años después de su apertura, esta Residencia fue clausurada y sustituida por la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca situada en la pedanía de El Palmar, a cinco kilómetros de la capital murciana. En ella se integró el equipo de la antigua Arrixaca, completándose la plantilla con otras matronas que se fueron incorporando. Entre ellas las entrevistadas 02, 05, 08 y 09.

La prensa local se hizo eco del traslado de un hospital a otro, dedicando varias noticias al suceso. El mismo día en que los enfermos se ubicaron en la nueva institución,

nació el primer bebé asistido en el paritorio de la Ciudad Sanitaria: una niña de padres oriundos de Alcantarilla (municipio murciano).



Diario de MU

AYER, PRIMERA JORNADA

TRASLADADOS 177 ENFERMOS A LA NUEVA CIUDAD SANITARIA

Exito de la operación, a la que contribuyeron la Policía Municipal y la de Tráfico

UNOS DIEZ MINUTOS TARDABA CADA CARAVANA DE DIEZ AMBULANCIAS

A las seis y media de la tarde, primer nacimiento: una niña de padres alcantarilleros

EL TRASLADO, UN EXITO

SUBSANADA LA AVERIA EN EL SUMINISTRO DE AGUA

El próximo lunes comenzará el traslado de enfermos de una a otra Arrixaca

LOS FACULTATIVOS DE CADA SERVICIO DETERMINARAN EN QUE CONDICIONES DE SEGURIDAD

NOMBRAMIENTO DE FACULTATIVOS

Figura 48. Recortes de prensa sobre el traslado de enfermos de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca a la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Mayo, 1975. Diario de Murcia, imágenes obtenidas del H.C.U.V. Arrixaca.

La informante 03 cambiaría su trabajo como matrona rural en San Javier integrándose en los años setenta como personal del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena que acababa de abrir sus puertas. Igualmente sucedería con la matrona 10, en 1971 comenzaría a trabajar en esta misma institución.



Figura 49. Personal del Hospital Santa María del Rosell (Cartagena, Murcia). Años 70. Imagen cedida por matrona 03.

Las matronas 12 y 13 también cesaron su labor en la asistencia a partos domiciliarios como matronas rurales para comenzar a trabajar dentro del Hospital Santa Rosa de Lima de Lorca (actual Hospital Rafael Méndez) abierto en 1973.

7.3.2 Los motivos del cambio desde la visión de las matronas.

Muchas de las experiencias vividas y sentimientos expresados durante el trabajo que realizaron las matronas en el contexto domiciliario nos dieron la clave de los distintos motivos que les llevaron a cambiar su ámbito de trabajo a los grandes hospitales. En primer lugar diremos que, tal y como expusimos en el apartado anterior, la política sanitaria del momento fomentó la construcción de estas instituciones y con ello el traslado no sólo de las gestantes, sino también de los/as profesionales ya que fue imprescindible dotarlas del personal necesario.

En general, las matronas reflejaron en sus testimonios la “soledad” sentida en el ejercicio profesional dentro del contexto domiciliario como una de las razones principales por las que decidieron aceptar la propuesta de integrarse dentro de las instituciones a las

que acudieron en busca de “seguridad”. Esta seguridad fue interpretada por ellas básicamente a través de dos circunstancias; disponer de un entorno aséptico así como de los recursos técnicos y materiales inexistentes en los domicilios y tener cerca al resto de profesionales, compañeras matronas en las que apoyarse, médicos a los que recurrir ante cualquier complicación y auxiliares de enfermería que facilitarían su labor. Aunque las matronas asistían el proceso del parto normalmente solas, saber que los tocólogos estaban en un espacio próximo, según sus testimonios les aportaba una gran tranquilidad. Como vimos anteriormente, durante los años de trabajo en el contexto rural disponer de la presencia médica en caso de complicación fue dificultoso, generando momentos de verdadera angustia para ellas:

> (…) me sentía más segura, yo sabía, aunque hacíamos los partos las matronas en el hospital de San Juan de Dios, los hacíamos solas o sea que el médico no estaba nunca, pero tenías la cosa de que si se te torcía cualquier cosa llamabas y lo tenías, entonces me sentía más segura, claro. (Mt.06:111).
>
> (…) se trabajaba mejor porque tenías quien te guardaba las espaldas…tenías compañeras a tu lado que te ayudaban, tenías médicos, tenías de todo (…). (Mt.05:221).
>
> Luego ya me fui a Cartagena cuando abrieron el Rosell, el mismo médico que había aquí dijo…dice: “Van a abrir un hospital en Cartagena ¿usted se querría ir?” digo: “Pues yo sí, no me importaría porque yo aquí estoy sufriendo mucho por las cosas que pasan [¿le costó adaptarse luego al hospital?] ¡No que va!, aquello era gloria, hombre, no me digas, aquello era gloria (…) ¿tú sabes?, la tranquilidad que allí estabas, había cualquier cosa: “don fulano, pasa esto, don mengano… ” y lo tenías solucionado. (Mt. 03:19).

Aunque la llegada en los años setenta de los grandes hospitales de la Seguridad Social fue identificado por varias de nuestras protagonistas como el fin definitivo de su ejercicio profesional en los hogares, ya anteriormente, médicos y matronas participaron en un proceso de concienciación entre la población de los riesgos que acarreaban los partos

domiciliarios donde la falta de recursos, el aislamiento y las malas condiciones de algunas viviendas dificultaban el desarrollo de su trabajo y ponían en peligro la vida de madres y recién nacidos. Estos planteamientos fueron en consonancia con la política sanitaria expuesta anteriormente que divulgó el propósito de trasladar el contexto del nacimiento a los hospitales para disminuir la mortalidad materno-infantil:

> [¿Cuántos años estuvo trabajando en los domicilios?] Pues hasta el setenta y tantos que fue cuando abrieron los Centros [refiriéndose a los hospitales], lo que pasa es que anteriormente ya habíamos empezado a las mujeres a mentalizarlas a que se subieran a la clínica. (Mt. 13:75).

Las matronas de Lorca reconocieron como desencadenante del inicio de la institucionalización del parto una racha de muertes maternas acaecidas en la zona a consecuencia de complicaciones durante el proceso. Además de los motivos anteriormente expuestos, la vivencia de estos trágicos fallecimientos provocó que los profesionales comenzaran a considerar las clínicas como el espacio adecuado para la asistencia de todo tipo de partos. El miedo a morir durante el parto o postparto en las condiciones sanitarias de la época es comprensible (Castaño Molina, 2009). Así, las matronas llegaron al acuerdo de hacer todo lo posible para que las mujeres acudieran a parir a las clínicas, con el convencimiento de los beneficios que obtendrían madres, recién nacidos y ellas mismas en el ejercicio de su trabajo:

> (…) se murieron dos o tres mujeres seguidas, a mí tuve la suerte de que no, pero lo mismo podía haberme tocado a mí y entonces nos juntamos las matronas y arreglamos decir: “Vamos a negarnos a hacer los partos en las casas, vamos a por ellas y las subimos a la clínica”… (Mt.13:36).
>
> (…) además, las tres matronas que estábamos nos pusimos de acuerdo en no hacer ya partos en las casas (…) antes ya nos negamos porque es que hubo una racha de dos o tres mujeres

> que se murieron entonces dijimos: “Pues la única forma es de no consentir…no hacer partos en las casas” y la gente pues…se aguantaba (Mt.13:76).

Esta unión de las matronas para lograr que las mujeres acudieran a la clínica a dar a luz fue alabada según sus testimonios por el médico de la zona, reconociendo que a pesar de su mayor autoridad y años de experiencia, la cercanía e influencia de las matronas como profesional de referencia sobre las parturientas logró el objetivo que él no había podido conseguir hasta entonces:

> (…) dijimos: “A nosotras no se nos mueren más una mujer en nuestras manos”…luego decía don. M: “¡Lo que yo no he podido hacer en tantísimos años que llevo de carrera y estas cuatro mocosas lo han conseguido!” (Mt.12:145).

En general, la mayoría de informantes reflejaron en sus discursos la impresión de un sentimiento de resistencia por parte de las mujeres y familias ante la idea de que sus hijos e hijas nacieran fuera de sus hogares, como tradicionalmente había sido, para hacerlo dentro de clínicas y hospitales, incluso en partos complicados:

> (…) yo lo que oía eran dos fetos y se lo dije: “Este parto no es para quedarme yo aquí y está muy lejos para que venga el médico corriendo y todo”, pues las viejas: “De toda la vida han parido las mujeres en su casa” digo: “Pues mire usted lo que le digo, a mí no se me va a morir su nuera aquí, porque yo me voy ahora mismo y usted se trae a otra comadrona que la asista. (Mt.12:152).

La matrona 08 plasmó en sus palabras la confrontación que se producía frecuentemente entre profesionales y parturientas ante la necesidad del traslado:

> (…) o sea que a la fuerza, las metíamos y nos las traíamos aquí a la fuerza para no asistirlas en una casa o en una cueva donde no teníamos…donde el agua no era corriente (…) (Mt. 08:120).

Esta negativa de las gestantes al abandono del ámbito privado de sus domicilios para irse a parir al hospital, donde se adentraban en un entorno extraño para ellas, fue vista por las matronas como un deseo de continuar con la tradición y costumbre seguida hasta

entonces. Los nacimientos en la mayoría de los casos se habían producido en la intimidad del hogar, de manera que las mujeres querían parir como lo habían hecho anteriormente sus madres, sus abuelas e incluso ellas mismas en sus primeros partos "(…) estaban acostumbradas a parir en sus casas (…) la gente, mucha no quería ir porque preferían…habían estado siempre pariendo en sus casas (…)" (Mt. 07:100).

Además del deseo de las futuras madres de parir "como siempre se había hecho", según nuestras protagonistas existió una segunda causa para que no quisieran dar a luz en los hospitales derivada del concepto negativo que la población tenía de las instituciones sanitarias. En un inicio, las clínicas y maternidades fueron asociadas con los viejos establecimientos de beneficencia que habían estado funcionando hasta entonces donde las condiciones sanitarias y recursos materiales estaban muy limitados. A estos centros acudían las personas sólo cuando su estado de salud era ya muy grave. Conforme a lo narrado por nuestras entrevistadas, en la mentalidad de la gente perduraba la idea por la que si una mujer de parto era trasladada a un hospital, la situación realmente podía terminar con un final trágico. Aunque el traslado de los nacimientos a las instituciones intentaba suplir las deficiencias que los/as profesionales encontraban en el desarrollo de su trabajo en los domicilios y que repercutían negativamente en la salud de las madres y sus criaturas, algunas de las matronas describieron a la vez la gran cantidad de obstáculos encontrados inicialmente en las clínicas donde los recursos igualmente continuaban siendo escasos:

> En Lorca la primera clínica que había…porque tú no sabes la clínica que tenía el Seguro, pare la mujer (…) eran nalgas y teníamos que ir al médico del Seguro y yo como era la de la mutua, pues tenía que ir y voy y dice: "Bueno, ya la podéis llevar arriba" digo: "¿Y la camilla…o la cama?", "no, no, aquí no, tienes que subirla por esas escaleras", era la cámara que decía mi abuela que tendían el embutido y todo eso cuando en las casas había… para

> guardar patatas, cebollas, todo eso, pues allí era y no había ni escaleras, era de yeso, como la de mi abuela y tenía que subir la señora andando, ¡para que le diera una atonía! (Mt.12:88).

En el inicio de los años cincuenta, los doctores Bosch, De la Cámara y Sáez de Tejada tras investigar la asistencia tocológica prestada en el SOE de 1947 a 1949 concluían que la mortalidad materna e infantil era mayor en las residencias maternales que en los partos atendidos en los domicilios, ya que a las instituciones llegaban gestantes en un estado de salud a veces muy deteriorado (Bosch, De la Cámara & Sáez de Tejada, 1950). Esta circunstancia fomentó el rechazo a salir de los domicilios. Así lo reflejó la matrona 13:

> (…) se creían que salían de la casa para morirse y decíamos: "¡Que es al revés mujer!, si tú…lo que es que te sacamos de aquí para que no te mueras ¿tú no lo entiendes?", pues no, ellas se creían que era sacarlas porque se iban a morir. (Mt.13:74).

Tal fue la resistencia de las mujeres a vivir un parto hospitalario que la matrona 11 contó que en los primeros momentos se estableció una "lucha" entre las mujeres que querían parir en sus casas y los/as profesionales que pretendían atenderlas en las clínicas:

> (…) un día sacamos a una que no había manera que dilatara [refiriéndose a que llevaron a una parturienta de su casa a la clínica] y llámanos al doctor para que le hiciera una ventosa y no colaboraba, no quería la mujer, entonces era una lucha porque había una reacción muy negativa al hospital (Mt.11:87).

De un modo gradual, las mujeres fueron asumiendo el cambio y sustituyendo la privacidad de los domicilios por la alta tecnificación que les ofrecían los grandes hospitales. No sólo la nueva tecnología, sino otros aspectos ofertados como las técnicas de alivio del dolor durante el parto harían que, con el tiempo, las instituciones sanitarias fueran identificadas con la modernidad y el progreso en la asistencia a los nacimientos "(…) pues lo que pasa es que con el tiempo ya…pues como es natural, las mujeres ya se iban adaptando pues como es natural a lo que había más moderno (…) (Mt.03:35).

Finalmente las mujeres asimilarían el ingreso hospitalario como parte del proceso normal que les llevaría a convertirse en madres.

Este cambio en el contexto del nacimiento a los hospitales se hizo realidad en los propios partos de nuestras protagonistas. Así, la informante 08, tras parir a cinco hijos en su casa, acudió a una clínica para dar a luz al más pequeño "todos los partos los tuve en casa, el último lo tuve en la Vega y ese estuvo conmigo don E. [nombre del ginecólogo que la atendió]" (Mt.08: 296). Igualmente sucedió en el caso de la matrona 12, tras vivir cinco partos domiciliarios, el sexto fue dentro de una institución sanitaria. De este modo, actuó consecuente con las recomendaciones hechas al resto de parturientas del pueblo:

> Y cuando me dio pues… aquella noche había estado yo en La Hoya en un parto, que se vino el papá [habla dirigiéndose a su hija] conmigo porque dice: "Tú estas muy gorda" y me fui a La Hoya a asistir a una y cuando me acosté, al rato digo: "¡Uy J., parece que estoy mala!" dice: "Bueno, pues vámonos para la clínica" y me fui a la clínica porque ya entonces ya habíamos hecho nosotras el complot de que no pariría ninguna mujer en su casa. (Mt.12:134).

Además de la seguridad que según sus testimonios les aportó el ámbito hospitalario, la garantía de recibir una retribución económica fija fue otro de los factores positivos que las matronas consideraron a la hora de integrarse en las instituciones "(…) es muy bueno tener un sueldo fijo, lo otro era por parto, te pagaban…o no te pagaban (…)" (Mt.12:193). En el nuevo contexto abandonaban el sistema de pago por "acto médico" impuesto por su trabajo en las zonas rurales, cuya cantidad nunca era estable ni segura. Su salario ya no dependía del número de partos realizado sino que pasaban a un sistema donde recibían un sueldo fijo en función de las horas de trabajo realizadas, mejorando en gran medida su situación laboral "(…) económicamente era mucho mejor, tenía aquí más independencia, o sea, podía contar con el dinero (…)" (Mt.11:138).

Por último, tener un horario de trabajo regulado, disponiendo de tiempo libre fuera de su jornada laboral fue otro de los beneficios que la institución les brindaba frente al ejercicio domiciliario. La atención continua y la disponibilidad exigida día y noche en el contexto rural se transformó en una actividad organizada mediante un sistema de turnos dentro de los hospitales "(…) podías hacer el trabajo y luego volverte a tu casa, tenías periodos fuera de la jornada de inhabilidad que podías perfectamente llevar tu casa." (Mt.11:149).

En general la percepción de las entrevistadas fue que con respecto a los años vividos, integrarse como personal dentro de las instituciones les reportó grandes ventajas. Sólo una de ellas, la matrona 08, expresó sus dudas iniciales con respecto al nuevo horizonte laboral que se le ofrecía ya que un médico junto al que trabajaba le comentó que en el hospital el servicio de partos aún no estaba bien organizado:

> "(…) a mí me dijo V. C. [nombre del médico] que lo que peor organizado estaba en el hospital era lo nuestro, digo: "Pues si estoy hinchada a sufrir en la calle y ahora me voy a ir a una clínica a seguir sufriendo…" digo: "Pues me quedo en mi casa". (Mt.08: 251).

Aunque finalmente también ella solicitaría una plaza para continuar ejerciendo en un hospital de la Seguridad Social.

7.3.3 La práctica profesional de las matronas en el contexto del parto hospitalario.

La dinámica y organización de las instituciones sanitarias además de repercusiones sobre la atención al parto, tuvo consecuencias tanto en la práctica de las matronas como en la conformación de su identidad profesional. Analizar el nuevo ámbito de trabajo de estas profesionales es de gran relevancia puesto que los cuidados no son un acto aislado; se producen en un contexto cultural, institucional y en redes de relaciones que los dotan de un

significado (Arredondo González & Siles González, 2009). En el medio hospitalario las matronas pasaron a integrarse como una pieza más dentro de unas estructuras sanitarias altamente jerarquizadas donde su trabajo debió adaptarse a unas nuevas normas y pautas impuestas por la institución.

Así, en mayo de 1967 se publicó el Estatuto Jurídico de las matronas de la Seguridad Social donde se recogían las funciones de éstas dentro de los hospitales. Su contenido normativo continuó en la misma línea que el resto de órdenes y decretos surgidos anteriormente; la profesión matrona se contempló fundamentalmente como auxiliar de la medicina. Así, cada una de las actividades asignadas debía ser previamente autorizada o dictadas por los médicos. Hemos considerado oportuno recoger algunas de las funciones atribuidas donde queda plasmada las limitaciones impuestas para tomar decisiones autónomamente:

1- Ejercer las funciones de auxiliar del médico cumplimentando las instrucciones que por escrito reciba del mismo en relación al servicio.
2- La asistencia auxiliar de las embarazadas, parturientas y puérperas ingresadas en la Institución, observando siempre las órdenes y orientaciones del personal médico
3- La asistencia a partos normales en aquellos casos en que por el médico se haya comprobado la normal evolución clínica del mismo, viniendo obligada en este caso a avisar, sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad al médico en cuanto observe cualquier anormalidad en su evolución. (Ministerio de Trabajo, 1967, artículo 18)

Tal y como queda reflejado en el fragmento anterior, aunque la asistencia a partos normales seguía siendo reconocida como competencia de las matronas en los hospitales, su actuación y capacidad de decisión en el ejercicio de su trabajo quedaba restringida incluso en estos casos, ya que el estatuto asignaba a los médicos el cometido de comprobar previamente la normalidad del proceso.

Por este motivo, varios autores y autoras han identificado la incorporación de las matronas dentro de estas instituciones fuertemente jerarquizadas como el desencadenante en la pérdida de autonomía con respecto al ejercicio en el contexto domiciliario donde pudieron trabajar de un modo más independiente (Rhodes, 2001).

Sin embargo, igual que ocurrió con la institucionalización del parto, la pérdida de autonomía de las entrevistadas en el desempeño de su trabajo en los hospitales fue vivido como un proceso gradual. En un principio, la asistencia a los nacimientos normales continuó en manos de las matronas como hasta entonces había sido en los domicilios; los médicos sólo actuaban en caso de que éstas solicitaran su presencia ante alguna complicación y los procedimientos obstétricos se aplicaban únicamente en caso de estricta necesidad. Resulta relevante también cómo las matronas que ejercieron durante más años en el contexto rural domiciliario afirmaron no percibir esta pérdida de independencia en su labor al pasar al hospital. Eran mujeres que habían trabajo en un entorno difícil durante mucho tiempo por lo que la seguridad encontrada en el ámbito institucional cobraría mayor importancia en sus narraciones frente a cualquier limitación impuesta en su ejercicio "(…) estábamos refugiadas (…)" (Mt.12:183), "(…) yo dije: "Yo me quedo aquí aunque sea de cocinera, de lo que sea" [refiriéndose al hospital](…)"(Mt. 03:25), "(…) la autonomía está en uno mismo, la libertad…siempre los he llevado a mi estilo [refiriéndose al modo de atender los partos] allí y aquí [refiriéndose a los partos domiciliarios que atendió en su pueblo y luego en el hospital]" (Mt.11:101).

No obstante, el testimonio de la informante 01, la de menor edad de nuestras protagonistas, reflejó la evolución que desde su formación y el posterior ingreso como plantilla hospitalaria había ido percibiendo con respecto a su autonomía profesional. En un principio, la legislación y enseñanzas recibidas en la Escuela de Matronas definían su papel

como el de mero auxiliar del médico, pero en la práctica comprobó que la realidad era otra; sintió que tenía libertad para dirigir y actuar en los partos normales mientras los médicos se encargaban de otro tipo de tareas. En cierto modo, el que los tocólogos estuvieran ocupados en "sus asuntos" les daba a las matronas libertad para tomar decisiones, percibiendo una confianza plena entre ambos colectivos:

> (…) yo tenía el concepto de que realmente no, no, no era una profesión autónoma la mía, que siempre dependía del ginecólogo porque así nos lo habían enseñado, mi sorpresa es que en la práctica eso no funcionaba así, en la práctica resulta que en la Seguridad Social estábamos una, a veces dos matronas por guardia y los partos los ventilábamos nosotras enteros de principio a fin, a no ser que surgiera algún problema y entonces claro llamábamos al ginecólogo de guardia que venía y hacía un fórceps, una ventosa, hacía una cesárea, lo que fuera, pero se le daba hecho el diagnóstico y la situación, o sea que no… el ginecólogo no estaba pasándose por dilatación a ver lo que había, el ginecólogo estaba en sus asuntos, tenía que hacer las urgencias de ginecología, tenía que hacer la cirugía ginecológica que hubiera ese día y… y realmente nosotras disponíamos en el paritorio de… de autonomía total y absoluta (…). (Mt.01:6).
>
> (…) a mí me sorprendía, teniendo claro como tenía, que era absolutamente dependiente del médico, la facilidad con la que yo podía decidir, porque los médicos, confianza plena, yo empecé a trabajar con los que ya están jubilados en la Arrixaca vieja, estaba…pues el Dr. A, el Dr. M, el Dr. J, el Dr. R y el Dr. LL, de entrada esos cinco eran (…) esos cinco eran los que había, pues en total me parece que eran seis o siete matronas, de manera que nos conocíamos todos, confiábamos cada uno en el otro y nos iba muy bien, la relación era buena (…). (Mt.01:5).

Posteriormente, la autonomía que en un principio la informante 01 sintió en su ejercicio profesional diario fue desvaneciéndose por varios motivos; por un lado pasó a trabajar a una institución mucho más grande y jerarquizada, dando lugar a una transformación en las relaciones interprofesionales como veremos más adelante. Por otro

lado, la tecnificación y medicalización de los nacimientos cada vez fue mayor, aumentando también la intervención y el control por parte de los ginecólogos. La supervisión del trabajo de las matronas y las órdenes médicas incluso en el desarrollo de los partos normales paulatinamente se hicieron más habituales:

> (…) luego el control médico fue aumentando, poco a poco se fue viendo que cada vez intervenían más, cada vez había más inducciones, cada vez había más control por parte de ellos, ya había que preguntarles incluso si se les ponía el Syntocinón, en fin era otro…era otro concepto ya distinto. (Mt. 01:6).

Los testimonios de las informantes 11 y 04 fueron similares, desde los puestos de dirección médica de los hospitales se les advertía continuamente sobre la obligación de solicitar autorización previa antes de realizar cualquier tipo de actuación. Ante el sentimiento de un exceso de control sobre su trabajo las matronas actuaron y elaboraron estrategias de resistencia:

> (…) un día llego y me veo un cartel allí: "Prohibido a las matronas romper bolsas, prohibido poner no sé qué, prohibido poner no sé cuánto…lo hicieron jefe y…y entonces yo…llegó una mujer y entro a la salita y estaba en doctor A, y digo: "Doctor A que hay una señora, una tercípara que está en estas condiciones y esto y esto…" y dice: "¿Y qué? ¿Para qué me dice a mí eso?" y digo: "Pues… como ahí pone que no puedo romper bolsa ni nada" dice: "¡Si cojo el zueco te pego un zuecazo!, ¡estás más que hinchada a hacerlo!". (Mt. 11:157).
>
> Nos dijeron que no podíamos poner nada de medicación (…) las mujeres llegaban que necesitábamos literas porque como claro, ellos no estaban acostumbrados a pasar ni ha decir [refiriéndose a los médicos] y nosotras hicimos huelga de brazos caídos dos o tres días hasta que llegó un momento que dijeron que no, que no, que no, que por favor…y empezamos otra vez. (Mt.04:36).

En uno de los grandes hospitales de la Seguridad Social, según el relato de la matrona 03, incluso se comenzó a rumorear entre el personal que todos los partos, normales y distócicos, pasarían a manos de los ginecólogos, excluyendo a las matronas del

servicio. De nuevo, como había ocurrido siglos antes, nuestras protagonistas veían amenazado su campo de trabajo. Ante esta situación reivindicaron la asistencia al parto normal como espacio propio y su papel junto a la mujer como competencia única y exclusiva de las matronas:

> Lo principal es la paciencia (…) cuando dijeron en tiempos que los médicos iban… que iban a suprimir a las matronas dijeron…en tiempos dijeron que los médicos iban a tener que hacer los partos digo: "¡Madre mía! ¿Un médico al lado de la enferma va a estar ocho horas o seis o siete? ¡Qué va! ¡Ni media hora!", si hay que llamarlos cuando tienen que hacer algo y es llegar y ¡hala, ya se van!, pues tú ya ves si van a estar con las enfermas. (Mt.03:60).
>
> Yo, en la clínica se ponían de parto y yo me sentaba, en puesto de estar en la sala con mis compañeras, con la auxiliar o con las de quirófano, que estaban al lado, que luego se iban por las noches a estar allí, yo me iba y me estaba al lado de mi parturienta (…). (Mt.12:232).

El nacimiento hospitalario, aunque múltiples beneficios, también reportaría a las futuras madres una serie de inconvenientes. A partir del parto como hecho biológico universal, cada cultura modelará la forma de entenderlo, los recursos para asistirlo, el modo de relacionarse mujeres y profesionales o las personas que estarán junto a la parturienta durante el proceso (García Jordá & Díaz Bernal, 2010). Las gestantes que habían sido atendidas en los domicilios en un entorno íntimo, acompañadas por las matronas de las que recibieron una atención individualizada acorde a sus necesidades y dentro de un contexto de confianza, pasarían a recibir una atención protocolizada y estandarizada conforme a las normas de las instituciones. La

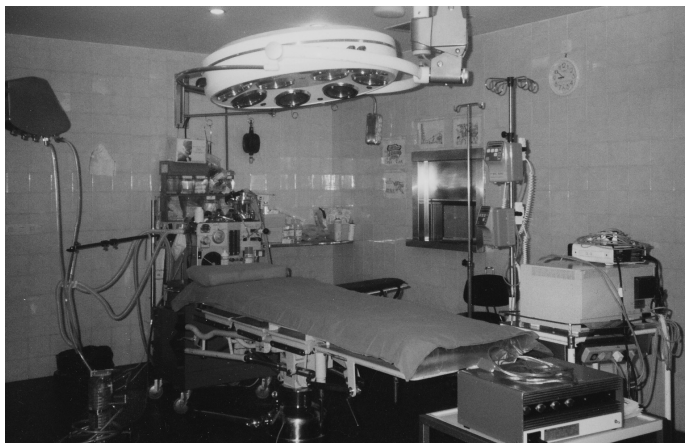


Figura 50. Quirófano de institución hospitalaria.
Imagen original propiedad del equipo investigador.

atención del parto en los hospitales cada vez se alejó más de la concepción de proceso fisiológico para aproximarse a la consideración de patológico, siendo construido en base a las directrices marcadas por el modelo biomédico y tecnocrático (Arnau Sánchez et al., 2012; Magnone Alemán, 2013). La hegemonía de este modelo supondrá la separación de mente y cuerpo, concibiendo este último como si de una máquina se tratara.

Desde una desigualdad de género, el cuerpo femenino es construido como imperfecto (Magnone Alemán, 2013). En este proceso, la medicalización del nacimiento y el intervencionismo obstétrico se incrementó paulatinamente con la consecuente repercusión sobre la calidad de la atención prestada. Los discursos de las matronas recogieron una serie de prácticas que comenzaron a perpetuarse de un modo rutinario en la asistencia, aunque no justificadas en todos los casos, se integrarían como parte de su trabajo en los hospitales:

> Cuando llegaba una mujer yo le daba la ropa para que se desvistiera, le colocaba en el potro para reconocerla, si estaba para dejarla en dilatación le poníamos el enema, hacía un efecto buenísimo, le cogíamos el suero, le poníamos el monitor y le decíamos a la mujer: "Aquí tienes el timbre, cualquier cosa usted llama, pero yo siempre iba de vez en cuando a ver (…) (Mt. 03:88).

Actualmente algunos de estos procedimientos han dejado de realizarse de un modo sistemático ya que no existe evidencia científica sobre su utilidad e inocuidad (Ballesteros Meseguer, 2014). Tanto el rasurado como la administración de enemas a las gestantes están desaconsejados por la Organización Mundial de la Salud desde 1985 (Magnone Alemán, 2013), sin embargo en los años setenta fueron asimilados como imprescindibles durante el parto. La informante 10 narró un episodio que así lo reflejó:

> Ahora no ponen enema… eso…te voy a decir una cosa, yo fui a un congreso a Palma de Mallorca y había allí una matrona muchísimo mayor que nosotras, que yo no sé como trabajaba, trabajaría en alguna clínica privada o no sé porque ya en la Seguridad

> Social…aquella mujer tenía lo menos ochenta años y decía que las mujeres tenían que parir sin enema y nosotras decíamos: "¡Pero mira la tía loca esta lo que dice!" (Mt.10:141).

Aumentaron las inducciones al parto, la rotura sistemática de la bolsa amniótica, comenzaron a utilizarse nuevos aparatos tecnológicos como los registros cardiotocográficos para controlar la actividad uterina y la frecuencia cardiaca fetal. La tecnología intentaría suplir la fisiología de la mujer (Blázquez, 2009).

El uso de fármacos estimulantes uterinos durante la asistencia a los partos hospitalarios modificó el tiempo de evolución con respecto a los domiciliarios; según el testimonio de la matrona 04 en los hogares eran más largos pero a la vez más fisiológicos: "(…) las mujeres se relajaban muchísimo de una contracción a otra, aunque los partos eran muchísimo más largos, pero eran mucho más naturales, más fisiológicos, eso es cierto" (Mt.04:18).

Aunque como vimos anteriormente en los domicilios únicamente se recurría a ciertos fármacos considerados de urgencia para prevenir la hemorragia posparto, dentro de las instituciones su uso fue incrementándose poco a poco. La analgesia durante el parto se hizo cada vez más habitual; la administración de Pentotal o "mezclas líticas" para aliviar el dolor pasaron a formar parte de las actividades cotidianas de las matronas. Estas mezclas líticas estaban compuestas por Dolantina, Fenergán y Largactil. La matrona 04 describió los importantes efectos secundarios que producían sobre las madres y los recién nacidos:

> A mí el Largactil y la Dolantina…eso no me gustaba porque eso…las mujeres se tiraban de la cama y eso no lo podía resistir… yo me acuerdo en el primer parto se tiraba de la cama, las mezclas líticas había mujeres que las ponía locas y después los críos salían dormidos porque claro ¡todo el santo día chupando de…!...yo la verdad es que no me gustaba nada, nada, nada…para nada. (Mt. 04:40).
>
> (…) así que en el expulsivo se le ponía un poquito de Pentotal que administraba la matrona y controlaba la matrona el gotero y el ginecólogo mientras hacía el parto miraba un poquito,

> así que allí no había anestesista, pero era sólo eso, adormilarla un poquito para que no sintiera en el expulsivo y no…y sobre todo no recordara aquello que había sido un poco doloroso. (Mt.01:6).
>
> (…) hombre allí no podías poner lo que tú quisieras, allí te decían, pues póngale usted tal cosa, pues se la ponías. Había otros médicos que no eran tan tiquismiquis y entonces decían haga usted lo que usted crea conveniente y entonces se ponía algo. (Mt.03:84)
>
> (…) cuando utilizábamos nosotras medicación, que es verdad que utilizábamos medicación, pero claro si no entraban ellos [refiriéndose a los médicos] pues teníamos que hacer algo, además nosotros manejábamos el Sintaverin, la Buscapina, medio Valium y dos Buscapinas, o sea, lo de siempre. (Mt.04:34).

Algunos autores y autoras afirman que finalmente tanto los sistemas de salud como las usuarias terminarían asimilando y asociando la intervención médica y tecnológica durante la atención al parto con unos mejores resultados obstétricos (Magnone Alemán, 2013). Este planteamiento fue ratificado por la entrevistada 12 " (…) yo he vivido los dos extremos, primero las mujeres no querían salir de su casa y luego en el hospital te pedían una cesárea a la primera de cambio (…)" (Mt.12: 229).

Los testimonios de algunas matronas reflejaron la percepción actual de la atención al parto como excesivamente tecnificada e intervencionista, de manera que aunque reconocieron una mayor seguridad, criticaron el incremento en el número de cesáreas practicado en los últimos años:

> Yo creo que a lo mejor, de todas formas que ni tanto como ahora ni tanto como antes, en el termino medio está la virtud porque ahora…ahora, dos contracciones, que si monitores, que si tal que si esto…en cuanto en alguna contracción baja el latido un mínimo, al quirófano y una cesárea porque rara es…antes sí había un porcentaje, que te voy a decir, de cada veinte partos, a lo mejor una cesárea y ahora al revés, a lo mejor cada cinco partos uno es cesárea, pero la seguridad de ahora no es la de antes, eso por supuesto, to lo que se diga, con todas las técnicas que hay. (Mt.13:125).

Es evidente que en el último siglo se ha logrado una reducción de las tasas de morbilidad-mortalidad materna y neonatal fruto de los avances y controles médicos (García Jordá & Díaz Bernal, 2010), sin embargo el incremento de medicalización e intervencionismo reflejado en los relatos de nuestras protagonistas desencadenó una revisión desde distintos ámbitos que plantearon alternativas para lograr una atención integral al nacimiento. En la década de los ochenta surgieron voces críticas desde movimientos sociales que comenzaron a cuestionar las prácticas médicas durante la asistencia obstétrica (Biurin Garrido & Goberna Tricas, 2013). Igualmente se contempló el derecho de las mujeres a decidir sobre su parto. En 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la *Declaración de Fortaleza* propuso una serie de recomendaciones donde especificaba que en ningún caso estaba justificada una tasa de cesáreas superior a un 10-15 %.

7.3.4 Las relaciones profesionales de las matronas en el contexto hospitalario.

7.3.4.1 Relaciones de las matronas con los médicos.

Parece que la relación establecida entre matronas y médicos en el contexto hospitalario fue de respeto mutuo, especialmente en un inicio. En muchos casos, estos profesionales hacía años que se conocían y habían trabajado juntos en el contexto domiciliario y en las pequeñas clínicas antes de integrarse como plantilla dentro de los grandes hospitales de la Seguridad Social. Las matronas en general percibieron que estos médicos confiaban en su criterio. La mayoría de informantes alabaron la habilidad y destreza de estos tocólogos así como la gran experiencia de muchos de ellos. Ensalzaron el buen hacer de su práctica profesional como obstetras “antiguos” señalando que recurrían a múltiples maniobras para facilitar los nacimientos, dejando entrever de nuevo la crítica a la

obstetricia actual y al elevado índice de cesáreas que desde su percepción se practican actualmente:

> (…) los tocólogos de esa generación eran como tocólogos, de obstetricia, ellos antes de hacer una cesárea hacían más cosas, instrumentación, versiones…todas esas cosas (…). (Mt.12:191).
>
> (…) me la subí al paritorio, la preparé y ¡pum!, me pare uno, entonces para el segundo lo llamé [se trataba de un parto de trillizos] y digo: "¡que ha parido uno pero queda otro!", venía el otro travesado, ¡él hacia unas versiones!...es que los tocólogos de antes no son los de ahora, le hizo una versión, le dio un tirón y lo sacó de pies, dice: "Prepárate para la placenta que me ayudes", yo estaba subida en un taburete al lado de la mesa de partos y hago así y digo: ¡Prepárese usted que viene otro! (risas), entonces le rompió la bolsa al otro y nacieron las tres nenas. (Mt.12:152).
>
> (…) don F., uno de los médicos nuestros de los antiguos, que era andaluz, muy gracioso y muy buena persona, ése iba y si se atascaba alguna primeriza ése iba y decíamos: "don F. ¿Por qué no le echa usted una manecica?, le ayuda con la ventosa porque esta pobre está ya reventada", "No te preocupes que eso está hecho enseguida", allí que iba, ponía la ventosa porque lo hacía muy bien el hombre y se acabó (Mt.03:100).
>
> El dr. A. para mí ha sido el mejor tocólogo que ha tenido Murcia (…) en cuanto a quirófano, paritorio, y demás el dr. A. le daba vueltas a todo el mundo, y luego era un hombre con una seguridad que sabía lo que hacía, te solucionaba el problema. Yo me llevaba con él fabulosamente. (Mt.11:52).



Figura 51. Médicos, matronas y auxiliares de enfermería de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Años setenta. Imagen cedida por informante.

La entrevistada 06 relató la estrecha relación que se establecía entre médico y matrona dentro de los hospitales privados. Ambos profesionales formaban un equipo y trabajaban siempre juntos. En su caso llegó a ejercer al lado de varias generaciones de tocólogos de una misma familia:

> Los partos que él tenía particulares se los asistía yo también aquí en la Vega, y luego P. [hijo del ginecólogo con el que ella trabajaba] era estudiante entonces ¿lo conocéis a P.?, P. era estudiante entonces, y ya claro P. se hizo mayor, se hizo ginecólogo y también fui yo su matrona aquí en la Vega, porque antes, hasta hace pocos años cada médico tenía su matrona, era un equipo, pero el médico y la matrona, " yo no, no, mire usted yo trabajo con fulanita y yo pues..", "nada, pues nada, que me vea su matrona" y así se empezaron los partos, vamos empecé yo aquí en Murcia a trabajar de esa manera en las clínicas, con los médicos, con el que me llamaba, por aquel entonces vino don L. y dice: "Yo necesito una matrona", era muy amigo, íntimo amigo del padre de P., porque el padre de P. a su vez era muy amigo del padre de don L, que también fue catedrático y entonces le dijo: "Pues mira la mía" y así empecé yo a trabajar con don L, desde que vino hasta que se jubiló.(Mt.06:115).

No obstante, en los testimonios de algunas entrevistadas surgieron episodios de pequeños conflictos y fricciones entre ambos colectivos durante el desarrollo diario de su trabajo. Como afirmó la matrona 04, en momentos puntuales sintió que su criterio profesional era puesto en tela de juicio por algún ginecólogo. Ante esta situación reivindicaría su derecho a ser respetada:

> Yo ha habido alguna ocasión en la que me he sentido muy mal, pero he procurado arreglarlo ¿entiendes? (…) una vez me sentí muy mal con el doctor H. Había una mujer nada más y él estaba de guardia y me dijo: "Ponle tú algo, una Dolatina, todo eso que pones tú para acabar esto pronto" y le dije: "Yo…me firma usted lo que quiera y yo le pongo lo que me diga, pero yo a un prematuro…" [La entrevistada discrepa en cuanto a la prescripción médica, solicitando que la orden fuera por escrito], entonces entró y se lo dijo a la mujer: "Si esta matrona quisiera le pondría a usted ahora mismo cosas que ella sabe poner y estaba usted pariendo, pero como esta noche no le da la gana…". Al día siguiente lo esperé, en el hall, y entones, además yo siempre he tratado a los médicos de usted (…) y entonces le dije: "Doctor H. estoy aquí esperándolo y ahora me va usted a decir lo que…el comportamiento que usted ha tenido ahí dentro…o sea, yo estoy aquí esperando que me pida perdón" y dice: "¡Cómo te pones!, ¡si eso no tiene importancia!" digo: "No la tendrá para usted, pero para

> mí sí, a mí me ha faltado al respeto y encima me ha hablado delante de una persona como no tenía que hacerlo" (Mt.04: 34).

Aunque en un principio, las matronas asumieron el rol atribuido como profesionales auxiliares, también reclamaron respeto hacia su persona, adoptando una actitud muy lejana a la sumisión. Una vez aclarado cualquier posible conflicto la relación médico-matrona volvía a la normalidad desde la percepción de la informante 10:

> Me he llevado muy bien, muy bien con ellos, no me dejaba avasallar yo por ningún médico, con don. D. tuve una muy gorda yo y no… a mí eso de que los médicos…me han respetado todos. Don D. chilla a todo el mundo y un día me chilló a mí y yo le contesté y bueno, los gritos se oían en Sebastopol, pero nada más, pero nada, y luego tan amigos, ahora nos vemos por ahí, nos damos unos besos y unos abrazos y tan amigos, yo con todos me he llevado muy bien. (Mt.10:82).

Según lo narrado por la informante 01, el aumento de la intervención médica en los partos al que hicimos referencia en el apartado anterior y el incremento de control sobre el trabajo de las matronas, con el tiempo originó ciertos enfrentamientos entre los profesionales de las instituciones. Según la percepción de esta entrevistada, las matronas de generaciones más recientes fueron formadas desde una concepción de profesionales autónomas y responsables de sus propias actuaciones y decisiones en el ejercicio de su trabajo, tal y como quedó plasmado legislativamente en la Orden SAS/1349/2009 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Así, reivindicaría el parto normal como un espacio de trabajo propio, lo que chocaría frontalmente con el papel de auxiliar transmitido en épocas anteriores. Esto produjo desde su visión cierto malestar entre algunos médicos:

> (…) ya había mucha más intromisión de los médicos porque ellos hacían los ingresos, ellos decían si había que inducir, si había que estimular y aunque la relación era buena, que yo no he tenido problemas con ninguno, pero siempre un poquito tenía eso que ver con mi personalidad o con mi experiencia, matronas mas jóvenes que yo sí han tenido problemas

> con algunos médicos porque querían controlarlas excesivamente y claro ellas ni han… ni se han preparado para eso, puesto que hoy en día la profesión de matrona es mucho más autónoma, ya reconocido por la ley, ni… y los médicos no estaban por la labor, entonces algunas sí han tenido problemas, había que luchar y de hecho, se está luchando porque el respeto a la matrona no venga de quién sea la matrona, sino tan sólo de que sea matrona, una profesión autónoma y tiene que tener tanto la responsabilidad legal que tiene, como la responsabilidad a la hora de decidir qué se hace en cada parto, cuándo hay que estimularlo, cuándo hay que provocarlo, todo, pero en fin. (Mt.03:6).

Resultó relevante el testimonio de la matrona 05, por un lado reconoció que la presencia cercana de los médicos dentro de las instituciones en un principio le brindó una gran seguridad en el desarrollo de su trabajo "(…) los tenías a la mano para cuando los necesitabas, en una salita allí para cuando los necesitabas (…)" (Mt.05: 231). Pero su relato, poco después reflejó cómo esta presencia fue unida a un mayor control de los médicos sobre las tareas y actuaciones de las matronas dentro de las instituciones "(…) estaban encima los médicos, porque como estaban de guardia, como había cada día uno y pico de guardia, estaban pendientes de nosotras (…)" (Mt.05:247).

En definitiva, aunque la relación general entre ambos colectivos fue buena, la percepción de las matronas fue una pérdida gradual de autonomía en su ejercicio profesional dentro de los hospitales que estaría ligada a una mayor intervención y presencia médica en los partos.

7.3.4.2 Relaciones entre las matronas.

El paso al hospital de las matronas que durante años habían estado trabajando en los domicilios fomentó un acercamiento interprofesional y generó un espacio de encuentro para el propio colectivo. Dentro de estas estructuras sanitarias las matronas pasaron a conformarse como un grupo. Muchas de ellas no estaban habituadas a trabajar de este

modo, especialmente las matronas de mayor edad que habían estado ejerciendo durante años solas en el contexto domiciliario, ya que en ocasiones apenas tuvieron contacto con otras compañeras. Dentro de las instituciones surgió la oportunidad de unirse, unas veces lideradas por las matronas más jóvenes con una formación actualizada así como una gran capacidad de trabajar en equipo y en otras ocasiones escogiendo a las más mayores por su amplia experiencia para representarlas en la lucha y reivindicación de sus derechos como colectivo dentro de los hospitales con el propósito de obtener mejoras laborales. Así, las estructuras sanitarias también fueron lugares de debate entre las profesionales:

> (…) nuestra idea era siempre…porque luego las mayores decían a L. y a mí: "Lo que vosotras digáis, lo que vosotras digáis" porque ellas no estaban acostumbradas a ser un equipo, a un grupo y nosotras dijimos: "Es que lo que hay que hacer es trabajar y pensar todas igual, o sea, ir…lo que pensemos o digamos de pedir o reclamar". (Mt.11:151).

Estas demandas estuvieron relacionadas con aspectos como la jornada laboral, los turnos de trabajo y las retribuciones económicas que recibían:

> Me mandaban a mí a representarlas, y ya ves tú la representación que yo tengo, medio metro, y un día esto estuvo gracioso, es que resulta que pagaban… porque nosotros nos daban la paga del mes, pero los domingos y festivos te lo pagaban doble y empezaron allí, la casa o los que fueran, pues decían que tal, que cual y entonces dijeron de ir a juicio, meterse en juicio (…) porque no querían pagar eso, entonces claro las demás, pues en puesto de ir todas dijeron: "La más mayor" …y me mandaron a mí. (Mt.03:91).

Dentro de la plantilla de matronas, el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario titulado de 1973 contemplaba dos puestos de jefatura en los Centros Maternales de las Ciudades Sanitarias: la matrona jefe y la adjunta. Entre las funciones de las Jefaturas de Enfermería se encontraba proponer la organización y distribución tanto del personal como del trabajo, dirigir los diferentes servicios velando por la prestación de unos cuidados adecuados así como elevar el nivel profesional y de rendimiento de la plantilla, dando

directrices y promoviendo la participación en programas de formación. Sus cometidos igualmente incluían comprobar el cumplimiento de los horarios de trabajo y el mantenimiento de la disciplina entre el personal de Enfermería como así también organizar y dirigir las reuniones de la unidad, informando a la Dirección de las diferentes actividades llevadas a cabo (Ministerio de Trabajo, 1973). De todas las entrevistadas, cuatro de ellas ocuparon en algún momento de su vida profesional uno de estos cargos de responsabilidad (matronas 01, 02, 07 y 11). Las matronas tuvieron la opción de participar en las decisiones institucionales y la organización de su trabajo teniendo voz a través de estas figuras. Los testimonios de las entrevistadas recogieron la aportación a la profesión y la implicación de algunas de estas matronas jefes y adjuntas. También recordaron la abundante presencia de personal de origen valenciano durante los primeros años de andadura de la nueva Arrixaca:

> Cuando empezó la Arrixaca como eran tres pabellones, el general, el infantil y el maternal, había tres jefaturas de enfermera, todavía no eran direcciones de Enfermería, eran jefaturas de enfermera, y había el hospital general que tenía una enfermera jefe y dos enfermeras adjuntas, había un pabellón infantil que tenía una enfermera jefe y una enfermera adjunta y había el pabellón maternal que tuvo una matrona jefe y una matrona adjunta. La primera matrona jefe del hospital maternal de la Arrixaca, lógicamente, fue una matrona valenciana (…) porque bueno, era normal, aquello fue poco menos que una invasión valenciana, se llamaba P., estuvo unos pocos años y luego se fue. A continuación, la matrona jefe fue L. y lo fue por aclamación, estuvo durante bastante tiempo y le dio otro aire al hospital porque L. también es… es un… una mujer absolutamente implicada con su profesión, matrona hasta las cejas y… y se ocupó mucho en aquel tiempo, le importaban mucho las mujeres, la asistencia, en fin hizo en mi opinión muy buenas cosas. Y después pasó a ser la directora de… la… la matrona jefe L. y yo pasé a ser su adjunta, estuvimos, pues yo estuve un año y pico creo. (Mt. 01:7).

La misma entrevistada 08, que durante su ejercicio profesional en los domicilios había identificado el trabajo de las otras matronas como competencia y amenaza para sus

ingresos, después afirmó que en el hospital la relación con sus compañeras fue muy distinta "(…) allí en la Arrixaca las comadronas eran amigas (…)" (Mt.08:21).

Dentro de las instituciones las matronas llegaron a establecer entre ellas un estrecho vínculo, desde la percepción de la informante 04, esta unión fue fruto de la gran cantidad de tiempo que pasaban juntas durante su jornada laboral.

> Yo trabajé muy a gusto allí, me encontré muy bien y encontré un grupo muy majo, el hecho de trabajar, bueno tú lo sabes, cuando trabajas siempre con el mismo turno, es que son lazos…no son familia, pero convives más que con la familia, o sea, para mí [nombra a varias compañeras matronas] toda esta gente es con la que yo entré en un principio y entonces claro, tuvieron una paciencia infinita, porque yo tuve que ponerme al día, no te creas tú, yo me peleaba por los partos porque yo quería nada más que hacer manos. (Mt. 04:26).

El testimonio de la informante 11 estaría en la misma línea, la relación interprofesional desde su percepción fue muy buena, algo que para ella fue esencial durante para el desarrollo de su trabajo:

> Mi experiencia de verdad ha sido muy buena, en cuanto a compañeras, siempre…la verdad es que para mí ha sido lo primordial, el estar en buena unión con el grupo, con las compañeras, con todo, lo cierto es que yo a cualquier grupo que fuera, después de estar en la calle, me recibían con gusto, al menos eso es lo que yo he percibido siempre. (Mt.11:138).

Como vimos anteriormente, algunas entrevistadas como la 01, señalaron la importante transformación que el paso a los grandes hospitales provocó en las relaciones profesionales, no sólo entre médicos y matronas, sino también dentro del propio colectivo. El número de personal que integraba las plantillas se multiplicó notablemente y la distribución en distintos grupos hizo que la unión, antes creada entre todos los/as profesionales, ahora se fragmentara y se limitara especialmente a las personas con las que compartían turno de trabajo, creándose un sentimiento de pertenecían a ese grupo.

> Cuando nos fuimos a la Arrixaca pues ya de entrada, me parece que fuimos 25 matronas, así que el cambio fue radical, se formaron grupos para los distintos turnos y empezamos a trabajar, lógicamente las viejas, que éramos las que veníamos del hospital antiguo, nos agrupamos, y durante muchos años hemos trabajado juntas y…pero eso era distinto, vinieron muchos médicos, vinieron muchas matronas, muchas de Valencia, porque había…como se abrió el hospital nuevo, pues mucha gente se vino aquí (…) un montón de gente encantadora, también vinieron de Albacete y sí, estuvo bien. Las auxiliares igual, en la Arrixaca vieja había tres y en el hospital nuevo pues yo diría que como mínimo 12 o 13 auxiliares, entonces claro, el paritorio pasó a ser otra cosa, ya no era el "petit comité" de antes, sino que era un…pues un sitio muy distinto (…). (Mt.01:5).

Según algunos testimonios incluso se llegó a poner un nombre o "etiqueta" a cada uno de los grupos de matronas en base a distintas característica que resultaban peculiares para el resto de compañeros: médicos, auxiliares o matronas, creándose de este modo una identidad de grupo:

> En nuestro grupo éramos seis, M. es que se fue enseguida y estábamos de noches, una noche sí y dos no, hacíamos de ocho a ocho, hacíamos doce horas y en nuestro equipo nos llevábamos muy bien, las auxiliares nos pusieron "Las Profesionales", a cada grupo le pusieron una etiqueta. (Mt. 11:130).

Dentro de la plantilla de matronas convivieron profesionales de distintas generaciones siendo muy heterogénea tanto la formación recibida hasta obtener su titulación como los años de bagaje profesional acumulados. Las matronas más jóvenes reconocieron que las mayores les aportaron la gran experiencia adquirida durante su ejercicio en el contexto domiciliario sin apenas recursos. Las matronas titulares



Figura 52. Joven matrona en sala de recuperación de madres. Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Años 70. Imagen cedida por informante.

de los Servicios Sanitarios locales que desempeñaban plazas de APD pasarán a prestar servicio a la Seguridad Social en las mismas localidades donde lo venían haciendo (Ministerio de Trabajo, 1973.), además las que desarrollaban su trabajo en los ambulatorios de la Seguridad Social junto a los tocólogos quedaron adscritas dentro de los Equipos Tocológicos (Ministerio de Trabajo, 1967). Entre las funciones de estas últimas se encontraba realizar guardias dentro de los hospitales, compaginándolas con su trabajo en los ambulatorios:

> (…) allí coincidí con matronas mayores, que eran de APD, que venían a hacer alguna noche como G….yo qué sé, un montón de matronas mayores, J., que también ha muerto, en fin, gente bastante mayor, pero que siempre aportaba mucho, mucha sabiduría, mucha…mucho conocimiento del medio, como se llama ahora (…) por lo menos yo, que era la más jovencita, me apoyaba en mis compañeras, que como decía antes fueron mis grandes maestras, porque yo había aprendido en la Escuela, pero la soltura desde luego me la dio trabajar en el hospital(…) allí aprendí de todas estas mujeres, mayores que yo, y más sabedoras de…de todo, aprendí un montón de cosas que yo no sabía .(Mt. 01:5).

La gran experiencia y sabiduría mostrada por las matronas más veteranas apareció en los relatos de la mayoría de nuestras protagonistas. Sin embargo, la matrona 11, además de la admiración y respeto sentido hacia ellas, también aludió a cierto “atrevimiento” en sus actuaciones profesionales. Estas matronas estaban habituadas a decidir y resolver solas situaciones difíciles en las zonas rurales mientras acudía el médico, rebasando en ocasiones los límites de su competencia ante situaciones de extrema urgencia:

> Doña L. de su época era la mejor, doña C., muy buena profesional, para mí muy buena profesional. G. era muy buena profesional pero…muy a lo suyo, muy arriesgada, era muy atrevida, con el doctor A. tuvo un enganche muy fuerte ¡que si es otro!...muy atrevida, era muy atrevida (…) pero vamos, en cuanto a la acogida por ellas maravillosa, yo me vine aquí del pueblo, que al fin y al cabo era una inexperta, porque ellas llevaban muchos años trabajando en casas y en todos sitios y habían hecho de todo…y me recibieron como una

> más (…) cuando trabajé con C. lo mismo, yo le preguntaba: "C. mira a ver esta señora que está tanto tiempo, le he hecho esto, esto y esto, a ver que te parece " (Mt.11:87).



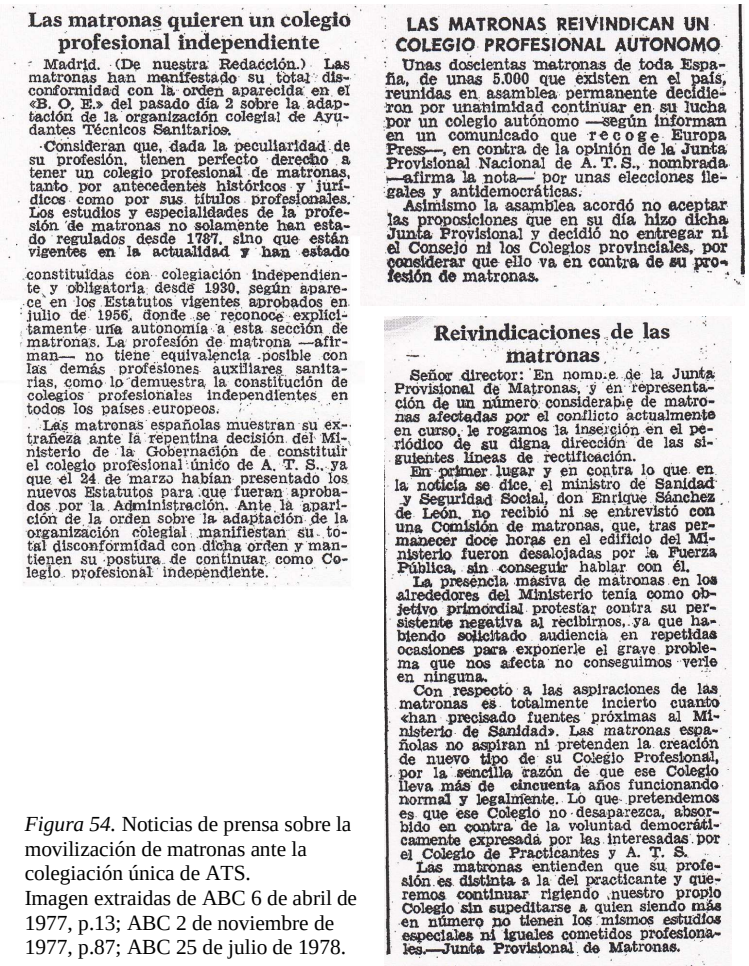
Figura 53. Matronas de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Años 70. Imagen cedida por informante.

El último año que abarca nuestra investigación estuvo marcado por un hecho que unió a todas las matronas para reivindicar sus derechos, no sólo a nivel regional sino también a nivel nacional. Aunque desde 1930 la colegiación de las matronas fue obligatoria, en abril de 1977 una orden aglutinaría las tres secciones surgidas en 1954 (Practicantes, Matronas y Enfermeras) del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios en una colegiación única (Ministerio de la Gobernación, 1977), (Anexo 12: Matronas colegiadas en Murcia según lugar de residencia. Años 1956-1970). Algunas de nuestras protagonistas, como la 06, formaron parte de la Junta de Gobierno de esta Sección de Matronas previamente a su desaparición:

> (…) desde el primer día que llegué de Madrid aquí me colegié, el número mío de colegiación es el (…) y me colegié porque no estaba el Colegio allí entonces, estaba en…por ahí por Platería, no me acuerdo que calle, por detrás, una calle así… allí estaba el Colegio de ATS y había una Sección de Matronas y estaba de presidenta doña L., no sé si la habréis oído nombrar, es una señora… ya murió hace unos años y fue presidenta de esa Sección de Matronas mucho tiempo y yo fui tesorera, ya ves tú, allí no había dineros ningunos pero bueno "tú la tesorera para que pague la gente" " sí, ¿y si no pagan yo qué, voy detrás de ellas o qué?", se colegiaba poca gente entonces ¿sabes? pero sí, yo como ya venía de Madrid ya sabía que para trabajar había que colegiarse, me colegié desde el primer momento y por eso mi número de colegiada es de los más antiguos. (Mt.06: 105).

Ante la inminente desaparición de la Sección de Matronas, el colectivo percibió que perdía parte de su poder profesional. Entendían que su formación específica les otorgaba el derecho a una colegiación independiente de manera que dirigieron numerosos recursos y grandes esfuerzos para lograr que esta Orden no se llevara a cabo:

> (…) había que hacer esa especialidad de Matrona y eso nos daba derecho a tener en el Colegio profesional una Sección de Matronas en las que sólo estábamos las matronas y que aunque no era un Colegio profesional, pues ese algo nos fue quitado, nos fue quitado porque salió otro decreto que decía que en el Colegio de Enfermería sólo había que ser enfermeros desaparecía la Sección de Matronas, la Sección de Enfermeras y la Sección de Practicantes o ATS masculinos, así que se quedaba todo en lo mismo y eso también fue una pérdida importante y no fue porque no se luchara, porque nosotras estuvimos movilizándonos, no sólo en Murcia sino que fuimos a Madrid, hicimos manifestaciones, fuimos incluso a hablar con el…el ministro no nos recibió pero el segundo de a bordo del Ministerio nos escribió una carta preciosa en la que reconocía nuestras funciones y nuestra labor, allí también lo pasamos muy bien, en esas manifestaciones, porque se nos sumaron las feministas que lucharon con nosotras por el Colegio y que de vez en cuando decían: “Hay que llamar a la prensa, radio, televisión” , las feministas… en fin,



Las matronas quieren un colegio profesional independiente

Madrid. (De nuestra Redacción.) Las matronas han manifestado su total disconformidad con la orden aparecida en el «B. O. E.» del pasado día 2 sobre la adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Consideran que, dada la peculiaridad de su profesión, tienen perfecto derecho a tener un colegio profesional de matronas, tanto por antecedentes históricos y jurídicos como por sus títulos profesionales. Los estudios y especialidades de la profesión de matronas no solamente han estado regulados desde 1787, sino que están vigentes en la actualidad y han estado constituidas con colegiación independiente y obligatoria desde 1930, según aparece en los Estatutos vigentes aprobados en julio de 1956, donde se reconoce explícitamente una autonomía a esta sección de matronas. La profesión de matrona —afirman— no tiene equivalencia posible con las demás profesiones auxiliares sanitarias, como lo demuestra la constitución de colegios profesionales independientes en todos los países europeos.

Las matronas españolas muestran su extrañeza ante la repentina decisión del Ministerio de la Gobernación de constituir el colegio profesional único de A. T. S., ya que el 24 de marzo habían presentado los nuevos Estatutos para que fueran aprobados por la Administración. Ante la aparición de la orden sobre la adaptación de la organización colegial manifiestan su total disconformidad con dicha orden y mantienen su postura de continuar como Colegio profesional independiente.

LAS MATRONAS REIVINDICAN UN COLEGIO PROFESIONAL AUTONOMO

Unas doscientas matronas de toda España, de unas 5.000 que existen en el país, reunidas en asamblea permanente decidieron por unanimidad continuar en su lucha por un colegio autónomo —según informan en un comunicado que recoge Europa Press—, en contra de la opinión de la Junta Provisional Nacional de A. T. S., nombrada —afirma la nota— por unas elecciones ilegales y antidemocráticas.

Asimismo la asamblea acordó no aceptar las proposiciones que en su día hizo dicha Junta Provisional y decidió no entregar ni el Consejo ni los Colegios provinciales, por considerar que ello va en contra de su profesión de matronas.

Reivindicaciones de las matronas

Señor director: En nombre de la Junta Provisional de Matronas, y en representación de un número considerable de matronas afectadas por el conflicto actualmente en curso, le rogamos la inserción en el periódico de su digna dirección de las siguientes líneas de rectificación.

En primer lugar y en contra lo que en la noticia se dice, el ministro de Sanidad y Seguridad Social, don Enrique Sánchez de León, no recibió ni se entrevistó con una Comisión de matronas, que, tras permanecer doce horas en el edificio del Ministerio fueron desalojadas por la Fuerza Pública, sin conseguir hablar con él.

La presencia masiva de matronas en los alrededores del Ministerio tenía como objetivo primordial protestar contra su persistente negativa al recibirnos, ya que habiendo solicitado audiencia en repetidas ocasiones para exponerle el grave problema que nos afecta no conseguimos verle en ninguna.

Con respecto a las aspiraciones de las matronas es totalmente incierto cuanto «han precisado fuentes próximas al Ministerio de Sanidad». Las matronas españolas no aspiran ni pretenden la creación de nuevo tipo de su Colegio Profesional, por la sencilla razón de que ese Colegio lleva más de cincuenta años funcionando normal y legalmente. Lo que pretendemos es que ese Colegio no desaparezca, absorbido en contra de la voluntad democráticamente expresada por las interesadas por el Colegio de Practicantes y A. T. S.

Las matronas entienden que su profesión es distinta a la del practicante y queremos continuar rigiendo nuestro propio Colegio sin supeditarse a quien siendo más en número no tienen los mismos estudios especiales ni iguales cometidos profesionales.—Junta Provisional de Matronas.

Figura 54. Noticias de prensa sobre la movilización de matronas ante la colegiación única de ATS.
Imagen extraidas de ABC 6 de abril de 1977, p.13; ABC 2 de noviembre de 1977, p.87; ABC 25 de julio de 1978.

> hicimos lo que pudimos, pataleamos cuanto pudimos pero perdimos, así que nos quedamos sin… sin… sin nuestra Sección del Colegio. (Mt.01:6).
>
> ¡Bueno, no hemos hecho viajes nosotras a Madrid!, cuando la unificación de los Colegios, porque tenías el Colegio de Matronas y entonces se hizo la unificación, que todavía no existía el Diplomado en Enfermería, pero salió que querían unificar los Colegios e íbamos allí a Madrid a reivindicar y al sindicato también, por las noches coger el coche, salir a las cinco de la mañana, ir a Madrid y volvernos en el día y encierros, encierros ahí en el Colegio de Madrid de Matronas y la prensa y montábamos unos follones bien, bien, estuvimos tiempo y por aquí organizamos también una especie de …alguna manifestación con el coche, el coche, dos o tres coches ahí, pues aparcando…las matronas fuimos a hablar…, entonces había un director de Sanidad, entonces a reivindicar, todos los días estábamos nosotras protestando. (Mt.07:127).

Los fragmentos y noticias de prensa anteriores son un ejemplo de la forma en que las matronas se unieron y organizaron para luchar por un bien común para el colectivo, reivindicando sus derechos ante diversas autoridades. Esta actitud activa del grupo profesional y su capacidad para defenderse han sido recogidas en otros estudios como por ejemplo el de Torres Díaz (2014) sobre las matronas en Málaga durante la primera mitad de siglo XX.

7.3.4.3 Relaciones con las gestantes y sus familias.

El proceso reproductivo será un acontecimiento transcendente en la vida de los hombres y mujeres en el que se redefinen o perpetúan aspectos en torno a la feminidad/masculinidad y la maternidad/paternidad. El modo en que se estructura y conceptualiza la atención durante el parto así como el comportamiento esperado en los protagonistas son componentes conformados por el género (García Jordá & Díaz Bernal, 2010). Las relaciones establecidas durante la asistencia en el contexto domiciliario entre la matrona y la comunidad se modificarían en gran medida dentro del ámbito hospitalario.

Las mujeres serían separadas de la familia y aisladas de su entorno humano conocido durante todo el proceso, circunstancia que afectaría en gran medida al progreso de los nacimientos desde la perspectiva de la informante 04:

> (…) te quiero decir que era muy diferente porque la mujer no salía de su entorno [refiriéndose la parto domiciliario], entonces eso sí era un parto natural, porque no es lo mismo que…claro ahora no es igual que estar dilatando en tu casa con tu marido, estaban muy tranquilas (Mt. 04:18).

Las parejas de las gestantes permanecían fuera de la sala de dilatación y paritorio, no participando en el acompañamiento durante el parto. Una vez nacido, la matrona y la madre presentaba al niño o a la niña al resto de familiares. La información durante el proceso era generalmente muy escasa, la matrona 09 lo describió de este modo:

> (…) el marido ni entraba ni…prácticamente ni se le informaba, yo creo que había unas puertas grandes, así, a lo mejor llamaban y si llamaban y preguntaban se les informaría pero no…no había ningún…más bien, creo que ese trabajo lo harían las de las plantas, las que estaban en las plantas, pues si los familiares preguntaban pues entrarían allí: "¿Cómo está esta mujer o qué…?" , pero vamos, yo no recuerdo de dar información ni de entrar, nada, ya cuando estaba la mujer en la cama con el crío salías y se lo enseñabas. (Mt.97:119).

La relegación de los hombres a un segundo plano reforzaría la valoración del parto como un asunto tradicionalmente en manos de las mujeres, de manera que la actitud del padre sería pasiva y poco participativa. Esto perpetuaría la división sexual del trabajo y los modelos tradicionales donde los aspectos reproductivos y la crianza serían considerados responsabilidades exclusivamente femeninas (Blázquez Rodríguez, 2010). Hoy día, los padres se implican cada vez más en el cuidado de sus hijos



Figura 55. Auxiliares de enfermería pesando a recién nacido. Años 70.
Imagen original cedida por informante.

e hijas siendo la maternidad/paternidad resultado de un consenso previo en la pareja (García Jordá & Díaz Bernal, 2010). En algunas clínicas y maternidades las matronas entrevistadas recordaron la existencia habitual de nidos hospitalarios, espacios donde los recién nacidos eran atendidos mientras permanecían apartados de sus familias. Esta separación conforme al modelo de Ramona Mercer (Alligood & Marriner- Tomey, 2011; Alvarado, Guarin & Cañon-Montañez, 2011) dificultaría la adopción del rol materno ya que se retrasaría la interacción en el microsistema de madre, padre y niño/a. La influencia de las políticas institucionales, el modelo sanitario y la asimilación de nuevas pautas culturales no favorecerían la creación del vínculo afectivo con su criatura. La matrona 07 reflejó en su relato la aceptación general de la práctica de mantener a los recién nacidos en el nido:



FIG. 241.—*Una escena típica en la moderna Maternidad. La enfermera muestra al recién nacido a través del cristal. El ventanal transparente permite que los visitantes satisfagan su natural curiosidad y facilita la vigilancia de los recién nacidos, eliminando la posibilidad de contagios.*

Figura 56. Ilustración sala nido maternidad. Imagen extraida de Orengo Díaz del Castillo, 1953, p.319.

> Cuando íbamos a las clínicas y estábamos…los críos también estaban en los nidos, eso es otra cosa que era muy frecuente en la época, en esa clínica cuando pusieron el nido todo el mundo decía: "¡Oh, que bonito, el nido, que bien! Y entonces había una zona donde tú cambiabas a los críos, cogías al crío y lo bañabas y lo vestías (Mt.07: 74).

El uso de nuevas tecnologías para el control del bienestar materno-fetal haría que la atención de los/as profesionales se desviara de la parturienta a la vigilancia de estos registros (Hernández Garre, 2012). La matrona 11 expresó la preocupación sentida ante las repercusiones que el aumento de tecnificación y el contexto hospitalario podía tener sobre el contacto entre matrona y gestante:

> A mí me ha preocupado mucho que se vea más lo teórico y lo técnico a través del ordenador que el contacto humano, para mí lo fundamental en nuestra profesión es el contacto humano…la humanidad es tener esa empatía con la persona que viene, ponerte tú en su lugar, el darte cuenta que está en un sitio desconocido. (Mt.11:142).

Magnone Alemán (2013) recoge las ideas aportadas por Davis Floyd (2001) sobre la idoneidad de que los/as profesionales durante la asistencia obstétrica combinen elementos del modelo tecnocrático, el humanista y el holístico, contemplándose mente, cuerpo y entorno. Para algunos autores y autoras los instrumentos puede ser dotados de humanidad por las personas que los usan (Arredondo González & Siles González, 2009). No consiste en rechazar el modelo biomédico, sino más bien mantener sus aspectos positivos, potenciándolos y armonizándolos con una atención humanizada. Lograr una mayor calidad en la asistencia pasa por construir un entorno que favorezca la toma de decisiones por parte de las mujeres, además, los/as profesionales que atienden el parto deben colaborar acorde a una filosofía común manteniendo relaciones igualitarias y de respeto y, por último, basar sus cuidados en la evidencia científica disponible (Wagner, 2007).

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

Con el propósito de conocer y hacer visibles las vivencias personales y profesionales de un grupo de matronas que ejercieron en Murcia durante el período comprendido entre 1940 y 1977 desde una perspectiva integral y de género iniciamos este trabajo cuyas conclusiones exponemos a continuación relacionadas con los objetivos propuestos.

El primer objetivo planteado fue **determinar la influencia familiar en la formación de las matronas.** Tras el análisis de nuestros resultados podemos concluir que la mayoría de matronas entrevistadas crecieron dentro de una familia nuclear tradicional acorde a la estructura imperante en gran parte de los hogares de la época, existiendo una marcada división sexual del trabajo entre los cónyuges; los padres actuarían como cabeza de familia mientras las madres permanecerían en el ámbito privado del hogar. Este modelo de referencia durante la infancia y adolescencia, donde gran parte de las madres responderían a los cánones de "ángel del hogar", contrastaría con el futuro rol de mujer trabajadora adoptado por nuestras entrevistadas dentro de sus propias familias una vez obtenida la titulación, obligando a una redefinición en el reparto de tareas entre hombres y mujeres. Por tanto, las informantes fueron partícipes y precursoras del cambio social por el que las mujeres se incorporarían como profesionales al mundo laboral, compatibilizando su actividad en el ámbito público con el rol de madre y esposa. No obstante, no todas las participantes crecerían inmersas en familias tradicionales donde los únicos ingresos procedían de la figura paterna; la necesidad de supervivencia dentro de los años difíciles de guerra y posguerra impulsó la construcción de otro tipo de formas familiares y fomentó el desarrollo de estrategias de trabajo entre algunas madres, aunque generalmente serían labores realizadas en la intimidad de los hogares como la costura o el bordado.

La familia como estructura socializadora será fundamental en la transmisión y adquisición de diferentes roles para hombres y mujeres. A través del papel otorgado a estas últimas en base a su "naturaleza" le serán atribuidas una serie de responsabilidades dentro del ámbito familiar. En un principio, nuestras protagonistas asumieron de un modo "natural" las tareas designadas tradicionalmente a las mujeres y que habían visto realizar a sus madres, de forma que integrarían los quehaceres domésticos y el cuidado de otros miembros de la familia como parte de sus "obligaciones". Sin embargo, frente a la ideología que les relegaba exclusivamente al ámbito privado y la maternidad como función primordial limitando sus oportunidades de acceder a otros espacios, reivindicarían su derecho a estudiar y desarrollarse como personas a través del desempeño de un trabajo.

La intención de continuar formándose expresada por este grupo de matronas murcianas no sería un camino sencillo, suponía romper con el orden establecido, con la pauta seguida por muchas jóvenes de su entorno próximo que apenas recibieron una instrucción básica; aunque algunas de ellas hubieran querido seguir estudiando, no tuvieron la posibilidad de hacerlo. Conforme a la ideología de la época, el que las informantes prolongaran su trayectoria académica más allá de la Educación Primaria no era una opción dada por supuesta sino todo lo contrario; era un proyecto de vida que implicaba alejarse del modelo de mujer tradicional imperante durante los años de la posguerra. Nuestras protagonistas identificarían el género como un factor determinante en cuanto a las oportunidades brindadas a hombres y mujeres dentro la familia en el contexto cultural en el que crecieron. Así, algunas de las matronas cesarían temporalmente su asistencia a colegios e institutos al ser reclamadas por sus progenitores para desempeñar las tareas acordes a su condición de mujeres, lo que

generaría una desigualdad de oportunidades con respecto a sus hermanos varones. Esta circunstancia de desventaja no fue manifestada expresamente en la mayoría de relatos, ya que cubrir las necesidades de otros sería integrada como tarea propia y exclusivamente femenina. Pese a ello, dar respuesta a estas demandas familiares no significó que las entrevistadas cesaran en su empeño por continuar formándose. Igualmente, el trance económico de muchos hogares en el contexto de la posguerra les obligaría en algunos casos a intercalar su escolarización con periodos de trabajo asalariado. Eran tiempos difíciles, por consiguiente, el grupo familiar condicionaría la vida de estas mujeres que giraría en torno a la adopción del rol de hijas cuidadoras, el rol de hijas trabajadoras y el de hijas estudiantes dependiendo del momento y la situación. En definitiva a través de los relatos de las matronas pudimos deducir que buscaron continuamente el equilibrio entre lo que querían y lo que de ellas se esperaba.

No obstante, en el logro de sus objetivos las informantes no estuvieron solas, para superar los obstáculos sociales, culturales y personales que dificultaban el camino contaron también con apoyos esenciales. En muchos casos, su futuro pasaría por una negociación previa con los progenitores: algunos alentarían el deseo y motivación de sus hijas para estudiar, otros se limitarían a no poner obstáculos a la iniciativa. Generalmente fue bajo la condición de no descuidar el papel fundamental que como "buenas hijas" les fue atribuido, prevaleciendo en ocasiones frente a su trayectoria académica. Ante las desigualdades de género percibidas por nuestras protagonistas en el contexto donde crecieron, propias de una sociedad androcéntrica, el que ellas pudieran finalizaran su formación les hizo sentir privilegiadas y pioneras. De este modo, concebirían su ámbito familiar como más justo e igualitario al compararlo con la realidad percibida de otros hogares de su entorno. Algunas matronas harían referencia a

sus padres como adelantados a la época. Sus madres, a pesar de que nunca estudiaron fueron mujeres que desde una conciencia crítica hacia los límites impuestos por el sistema patriarcal, entendieron que a través de la educación sus hijas conseguirían una mayor autonomía y un porvenir mejor. Estas mujeres, aunque siempre desde el respeto a la autoridad paterna, actuaron como auténticas impulsoras en la educación de sus hijas, reclamando en el contexto familiar su derecho a crecer con la libertad que les otorgaría obtener una titulación. Como se desprende de nuestros resultados, las participantes de esta investigación tampoco olvidaron en sus narraciones a distintas personas que de un modo u otro colaboraron en su empeño de convertirse en profesionales, dirigiéndoles palabras de agradecimiento por el respaldo prestado. Todas ellas con pequeñas acciones irían haciendo posible una sociedad más igualitaria.

A través del análisis de lo relatado por las entrevistadas podemos concluir que el universo profesional al que una mujer podía acceder en esos momentos era reducido. La pauta por la que las jóvenes optaban mayoritariamente a formarse en ocupaciones vinculadas a su condición femenina se hará patente en las alternativas barajadas antes de iniciar su aprendizaje como matronas. No obstante, una pequeña parte de ellas posteriormente también se integrarían en profesiones tradicionalmente masculinas, con una segunda titulación como practicantes. Así, con el objetivo de ampliar su campo laboral superarían los límites culturales impuestos que segregaban a las personas en distintas actividades.

De nuestros resultados extraemos que la postura de los progenitores frente a la elección profesional de sus hijas fue muy variada, constituyendo el género un elemento decisivo en el futuro planeado para ellas. La valoración y el reconocimiento social, unido a la imagen de la profesión matrona y del colectivo entre las familias, serían

aspectos condicionantes de la aprobación o rechazo a la iniciativa. Algunos padres y madres fueron promotores de la idea, otorgando el carácter femenino de la actividad un gran peso en la orientación de sus hijas, mientras otros estimaron que ser matrona no era la mejor opción para ellas. Ante la negativa familiar, en un principio las informantes acatarían la autoridad y voluntad paterna, llegando a comenzar sus estudios en otras disciplinas. Su aceptación inicial sería ejemplo de la obediencia inculcada a las mujeres de la época en el contexto de la sociedad tradicional en la que vivieron nuestras entrevistadas. Sin embargo, finalmente no admitieron las decisiones familiares impuestas, defendiendo el derecho a ser partícipes activas en sus vidas y retomando sus aspiraciones personales. Si bien una parte de las entrevistadas siempre deseó ser matrona, muchas otras fundamentaron su elección en aspectos como la oportunidad de especialización, la mejor opción laboral o mayor autonomía en el trabajo. Las motivaciones expresadas nos permiten afirmar que estas mujeres se formaron no solamente con la intención de obtener una titulación, sino también de convertir el trabajo en un elemento permanente en sus vidas que les reportaría grandes beneficios. Todas ellas, fuera su elección inicial o no, reconocieron que las profesión les había atrapado y llenado como jamás hubieran imaginado en un principio, identificando su ejercicio como fuente de felicidad y realización personal.

Nuestro segundo objetivo específico propuesto fue **identificar la formación académica de las matronas indagando en los itinerarios y requisitos formativos, los contenidos y manuales para su formación y su vida cotidiana durante esta etapa**. De los testimonios de las matronas entrevistadas podemos concluir que los itinerarios y requisitos legislativos seguidos hasta obtener su titulación no fueron homogéneos. Aunque todas ellas recibieron una enseñanza práctica dentro de instituciones sanitarias, las seis

formadas antes de 1957 tuvieron la oportunidad de continuar en su ámbito familiar mientras cursaban los estudios a través de la modalidad libre. No obstante, sólo cuatro elegirían esta opción y de entre ellas, únicamente dos realizarían las prácticas exigidas dentro de hospitales murcianos. El permanecer en casa tuvo grandes ventajas para ellas ya que muchas familias no hubieran tenido recursos suficientes para enviarlas a estudiar a otras ciudades. Sin embargo, también implicó compaginar preparación académica, responsabilidades familiares e incluso otros trabajos asalariados con la consiguiente sobrecarga durante este tiempo. Los roles de género asimilados por las entrevistadas, también serían condicionantes para las que se formaron en la modalidad oficial lejos de casa, ya que frente a otros horizontes laborales todas ellas, antes o después, volverían como tituladas a su entorno familiar de origen. A partir del Decreto de 1957 desapareció la opción de cursar los estudios de un modo libre así como de recibir formación práctica en Murcia. Siete de las trece matronas se formaron tras la unificación de las carreras de Matrona, Enfermera y Practicante en la nueva titulación de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Esto supondría un paso hacia delante en el proceso de consolidación profesional ya que sin duda se cohesionaron como colectivo en base a itinerarios formativos más homogéneos y requisitos de acceso mayores, ampliándose considerablemente el periodo académico exigido. Pero además conllevaría unos contenidos formativos desiguales para hombres y mujeres justificados en la diferente naturaleza de unos y otras. Estas últimas, conforme a su condición femenina, serían adiestradas en las tareas propias del hogar, de ese modo, a la vez que se transmitían las enseñanzas teóricas propias de la disciplina, también se afianzaba el modelo de mujer tradicional y los roles de género. Igualmente, el cambio por el que las enseñanzas debían cursarse obligatoriamente en carácter de internado sería una condición inexistente en el plan de estudios diseñado para los hombres. En definitiva, esta

situación reveló un intento de control sobre las futuras matronas por parte de la clase médica que ocupó los puestos de dirección de las Escuelas y diseñó un perfil profesional auxiliar desde las normas dictadas por hombres médicos. Éstos serían los docentes responsables de las enseñanzas prácticas y teóricas de las entrevistadas a través de clases magistrales y también como autores de los libros utilizados durante su formación. La participación de las matronas monitoras fue fundamental en la adquisición de habilidades prácticas por parte de las alumnas durante la asistencia al parto. En cambio, les sería negado el papel como responsables docentes en saberes teóricos hasta los años noventa, momento en que se aprobó el programa formativo de las nuevas especialidades de Enfermería y se establecieron los requisitos de las Unidades Docentes de Matronas (Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno, 1992). La capacidad intelectual de las mujeres de la época fue infravalorada de forma que su aprendizaje debía ser tutelado por hombres. Anteriormente, la integración de los estudios de ATS en las Universidades permitiría a los/as profesionales enfermeros/as ejercer como profesores/as de los nuevos Diplomados. En conclusión, esta tardía incorporación de las matronas a las aulas para formar a futuras generaciones, desde nuestro punto de vista, sería uno de los factores que posibilitaría perpetuar la jerarquía médica y conservar el dominio sobre el parto iniciado siglos antes con la incursión de los hombres en una actividad hasta entonces de mujeres. Las entrevistadas recibirían a través del discurso médico un mensaje de obediencia y sumisión concibiendo la figura de la matrona y su papel profesional como una simple ayuda hacia los ginecólogos. Por tanto, sus funciones fueron restringidas únicamente a la ejecución de órdenes sin prácticamente reconocimiento a su juicio propio. No obstante, la realidad encontrada por nuestras protagonistas dentro de los paritorios y servicios de las Escuelas distaría mucho del rol inculcado, puesto que su vivencia fue la de

asumir grandes responsabilidades atendiendo en ocasiones partos sin apenas supervisión por parte de los/as profesionales. Sus enseñanzas al mismo tiempo irían acompañadas del adoctrinamiento en una serie de cualidades deseables y esperadas en ellas, no sólo como profesionales sino también como mujeres conforme la ideología del momento, dictándoles cómo debían ser, actuar y sentir. Así, una matrona sumisa, abnegada, paciente, obediente y diligente sería la profesional ideal desde la visión de la clase médica; siendo un ejemplo más de la desigualdad de género. Junto a los aspectos antes expuestos, la moral, valores y creencias de la religión católica impregnarían la educación y trabajo de las entrevistadas. Las religiosas de las congregaciones responsables del gobierno de las Escuelas serán dibujadas como figuras de poder y autoridad para las alumnas durante el periodo formativo. En cierto modo, desde nuestra percepción suplían la potestad paterna bajo la que habían vivido estas jóvenes hasta esos momentos, velando por la disciplina y ejemplaridad de sus vidas cotidianas, entendiendo por ejemplaridad el imaginario de mujer tradicional vigente.

Del análisis de sus palabras se desprende que las vivencias y emociones experimentadas durante el curso académico dejarían una profunda huella en sus trayectorias vitales y personales. Para todas ellas fue una etapa dura a la vez que gratificante. Se reconocieron bien formadas y capacitadas en base a las enseñanzas de los docentes y con una amplia experiencia adquirida en instituciones de mucho trabajo que fundamentalmente era realizado por las matronas en formación. Algunas de ellas enmarcaron su aprendizaje en un modelo hospitalario donde las gestantes eran segregadas en función de su clase social o estado civil así como otras cuestiones culturales y morales que influirían en la organización y generarían desigualdad en la asistencia prestada a las mujeres en las maternidades. Para ellas este periodo fue una experiencia vital intensa que

por sus peculiaridades rompía con el contexto en el que habían crecido hasta entonces y les insertaba dentro de una institución jerarquizada que les moldearía como futuras matronas y les otorgaría un título a cambio de su trabajo, dedicación y esfuerzo.

Una vez tituladas, las matronas retomarían parte de su vida anterior e iniciarían nuevos proyectos personales. Algunas pasarían por acontecimientos trascendentales como fue el matrimonio y el nacimiento de sus propios hijos e hijas. Por este motivo nos planteamos como tercer objetivo específico **definir las estrategias desarrolladas por las matronas para conciliar trabajo y familia**. En esta etapa las entrevistadas no negaron los roles y comportamientos esperados en las mujeres, esposas y madres en esos momentos, pero a la vez lo harían compatible con un modelo de mujer trabajadora a tiempo completo que diferiría del papel tradicional circunscrito exclusivamente al ámbito doméstico. Los valores positivos asociados a la profesión y la identidad colectiva de las matronas como personas esenciales para la continuidad de la vida les concederían un carácter de figuras indispensables en la comunidad, creencia que ellas mismas y sus familias dejarían entrever en sus relatos biográficos desde el orgullo. Este aspecto ha sido considerado necesario en el proceso de consolidación de toda profesión. En el caso que nos ocupa, el talante irremplazable de su cometido fue reforzado por el gran reconocimiento social recibido por parte de las mujeres y familias a las que atendieron. El amor que declaran hacia su profesión y el compromiso sentido al cuidado de otras mujeres, en un tiempo donde los profesionales sanitarios escaseaban, hizo que el trabajo no fuera considerado una opción sino una parte central en sus vidas, compatible desde su visión con las responsabilidades familiares. Varias de las matronas entrevistadas reanudaron su actividad profesional a los pocos días de dar a luz a sus recién nacidos. Para ello contaron fundamentalmente con el apoyo de sus propias madres, pero también suegras o asalariadas que realizaron las tareas

domésticas y de crianza de sus hijos e hijas mientras ellas estaban ausentes. A pesar de eso, su papel público nos les eximió de responder a las demandas y necesidades del hogar durante el tiempo que permanecían en él, generando en algunas entrevistadas un sentimiento de sobrecarga. Las peculiaridades de su profesión exigían una gran implicación y comprensión por parte del resto de miembros de la familia; en cualquier momento podían ser requeridas por alguna parturienta.

La postura de los maridos con respeto al trabajo de las entrevistas respondería a tres modelos diferentes: hombres que entendieron la trascendencia personal y social de la labor de sus esposas, de forma que les apoyaron y crearon un entrono familiar más igualitario asumiendo, aunque tímidamente, parte de los roles considerados femeninos; hombres que consideraron el ejercicio de sus mujeres fuera del hogar como una concesión hacia ellas y, por último, maridos con una ideología tradicional que asociarían la actividad asalariada femenina con el descuido de las responsabilidades domésticas asignadas. Estas relaciones estuvieron enmarcadas dentro de una sociedad androcéntrica que situaba a nuestras protagonistas en inferioridad de condiciones con respecto a los hombres, precisando autorización marital para tomar la mayoría de decisiones. Frente a las cortapisas impuestas en algunos casos para ejercer la profesión, las entrevistadas reivindicarían su derecho a trabajar, logrando finalmente una larga trayectoria laboral. En cambio, los hombres que apoyaron a las informantes y normalizaron el trabajo público de éstas a tiempo completo, serían objeto de admiración y alabanzas al entender que no era lo habitual en el contexto de la época. El papel de padres y madres en sus familias de origen había sido otro, sin embargo, estas nuevas formas de organización y la redefinición en el reparto de tareas dentro del hogar serían motor de cambio para futuras generaciones en cuanto a las relaciones entre hombres y mujeres en el ámbito familiar.

Finalmente, en respuesta al cuarto objetivo específico formulado, los relatos de nuestras protagonistas nos han permitido **conocer e interpretar el cambio en el trabajo de las matronas del contexto domiciliario al hospitalario** obteniendo las conclusiones que exponemos a continuación.

El ejercicio profesional del grupo de matronas entrevistadas en el ámbito de la asistencia domiciliaria estuvo condicionado por un contexto complicado tras el final de la Guerra Civil. La ausencia de recursos suficientes, medios de trasporte eficaces, la dispersión geográfica de la población y la escasez de medios de comunicación obstaculizarían en gran medida su trabajo.

Muchas viviendas no disponían de luz ni agua corriente y los caminos se encontraban en estado deplorable. Las idas y venidas al hogar de la parturienta y el acompañamiento durante largas horas hasta el nacimiento serían habituales. Evidentemente, la clase social de la gestante y la ubicación del domicilio más o menos próxima a núcleos urbanos serían también aspectos a tener en cuenta, pero en general los escenarios descritos fueron difíciles. Ante el aviso de un parto acudieron sin amedrentarse, antepusieron su perfil profesional a cualquier otra barrera, no sólo del medio sino también de otros condicionantes de orden religioso o moral impuestos por el modelo de mujer socialmente aceptado en la época, trascendiendo cualquier restricción impuesta por motivos de género. La posición de la matrona junto a la parturienta que sufre sin alejarse de ella en ningún momento, será un aspecto que prevalecerá en los testimonios de nuestras protagonistas y formará parte de su identidad profesional diferenciándolas de otros colectivos. En la memoria de las informantes perdura un sentimiento de soledad, dureza y sacrificio durante esos años, apareciendo posteriormente en sus discursos estas emociones experimentadas como motivación principal para incorporarse dentro de las instituciones

hospitalarias. A ellas acudieron en busca de la seguridad no hallada en los domicilios. Las matronas expresaron la percepción de realizar un trabajo duro a cambio de un salario bajo e inseguro, reflejo de las desigualdades de género en el mercado laboral.

Frente a las limitaciones encontradas en el ámbito rural, las matronas murcianas pusieron en práctica medidas enfocadas a la mejora de la salud materno- infantil. Una de ellas sería ofertándole a las mujeres toda una serie de controles durante la gestación que incluían algunas pruebas diagnósticas, como la detección de estados hipertensivos o diabetes en el embarazo. Asimismo divulgarían consejos higiénico-dietéticos promoviendo el autocuidado entre las futuras madres y el abandono de prácticas supersticiosas muy arraigadas pero que en ocasiones podían resultar nocivas. En definitiva, a través de la educación para la salud trataron de difundir entre la comunidad una cultura sanitaria enfocada a la prevención y no únicamente la curación, adaptando los contenidos de sus enseñanzas a las necesidades reales de las mujeres y familias que atendían. Igualmente lucharían contra la infección puerperal y neonatal llevando a cabo distintas estrategias y métodos de asepsia a su alcance durante la asistencia al nacimiento. Respetaron la fisiología del parto de un modo paciente y prestaron especial atención a la prevención de la hemorragia postparto, siendo conscientes del grave riesgo que suponía para la vida de la madre.

Estas matronas dotaron a su trabajo de una base científica, pero además integraron en el ejercicio aspectos humanos y sociales, logrando una atención de calidad. A pesar de los grandes inconvenientes y limitaciones encontradas, la intimidad del hogar fue un espacio de confianza entre matrona y parturienta, haciéndose factible un cuidado individualizado, holístico y humanizado en el propio contexto familiar, no sólo durante el nacimiento sino también en los días posteriores al parto. Cuando las informantes se

adentraban en las viviendas podían valorar de un modo minucioso las verdaderas carencias o fortalezas de la comunidad para mejorar la salud.

Durante el parto se empleaban los instrumentos del equipo personal de las profesionales así como materiales y utensilios aportados en los domicilios. El lugar elegido generalmente era la cama de la gestante, estando acompañada en el proceso por la matrona y otras mujeres allegadas. De ahí que muchas madres ofrecieran resistencia a salir de este espacio privado doméstico para acudir a los hospitales a dar a luz a sus hijos e hijas en un ambiente extraño para ellas y con unos profesionales normalmente desconocidos.

Ante el surgimiento de complicaciones durante el parto, las entrevistadas siguieron un patrón homogéneo: su primer paso era avisar al médico, cumpliendo así con el límite legislativo a sus competencias. Posteriormente, ponían en práctica toda una serie de técnicas y saberes, resolviendo en muchos casos el problema exitosamente antes de su llegada. En este punto concreto, gozaron de gran autonomía y libertad profesional ya que, si bien su ejercicio estaba circunscrito a los partos normales, ante riesgo vital de madres o niños/as debían actuar y tomar decisiones que quizás en otro contexto hubieran sido interpretadas como una extralimitación de sus funciones. Por tanto, nuevamente se plantea una situación similar a la descrita durante su formación; aunque la normativa negaba a las matronas su capacitación como profesionales independientes, la realidad de los hogares fue otra muy distinta. En un tiempo donde el control prenatal era escaso, los partos escondían en ocasiones sorpresas como embarazos gemelares, distocias de presentación o malformaciones fetales. Las entrevistadas guardaron en su memoria de manera especial aquellos episodios inusuales que resolvieron felizmente, sintiendo un gran orgullo profesional y cosechando el reconocimiento y respeto como expertas por parte de las familias y comunidad. Sin embargo, desde su percepción los partos discurrían en su

inmensa mayoría de un modo normal, alejándose del discurso médico del momento que abordaba el proceso desde un enfoque de alto riesgo. Las matronas se enfrentaron a los partos confiando en su buena evolución, confianza reforzada por el uso de algún icono o imagen religiosa a la que se encomendaron pidiendo auxilio divino ante cualquier contratiempo. Una vez se personaba el médico en el domicilio, asumían con naturalidad el papel auxiliar asignado respetando la jerarquía inculcada durante su formación y consolidada por la legislación vigente.

En general la relación establecida entre médicos y matronas dentro del contexto de la atención domiciliaria fue estrecha. Las entrevistadas manifestaron los beneficios que reportaba una relación cordial y de equipo entre los/as profesionales, no sólo para ellos mismos, sino también para las gestantes, máxime ante las dificultades a las que se enfrentaban los sanitarios en su ejercicio rural. Las matronas disculparon la tardanza o ausencia de los médicos cuando eran avisados ante partos complicados. A la vez, la mayoría de médicos y tocólogos respetaron las actuaciones y decisiones de las matronas en su ausencia en base a su juicio propio. No obstante, puntualmente en los relatos de las informantes aparecen episodios de fricciones entre ambos colectivos generados principalmente por dos motivos; por una parte algunos médicos sintieron que las matronas no respetaban el orden jerárquico establecido, por otra las matronas consideraron que éstos infravaloraban su capacitación y criterio profesional. Además, los intereses económicos favorecieron la competencia entre profesionales. Tanto los médicos como las matronas tuvieron cierta influencia sobre el volumen de trabajo e ingresos obtenidos por los miembros del otro colectivo, fruto del modelo médico imperante, especialmente en el ejercicio libre y el régimen de cobro por “acto médico”. Este sistema de retribuciones desaparecería dentro de las instituciones sanitarias pasando a recibir un salario mensual

fijo, otorgando una mayor estabilidad y mejorando notablemente la situación de los/as profesionales.

La relación de las matronas con los practicantes y ATS fue cordial. Realmente no fueron vistos en líneas generales como una amenaza para su trabajo en el contexto rural. Sin embargo, las alusiones de las entrevistadas al trabajo de las parteras cobrarán mayor relevancia en sus relatos. A ellas se refirieron como intrusas o aficionadas, criticando determinadas prácticas llevadas a cabo por éstas sin ninguna base científica y que podían resultar nocivas para madres y criaturas. Parece que en ocasiones se creó cierta confusión entre las gentes e incluso entre otros profesionales sanitarios, atribuyéndoles a las matronas el analfabetismo existente entre algunas parteras, circunstancia totalmente incompatible con el nivel académico exigido a las entrevistadas para obtener la titulación. La imagen de las parteras entre las informantes corresponderá a mujeres de edad avanzada que progresivamente cesaron en su ejercicio profesional mientras ellas, jóvenes y recién tituladas, se hacían hueco en la comunidad aplicando todos los conocimientos aprendidos durante su formación. Realmente, hasta las últimas décadas del siglo XX la cobertura sanitaria de la población fue muy escasa así como el número de profesionales, de forma que no todo el mundo podía acceder a los servicios de matronas tituladas. Aunque la lucha por el intrusismo siempre figuró como uno de los objetivos cohesionadores del colectivo a través de los Colegios profesionales, en este contexto de pobreza parece que en algunas ocasiones se estableció una relación de convivencia y conveniencia entre parteras y matronas de generaciones anteriores a nuestras entrevistadas. Mientras las primeras atendían a las mujeres más humildes, las segundas asistían a las clases más acomodadas, estableciéndose también un estatus social muy superior en el caso de las matronas. Pero la situación vivida por nuestras informantes fue muy distinta, atenderían a mujeres de todos

los estratos sociales, en circunstancias de escasez tuvieron gestos de generosidad proporcionando a las familias algunos alimentos o ropa. Además pondrían en marcha medidas concretas contra el intrusismo, que en ocasiones pasaría por denunciar el amparo ofrecido por algunos médicos al trabajo de mujeres sin titulación. La llegada de los grandes hospitales y la institucionalización del nacimiento en los años setenta lejos de los domicilios finalmente harán que la figura de la partera y su ejercicio desaparezca paulatinamente del contexto social.

Por otro lado, las relaciones de las matronas murcianas entrevistadas con el resto de compañeras que integraban el colectivo durante los años que ejercieron en el contexto domiciliario fueron dispares. Oscilaron desde la indiferencia a la cordialidad y desde una relación de auténtica competencia económica hasta la configuración y organización como un verdadero equipo. En algunas zonas la unión de nuestras protagonistas suministró el poder y la fuerza necesaria para plantear y conseguir objetivos comunes. La denominación a la gestante como clienta en los testimonios denota el carácter comercial otorgado al ejercicio de la profesión, sin embargo, aunque algunas trabajaban de un modo libre, entendieron que los beneficios de hacerlo en armonía eran muy superiores a los obtenidos a través de la rivalidad generada por los intereses económicos: cada una se ocupaba de una zona concreta y se cubrían entre ellas durante las ausencias, viendo así en sus compañeras matronas una herramienta para conciliar vida laboral y familiar. El vínculo entre las matronas como colectivo profesional sería favorecido al integrarse como plantilla de los hospitales, dotando al grupo de espacios de encuentro para el debate y las reivindicaciones comunes.

Desde finales de los años sesenta, gestantes y profesionales vivirían un gradual proceso de institucionalización del nacimiento en el que incidirían varios factores. Por un

lado la política sanitaria del momento plantearía como objetivo el fin de la atención domiciliaria de los partos, propósito respaldado por la creación de una amplia red hospitalaria de manos del Estado. Por otro lado, los/as profesionales, incluidas nuestras protagonistas, ante las dificultades y penurias vividas en el contexto domiciliario percibirían las clínicas y hospitales como un espacio de seguridad para las gestantes y para ellos/as mismos/as en su ejercicio. De este modo, aunque en un inicio únicamente acudían a las instituciones los partos dificultosos, poco a poco lo harían también los nacimientos de las clases sociales más acomodadas atendidos de un modo privado por los tocólogos. Finalmente el traslado se haría extensivo para todo tipo de partos, incluso los normales, desde el convencimiento de que el cambio de contexto mejoraría la calidad de la asistencia y disminuiría la mortalidad materno-infantil. Nuestras entrevistadas vivirían esta transformación en la asistencia actuando en cierto modo como ejemplo para el resto de gestantes de su comunidad; ellas también eran mujeres inmersas en el entramado cultural de la época. Así, tras dar a luz a varios hijos e hijas en sus propios hogares irían hasta las maternidades para parir a los/as más pequeños/as. Obviamente, este proceso comportaba un cambio cultural del modelo tradicional ligado al domicilio y el contexto familiar generando entre la población un rechazo inicial; el parto no se concebía ni explicaba en otro ámbito distinto al privado.

Es cierto que durante los años cincuenta la mortalidad de mujeres y niños/as era superior en las maternidades, ya que sólo acudían allí cuando la situación era muy complicada. Igualmente el estado y recursos de los hospitales en un principio eran muy insuficientes. Sin embargo, las nuevas instituciones de la Seguridad Social con el paso del tiempo serían identificadas con la modernidad, mitigando la oposición inicial entre la población. Creemos importante reseñar que las vivencias, actitudes y sentimientos de

profesionales, mujeres y familias no se entenderían aisladas del contexto sociocultural en el que se produjeron.

Evidentemente, este entorno sanitario y los avances en medicina reportarían grandes beneficios, aumentando la calidad de vida de las personas. Las matronas mejorarían sus condiciones laborales; las parturientas dispondrían de mayores recursos accediendo a nuevas tecnologías así como a métodos de alivio del dolor. Pero también reportó otra serie de inconvenientes; el incremento de la intervención y medicalización del parto se hizo patente en los relatos de las entrevistadas. Prácticas que durante la asistencia en el contexto domiciliario eran infrecuentes, en el hospitalario se fueron instaurando como parte de la rutina en el trabajo de las matronas. De unos cuidados individualizados se pasaría a una atención universalizada donde las normas de la institución y protocolos marcarían las actuaciones de los/as profesionales durante el nacimiento. La gestación y el parto a través del modelo biomédico adquirirían un carácter de riesgo alejándose de la concepción del proceso como fisiológico.

Este nuevo espacio de trabajo altamente jerarquizado también repercutiría en gran medida en la autonomía de las matronas y las relaciones establecidas con otros profesionales. Los relatos plasmarían diferentes percepciones entre nuestras informantes. Las de mayor edad y con una larga trayectoria en la asistencia domiciliaria otorgaron una relevancia superior a la tranquilidad sentida por la presencia médica cercana en los hospitales, frente a la posible pérdida de independencia disfrutada durante su ejercicio en los hogares. Las matronas más jóvenes por el contrario manifestaron apreciar con el paso del tiempo un incremento del control médico en su trabajo diario y una mayor intervención de los ginecólogos incluso en los partos normales. Aunque ellas habían interiorizado y asumido el carácter auxiliar transmitido en una época anterior, reconocieron que las nuevas

generaciones habían sido formadas como profesionales autónomas y responsables. Hecho que generaría ciertas fricciones con el colectivo médico ante las reivindicaciones del parto normal como espacio de trabajo propio de las matronas. Existió algún conflicto donde éstas demandaron respeto por parte de los tocólogos, pero en general las entrevistadas percibieron que la relación con los primeros médicos que formaron parte de las plantillas de los hospitales fue buena. Éstas ensalzaron sus cualidades y capacitación profesional recordando la convivencia con ellos durante el trabajo hospitalario como positiva.

Dentro de los hospitales, las matronas se organizaron para lograr mejoras laborales. De entre ellas eligieron representantes para reclamar sus derechos antes los responsables de las instituciones. En la memoria de algunas de nuestras protagonistas quedó grabada la lucha que a nivel regional y nacional uniría al colectivo para la conservación de la Sección propia de Matronas en los Colegios de ATS. Aunque no se consiguió, en los relatos de estos episodios pudimos advertir el carácter reivindicativo y tenaz que fue conformando al grupo profesional, muy lejano de una actitud pasiva o conformista.

Tras conocer y estudiar a este grupo de matronas murcianas, no podemos más que reconocerlas como mujeres pioneras que trascendieron los límites culturales de género en el contexto que les tocó vivir y como profesionales capaces de formarse y adaptarse a una multitud de cambios con el objetivo primordial de conservar su espacio de trabajo junto a las mujeres y sus familias. Este camino estará forjado con el calor de pequeñas batallas por mantener su autonomía, siempre desde el respeto a la clase médica y a la legislación vigente, pero también desde el reconocimiento hacia ellas mismas, a su valía y a su dignidad como profesionales. El asociacionismo otorga al grupo la capacidad para mejorar y defenderse, creando un foro de consenso y reivindicaciones. Fruto de ello surge la Asociación Nacional de Matronas y la FAME cuyo propósito, entre otros, es representar a

las matronas y las distintas Asociaciones de España velando por los intereses del colectivo y trabajando para promover la calidad de los cuidados de salud prestados a las mujeres y sus recién nacidos mediante diferentes acciones como la elaboración de los documentos de la FAME *Iniciativa al parto normal (IPN)* (FAME, 2007) para profesionales o la *Guía para padres y madres* (FAME, 2011).

El espíritu reivindicativo y la entrega de estas mujeres a su trabajo será la inspiración de unas matronas que hoy son reconocidas como profesionales autónomas y responsables gracias a los pasos andados por las generaciones anteriores.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El carácter dinámico de la profesión matrona hace que continuamente surjan nuevas cuestiones a las que dar respuesta, nuevos interrogantes y áreas por explorar. Algunos de los aspectos analizados en nuestra investigación están cambiando en los últimos años y por esta razón pensamos que debemos continuar profundizando en el conocimiento de la disciplina ya que ésta es la mejor manera de garantizar unos cuidados de calidad. Tomar consciencia de nuestras fortalezas y debilidades como profesión es el primer paso para conservar o cambiar todo aquello que deseemos.

Han surgido recientes programas formativos donde el embarazo y parto son concebidos como procesos fisiológicos. Además, las nuevas generaciones de matronas son formadas como profesionales autónomas y responsables, capaces de tomar sus propias decisiones de un modo independiente.

Cada vez son más las gestantes y parejas que acuden a los hospitales solicitando una atención al parto con la mínima intervención posible y una asistencia en la que aspectos psicoemocionales, sociales y culturales sean contemplados de un modo relevante a la hora de satisfacer sus necesidades.

Pensamos que necesariamente todos estos elementos están modificando la ideología y prácticas de género en la atención actual al parto y el puerperio, transformando el trabajo de las matronas así como las relaciones establecidas con otros profesionales y las familias a las que atienden, siendo necesario continuar investigando sobre estos puntos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Siguiendo las recomendaciones de la American Psychological Association (2010).

Abad Corpa, E., & Sánchez López, D. (2013). *Diseños de investigación con metodología cualitativa y rigor científico. Principales características de los diseños cualitativos.* Curso on-line de Metodología de la investigación aplicada a los cuidados de salud. Modulo 4, unidad didáctica 6. Investén-isciii. Madrid.

Acién Álvarez, P. (2001). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*: *Obstetricia.* Alicante: Molloy.

Acker, S. (1995). *Género y educación. Reflexiones sociológicas sobre mujeres, enseñanza y feminismo.* [Gendered Education] (Jesús Rodríguez Ortega Trans.) Madrid: Narcea S.A de Ediciones.

Ackerknecht, E. H. (1976). Midwives as experts in court. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 52(10), 1224-1228.

Aguirre Baztán, Á. (1993). *Diccionario temático de Antropología.* Barcelona: Boixareu Universitaria.

Aixelá Cabré, Y. (2005). *Género y Antropología Social*. Sevilla: Doble J/ Comunicación social.

Alberdi, I. (1986). La educación de la mujer en España. En C. Borreguero, E. Catena, C. De la Gándara & M. Salas (Eds.), *La mujer española: De la tradición a la modernidad (1960-1980)* (pp. 71-80). Madrid: Editorial Tecnos.

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española.* Madrid: Taurus.

Alberdi, I., & Escario, P. (2007). *Los hombres jóvenes y la paternidad.* Bilbao: Fundación BBVA.

Alberdi, I., Escario, P., & Matas, N. (2000). *Las mujeres jóvenes en España*. Barcelona: Fundación “La Caixa”. doi:http://www.fundacionlacaixa.org/StaticFiles/StaticFiles/3f95b8350ccef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es04_esp.pdf

Alemán Pérez, S. (2006). *El origen de los centros de la mujer en el municipio de Murcia.* Valencia: Germania.

Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermerí*a. España: Elsevier.

Alvarado, L., Guarin, L., & Cañon-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de Enfermería binomio madre-hijo: Reporte de caso en la Unidad Materno Infantil 1. *Cuidarte. Revista de Investigación de Escuelas de Enfermería UDES.*, 2(2), 195-201. Recuperado de http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/56/adopcion%20del%20rol%20maternal.pdf

Álvarez Lires, M. (2006). La educación científica de las mujeres en el siglo XVIII. En Alcántara Sacristán, M.D., & Gómez García de Sola, Mª B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educació*n (pp. 109-129). Málaga: Servicio de publicaciones Centro de ediciones de la Diputación de Málaga (CEDMA).

Álvarez Martín, F. (2004). Perfeccionamiento docente e identidad profesional. *Revista Docencia*. 24. Disponible en doi:http://www.colegiodeprofesores.cl/docencia/pdf/24web/ProfesionDocente-24/FranciscoAlvarezMartin-24.pdf

Álvarez Munárriz, L. (1996). *Perspectivas sobre la naturaleza humana.* Murcia: DM.

Álvarez Munárriz, L (1998) Antropología biocultural. En C. Lisón, (Ed.), *Antropología: horizontes teóricos* (pp. 23-41). Granada: Comares.

Álvarez Munárriz, L. (2007). Visión histórico- sistemática de la Antropología Social. En C. Lisón (Ed.) *Introducción a la Antropología Social y Cultural. Teoría, método y práctica* (pp. 23-51). Madrid: Ediciones Akal.

American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Associations.* 3º ed. traducida de la 6º ed. en inglés. México: Editorial El Manual Moderno.

Amezcua, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud: Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería,* (30), 30-35.

Amezcua, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, *7*6(5), 423-436.

Amorós, C. (1986). Algunos aspectos de la evolución ideológica del feminismo en España. En C. Borreguero, E. Catena, C. De la Gándara & M. Salas (Eds.), *La mujer española: De la tradición a la modernidad (1960-1980*) (pp.41-54). Madrid: Editorial Tecnos.

Amorós, C., & De Miguel, A. (2010). Teoría feminista y movimientos feministas. En C. Amorós & A. de Miguel (Eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización* (pp. 14- 89). Madrid: Minerva ediciones.

Anderson, B., & Zinsser, J. (2009). *Historia de las mujere*s. Barcelona: Crítica.

Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. [Doing Ethnographic and Orservacional Reserch.]. Madrid: Ediciones Morata.

Angulo, J., Eguizabal, J., & García, M. (2008). Sexualidad y erotismo en la Prehistoria. *Rev Int Androl.,* 6 (2), 127-39.

Arnau Sánchez, J. (2012). *Estudio exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. Recuperado de http://hdl.handle.net/10803/125859

Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M.E., Nicolás Vigueras, M.D., Bas Peña, E., Morales López, R. & Álvarez Munarriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área I de Salud de la Región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana,* 2, 225-247.

Arredondo González, C.P., & Siles González, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index de Enfermería,* 18 (1), 32-36.

Arsuaga, J.L. (2003). *Los aborígenes: la alimentación en la evolución humana.* Barcelona: RBA.

Arsuaga, J.L., Martínez, I., Antón, M. (1998). *La especie elegida: la larga marcha de la evolución humana.* Madrid: Temas de hoy.

Ballarín Domingo, P. (1994). La educación contemporánea de las mujeres. En J. L. Guereña, J. Ruiz Berrio & A. Tiana Ferrer (Eds.), *Historia de la educación contemporánea en España. Díez años de investigación* (pp. 173-190). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. CIDE.

Ballarín Domingo, P. (2001). *La educación de las mujeres en la España contemporánea (siglos XIX-XX*). Madrid: Síntesis.

Ballesteros Meseguer, C. (2014). *Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital*

Universitario de la Región de Murcia (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería.

Beauvoir, S. (Ed.). ([1949] 2013). *El segundo sexo*. (IV ed.). Madrid: Cátedra.

Belausteguigoitia, M. (2011). "Hacer y deshacer" el género: Reconceptualización, politización y deconstrucción de la categoría de género. *Discurso, teoría y análisis*, 111-136.

Benería, L. (1977). *Mujer, economía y patriarcado en la España franquista.* Barcelona: Cuadernos Anagrama.

Benería, L. (2003). *Gender, development, and globalization: Economics as if all people mattered.* New York: Routledge.

Bergesio, L. (2012). Mujeres visiblemente invisibilizadas, la Antropología y los estudios de la división sexual del trabajo. *Temas de mujeres*, *2*(2), 29.

Bernabeu Mestre, J. (2002). Madres y enfermeras: demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. *Revista de Demografía Histórica, 2*0 (1), 123-144. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=291321

Berriot, E. (2003). El discurso de la Medicina y de la Ciencia. En G. Duby & M.Perrot (Eds.), *Historia de las Mujeres en Occidente. Del Renacimiento a La Edad Moderna,* 3, (pp. 384-431). Madrid: Taurus ediciones.

Biurrun Garrido, A. & Goberna Tricas, J. (2013) La humanización en el trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 14(2):62-66.

Blázquez Rodríguez, M.I. (2009) *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* (Tesis Doctoral). Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.

Blázquez Rodríguez, M.I. (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En M.L. Esteban, J.M. Comelles & C. Díez Mintegui (Eds.) *Antropología, género, salud y atención.* Barcelona: Edicions Bellaterra.

Borderías, C. (2009). *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*. (1º ed.) Barcelona: Icária editorial.

Borderías, C., Carrasco, C., & Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icária editorial.

Borderías, C., & Pérez-Fuentes, P. (2009). Mujeres, trabajos y economías familiares en España (siglos XIX y XX). En C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales* (1º ed.) (pp.269-308). Barcelona: Icaria editorial.

Borreguero, C., Catena, E., De la Gándara, C., & Salas, M. (1986). *La mujer española: De la tradición a la modernidad, (1960-198*0). Madrid: Editorial Tecnos.

Bourdieu, P. ([1995] 2012). *Language and Symbolic Power*. Cambridge : Polity Press.

Bourdieu, P. (2001) *Masculine Domination.* California: Stanford University Press.

Bourgeois, L. (1609). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfantsnouveau-né*s (d´Houry ed.). Paris: d´Houry. Recuperado de http://books.google.es/books?id=RNtEAAAAcAAJ&printsec

Bosch Marín, J.; De la Cámara, J.P. & Sáenz de Tejada, V. (1950). *270.000 partos, sus enseñanzas sanitarias; observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el Seguro Obligatorio de Enfermedad durante los años 1947-1949.* Madrid: Instituto Nacional de Previsión; Servicio Exterior y Cultural [Manuales S.E.C.].

Bruit Zaidman, L. (1991). Las hijas de Pandora. Mujeres y rituales en las ciudades. En G. Duby & M. Perrot (Eds.) *Historia de las mujeres en Occidente,* (pp. 373-419). Madrid: Taurus.

Bussy Genevois, D. (1993). Mujeres de España: de la República al franquismo. En G. Duby, & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX* (pp. 203-221). Madrid: Taurus, S.L.

Cabré i Pairet, M., & Ortiz Gómez, T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-X*X. Barcelona: Icaria editorial.

Cabré i Pairet, M., & Ortiz Gómez, T. (2009). Entre la salud y la enfermedad: mujeres, ciencia y medicina en la historiografía española actual. En C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*. (1º ed.). Barcelona: Icaria editorial.

Caño Secade, M.C. (2008). El equívoco de la "naturaleza" del género: Algunas argumentaciones desde la Antropología. *Casa del tiempo.* México, 101 (5-6), 68-72.

Capel Martínez, R. M. (1975). *El sufragio femenino en la Segunda República española*. Granada: Universidad de Granada.

Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 27*(4), 543-557.

Carmona-González, I., & Saiz-Puente, M. S. (2010). El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. *Matronas Profesión, 1*0(4), 14-19.

Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales (23),* 204-216.

Carranza Aguilar, M. E. (1997). Antropología y género. Breve revisión de algunas ideas antropológicas sobre las mujeres. doi:http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/44/44599/antropologia_genero.pdf

Carranza Aguilar, M.E (2009). Mujer y Antropología. En A. González y C. Lomas (coord.) *Mujer y educación. Educar para la igualdad, educar desde la diferencia* (pp. 21-32). 4ª reimpresión. Barcelona: Editorial GRAÓ.

Carrasco, C. (2011). La economía del cuidado: Planteamiento actual y desafíos pendientes. *Revista de Economía Crítica,* 1, 205-225.

Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la catarata.

Carrasco, C., & Mayordomo, M. (1999). Tiempos, trabajos y organización social: reflexiones en torno al mercado laboral femenino. En C. Carrasco (Ed.), *Mujeres y economía: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas* (pp. 125-172). Barcelona: Icaria editorial.

Carrasco Acosta, M. C., Márquez Garrido, M., & Arenas Fernández, J. (2005). Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados,* Año IX-nº 18, 2º semestre, 52-59.

Castaño Molina, M. Á. (2009). *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950.* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia. Facultad de Filosofía. Departamento de Filosofía.

Castaño Molina, M.Á. (2014). *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950.* Málaga: Universidad de Málaga.

Chirinos, M.P. (2006). *Claves para una antropología del trabajo*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.

Chiu Amparan, A. (2007). El concepto de poder en Foucault. doi:http://www.taciturno.be/IMG/pdf/El_concepto_de_poder_en_Fou.pdf

Chodorow, N. ([1978] 1999). *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender: with a new preface*. California: Univ of California Press. doi:http://books.google.es/books?id=pLhb4dAWIAgC&dq=nancy+chodorow&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Cid López, R. M. (2006). Los estudios históricos sobre las mujeres en la historiografía española: Notas sobre su evolución y perspectivas. *La Aljaba. Universidad de Oviedo, 1*0, 19-38. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-57042006000100001&script=sci_arttext&tlng=es

Colomer-Revuelta, C., & Peiró-Pérez, R. (2002). ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gaceta Sanitaria,* 16(4), 358–60. doi:http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v16n4/nota.pdf

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Comas D'Argemir, D. (1995). *Trabajo, género, cultura: la construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. (1ª ed.). Barcelona: Icaria editorial.

Comas D'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado de bienestar. En Del Valle (Eds.) *Perspectivas feministas desde la antropología social.* Barcelona: Ariel, 187-204.

Conde Fernández, F. (diciembre, 2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. Discurso leído en el acto de recepción como Académico Numerario de Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote. Recuperado de doi: https://www.google.es/#q=).+Parteras%2C+comadres%2C+matronas.+Evoluci

Confederación Internacional de Matronas (2011). *Definición internacional de Matrona.* Disponible en:

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20SPA-updated%20August%202011.pdf

Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhe, 1*7 (1), 29-39.

Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, R., Da Silva, G.S., Gomes, R., Schraiber, L.B. Figueiredo, W.S. (2010). El hombre en la Atención Primaria de Salud: discutiendo la (in) visibilidad a partir de la perspectiva de género. *Interface- Comunic., Saude, Educ.* 14 (33), 257-270.

Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approache*s. Thousand Oaks: SAGE publications.

Cruz Villalobos, L. (2012). Reseña y aportes de la hermenéutica: miradas desde el constructivismo. *Revista de Psicología, 21* (1), 57-84.

Cruz y Hermida, J. (2007). *Las matronas en la Historia (desde la Mitología a nuestros días)*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Habe editores.

Darriba Rodríguez, P. (1999). Mitología, medicina y enfermería en la Grecia antigua. *Cultura de los Cuidados*, Año III, nº5, 1º semestre, 33-37.

De la Cruz Valles, A. (2005). El giro hermenéutico de la fenomenología: de Husserl a Heidegger. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, (nº38), 4.

De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica, 2*1(3), 163-167.

De la Maza, L.M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida, 46*(1-2), 122-138.

De Puelles Benítez, M. (1999). *Educación e ideología en la España contemporánea.* (4º ed.). Madrid: Tecnos.

Del Amo, M.C. (2009). La educación de las mujeres en España: de la amiga a la Universidad. Monográfico. *CEE Participación Educativa*, 11, 8-22.

Del Valle, T. (Coord.), Apaolaza, J. M., Arbe, F., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M. L., Etxeberria, F. & Maquieira, V. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y en las relaciones de género*. Madrid: Narcea, S.A de Ediciones.

Departamento de Salud, Educación y Bienestar de U.S.A. (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (Informe Belmont). doi:http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf

Dexeus, S. (2012). Mujer: ¿sexo débil o debilitado? 1 er. Foro de Seguros de Salud: Adeslas/ Segurcaixa. Madrid.
doi:http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Dexeus_61051.pdf

Di Febo, G. (2003). "Nuevo Estado", nacional catolicismo y género. En G. Nielfa Cristobal (Ed.), *Mujeres y hombres en la España franquista: Sociedad, economía, política, cultur*a, (1º ed.), (pp. 19-44). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Di Febo, G. (2006). Resistencias femeninas al franquismo. Para un estado de la cuestión. *Cuadernos de Historia Contemporánea, 28*, 153-168.
doi:10.5209/rev_CHCO.2006.v28.7652

Domínguez Prats, P., & García-Nieto París, M.C. (2009). Franquismo: represión y letargo de la conciencia feminista, 1939-1977. En B. S. Anderson, & J. P. Zinsser (Eds.), *Historia de las mujeres. Una historia propi*a [A History of Their Own] (1º ed. Serie Mayor Rústica), (pp. 1184-1192). Barcelona: Crítica.

Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Donnison, J. (1988). Midwives and medical men: A history of the struggle for the control of childbirth. Londres: Historical Publications.

Donoso Vázquez, T., Figuera Gazo, P., & Rodríguez Moreno, M. L. (2013). Mujeres y mercado laboral; un desencuentro permanente. *Colección OMADO (Objectes i Materials Docents).*Barcelona: Universitat de Barcelona. doi:http://hdl.handle.net/2445/34756

Duby, G., & Perrot, M. (1991-1992). *Historia de las mujeres en Occidente*. (1º ed.) Madrid: Taurus.

Durá Cano, V., Pons Martínez, V., Calvo Carbonell, E. (2005). Estatus: definición y conceptos. En A. Alaminos, F. Francés, O. Santacreu (Eds.) *Reflexiones teóricas y modelos empíricos sobre identidad, diversidad y participación social. I Jornadas Internacionales sobre el modelado estructural en el estudio de la realidad social*, (pp.81- 86). Alicante: OBETS Editorial.

Ehrenreich, B. (2010). *Witches, midwives, & nurses: A history of women healer*s. New York: Feminist Press.

Enseñat Calderón, L.R., Montojo Montojo, V. (2003). Orden público y beneficencia de la Murcia contemporánea, su incidencia sobre mujeres y niños. *Anales de Historia Contemporánea*, (19), 327-346.

Esteban, M. L. (Ed.). (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M. L. (2007). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Inguruak, 44*, 249-261.

Esteban, M. L., Comelles, J. M., & Díez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Evenden, D. (2000). *The midwives of seventeenth-century Londo*n. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España (2006). Definición de parto normal. Vélez-Málaga: FAME. Disponible en: www.federacion-matronas.org

FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007). *Iniciativa parto normal.* Documento de consenso. Barcelona: FAME. Disponible en: www.federacion-matronas.org

FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España (2011). *Iniciativa parto normal. Guía para madres y padres.* Pamplona: FAME. Disponible en: www.federacion-matronas.org

Feijoo, B. J. ([1745] 1773). *Cartas eruditas, y curiosas, en que, por la mayor parte, se continua el designio del Theatro Critico Universal, impugnando, ó reduciendo á dudosas, varias opiniones comune*s (Segundo volumen). Madrid: En la Imprenta Real de la Gazeta: A costa de la Real Compañía de Impresores, y Libreros.

Fernández Álvarez, R., Suárez Pérez, N., Delgado Paredes, C., & Cid André, M. (2009). La atención obstétrica rural en el siglo pasado en Galicia: estudio de un municipio gallego. *Medicina General y Familia, 11*5, 93-100. doi:http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_115/pdf/93-100.pdf

Fernández Nafria, A., Viviente López, E. (2013). Historia de la Sanidad en la Región de Murcia. Segunda mitad del siglo XX y principios del XXI. En De Torres Segovia, L.C. (Coord.). *Historia de la Medicina en la Región de Murcia. Segunda mitad siglo XX y principios del XXI,* (pp. 375- 390). Murcia: Pictografía.

Flecha García, C. (1989). Algunos aspectos sobre la mujer en la política educativa durante el Régimen de Franco. *Historia de la Educación. Revista Interuniversitaria,* 8, 78-98.

Flecha García, C. (2006). La educación de las mujeres, una experiencia histórica plural. En M. D. Alcántara Sacristán, & Gómez García de Sola, M.B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educación*. (pp. 73-93). Málaga: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga (CEDMA).

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Morata S.L.

Flores de Rolando, P. D. & González Quintanilla, J. I. (2011). *Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del Municipio de Chilanga, Morazán* [Tesis Maestría], Universidad de El Salvador.

Folch, S. (2001). Mujer en la educación franquista. Objeto y sujeto de adoctrinamiento. *Desafectos. Publicació d'història Crítica, 2*

Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (5ºed. en español). Madrid: Siglo XXI España editores.

Foucault, M. (1980). Truth and power. En C. Gordon (Ed.), *Michael Foucault: Power/Knowledg*e (pp. 109-133). Brighton: Harvester Press.

Foucault, M., Morey, M., & Allendesalazar, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones. *Perfiles educativos*, *23*(93), 28-43.

Frutos Balibrea, L. (1997). *El empleo visible de las mujeres en la Región de Murcia (Un análisis sociológic*o). Murcia: Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.

Gadamer, H. G. ([1964]1996). Estética y hermenéutica. [Ästhetik und Hermeneutic] *Daimon. Revista de Filosofía,* (nº12), 5-10.

Gálvez Muñoz, L., & Rodríguez Madroño, P. (2011). La desigualdad de género en las crisis económicas. *Investigaciones Feministas.* (2), 113-132.

Gallego-Caminero, G., Miró-Bonet, M., de Sant Jordi, P. F., & Gastaldo, D. (2005). Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó. *Texto y Contexto Enferm*, 14(4), 601-607.

García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, *36* (4), 330-336.

García Martínez, M. J. (2008). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. *Cultura de los Cuidados.* Año XII- nº.24, 2º semestre, 40-47. doi:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9868/1/CC_24_07.pdf

García Martínez, M. J., & García Martínez, A.C. (1999). Fechas clave para la historia de las matronas en España. *Híades: Revista de Historia de la Enfermería,* (5-6), 243-260. doi:http://comadrona.mforos.com/369186/3949140-historia-de-las-matronas-en-espana/

García Nieto París, M.C. (1993). Trabajo y oposición popular de las mujeres durante la dictadura franquista. En G. Duby, & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX* (1ºed.) Madrid: Taurus.

García Pérez, N. (2013). El acceso de la mujer a la" alta cultura" en la Europa del Renacimiento. *Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura,* (760), 6-9.

García- Vega, E., Menéndez, E., García, P. y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22 (4), 606-612.

Garrido González, E., Folguera Crespo, P., Ortega López, M., & Segura Graíño, C. (1997). *Historia de las mujeres en España*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gómez- Ferrer Morant, G. (1995). *Las relaciones de géner*o. Madrid: Ayer 17*1995. Marcial Pons.

Gómez-Ferrer Morant, G. (2011). *Historia de las mujeres en España: Siglos XIX y X*X. Madrid: Arco Libros, S.L.

González Castaño, J. (2009). *Breve historia de la Región de Murcia* (1ªed.). Murcia: Tres Fronteras editores.

González- Ares Fernández, G. A. (2002). Conceptualización política y proceso de institucionalización del Régimen de Franco. *Anuario de la Facultad de Derecho de Ourense,* 211-226.

González Morales, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las Ciencias Sociales. *Islas,* 45(138), 125-135.

González Navarro, G. (2006). *Historia de la Obstetricia y Ginecología española*. (1ºed.). Madrid: Habe editores.

Grana Gil, I. (2007). Las mujeres y la Segunda Enseñanza durante el franquismo. *Historia de la Educación, 2*6, 257-278. doi:http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/73008/1/Las_mujeres_y_la_segunda_enseñanza_duran.pdf

Grana Gil, I., Salchidrián Blanco, C., Martín Zúñiga, F., & Del Campo Fernández, M. (2006). La depuración del profesorado de Instituto en España durante el franquismo. En M. D. Alcántara Sacristán, & Gómez García de Sola, M.B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educación*. (pp. 191-200). Málaga: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.

Guasch Valls, C. (2006). ¿A la vejez viruelas? el papel de las abuelas en el cuidado de hijos y nietos. En X. Roigé (Ed.), *Familias de ayer, familias de hoy. Continuidades y cambios en Cataluñ*a (1ª ed.), (pp. 179-194). Barcelona: Icaria editorial.

Harley, D. (1993). Provincial midwives in England: Lancashire and cheshire, 1660-1760'. En Marland. H. (Ed.), *The Art of Midwifery.Early Modern Midwives in Europe*, (pp.27-48). London: Routledge.

Hernández Garre, J.M. (2011). *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de Filosofía.

Hernández Garre, J. M. (2012). *Historia de las matronas. Evolución de la ciencia y el arte de la partería*. (1ºed.). Murcia: Diego Marín editor.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw Hill/ Interamericana de España.

Herrera Rodríguez, F. (1997). Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929). *Cultura de los Cuidados*, Año I-nº1, 37-42. doi:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5312/1/CC_01_07.pdf

Iglesias de Usell, J., Meil Landwerlin, G. (2001). *La Política familiar en España.* Barcelona: Ariel.

Imaz, E. (2010). Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada. En M. L. Esteban, J. M. Comelles & C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 173-190). Barcelona: edicions Bellaterra.

Instituto Nacional de Estadística (2014). INEbase. *Anuarios Estadísticos.* Disponibles en http://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tntp=25687

Instituto Nacional de Previsión (1931). *Seguro de maternidad. Convenio con la unión farmacéutica nacion*al. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

Jefatura de Estado (1938a). Decreto de 9 de marzo de 1938 aprobando el Fuero del Trabajo formulado por el Consejo Nacional de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. Boletín Oficial del Estado núm. 505 de 10 Marzo de 1938, pp. 6178-6181. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1938/505/A06178-06181.pdf

Jefatura de Estado (1938b). Ley de 20 de septiembre de 1938 sobre reforma de la Enseñanza Media. Boletín Oficial del Estado núm. 85 de 23 de septiembre de 1938, pp.1385-1395.

doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1938/085/A01385-01395.pdf

Jefatura de Estado (1941). Ley de Sanidad Infantil y Maternal, Boletín Oficial del Estado núm. 209 de 28 de Julio de 1941, pp. 5650-5655.

doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1941/209/A05650-05655.pdf

Jefatura de Estado (1942). Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, Boletín Oficial del Estado núm.361 de 27 de diciembre de 1942, pp.10592-10597.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1942/361/A10592-10597.pdf

Jefatura de Estado (1943). Ley de 13 de diciembre de 1943 sobre la fijación de la mayoría de edad civil. Boletín Oficial del Estado núm. 349 de 15 de diciembre de 1943, pp. 11927-11928.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1943/349/A11927-11928.pdf

Jefatura de Estado (1944). Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado núm. 331 de 26 de noviembre de 1944, pp. 8908-8936.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf

Jefatura de Estado (1953). Ley de 26 de febrero de 1953 sobre Ordenación de la Enseñanza Media. Boletín Oficial del Estado núm. 58 de 27 de febrero de 1953, pp. 1119-1130.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/058/A01119-01130.pdf

Jefatura de Estado (1961). Ley 56/1961, de 22 de julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer. Boletín Oficial del Estado núm. 174 de 24 de julio de 1961, pp. 11004-11005.
doi:http://www.boe.es/boe/dias/1961/07/24/pdfs/A11004-11005.pdf

Jefatura de Estado (1975). Ley 14/1975, de 2 de mayo sobre reforma de determinados artículos del Código Civil y del Código de Comercio sobre la situación jurídica de la mujer casada y los derechos y deberes de los cónyuges. Boletín Oficial del Estado núm 107 de 5 de mayo de 1975, pp. 9413-9419.
doi:http://www.boe.es/boe/dias/1975/05/05/pdfs/A09413-09419.pdf

Jociles Rubio, M. I. (2001). El estudio sobre las masculinidades. Panorámica general. *Gazeta de Antropología*, (17), artículo 27.
Disponible en http://hdl.handle.net/10481/7487

Keller, E. (1995). Mrs Jane Sharp: Midwifery and the critique of medical knowledge in seventeenth- century England. *Women´s Writing, (2), 101-111.*

Khun, T. S. ([1962]1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. [The structure of scientific revolutions.] (A. Contin Trans.). México: Fondo de cultura económica.

Khun, T.S. (2013) *La estructura de las revoluciones científicas / The structure of scientific revolutions*. USA: Fondo de Cultura Económica.

Klairmont-Lingo, A. (2006). The court midwife (review). *Renaissance Quarterly,* 59(3), 933-934.

Kontoyannis, M., & Katsetos, C. (2011). Midwives in Early Modern Europe (1400-1800). *Health Science Journal, 5* (1), 31-36.

Kottak, C. (2011). *Antropología Cultural*. (14º ed.). México: Mc Graw Hill.

La Marche, M. ([1677] 1710). *Instruction familiere et utile aux sages-femmes pour bien pratiquer les accouchemens, faite par demandes et reponses*. Paris: Chez Laurent d'Houry. Recuperado de doi:http://books.google.es/books?id=xqg6t0CdoGkC&printsec

Lagrave, R. (1993). Una emancipación bajo tutela. Educación y trabajo de las mujeres en el siglo XX. En G. Duby, & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX* (pp. 465-501). Madrid: Taurus.

Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *La ventana* (1), 9-61.

Leal Larrarte, S.A., Arias, T., Arias, Y., & Cifuentes, V. (2013). Representaciones sociales sobre la mujer de Génova y Calarcá, Quindío, desde los roles ocupacionales que tiene en las labores agrícolas del café y en la actividad cultural relacionada con el café. Universidad del Quindío. Disponible en http://hdl.handle.net/123456789/94

Linares Abad, M. (2008a). *Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la comarca de Sierra Mágin*a. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén.

Linares Abad, M. (2008b). Fuentes y bibliografía para el estudio de las matronas y la cultura del nacimiento. *Elucidario: Seminario Bio-bibliográfico Manuel Caballero Venzalá,* (5), 263-275.

Linares Abad, M. (octubre 2009). Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género. En *I Congreso Virtual Sobre Historia De Las Mujeres.* Recuperado de doi: www.revistacodice.es/publi.../i...h_mujeres/.../ponenciaMLINARES.pdf

Linares Abad, M., Álvarez Nieto, C., & Moral Gutiérrez, I. (2008). El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. *Index de Enfermería [edición digital]* 17(4), 251-255. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6676.php

Linton, S. (1979). La mujer recolectora: sesgos machistas en Antropología. En Harris. O., & Young, K., (Eds.), *Antropología y Feminismo* (pp. 35-46). Barcelona: Anagrama.

Lisón Tolosana, C. (2000). Informantes: In-formantes. *Revista de Antropología Social,* (9), 17-26.

Lisón Tolosana, C (Ed.). (2007). *Introducción a la Antropología Social y Cultural. Teoría, método y práctica.* Madrid: Akal ediciones.

López Montesinos, M. J. (2005). La formación enfermera en el "Hospital Provincial San Juan de Dios" (1952-1984) y posterior Hospital General Universitario (1985-1999) de Murcia, en el contexto histórico y arquitectónico- urbanístico del edificio. *Enfermería Global,* (6), 1-7. doi:http://revistas.um.es/eglobal/article/view/528/542

López Piñero, J. M. (2000/2012). *Breve historia de la Medicina*. (4º Reimpresión ed.). Madrid: Alianza Editorial.

López Pardina, T. (2013). Prólogo a la edición española. En Beauvoir, S. *El segundo sexo* (4ª edición) (pp. 7-42). Madrid: Ediciones Cátedra.

Lorén Guerrero, L., & Pasierb, D. (2012). Experiencia en la atención al nacimiento en un núcleo rural de Aragón (España). Un relato biográfico. *Temperamentvm*, 15, 1º semestre 2012, doi:<http:/www.index-f.com/temperamentum/tn15/t7797.php>

Lorite Mena, J. (1991). La mujer de los 90. *Crítica; Especial*, (782), 19-24.

Lorite Mena, J. (2010). *El orden femenino: origen de un simulacro cultural.* 2ª edición, Murcia: Universidad de Murcia.

Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. [Medicine as culture: illness, disease and the body in Western Societies] (1ªed. en español).Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

MacCormack, C., & Strathern, M. (1980). *Nature, Culture and Gende*r. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Magnone Alemán, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2 (12), 79-92.

Maquieira, V., Beltrán, E., Álvarez, S., & Sánchez, C. (2001). *Feminismos: Debates teóricos contemporáneo*s. Madrid: Alianza Editorial.

Marland, H. (1993). *The Art of Midwifery.Early Modern Midwives in Europe.* London: Routledge.

Marsá González, V. (2009). ¿Comadronas o brujas? ¿Doctas o enfermas? *Dossiers Feministes*, 13, 89-102.

Martín Casares, A. (2006). *Antropología del género: culturas, mitos y estereotipos sexuale*s (1º ed.). Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A).

Martínez Hernández, A. (2005). Orígenes del nuevo Hospital Reina Sofía de Murcia. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, (6), 1-3.

Martínez Hernández, A. (2009). *Datos para la Historia de la Sanidad murciana en el siglo XX* (1º ed.). Murcia: Real Academia de Medicina de Murcia.

Martínez Martínez, Á. (1998). *Murcia a las puertas del siglo XXI*. Murcia: Ediciones Mediterráneo.

Martínez Messaabi, C. (2005). Status. En A. Alaminos, F. Francés, O. Santacreu (Eds.) *Reflexiones teóricas y modelos empíricos sobre identidad, diversidad y participación social. I Jornadas Internacionales sobre el modelado estructural en el estudio de la realidad social*, (pp.81- 86). Alicante: OBETS Editorial.

Martínez Roche, M.E. (2005). *Formación y profesionalización de los enfermeros internos residentes pertenecientes a las unidades docentes de matrona en nuestro país.* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación.

MAXQDA 10 *[software for qualitative and mixed methods data analysis]*. VERBI GMBH.

Mead, M. ([1935] 2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitiva*s. Barcelona: Paidós Ibérica S.A. Ediciones doi:http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UNOw38mqNhoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=margaret+mead&ots=nxtX-02mJ3&sig=-7JkLKatEVEgbuoCMs8OgRwJCZg#v=onepage&q=margaret%20mead&f=false

Medrano, Mª.C. (2012). Cazando a la cazadora: cuestiones sobre la posición de la mujer toba en los ámbitos políticos y públicos, domésticos y privados. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, *41*(1), 123-146.

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico,* 24(96), 593-604.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Colectiva,* 8 (1), 185-207.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.

Messing, K. (2002). *El trabajo de las mujeres: comprender para transforma*r. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Ministerio de Educación Nacional (1940a). Orden de 1 de marzo de 1940 estableciendo en la Casa de Salud de Santa Cristina los estudios oficiales para la obtención del título de Matrona. Boletín Oficial de Estado núm. 70 de 10 de Marzo de 1940, p. 1723. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1940/070/A01723-01723.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1940b). Orden de 10 de julio de 1940 por la que se establecen los estudios previos necesarios para el ingreso en las carreras de Practicante o Matrona. Boletín Oficial del Estado núm. 202 de 20 julio de 1940. p. 5046. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1940/202/A05046-05046.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1951). Orden de 4 de diciembre de 1951 por la que se dan normas para el examen de ingreso en la carrera de Practicante. Boletín Oficial del Estado núm. 6 de 6 de enero de 1952, p. 69. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1952/006/A00069-00069.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1952). Orden de 19 de febrero de 1952 por la que se hace extensivas a los estudios de Matrona las Órdenes de 4 de diciembre y 24 de enero últimos sobre examen de ingreso para la carrera. Boletín Oficial del Estado núm.74 de 14 de marzo de 1952. p. 1170.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1952/074/A01170-01170.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1953a). Orden de 4 de agosto de 1953 por la que se dictan normas para la nueva organización a los estudios de Enfermeras. Boletín oficial del Estado núm. 244 de 1 de septiembre de 1953.pp. 5258-5260. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/244/A05258-05260.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1953b). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 363 de 29 de diciembre de 1953. pp. 7723-7724. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/363/A07723-07724.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1955). Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 214 de 2 de agosto de 1955. pp. 4751-4752.

Ministerio de Educación Nacional (1956). Orden de 1 de febrero por la que se aprueba el Reglamento de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas. Boletín Oficial del Estado núm.57 de 26 de febrero de 1956. pp. 1328-1330. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/057/A01328-01330.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1957a). Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 43 de 12 de febrero de 1957, p.832. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1957/043/A00832-00832.pdf

Ministerio de Educación Nacional (1957b). Orden de 23 de febrero de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 95 de 5 de abril de 1957, pp.119-120.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1957/095/B00119-00120.pdf

Ministerio de Educación y Ciencia (1972). Orden de 31 de agosto de 1972, por la que se autoriza la creación de la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matronas), como ampliación de estudios de la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Facultad de Medicina de Valladolid, y se aprueba su Reglamento, Boletín Oficial del Estado núm. 252 de 20 de octubre de 1972, p.p. 18680-18681.

doi:http://www.boe.es/boe/dias/1972/10/20/pdfs/A18680-18681.pdf

Ministerio de Educación y Ciencia (1977). Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 200 de 22 de agosto de 1977.pp. 18716-18717.

doi: http://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf

Ministerio de Fomento (1857). Ley de Instrucción Pública. Gaceta de Madrid núm. 1710 de 10 de septiembre de 1857, pp. 1-3.

doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1857/1710/A00001-00001.pdf

Ministerio de Fomento (1861). Real Orden de 21 de noviembre de 1861 aprobando el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Gaceta de Madrid núm.332 de 28 de noviembre de 1861, p.1861.

doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1861/332/A00001-00001.pdf

Ministerio de Fomento (1868). Decreto de 21 de octubre de 1868 declarando libre la enseñanza y derogando los decretos relativos a instrucción pública que se cita. Gaceta de Madrid núm. 296 de 22 de octubre de 1868, pp.15-17.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1868/296/A00015-00017.pdf

Ministerio de Fomento (1886). Real Decreto de 5 de febrero de 1886 derogando los Reales Decretos anteriores sobre libertad de enseñanza, los reglamentos y cuestionarios para su ejercicio y las Reales Órdenes de declaración de establecimientos asimilados y más que se expresan. Gaceta de Madrid núm. 37 de 6 de febrero de 1886, pp.354-356. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1886/037/A00354-00356.pdf

Ministerio de Fomento (1888). Real Decreto de 16 de noviembre de 1888 aprobando el Reglamento para las carreras de Practicante y Matrona. Gaceta de Madrid núm. 323 de 18 de noviembre de 1888, p. 516. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1888/323/A00516-00516.pdf

Ministerio de Gracia y Justicia (1889). Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Gaceta de Madrid núm. 206 de 25 de julio de 1889, pp. 249-259. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1889/206/A00249-00259.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1902). Real Decreto de 31 de enero de 1902 relativo a los estudios y reválida de la carrera de Practicante. Gaceta de Madrid núm. 32 de 1 de febrero de 1902. p.488. doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1902/032/A00488-00488.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1904). Real Decreto de 10 de agosto de 1904 reorganizando los estudios de la carrera de Practicante y la de Matrona, Gaceta de Madrid núm. 225 de 12 de agosto de 1904, p. 529. doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1904/225/A00529-00529.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1925). Real orden de 8 de junio de 1925 por el que se aprueba el Reglamento de régimen interior de la Casa de Salud de Santa Cristina. En Gálvez Guinachero, J (1927), *La Casa de Salud de Santa Cristina y*

Escuela de Matronas. Memoria descriptiva de su funcionamiento y resumen estadístico en los tres primeros años. Madrid: Blass.

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1926). Real Orden de 13 de septiembre de 1926 declarando que desde el curso de 1928 a 29 será preciso estar en posesión del título de Bachiller elemental para hacer la inscripción en el primer curso de las carreras de Practicantes y Matronas. Gaceta de Madrid núm. 261 de 18 de septiembre de 1926, p.1656.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1926/261/A01656-01656.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1928a). Real Orden de 15 de marzo de 1928 declarando no pueden conmutarse las conocimientos de la carrera de Matronas por los de Practicantes. Gaceta de Madrid núm.83 de 23 de marzo de 1928, p.1856.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1928/083/A01856-01856.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1928b). Real Decreto de 28 de agosto de 1928 dictando reglas sobre el establecimiento de Escuelas de Matronas. Gaceta de Madrid núm. 244 de 31 de agosto de 1928, pp. 1209-1210.

doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1928/244/A01209-01210.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1931) Decreto de 23 de octubre de 1931 disponiendo quede adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid la Escuela Especial de Matronas. Gaceta de Madrid núm. 298 de 25 de octubre de 1931, p. 501.

doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1931/298/A00501-00501.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1932). Orden de 4 de agosto de 1932 aprobando el Reglamento de régimen interior de la Fundación benéfico-docente “Casa

de Salud de Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas", Gaceta de Madrid núm. 222 de 9 de agosto de 1932, pp. 1046-1048.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/222/A01046-01048.pdf

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1934). Orden de 13 de diciembre de 1934 resolviendo instancias presentadas solicitando aclaración sobre las asignaturas que deben cursarse en los Institutos Nacionales para matricularse en la Facultad para Practicantes y Matronas. Gaceta de Madrid núm. 5 de 5 de enero de 1935, p.137.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1935/005/A00137-00137.pdf

Ministerio de la Gobernación (1904). Instrucción General de Sanidad Pública (conclusión), 12 de enero de 1904. Gaceta de Madrid núm. 23 de 23 de enero de 1904, pp. 290-295.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1904/023/A00290-00295.pdf

Ministerio de la Gobernación (1928). Real Orden de 11 de diciembre de 1928 disponiendo que en cada partido médico exista una plaza de Practicante y otra de Matrona o Partera, para el servicio de la Beneficencia municipal. Gaceta de Madrid núm. 347 de 12 de diciembre de 1928, pp.1644-1645.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1928/347/A01644-01645.pdf

Ministerio de la Gobernación (1930). Real Orden de 7 de mayo de 1930 concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid núm. 129 de 9 de mayo de 1930, pp. 913-915.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1930/129/A00913-00915.pdf

Ministerio de la Gobernación (1945). Orden de 26 de noviembre de 1945 por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del

Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. Boletín Oficial del Estado núm. 339 de 5 de diciembre de 1945, pp. 3334-3343.
doi:http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/046.1945.pdf

Ministerio de la Gobernación (1953).Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado, núm. 99 de 9 de abril de 1954, pp.2238-2258.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1954/099/A02238-02258.pdf

Ministerio de la Gobernación (1960). Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado núm. 302 de 17 de diciembre de 1960, p. 17308.
doi:http://www.boe.es/boe/dias/1960/12/17/pdfs/A17308-17308.pdf

Ministerio de la Gobernación (1977). Orden de 1 de abril de 1977 sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974 de 13 de febrero de Colegios Profesionales. Boletín Oficial del Estado núm.79 de 2 de abril de 1977, pp. 7425-7426.

Ministerio de la Presidencia (2008). Real Decreto 1837/2008, de 8 de Noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la directiva 2005/36/CE, del parlamento europeo y del consejo, de 7 de Septiembre de 2005, y la directiva 2006/100/CE, del consejo, de 20 de Noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado núm. 280 de 20 de noviembre de 2008, pp. 46185-46320.

doi:http://www.crue.org/export/sites/Crue/legislacion/documentos/OtraNormInter/RD1837_2008_cualificaciones_profesionales_abogado.pdf

Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno (1992).Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aplica con carácter provisional, el programa de formación y de establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docente y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 132 de 2 de junio de 1992, pp.18569- 18572.

doi: http://www.boe.es/boe/dias/1992/06/02/pdfs/A18569-18572.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Instituto de la mujer, Estadísticas. Profesionales sanitarios colegiados. Disponible en http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/salud/profesionalesSanitarios/2011/profSanit.xls

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 129 de 28 de mayo 2009, pp.44697- 44729.

doi:http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf

Ministerio de Trabajo (1947). Orden 17 de diciembre de 1947 por la que se regula el servicio de Tocología en el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado núm. 23 de 23 de enero de 1948, p.325.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1948/023/A00325-00325.pdf

Ministerio de Trabajo (1948). Orden de 20 de enero de 1948 por la que se aprueba el Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado núm. 90 de 30 de marzo de 1948, pp.1178-1191
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1948/090/A01178-01179.pdf

Ministerio de Trabajo (1967). Orden de 22 de abril de 1967 por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 112 de 11 de mayo de 1967, pp.6258-6265.
doi: http://www.boe.es/boe/dias/1967/05/11/pdfs/A06258-06265.pdf

Ministerio de Trabajo (1973). Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 102 de 28 de abril de 1973, pp.8519-8525.
doi: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1973/102/R08519-08627.pdf

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (1935). Decreto de 14 de junio de 1935 disponiendo que, a partir del día 1. º de julio próximo, entrarán en vigor en todas las provincias no excluidas por disposiciones anteriores, los Reglamentos que se insertan. Gaceta de Madrid núm. 170 de 19 de junio de 1935, núm. pp.2285-2306.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1935/170/A02285-02306.pdf

Ministerio de Trabajo y Previsión (1929). Real Decreto-Ley de 22 de marzo de 1929 estableciendo en España el Seguro de Maternidad. Gaceta de Madrid núm. 83 de 24 de marzo de 1929, pp. 2202-2206.
doi: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1929/083/A02202-02206.pdf

Ministerio de Trabajo y Previsión (1930). Real Decreto de 29 de enero de 1930 aprobando el Reglamento, que se inserta, del Régimen obligatorio del Seguro de Maternidad. Gaceta de Madrid núm. 32 de 1 de febrero de 1930, pp. 827-835.
doi:http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1930/032/A00827-00835.pdf

Miró Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en las identidades de los/las enfermeros/as en España (1956-1976)* (Tesis Doctoral). Universitat de les Illes Balears. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Recuperada de:
http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9440/tmmb1de1.pdf?sequence=1

Moncó, B. (2009). Maternidad ritualizada: Un análisis desde la Antropología de género. *AIBR. Rev Antropología Iberoamericana,* 4(3), 357-384.
doi:http://www.aibr.org/antropologia/04v03/articulos/040301.pdf

Moncó, B. (2011). *Antropología del géner*o. Madrid: Síntesis.

Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Tesis Doctoral). Tarragona: Universidad Rovira i Virgili. Antropología Social y Cultural.

Montes Muñoz, M. J. (2010). Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto. En M. L. Esteban, J.M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 191-208). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Montes Muñoz, M.J., Jiménez Herrera, M.F., Castells Montes, A., Martorell Poveda, M.A. (2013). Ser matrona a mediados del siglo XX. El género como distribuidor de oportunidades y organizador de las emociones. En A.Martínez, L. Masana & S.M. DiGiacomo. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*, (pp.173-223). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Montesinos Vicente, F. (2011). *Practicantes, Matronas y Cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932).* Girona: Universitat de Girona. Facultat de Lletres, Departament de Geografia, Història i Història de l'Art, Espanya. doi:http://www.tesisenred.net/handle/10803/31835

Moore, H. L. (1999). *Antropología y feminism*o. Madrid: Ediciones Cátedra.

Mora Nawrath, H. (2010). El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica. *Forum Qualitative social Research. Sozialforschung,* 11 (2), art. 10. Disponible en http://repositoriodigital.uct.cl:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/618/MORA_QUALITATIVE_2010.pdf?sequence=3

Moral Castrillo, P. (2009). Antropología biológica en la era genómica. *Ambiociencias-Monográfico.* Universidad de León. Recuperado de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2450/P%c3%a1ginas%20desdeacDarwin-1-11.pdf?sequence=1

Morales Gil, I. (2001). Género y desigualdades en salud. En Suárez Ojeda, M. & Quintanilla Navarro, B. (Eds.), *La innovación género y docencia en el EEES, nuevos retos y perspectivas.* Madrid: Vicerrectorado de Desarrollo y Calidad de la Docencia; Universidad Complutense.

Morant Deusa, I. (2005). *Historia de las mujeres en España y América latin*a. Madrid: Cátedra.

Moratalla Isasi, S., & Díaz Alcaraz, F. (2008). La Segunda Enseñanza desde la Segunda República hasta la Ley Orgánica de Educación. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete,* (23), 283-306. doi:http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_14.pdf

Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74.

Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociale*s. Madrid: Editorial CSIC.

Nash, M. (1993). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900-1939. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX. Tomo 5* (pp. 627-646). Madrid: Taurus.

Nielfa Cristóbal, G. (2003a). Trabajo, legislación y género en la España contemporánea: los orígenes de la legislación laboral. En L. Gálvez Múñoz & C. Sarasúa García (Eds.) *¿Privilegios o eficiencia?: mujeres y hombres en los mercados de trabajo* (pp.39-56). San Vicente de Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Nielfa Cristóbal, G. (2003b). Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura. Madrid: Universidad Complutense.

Nicolás Marín, E. (2005). *La libertad encadenada: España en la dictadura franquista 1939-197*5. Madrid: Alianza Editorial.

Núñez Gil, M., & Rebollo Espinosa, M. J. (2006). Maternidad intuitiva versus maternidad reglada: El modelo de la perfecta madre en la España franquista. En Alcántara Sacristán, M.D. & Gómez García de Sola, Mª B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y*

*educació*n (pp. 167-190). Málaga: Centro de ediciones de la Diputación de Málaga (CEDMA).

Núñez, C. E. (2003). El capital humano en el primer franquismo. En C. Barciela (Ed.), *Autarquía y mercado negro: el fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*. (pp. 27-54). Barcelona: Crítica.

Nuño Gómez, L. (2008). *La incorporación de las mujeres al espacio público y la ruptura parcial de la división sexual del trabajo: el tratamiento de la conciliación de la vida familiar y laboral y sus consecuencias en la igualdad de género* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Ocaña, J. C. (2007). España durante el franquismo, 1939-1975. Recuperado el 20 de diciembre de 2011 desde http://www.historiasiglo20.org/HE/15.htm

O'Dowd, M. J., Philipp, E. E., & Sciarra, J. J. (1994). *The history of obstetrics and gynaecology*. Carnforth:Parthenon Publishing Group.

Olaria, C. (1996). El arte y la mujer en la prehistoria. *Asparkía: Investigación Feminista*, (6), 77-94.

Oliver Reche, M. (2000). Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto. *Matronas Profesión*, (1), 32-41.

Opitz, C. (1992). Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1259-1500). En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. La Edad Medi*a (1ºed.), (pp. 321-400). Madrid: Taurus.

Orengo Díaz del Castillo, F. (1953). *Obstetricia para matrona*s (2º ed.). Madrid: Isidoro Aguirrebeña editorial.

Ortiz Gómez, T. (1996). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, 16, 109-120.

doi:http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/105967/150029

Ortiz Gómez, T. (1999a). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal,* 6 (1), 55-79. doi:http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/matronas.pdf

Ortiz Gómez, T. (1999b). De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870. *Arenal,* 6 (1), 183.

Ortiz Gómez, T. (2001). Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España Ilustrada. En M. Cabré i Paret, & T. Ortiz Gómez (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europ*a (pp. 165-188). Barcelona: Icaria editorial.

Ortiz Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista.* Oviedo: KRK ediciones.

Ortiz Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina*? Eidon, 2*3, 61-65. doi:http://www.entretodas.net/2008/04/15/la-practica-sanitaria-en-la-historia-%C2%BFuna-cuestion-femenina-por-teresa-ortiz-gomez/

Ortiz Gómez, T., & Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En P. Ballarín, & C. Martínez (Eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráne*as (pp. 239-246). Granada: Universidad de Granada.

Ortiz Heras, M. (2006). Mujer y dictadura franquista. *Aposta: Revista De Ciencias Sociales,* (28) doi:http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ortizheras.pdf

Ortner, S. ([1972]1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En O. Harris, & K. Young (Eds.), *Antropología y feminism*o (pp. 109-131). Barcelona: Anagrama.

Pamo-Reyna, O. (2007). Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna, 2*0(3), 109-122.

Perdiguero, E., & Comelles, J.M. (2000). *Medicina y cultura.* Barcelona: Bellaterra.

Perkins, W. (1996). *Midwifery and medicine in Early Modern France: Louise Bourgeoi*s. Exeter, Devon, UK: University of Exeter Press.

Perry, M. E. (1996). Las mujeres y su trabajo curativo en Sevilla, siglos XVI y XVII. En Matilla M.J. & Ortega M (Eds.), *El Trabajo De Las Mujeres, Siglos XVI-XX: VI Jornadas De Investigación Interdisciplinaria Sobre La Mujer* (pp. 57-70). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Pío XI. (1931). *Carta Encíclica Quadragesimo anno*. Vaticano (ed.). doi: http://www.vatican.va/holy_father/pius_xi/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno_sp.html

Pizza, G. (2007). Antropología médica: una propuesta de investigación. En Lisón Tolosana, C. (Ed.), *Introducción a la Antropología Social y Cultural. Teoría, método y práctica* (pp. 267-291). Madrid: Akal.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salu*d (6ºed.). México: McGraw Hill/ Interamericana de México.

Prieto Ruz, M.T., Morales Gil, I. (2010). *Informe diagnóstico de igualdad de la Universidad de Málaga, 2010.* Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

Pschyrembel, P. W. (1971). *Obstetricia práctic*a (Reimpresión de la 2º ed.). Barcelona: Labor S.A.

Querol, MªA., Triviño, C. (2004). *La mujer en el origen del hombre.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Quijano. (1993). Estatus. En A. Aguirre Baztán (Ed.), *Diccionario temático de Antropologí*a (2º ed). Barcelona: Boixaren universitaria.

Ramblado Minero, M. C. (2008). Madres de España/madres de la Anti-España: La mujer re-publicana y la transmisión de la memoria republicana. *Entelequia: revista interdisciplinar, (7), 129-137.*

Ramírez Belmonte, C. (2008). Concepto de género: reflexiones. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete* (8), 307-314.

Redondo Rincón, M.G. (2012). *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo.* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Rhodes, M. (2001). Saber y práctica de la matronería en Gran Bretaña, 1936-1950. En M. Cabré i Paret, & T. Ortiz Gómez (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-X*X (pp. 189-213). Barcelona: Icaria editorial.

Rodríguez Ávila, N. (2008). *Manual de sociología de las profesiones*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (Eds.). (1996). *Metodología de la investigación cualitativa.* Archidona: Editorial Aljibe.

Rodríguez Llopis, M. (2008). *Historia general de Murci*a (1ºed.). Córdoba: Editorial Almuzara.

Rodríguez Ocaña, E., & Perdiguero, E. (2006). Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *Historia, Ciencias, Saúde-Maguinhos*, 13(2), 303-324.

Roigé, X. (2006). *Familias de ayer, familias de hoy: continuidades y cambios en Cataluñ*a. Barcelona: Icaria Editorial.

Rosaldo, M. ([1974] 1979). Mujer, cultura y sociedad: Una visión teórica. *Antropología y Feminismo*, 153-181.

Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *109*(11), 1199-1206.

Rouselle, A. (1992a). El destino biológico de las mujeres: Los datos ecológicos generales. En G. Duby, & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. La Antigüedad* (1ºed.) Madrid: Taurus.

Rouselle, A. (1992b). La política de los cuerpos: entre procreación y continencia en Roma. En G. Duby, & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. La Antigüeda*d (1ºed.) Madrid: Taurus.

Ruedas Marrero, M., Ríos Cabrera, M. M., & Nieves, F. (2009). Hermenéutica: la roca que rompe el espejo. *Investigación y Postgrado*, 24 (2), 181-201.

Ruiz de Azúa, E. (2000). Un primer balance de la educación en España en el siglo XX. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 22, 159-182. doi:http://revistas.ucm.es/index.php/CHCO/article/viewFile/CHCO0000110159A/6963

Ruiz García, M.J. (2011). *Un estudio cualitativo sobre lactancia materna prolongada en un grupo de madres de Murcia.* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia.

Sahlins, M. (1977). *Economía de la edad de piedra*. Madrid: Akal.

Salazar Agulló, M. (2009). *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa" Al Servicio de España y del niño español"(1938-1963).* (Tesis Doctoral). Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. doi: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14044/1/tesis_modesta.pdf

Salazar Agulló, M., Bernabeu Mestre, J., Martínez Marco, E. A., & Ramos Salas, E. (2008). Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo: la colección «Al servicio de España y del niño español». *Matronas Profesión,* 9 (4), 28-33. doi:http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/574/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/539/rglang/es-ES/filename/vol9n4pag28-33.pdf

Sallman, J. M. (1992). La bruja. En G. Duby & M. Perrot, (Eds.), *Historia de las Mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna. Tomo 3* (pp.472-485).Taurus: Madrid.

Sánchez, D. (2008). El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea. *Asclepio, 6*0(1), 63-82.

Sánchez de Andrés, L. (2011). La actividad musical en los centros institucionistas destinados a la educación de la mujer (1869-1936). *Trans. Revista transcultural de Música, 15*, 1-28. Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82222646005

Sánchez Romero, M. (2006). Maternidad y prehistoria: Prácticas de reproducción, relación y socialización. En H. Bonet Rosado (Ed.), *La imagen de las mujeres*, (pp. 119-137). Valencia: Diputación Provincial de Valencia. Museo de Prehistoria. doi:http://www.museuprehistoriavalencia.org/resources/files/Catalogos/Las_Mujeres_en_la_Prehistoria.pdf#page=37

Sanz Hernández, A. (2005). El método biográfico en investigación social: Potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio,* 57 (1), 99-116.

Sarasúa, C., & Molinero, C. (2009). Trabajo y niveles de vida en el franquismo: un estado de la cuestión desde una perspectiva de género. En C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: Perspectivas actuale*s (1º ed.), pp. 309-354. Barcelona: Icaria editorial.

Sarlet Gerken, A. M., García Martínez, A., & Belando Montoro, M. (1996). Educación para la salud: Una perspectiva antropológica. Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.).

Scanlon, G. (1986). *La polémica feminista en la España contemporánea, 1868-1974*. Madrid: Ediciones Akal.

Scanlon, G. M. (1987). La mujer y la Instrucción Pública: de la Ley Moyano a la II.ª República. *Historia de la Educación,* 6, 193-207. doi:http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/79441/1/La_mujer_y_la_instruccion_publica_de_la_.pdf

Scott, J. (1990). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En J. S. Amelang, & M. Nash (Eds.), *Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporán*ea (pp. 23-58). Valencia: Universidad de Valencia.

Serrano Monzó, I (2002a). Apuntes históricos de la profesión de matrona. doi:http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf

Serrano Monzó, I. (2002b). *La formación de matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición matronas y mujeres en la historia*. Pamplona: Asociación Navarra de Matronas. doi: http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf

Shalins, M. (1977). *Economía de la Edad de Piedra.* Madrid: Akal.

Sharp, J. ([1671] 1999). En Hobby E. (Ed.), *The midwives book or the whole art of midwifry discover*ed. New York, USA: Oxford University Press.

Sheridan, B. (2001). De parto: La medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En M. Cabré i Paret, & T. Ortiz Gómez (Eds.),

Sanadoras, matronas y médicas en Europa (siglos XII-XX) (pp. 143-164). Barcelona: Icaria editorial.

Shinyashiki G. T., Costa Mendes I. A., Trevizan M.A., & René A. (2006). Socialización profesional: Estudiantes volviéndose enfermeros. *Rev Latino-Am Enfermagem,* 14 (4), 601-607.

Siegemund, J. ([1690] 2005). *The court midwif*e (L. Tatlock Trans.). Chicago, USA: The University of Chicago Press.

Siles González, J. (1997). Epistemología y Enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica,* 7(4), 18-194.

Siles González, J. (2004). La construcción social de la historia de la enfermería. *Index de Enfermería [Edición Digital]*, 13(47), 07-10. doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000300001.

Siles González, J. (2010). Los cuidados de Enfermería en el marco de la Historia social y la Historia cultural. En C. Gozález, & F. Martínez (Eds.), *La transformación de la Enfemería: nuevas miradas para la historia*. (pp. 219-250). Granada: Comares.

Siles González, J. (2011). *Historia de la Enfermerí*a. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Siles González, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya Moreno, M. F., Gabaldón Bravo, E. M., Domínguez Santamaría, J. M., Solano Ruiz, M. D. C., & García Hernández, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la Enfermería contemporánea: la Antropología de los cuidados y la Enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, Año V, n. 10 (2. semestre 2001), 72-87.

Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2007). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos la estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. *Investigación y Educación en Enfermería, 2*5 (1), 66-73.

Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2011). Cultural history and aesthetics of nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1096-1105.

Solano Ruiz, C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y Enfermería. *Cultura de los Cuidados.*, año X, nº 19, (1er semestre), 5-6. doi:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf

Solano, J. A. (1966). *La mujer y el trabaj*o. Madrid: Instituto de Estudios Sindicales, Sociales y Cooperativos. Ediciones y publicaciones populares.

Stoller, R. J. ([1968]1994). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. London: Karnac books.

Tabares, R. E., Rosique, J. & Delgado, M. E. (2012). Tendencias de la bioantropología y un estudio de caso: su desarrollo académico en la Universidad del Cauca. *Revista Colombiana de Antropología*, 48(1) 259-278. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105025257007

Taylor, S., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativo*s. Buenos Aires: Paidós.

Téllez Infantes, A. (2001a). Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural. *Gazeta De Antropología*, 17, artículo 17. Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G17_17Anastasia]Tellez_Infantes.html

Téllez Infantes, A. (2001b). Trabajo, identidad y género: la puesta en juego de las representaciones ideológicas. *Cuadernos Relaciones Laborales*, 20(1), 191-214.

Téllez Infantes, A., & Verdú Delgado, A. D. (2011). El significado de la masculinidad para el análisis social. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, (2), 80-103.

Terés Quiles, J. (2013). Por un sistema nacional de salud de acceso universal (Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso universal: Collegi Oficial de Metges de Barcelona y Comitè de Bioètica de Catalunya). *Revista de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona*, (29), 89-95.

Tójar Hurtado, J. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

Torres Díaz, Á. *Las matronas en Málaga y provincia (1900-1956). Estudio cualitativo en perspectiva historiográfica y de género* (Tesis Doctoral). Málaga: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. Departamento de Enfermería.

Torres Segovia, L.C. (coordinador) (2013). *Historia de la Medicina en la Región de Murcia. Segunda mitad del siglo XX y principios del XXI.* Murcia: Pictografía.

Towler, J., & Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson S.A.

Usandizaga Beguiristáin, J. (2006). Preámbulo. En G. González Navarro, J. Usandizaga Beguiristáin & J.M Bajo Arenas (Eds.), *Historia de la Obstetricia y Ginecología española*. Madrid: Habe editores.

Usandizaga Beguiristáin, J. A., & González Navarro, G. (2006). Historia de la Obstetricia y Ginecología española. Tomo II, de 1900 a 1960. En G. González Navarro, J. Usandizaga Beguiristáin & J. M. Bajo Arenas (Eds.), *Historia de la Obstetricia y Ginecología española*. Madrid: Habe editores.

Valderrama Ponce, M. J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres*? Vasconia: Cuadernos de Historia-Geografía,* (35), 373-385.

Valderrama, M. J., Larrañaga, M. I., Martín, U., & Arregi, B. (2010). Cuidados informales y desigualdades de género: Mirando a Bizkaia. En M. L. Esteban, J. M. Comelles & C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 299-316). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Valiente Fernández, C. (2003). Las políticas para las mujeres trabajadoras durante el franquismo. En G. Nielfa Cristobal (Ed.), *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, 145-178. Madrid: Editorial Complutense.

Valle Racero, J. (2000). Cuidar desde una perspectiva cultural. *Cultura de los cuidados*, Año IV, (7-8), 96-101. doi:http://193.145.233.67/dspace/bitstream/10045/5089/1/CC_07-08_11.pdf

Valle Racero, J. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión,* (9), 28-35. doi:http://www.federacion-matronas.org/rs/447/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/86d/rglang/es-ES/filename/vol3n9pag28-35.pdf

Vallejo de la Hoz, G., Del Hierro Gurruchaga, M., & Reglero García, M. (2013). Desigualdad de género y riesgos laborales en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 16(6), 62-66.

Van Gennep, A. ([1909] 2008). *Los ritos de pas*o [Les rites de passage] (J. Aranzadi Trans.). Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes.* Barcelona: Ediciones B.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa editorial.

Vázquez de Prada, M. (2005). Para una historia de la familia española en el siglo XX. *Memoria y Civilización*, 8, 115-170.

Vázquez Vega P. (Ed.). (2010). *La feminización de las profesiones sanitaria*s. Bilbao: Fundación BBVA.

Velasco Juez, C. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en Enfermería. *Index De Enfermería Edición Digital*, (27), 25. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php

Villani, P. (1997). La Edad Contemporánea, 1945 hasta hoy. Barcelona: Ariel.

Wagner, M. (2007). Global midwifery- traditional and official- and humanization of birth. *Midwifery today with international midwife*, (83) 55-57.

Wiesner, M. E. (1993). The midwives of south Germany and the public/private dichotomy. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe*, (pp. 77-94). London: Routledge.

Winkler, M. I. (2012). Historias de Mujeres: Presencias y Ausencias en la SIP. *Interamerican Journal of Psychology*, *46* (1), 67-78.

Yepes Stork, R & Aranguren Echeverría, J. (2009). *Fundamentos de Antropología: un ideal de la excelencia humana*. 6ª ed. 2ª imp. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.

Zárate Cárdenas, E. (2002). La construcción del poder médico en el siglo XIX. *Situa*, 11(21), 7-13. Disponible en doi:http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2003_n21/pdf/construccion_poderm ed.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIÓN INTERNACIONAL DE MATRONA DE LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS (ICM)

"Una matrona es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona»; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería. La matrona es reconocida como profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidado para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia. La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil. Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud".

(Confederación Internacional de Matronas, 2011)

ANEXO 2: POBLACIÓN Y SUPERFICIE DE LOS MUNICIPIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Municipio	Población	Superficie ($Km.^2$)
Abanilla	6590	235,62
Abarán	13110	114,94
Águilas	34828	251,77
Albudeite	1404	17,02
Alcantarilla	41381	16,24
Los Alcázares	16251	19,82
Aledo	1025	49,74
Alguazas	9460	23,74
Alhama de Murcia	20915	311,55
Archena	18496	16,40
Beniel	11198	10,06
Blanca	6493	87,32
Bullas	12321	82,17
Calasparra	10661	184,90
Campos de Río	2220	47,29
Caravaca de la Cruz	26415	858,76
Cartagena	216655	558,02
Cehegín	16248	299,29
Ceutí	10881	10,25
Cieza	35351	367,02
Fortuna	10098	149,33
Fuente Álamo de Murcia	16175	273,52
Jumilla	25711	969,00

Municipio	Población	Superficie ($Km.^2$)
Librilla	4842	56,50
Lorca	92865	1675,21
Lorquí	6983	15,75
Mazarrón	35408	318,87
Molina de Segura	67382	169,50
Moratalla	8290	954,82
Mula	16968	634,06
Murcia	441354	886
Ojós	562	45,28
Pliego	4051	29,43
Puerto Lumbreras	14742	144,81
Ricote	1452	86,67
San Javier	32641	75,10
San Pedro del Pinatar	24285	22,32
Santomera	15709	44,20
Torre Pacheco	33911	189,40
Las Torres de Cotillas	21608	38,78
Totana	30549	288,94
Ulea	926	40,04
La Unión	19009	24,79
Villanueva del Segura	2445	131,18
Yecla	34601	605,64

ANEXO 3: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARTICIPANTES

NÚMERO DE ENTREVISTADO/A:

Proyecto	
Entrevistadora	
Fecha	
Lugar de la entrevista	
Establecimiento de contacto	

Informante	
Nombre y apellido	
Dirección	
Teléfono	
Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento	
Profesión	
Estado Civil	
Sexo	

Observaciones

ANEXO 4: NORMAS GENERALES DE TRANSCRIPCIÓN

Pausas

Más de cinco segundos, utilizar puntos suspensivos…

Menos de cinco segundo, utilizar Pll (pausa larga)

Aclaraciones del investigador, risas, toses…

Las palabras o aclaraciones introducidas por el transcriptor se indicaran entre corchetes [ ]

Palabras dudosas

Las palabras dudosas que no se entienden se pondrán entre corchetes seguidas de un interrogante.

Palabras con énfasis

Se utilizará mayúsculas para mostrar una fuente con énfasis

Sonidos mantenidos

Se repiten los mismos sonidos mantenidos separados por guiones

Parafrasear a otros

Cuando el entrevistado expresa algo que ha dicho otro o una voz interior se utilizarán comillas.

Omitir material incluido en la fuente original

Se utilizarán tres puntos suspensivos entre paréntesis (…). Cuando aparecen al inicio o fin de una cita significa que la cita comienza o finaliza en medio de una oración.

ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES E INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio en el que se utilizan como instrumentos de investigación los relatos biográficos y las entrevistas semiestructuradas. Esta investigación se realiza a través de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia y el Departamento de Enfermería. El estudio se lleva a cabo por una matrona Máster en Antropología y dos profesoras titulares de la Universidad de Murcia. Por este motivo, le pedimos su permiso para participar en el estudio garantizando el anonimato de su entrevista y la confidencialidad de aquellos datos que no quiera sean revelados. Las entrevistas serán grabadas para facilitar la transcripción de los datos. Las grabaciones se destruirán una vez finalizado el proyecto de investigación, poniendo a su disposición los resultados de esta investigación. Si esta dispuesto a participar firme a continuación:

D/Dña……con……años de edad y DNI……..

Acepto participar voluntariamente como informante en la tesis doctoral "Matronas murcianas: mujeres y profesionales (1940-1977)" de la Universidad de Murcia realizada por Dña. Natalia Emilia Rodríguez Portilla con DNI 34829994-j cuyo objetivo principal es:

> "Conocer y hacer visibles las vivencias personales y profesionales de un grupo de matronas que ejercieron en Murcia durante el período comprendido entre 1940 y 1977 desde una perspectiva integral y de género."

Autorizo a que la información aportada sea grabada para su transcripción posterior a papel. Esta información será utilizada exclusivamente para esta investigación pudiendo se utilizadas frases textuales que reflejen ideas relevantes para el estudio.

Del mismo modo autorizo el uso de imágenes, como retratos, que aporto de un modo voluntario y que puedan ser relevantes para la investigación. He sido informado/a de que la información aportada durante la entrevista o relato de vida será confidencial de manera que no se podrá identificar la identidad de los/las informantes. Además he sido informado/a de que puedo retirarme de la investigación cuando así lo decida sin ningún tipo de perjuicio así como formular preguntas sobre el proyecto. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre. Igualmente he sido informado/a de los beneficios que podría suponer mi participación así como de los posibles perjuicios.

Firmado:

Murcia a …….. de ……..de 201..

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Investigación

CEI Comisión de Ética de Investigación

CAMPUS MARE NOSTRUM

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que Dª. Natalia Emilia Rodríguez Portilla ha presentado la tesis doctoral titulada *"Matronas murcianas: mujeres y profesionales (1940-1977)"*, dirigida por la Drª. Dª. María Emilia Martínez Roche a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 2 de julio de 2014[1], por unanimidad, se emite informe INFORME FAVORABLE.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: Antonio Juan García Fernández

[1] A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

Firmante: JAIME MIGUEL PERIS RIERA. Fecha/hora: 16/07/2014 19:05:35. Emisor del certificado: OU=FNMT Clase 2 CA,O=FNMT,C=ES.
Firmante: ANTONIO JUAN GARCIA FERNANDEZ. Fecha/hora: 17/07/2014 09:32:02. Emisor del certificado: OU=FNMT Clase 2 CA,O=FNMT,C=ES.

@dministración electrónica

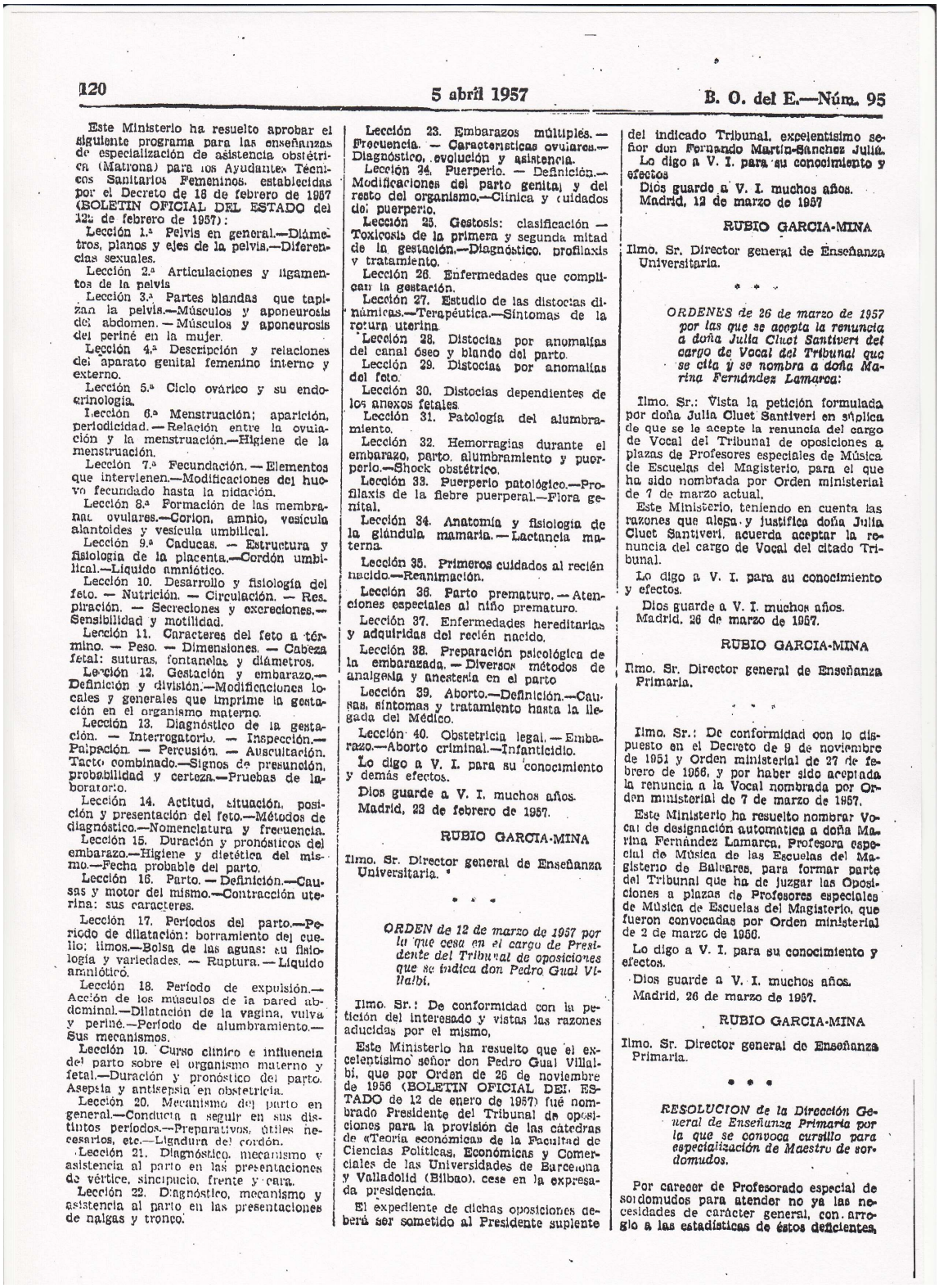
Código seguro de verificación: UE9SMnab-1VvWfMPY-oT5Qe4xa-EFs0X232 COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 30.5 de la Ley 11/2007, de 22 de junio. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: https://sede.um.es/validador/

ANEXO 6: ORDEN POR LA QUE LAS ESCUELAS DE ATS FEMENINOS FUERON AUTORIZADAS PARA ESTABLECER LA ESPECIALIDAD DE MATRONAS

Escuela de ATS femeninos	Orden por la que se le autoriza a establecer la especialidad de Matronas
Navarra	Orden de 6 de diciembre de 1957 (BOE nº26 de 30 de enero de 1958 p.994)
Zaragoza	Orden de 7 de diciembre de 1957 (BOE nº28 de 1 de febrero de 1958 p.1084)
Cruz Roja (Madrid)	Orden de 28 de diciembre de 1957 (BOE nº33 de 7 de febrero de 1958 p.1277)
Casa Salud Valdecillas (Santander)	Orden de 25 de febrero de 1958 (BOE nº93 de 18 de abril de 1958 p.3379)
Granada	Orden de 20 de junio de 1958 (BOE nº225 de 18 de septiembre de 1958 p.8257)
Hermandad de "Salus Infirmorum" Cádiz	Orden de 20 de junio de 1958 (BOE nº226 de 20 de septiembre de 1958 p.8296)
Valencia	Orden de 20 de junio de 1958 (BOE nº227 de 20 de junio de 1958 p.8328)
Barcelona (Diputación provincial)	Orden de 17 de febrero de 1959 (BOE nº85 de 9 de abril de 1959 p.5390)
Málaga (Hospital provincial de San Juan de Dios)	Orden de 10 de julio de 1961 (BOE nº193 de 14 de agosto de 1961 p.12000)
Santiago de Compostela	Orden de 13 de abril de 1962 (BOE nº123 de 23 de mayo de 1962 p.6995)
Valladolid	Orden de 31 de agosto de 1972 (BOE nº252 de 20 de octubre de 1972 p.18680)
La Laguna	Orden de 4 de diciembre de 1974 (BOE nº310 de 27 de diciembre de 1974 p.26273)
Zaragoza (adscrita a la Facultad de Medicina)	Orden de 15 de Octubre de 1976 (BOE nº299 de 14 de diciembre de 1976 p.24012)

ANEXO 7: PROGRAMA PARA LAS ENSEÑANZAS DE MATRONA CONFORME A LA ORDEN DE 23 DE FEBRERO DE 1957 (BOE NÚM. 95 DE 5 DE ABRIL DE 1957).



120 5 abril 1957 B. O. del E.—Núm. 95

Este Ministerio ha resuelto aprobar el siguiente programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, establecidas por el Decreto de 16 de febrero de 1957 (BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO del 12 de febrero de 1957):

Lección 1.ª Pelvis en general.—Diámetros, planos y ejes de la pelvis.—Diferencias sexuales.

Lección 2.ª Articulaciones y ligamentos de la pelvis

Lección 3.ª Partes blandas que tapizan la pelvis.—Músculos y aponeurosis del abdomen. — Músculos y aponeurosis del periné en la mujer.

Lección 4.ª Descripción y relaciones del aparato genital femenino interno y externo.

Lección 5.ª Ciclo ovárico y su endocrinología.

Lección 6.ª Menstruación; aparición, periodicidad. — Relación entre la ovulación y la menstruación.—Higiene de la menstruación.

Lección 7.ª Fecundación. — Elementos que intervienen.—Modificaciones del huevo fecundado hasta la nidación.

Lección 8.ª Formación de las membranas ovulares.—Corion, amnio, vesícula alantoides y vesícula umbilical.

Lección 9.ª Caducas. — Estructura y fisiología de la placenta.—Cordón umbilical.—Líquido amniótico.

Lección 10. Desarrollo y fisiología del feto. — Nutrición. — Circulación. — Respiración. — Secreciones y excreciones.—Sensibilidad y motilidad.

Lección 11. Caracteres del feto a término. — Peso. — Dimensiones. — Cabeza fetal: suturas, fontanelas y diámetros.

Lección 12. Gestación y embarazo.—Definición y división.—Modificaciones locales y generales que imprime la gestación en el organismo materno.

Lección 13. Diagnóstico de la gestación. — Interrogatorio. — Inspección.—Palpación. — Percusión. — Auscultación. Tacto combinado.—Signos de presunción, probabilidad y certeza.—Pruebas de laboratorio.

Lección 14. Actitud, situación, posición y presentación del feto.—Métodos de diagnóstico.—Nomenclatura y frecuencia.

Lección 15. Duración y pronósticos del embarazo.—Higiene y dietética del mismo.—Fecha probable del parto.

Lección 16. Parto. — Definición.—Causas y motor del mismo.—Contracción uterina: sus caracteres.

Lección 17. Períodos del parto.—Período de dilatación: borramiento del cuello; limos.—Bolsa de las aguas: su fisiología y variedades. — Ruptura. — Líquido amniótico.

Lección 18. Período de expulsión.—Acción de los músculos de la pared abdominal.—Dilatación de la vagina, vulva y periné.—Período de alumbramiento.—Sus mecanismos.

Lección 19. Curso clínico e influencia del parto sobre el organismo materno y fetal.—Duración y pronóstico del parto. Asepsia y antisepsia en obstetricia.

Lección 20. Mecanismo del parto en general.—Conducta a seguir en sus distintos períodos.—Preparativos, útiles necesarios, etc.—Ligadura del cordón.

Lección 21. Diagnóstico, mecanismo y asistencia al parto en las presentaciones de vértice, sincipucio, frente y cara.

Lección 22. Diagnóstico, mecanismo y asistencia al parto en las presentaciones de nalgas y tronco.

Lección 23. Embarazos múltiples. — Frecuencia. — Características ovulares.—Diagnóstico, evolución y asistencia.

Lección 24. Puerperio. — Definición.—Modificaciones del parto genital y del resto del organismo.—Clínica y cuidados del puerperio.

Lección 25. Gestosis: clasificación — Toxicosis de la primera y segunda mitad de la gestación.—Diagnóstico, profilaxis y tratamiento.

Lección 26. Enfermedades que complican la gestación.

Lección 27. Estudio de las distocias dinámicas.—Terapéutica.—Síntomas de la rotura uterina.

Lección 28. Distocias por anomalías del canal óseo y blando del parto.

Lección 29. Distocias por anomalías del feto.

Lección 30. Distocias dependientes de los anexos fetales.

Lección 31. Patología del alumbramiento.

Lección 32. Hemorragias durante el embarazo, parto, alumbramiento y puerperio.—Shock obstétrico.

Lección 33. Puerperio patológico.—Profilaxis de la fiebre puerperal.—Flora genital.

Lección 34. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria. — Lactancia materna.

Lección 35. Primeros cuidados al recién nacido.—Reanimación.

Lección 36. Parto prematuro. — Atenciones especiales al niño prematuro.

Lección 37. Enfermedades hereditarias y adquiridas del recién nacido.

Lección 38. Preparación psicológica de la embarazada. — Diversos métodos de analgesia y anestesia en el parto

Lección 39. Aborto.—Definición.—Causas, síntomas y tratamiento hasta la llegada del Médico.

Lección 40. Obstetricia legal. — Embarazo.—Aborto criminal.—Infanticidio.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 23 de febrero de 1957.

RUBIO GARCIA-MINA

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

* * *

ORDEN de 12 de marzo de 1957 por la que cesa en el cargo de Presidente del Tribunal de oposiciones que se indica don Pedro Gual Villalbi.

Ilmo. Sr.: De conformidad con la petición del interesado y vistas las razones aducidas por el mismo,

Este Ministerio ha resuelto que el excelentísimo señor don Pedro Gual Villalbi, que por Orden de 26 de noviembre de 1956 (BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO de 12 de enero de 1957) fué nombrado Presidente del Tribunal de oposiciones para la provisión de las cátedras de «Teoría económica» de la Facultad de Ciencias Políticas, Económicas y Comerciales de las Universidades de Barcelona y Valladolid (Bilbao), cese en la expresada presidencia.

El expediente de dichas oposiciones deberá ser sometido al Presidente suplente del indicado Tribunal, excelentísimo señor don Fernando Martín-Sánchez Juliá.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 12 de marzo de 1957

RUBIO GARCIA-MINA

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

* * *

ORDENES de 26 de marzo de 1957 por las que se acepta la renuncia a doña Julia Cluet Santiveri del cargo de Vocal del Tribunal que se cita y se nombra a doña Marina Fernández Lamarca:

Ilmo. Sr.: Vista la petición formulada por doña Julia Cluet Santiveri en súplica de que se le acepte la renuncia del cargo de Vocal del Tribunal de oposiciones a plazas de Profesores especiales de Música de Escuelas del Magisterio, para el que ha sido nombrada por Orden ministerial de 7 de marzo actual,

Este Ministerio, teniendo en cuenta las razones que alega y justifica doña Julia Cluet Santiveri, acuerda aceptar la renuncia del cargo de Vocal del citado Tribunal.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 26 de marzo de 1957.

RUBIO GARCIA-MINA

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Primaria.

* * *

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo dispuesto en el Decreto de 9 de noviembre de 1951 y Orden ministerial de 27 de febrero de 1956, y por haber sido aceptada la renuncia a la Vocal nombrada por Orden ministerial de 7 de marzo de 1957,

Este Ministerio ha resuelto nombrar Vocal de designación automática a doña Marina Fernández Lamarca, Profesora especial de Música de las Escuelas del Magisterio de Baleares, para formar parte del Tribunal que ha de juzgar las Oposiciones a plazas de Profesores especiales de Música de Escuelas del Magisterio, que fueron convocadas por Orden ministerial de 2 de marzo de 1956.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 26 de marzo de 1957.

RUBIO GARCIA-MINA

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Primaria.

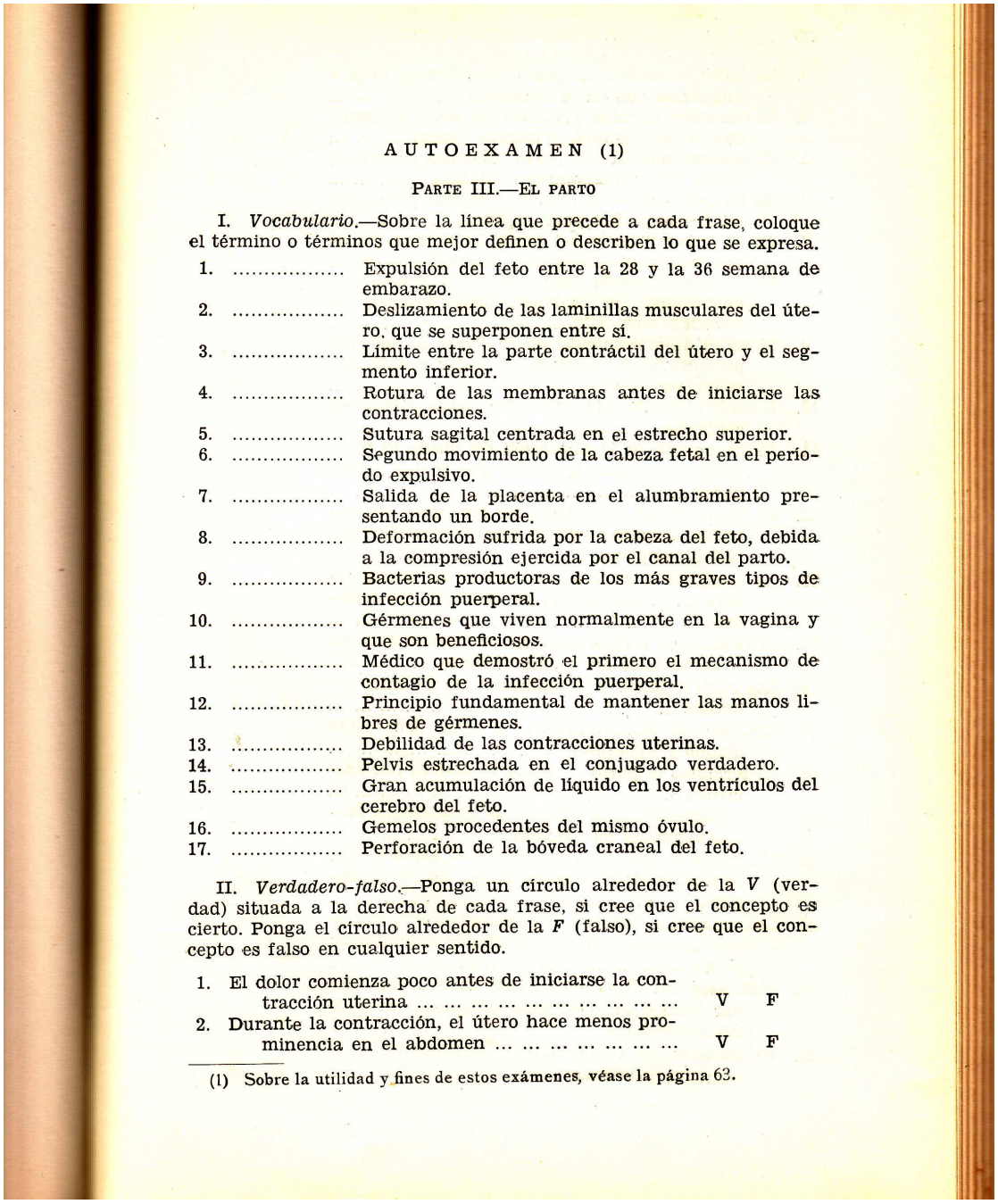
* * *

RESOLUCION de la Dirección General de Enseñanza Primaria por la que se convoca cursillo para especialización de Maestro de sordomudos.

Por carecer de Profesorado especial de sordomudos para atender no ya las necesidades de carácter general, con arreglo a las estadísticas de éstos deficientes,

ANEXO 8: AUTOXAMEN MANUAL *OBSTETRICIA PARA MATRONAS*

(ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, 1953, PP.275-278)



AUTOEXAMEN (1)

PARTE III.—EL PARTO

I. *Vocabulario.*—Sobre la línea que precede a cada frase, coloque el término o términos que mejor definen o describen lo que se expresa.

1. ..... Expulsión del feto entre la 28 y la 36 semana de embarazo.
2. ..... Deslizamiento de las laminillas musculares del útero, que se superponen entre sí.
3. ..... Límite entre la parte contráctil del útero y el segmento inferior.
4. ..... Rotura de las membranas antes de iniciarse las contracciones.
5. ..... Sutura sagital centrada en el estrecho superior.
6. ..... Segundo movimiento de la cabeza fetal en el período expulsivo.
7. ..... Salida de la placenta en el alumbramiento presentando un borde.
8. ..... Deformación sufrida por la cabeza del feto, debida a la compresión ejercida por el canal del parto.
9. ..... Bacterias productoras de los más graves tipos de infección puerperal.
10. ..... Gérmenes que viven normalmente en la vagina y que son beneficiosos.
11. ..... Médico que demostró el primero el mecanismo de contagio de la infección puerperal.
12. ..... Principio fundamental de mantener las manos libres de gérmenes.
13. ..... Debilidad de las contracciones uterinas.
14. ..... Pelvis estrechada en el conjugado verdadero.
15. ..... Gran acumulación de líquido en los ventrículos del cerebro del feto.
16. ..... Gemelos procedentes del mismo óvulo.
17. ..... Perforación de la bóveda craneal del feto.

II. *Verdadero-falso.*—Ponga un círculo alrededor de la *V* (verdad) situada a la derecha de cada frase, si cree que el concepto es cierto. Ponga el círculo alrededor de la *F* (falso), si cree que el concepto es falso en cualquier sentido.

1. El dolor comienza poco antes de iniciarse la contracción uterina ... ... V F
2. Durante la contracción, el útero hace menos prominencia en el abdomen ... ... V F

(1) Sobre la utilidad y fines de estos exámenes, véase la página 63.

3. La duración media del parto es mayor en la primigrávida que en la multípara ... ... V F
4. La duración del primer período del parto es mayor que la del segundo y tercero juntos ... ... V F
5. El segundo período del parto comienza cuando el cuello está completamente dilatado ... ... V F
6. De los tres períodos del parto, el segundo es el que tiene más peligro para la madre ... ... V F
7. En el tercer período del parto, la asepsia no es tan importante como en el segundo período ... V F
8. Si el médico olvida inspeccionar la placenta y membranas, la matrona debe llamarle la atención sobre ello ... ... V F
9. Si en el alumbramiento no se ligase el extremo placentario del cordón, la mujer podría desangrarse ... ... V F
10. Cuando el cuello está «borrado», existe dilatación completa ... ... V F
11. El mecanismo de la dilatación del cuello es diferente en las primigrávidas que en las multíparas ... ... V F
12. Se llama rotura prematura de las aguas cuando sucede después de varios dolores, pero sin dilatación completa ... ... V F
13. La causa de la rotación externa de la cabeza radica en el mecanismo de salida de los hombros ... ... V F
14. El hematoma retroplacentario es fundamental en el mecanismo del alumbramiento ... ... V F
15. Las contracciones del alumbramiento son muy dolorosas ... ... V F
16. Después del alumbramiento, el útero debe estar blando y esponjoso ... ... V F
17. Al terminar el parto, el pulso se acelera normalmente ... ... V F
18. La embarazada sana debe darse irrigaciones diarias vaginales de limpieza ... ... V F
19. Un pulso de más de 100 durante el parto indica agotamiento y deshidratación de la parturiente ... ... V F
20. Los calambres durante el parto se alivian flexionando fuertemente la pierna y extendiendo el pie ... ... V F
21. Para asegurar el alumbramiento normal, conviene dar masaje al útero inmediatamente después del nacimiento ... ... V F
22. Es imposible asistir un parto asépticamente en el domicilio particular ... ... V F

23. La matrona está autorizada para usar extractos posthipofisarios durante el parto ... ... V F
24. Una consecuencia de la estrechez pélvica durante el embarazo es el prolapso de cordón ... ... V F
25. La rotura de útero se provoca muchas veces por la inyección de extractos posthipofisarios ... ... V F
26. La vejiga llena favorece la hemorragia del alumbramiento ... ... V F

III.—*Emparejar.*—Haga «casar» los términos de la columna de la derecha con las frases de la columna de la izquierda. Para ello, coloque en la línea en blanco que precede a cada frase de la izquierda el número de la palabra que más estrechamente se refiere a la frase dada.

.....	Incisión en el periné	1. Perineorrafia.
.....	Dar la vuelta al feto llevando la cabeza al estrecho superior.	2. Cleidotomía.
.....	Tapón mucoso de cérvix con algo de sangre.	3. Versión de Braxton Hicks
.....	Presión en el fondo del útero durante el período expulsivo.	4. Inercia.
.....	Sutura de desgarro perineal.	5. Versión cefálica.
.....	Sutura sagital centrada en el estrecho superior.	6. Episiotomía.
.....	Contracciones débiles.	7. Limos.
.....	Presentación de parietal anterior.	8. Kristeller.
.....	Demostró que las manos transmiten la infección puerperal.	9. Kollestschka.
.....	Sección de la clavícula	10. Sinclitismo.
.....	Cantidad excesiva de líquido amniótico.	11. Asinclitismo.
.....	Tirar del cordón con el útero relajado.	12. Semmelweis.
		13. Hidramnios.
		14. Inversión uterina.

IV. *Tipo selectivo* (elección única).—Elija entre los diversos términos que se ofrecen para completar la frase, aquel que corresponda al concepto expresado. Coloque la letra que corresponde al término elegido en el espacio en blanco a la derecha de cada frase.

1. Se llama parto prematuro la terminación del embarazo entre la ...
   a) 24 a 38 semana. *c*) 28 a 36 semana.
   b) 20 a 32 semana. *d*) 20 a 36 semana.

2. La mujer de parto generalmente empieza a empujar durante .....
   a) El primer período del parto.
   b) Al empezar el parto.
   c) El segundo período del parto.
   d) Al final del período dilatante.

3. Después del nacimiento del feto, el útero queda a la altura de ...

a) Mitad de distancia entre sínfisis y ombligo.
b) Altura del ombligo.
c) Bajo el arco costal derecho.
d) La sínfisis del pubis.

4. Al principio del parto en la posición occípitoposterior es conveniente que la mujer .....

a) Se acueste sobre el lado en que está el dorso del feto.
b) Se acueste sobre el lado donde están las partes pequeñas.
c) Se coloque una fuerte faja apretada en el abdomen.
d) Permanezca de pie.

5. Si en una situación transversal se prolapsa el brazo derecho en la vagina, puede afirmarse que se trata de una .....

a) A. I. D. d. a.
b) A. I. D. d. p.
c) A. I. I. d. a.
d) Situación transversal nada más.

6. En el parto de nalgas, los hombros penetran en el estrecho superior, encajándose en .....

a) El diámetro anteroposterior.
b) El mismo diámetro oblicuo que utilizaron las nalgas.
c) El diámetro transverso.
d) El diámetro oblicuo opuesto al que utilizaron las nalgas.

V. *Tipo selectivo* (elección múltiple).—Elija entre los diversos términos que se ofrecen para terminar la frase, aquellos que corresponden al concepto expresado. Coloque las letras en el espacio en blanco, a la derecha de cada frase.

1. Mediante la contracción voluntaria de sus músculos abdominales, la mujer de parto puede favorecer mucho .....

a) La iniciación del parto.
b) La aceleración de la dilatación del cuello.
c) El aumento de la frecuencia de las contracciones.
d) El avance del feto durante el período dilatante.
e) El avance del feto durante el período expulsivo.
f) El nacimiento de la cabeza empujando cuando tiene dolor.
g) El nacimiento de la cabeza cuando existe pausa en el dolor.

2. Mediante la contracción voluntaria, la mujer puede .....

a) Aumentar la fuerza de la contracción del útero.
b) Ejercer presión sobre el útero, determinando que se contraiga con más fuerza.
c) Ejercer una fuerza adicional simultáneamente con la contracción uterina para expulsar la cabeza del feto.
d) Ejercer suficiente fuerza para expulsar la cabeza del feto independientemente de la fuerza de la contracción uterina.

ANEXO 9: CONTENIDO Y ESTRUCTURA DEL MANUAL *OBSTETRICIA PARA MATRONAS* (ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, 1953)

PARTE	CAPÍTULO	Páginas	Número total de páginas y % de la obra
Parte I: Reproducción humana	Capítulo I: Obstetricia para matronas Capítulo II: Anatomía Capítulo III: Fisiología Capítulo IV: Desarrollo y fisiología del feto Capítulo V: Presentación y posiciones	2- 71	69 Páginas (17,2%)
Parte II: El Embarazo	Capítulo VI: Embarazo normal Capítulo VII: Diagnósticos de embarazo Capítulo VIII: La consulta prenatal Capítulo IX: Patología del embarazo	72-133	61 Páginas (15,2%)
Parte III: El Parto	Capítulo X: Parto normal Capítulo XI: Asistencia al parto Capítulo XII: Patología del parto Capítulo XIII: Operaciones obstétricas	134-281	147 Páginas (36,6%)
Parte IV: El puerperio	Capítulo XIV: El puerperio normal Capítulo XV: Asistencia al puerperio Capítulo XVI: Patología del puerperio	282-315	33 Páginas (8,2%)
Parte V: El recién nacido	Capítulo XVII: El recién nacido normal y su asistencia Capítulo XVIII: El recién nacido prematuro Capítulo XIX: Patología del recién nacido	316-378	62 Páginas (15,5%)
Apéndices	Apéndice primero: Obstetricia legal Apéndice segundo: La matrona en la lucha contra el cáncer de útero Apéndice tercero: tabla para calcular la fecha de parto/ autoexamen respuestas/ índice alfabético	379- 401	22 Páginas (5,5%)

ANEXO 10: MATERIAL NECESARIO PARA UN PARTO DOMICILIARIO.

Tres palanganas (dos grandes y una pequeña). *Un cubo.* *Un orinal de cama.* *Un irrigador con tubo de goma, llave de paso y cánula rectal.* *Dos grandes recipientes para hervir agua.* *Uno o dos jarros esmaltados.* *Una pieza de tela impermeable suficiente para cubrir toda la cama.* *Una pieza de tela impermeable de un metro cuadrado.* *Dos cepillos de uñas.* *Jabón de tocador o jabón líquido.* *Alcohol de quemar (250 gr.).* *Un frasco de 250 cc. de alcohol de 90º.* *Un frasco de 50cc de yodo.* *Un tubo de cordonete esterilizado para el cordón umbilical.* *Un tubo de vaselina.* *Un bote de polvos de talco.* *Una venda de gasa.* *Un bote grande de compresas de gasa esterilizada.* *Algodón hidrófilo (250 gr.).*	*Un frasco de lisol de 200 gr.* *Un tubo de tabletas de sublimado de 1 gr* *Un frasquito cuentagotas de nitrato de plata al 1%.* *Una caja de inyectables de extractopost hipofisiario.* *Una caja de inyectables de Derivados del cornezuelo de centeno.* *Una caja de inyectables de coralina.* *Un bote de compresas vulgares esterilizadas.* *Tres sábanas esterilizadas o recién planchadas.* *Dos camisones esterilizados o recién planchados.* *Una bolsa de goma para el agua caliente.* *Una docena de imperdibles.* *Varias toallas recién planchadas.* *Tablas de madera para soportar el colchón.* *Una buena cantidad de periódicos (tamaño grande).* *Bañera para niño* *Canastilla del recién nacido.*

Fuente: elaboración propia a partir de los artículos propuestos por Orengo (1953) p.203 como necesarios para la asistencia de un parto domiciliario en su manual "*Obstetricia para matronas"*

ANEXO 11: EQUIPO DE LA MATRONA NECESARIO PARA UN PARTO DOMICILIARIO.

Un maletín. *Un delantal impermeable.* *Una bata con manga larga para usarla esterilizada (en el autoclave).* *Una bata de manga corta (si ha de usarse sin esterilizar).* *Un gorro o cofia de enfermera.* *Varias máscaras.* *Dos o tres pares de guantes (si es posible, esterilizados en el autoclave).* *Un estetóscopo obstétrico.* *Un pelvímetro.* *Dos jeringas de inyecciones y varias agujas cortas y largas.* *Tres pinzas de Kocher.* *Una pinza de curación.* *Una tijera de extremos redondeados.* *Un aparato para medir la tensión arterial.* *Un termómetro clínico.*	*Un frasco cuentagotas con ácido acético (para albúmina en orina).* *Tres tubos de ensayo* *Cerillas* *Una sonda Nélaton de goma, calibre 14 o 16* *Una caja de inyectables de extracto posthipofisiario.* *Una caja de inyectables de cornezuelo de centeno.* *Una caja de ampollas de coralina o similar.* *Una sonda traqueal de goma para extraer el moco de la garganta del niño.* *Una maquinilla de afeitar con hojas nuevas.* *Una lámpara eléctrica de bolsillo (conveniente).* *Una sierpecilla para abrir las ampollas.* *Un tubo con tableta de sublimado de 1 gramo.* *Una cinta métrica (conveniente).* *Unas tijeras para las uñas.* *Un reloj con segundero.* *Una pluma estilográfica (o un lápiz) y un cuaderno o historias clínicas.*

Fuente: elaboración propia a partir de los elementos del equipo de la matrona propuesto por Orengo (1953) p.202 como necesarios para la asistencia de un parto domiciliario en su manual "*Obstetricia para matronas*".

ANEXO 12: MATRONAS COLEGIADAS EN MURCIA SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA (1956-1970).

	Total	**Capital**	**Resto de municipios**
Año 1956	69	16	53
Año 1957	71	15	56
Año 1958	67	15	52
Año 1959		-	-
Año 1960	81	19	62
Año 1961	81	19	62
Año 1962	72	17	55
Año 1963	77	13	64
Año 1964	84	22	62
Año 1965	78	59	19
Año 1966	82	63	19
Año 1967	82	63	19
Año 1968	72	58	14
Año 1969	72	58	14
Año 1970	67	53	14

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.)