

La participación de lo doméstico en la atención del parto a mediados del siglo XX

Elena Andina Díaz¹
José Siles González²

Objetivo: describir cómo incidió la creación progresiva de la Seguridad Social (ofreciendo asistencia sanitaria generalizada) en la atención al parto en España durante las décadas de 1940 a 1970, en una zona rural. **Método:** etnografía histórica. Se seleccionaron 27 personas que habían vivido en esos años, y se las entrevistó apoyadas por un guión semiestructurado. A través de sus testimonios se construyó un mapa con los elementos funcionales implicados en los cuidados en el nacimiento en ese territorio. **Resultado:** tres actores desempeñaban dicha atención: parteras tradicionales, mujeres familiares/vecinas y personal sanitario. **Conclusión:** a pesar de que la asistencia en el momento del parto pasó a estar en manos de los sanitarios a partir de los años cuarenta, en esta zona las parturientas siguieron haciendo uso de los recursos domésticos hasta bien entradas los setenta, cuando los partos obligatoriamente fueron desplazados a los hospitales. Esta investigación saca a la luz el nombre y reconoce la labor de personajes femeninos que, desde la esfera popular, ayudaron a dar a luz a parturientas de esa comunidad durante, al menos, tres décadas.

Descriptores: Parteras Tradicionales; Matronas; Parto; Historia del Siglo Siglo XX; Historia de la Enfermería.

¹ Estudiante de Doctorado, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España.

² Catedrático, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España.

Introducción

Las décadas de 1940 a 1970 estuvieron acompañadas por muchos cambios y avances en la asistencia sanitaria pública de España. La atención en el campo de la salud pasó de ser un privilegio de unos pocos para convertirse en un derecho extendido a casi todos. Hasta entonces, la población española se encontraba en una situación de desatención y precariedad en lo que a establecimientos y prestaciones sanitarias se refería, al depender esta asistencia de las instituciones privadas, a las que tenían acceso un porcentaje reducido de ciudadanos; y de la beneficencia, que estaba destinada básicamente a gente sin recursos⁽¹⁾. La implantación, el año 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a cargo del Instituto Nacional de Previsión supuso un logro trascendental para la ciudadanía. En sus comienzos iba encaminado a proteger a los trabajadores económicamente más débiles, pero poco a poco se fueron ampliando sus prestaciones al resto de la población, pasando a consolidarse como el sistema generalizado de asistencia sanitaria en los años setenta (Seguridad Social).

La provincia de León, ubicada en el noroeste de este país, y donde se enmarca el objeto de nuestro estudio, contaba en la década de los cuarenta con instituciones sanitarias como la Jefatura Provincial de Sanidad, la Beneficencia Provincial, la Beneficencia Municipal de León, la Beneficencia Diocesana y el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Éste último comenzó su actividad en septiembre de 1944, desarrollando su labor en centros ambulatorios y sanatorios privados con los que tenía concierto. De 1950-60 creció de manera significativa el número de afiliados a dicho Seguro y la Dirección General de Sanidad construyó varios centros hospitalarios. Entre 1969 y 1975 se fue incorporando escalonadamente el derecho a la hospitalización y asistencia a la maternidad a los agricultores y beneficiarios, y ya a finales de la década de los setenta el Seguro de Enfermedad se consolidaría como el sistema hegemónico de asistencia sanitaria gracias al cual el 80% de la población tendrían derecho.

En las pequeñas poblaciones y en el medio rural, los médicos, practicantes y matronas se ocuparon de atender durante ese periodo a los afiliados al SOE, a la beneficencia, al personal funcionario y al resto de la población no asegurada que lo requería de forma privada, y que constituía el grueso de los habitantes del campo. Entre las tareas que tenían asignadas se incluían los cuidados en el momento del parto, tema en el que nos centraremos. Las matronas se ocupaban igualmente de los partos, con vigilancia del facultativo; y los practicantes lo harían igualmente, y siempre que no ejerciera legalmente en la misma localidad una matrona

titulada. La falta de medios materiales y humanos para dar respuesta a las demandas de la población, las condiciones infrahumanas en las que actuaban, la escasa retribución económica y reconocimiento recibido, o el intrusismo de personas sin título que colaboraban en tareas como los nacimientos fueron algunas de las quejas del colectivo de profesionales, que condicionaron, en parte, que los cuidados que se proporcionaban a las parturientas desde el ámbito doméstico se prolongaron hasta prácticamente la década de 1970, con la llegada de la institucionalización del parto.

El interés de este artículo, parte integrante de una tesis doctoral, se centra en profundizar precisamente en esa evolución. El objetivo fue describir cómo incidió la creación progresiva de la Seguridad Social en España en la asistencia al parto en el contexto rural, construyendo para ello un mapa con las personas que se encargaban de atender y administrar los primeros cuidados a las parturientas (elementos funcionales)⁽²⁾ durante las décadas que van de 1940 a 1970, en una zona concreta de la geografía peninsular, los ayuntamientos de Almanza y Cebanico (comarca de Sahagún, León). Elegimos dicha comunidad dado que la autora principal reside en dicha zona desde hace años, y por su ocupación y por circunstancias personales facilitaba la relación y contacto con los nativos y residentes para obtener información. La hipótesis planteada fue que a pesar de que la asistencia en el momento del parto pasó a estar en manos de los sanitarios oficiales a partir de 1942 –Seguro Obligatorio de Enfermedad– el grueso de dicha atención siguió desarrollándose desde el ámbito doméstico hasta bien entrada la década de 1970.

En cuanto al estado de la cuestión, han sido varias las publicaciones realizadas en los últimos años desde el campo de la enfermería las que han rescatado y documentado cómo funcionaba el entramado de personas que atendía a las parturientas y prestaba los primeros cuidados al recién nacido en esos años centrales del siglo XX en España; sobre todo con un enfoque cualitativo y centrado en el papel desempeñado de manera paralela desde el sector popular por las parteras tradicionales, mujeres sin título pero que contaban con cierta habilidad y pericia a la hora de atender un parto. Mientras algunos autores han recreado los elencos de parteras de zonas varias de la geografía española, describiendo su modo y área de actuación⁽³⁻⁷⁾, así como las relaciones establecidas con el personal sanitario⁽⁸⁻¹⁰⁾, otros han apostado por conceder a estos personajes un protagonismo total, y han construido relatos de vida a través de sus testimonios, o de los de sus familiares⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Siguiendo estas tendencias actuales de investigación, y con el fin de comprender los modelos de práctica de esos gestores populares del parto, las

relaciones y las pautas de sociabilidad, nos centraremos en buscar en nuestra zona objeto de estudio testimonios orales de personas que estuvieron presentes en el devenir de tales acontecimientos.

Como justificación a la temática elegida diremos que el parto, la forma de realizarlo, es hoy en día un asunto prioritario en la mayoría de las instituciones encargadas de potenciar la investigación en diferentes países de las más diversas culturas y tendencias. El diálogo entre la institucionalización/hospitalización del parto y el parto en casa/doméstico entra de lleno en la actual forma de interpretarlo. La dialéctica de relacionar lo local (regional) con lo global (nacional-internacional) potencia que se rentabilicen conocimientos particulares en gran variedad de contextos y sociedades.

Para finalizar esta introducción describimos brevemente la zona objeto de nuestro estudio. Los dos ayuntamientos sometidos a nuestras pesquisas (Almanza y Cebanico) están situados al noreste de la provincia de León (España), e integrados por un total de 16 localidades. En 1954 contaban con 4248 habitantes, que se dedicaban principalmente al cultivo de cereales, cría de ganado y producción de madera. Las comunicaciones con el resto de la comarca eran dificultosas, la mayoría de las carreteras eran caminos de herradura malos, apenas circulaban vehículos de motor a nivel particular, y contaban con escasos medios de transporte público. La incorporación del suministro eléctrico y del agua corriente a los hogares tuvo lugar en esos años, de manera lenta y progresiva. En cuanto a infraestructuras sanitarias, ambos ayuntamientos contaban con tres médicos y tres practicantes, además de dos oficinas de farmacia. Sobre tradiciones culturales destacamos la consideración que tenía la religión católica en sus vidas. Todo ese panorama era favorecedor para el desempeño de algunas actividades como las agrícolas o ganaderas, pero desfavorable para otras como la que nos ocupa, la asistencia sanitaria, dada la precariedad de servicios básicos presentes aquí.

Método

El marco teórico-metodológico elegido fue la etnografía histórica, valiéndonos de fuentes orales, del testimonio de mujeres que durante el periodo comprendido entre los años 1940 y 1970 dieron a luz en sus casas en los municipios de Almanza y Cebanico (León, España), así como de las parteras que atendieron los partos, o en su defecto de sus familiares.

En total fueron 16 las poblaciones objeto del estudio: Almanza, Castromudarra, Villaverde de Arcayos, Canalejas, Calaveras de Abajo, Calaveras de Arriba, La Vega de Almanza, Espinosa de Almanza,

Cabrera de Almanza (pertenecientes al ayuntamiento de Almanza); y Cebanico, Mondreganes, Corcos, La Riba, Santa Olaja de la Acción, El Valle de las Casas, Quintanilla de Almanza (pertenecientes al ayuntamiento de Cebanico).

Tras realizar un recorrido de búsqueda por las localidades preguntando a determinadas personas que conocíamos previamente, así como a la gente de cierta edad que íbamos encontrando, elegimos 24 mujeres y 3 hombres por su edad (comprendida entre 60 y 90 años) y/o su condición (familiares de parteras y mujeres que habían dado a luz en casa).

La técnica de recogida de información fue la entrevista semiestructurada. Se elaboró para ello un guión con preguntas relativas al tema basado en los datos abordados en la Encuesta del Ateneo de 1901, apartado de nacimiento, y que ya había sido utilizado por la autora principal en otros estudios previos^(4-5,11). Se concertó una cita con cada una de estas personas seleccionadas en sus respectivas casas, explicándoles el objetivo del trabajo. Tras aceptar todas ellas la invitación a participar firmaron un Consentimiento Informado, avalado por el Comité de Ética de la Universidad de Alicante, en el que aparecía el detalle de la investigación y en el que nos autorizaban a poder utilizar los datos proporcionados. A cada reunión acudía la investigadora principal del trabajo, la entrevistada, y en casos puntuales, algún familiar de ésta última. Nos ayudamos para registrar los datos de una grabadora.

El periodo de tiempo invertido para acumular los testimonios fue desde abril a septiembre de 2012, ampliándose tres meses más, agosto-septiembre de 2013, y abril de 2014.

En la mayoría de las ocasiones tuvimos que vernos un par de veces con cada sujeto para aclarar y verificar informaciones. Se puso fin a la recogida en el momento en que la información comenzó a ser repetitiva y los objetivos comenzaron a estar claros.

El examen de datos consistió en explorar primeramente el contenido de las fuentes orales mediante una transcripción por escrito de las grabaciones realizadas. Tras la lectura pormenorizada se procedió a la categorización y separación de unidades de significado mediante códigos que representaban las mencionadas categorías. Se vincularon los datos, tanto de las transcripciones de un participante como entre varios. La labor de síntesis llegó cuando dejaron de emerger nuevas categorías, identificándose las normas culturales de las localidades objetos de estudio. Como complemento, se contrastaron los discursos con literatura folclorista y sanitaria de la época referente a áreas más o menos colindantes, lo que favoreció la

determinación de similitudes y diferencias con otros grupos culturales, el establecimiento de vínculos micro y macro, y sirvió para ampliar la validez y conseguir una buena triangulación informativa y metodológica.

Resultados y discusión

Eran tres las figuras que se encargaban de atender a las parturientas y prestar los primeros cuidados al recién nacido en las localidades objeto de nuestro estudio.

- En primer lugar estaban las parteras, mujeres sin estudios ni formación específica que basaban sus conocimientos en el saber fruto de la observación, la aplicación del sentido común y el intercambio oral de prácticas populares *-de estudios cero (E3), aquí no enseñaba nadie, de ver, como yo si me pongo, venían a una y otra, ataban el cordón y ya está (E15), a fuerza de mirar aprendían (E16), a lo mejor de oídas, de verlas ellas (E23)-*, y que compartían el hecho de haber sido madres. Estas féminas conjugaban las labores del hogar con el trabajo en el campo. Contaban con un carácter, abierto y colaborador, *-era decidida y lo hacía (E3), sería un poco decidida (...) antes había mucha gente necesitada, y ellos igual eran unos de ellos (...)*

la gente agradecida le daba una docena de huevos, digo yo, porque, entonces, al haber necesidad, algo que dieran, todo el mundo le agradecía, yo creo que fuera más bien eso (E7), serían decididas porque asistían a todo el pueblo (E8), era una mujer muy caritativa (E13), que se decidían a mirarte (E15), era suelta como ella sola (E16)-. Ninguna de ellas recibía retribución económica a cambio, *-lo hacían como si se tratase de una obra de misericordia (...) unos ayudaban a una cosa y otros a otra (E9), hay que ayudar a la gente (...) vaya cargo de conciencia (E10)-*, aunque las gentes siempre se lo agradecían obsequiándoles con algo, generalmente alimentos o productos de la cosecha que la familia del recién nacido tuviese en casa, o incluso invitándolas al bautizo en ciertas ocasiones.

De acuerdo con la Figura 1 se incluye la relación de algunas de las parteras que ejercieron en la zona objeto de nuestro estudio durante las décadas de 1940 a 1970, distribuida por localidades. Dado que esta se ha elaborado a partir del testimonio de las entrevistadas puede estar incompleta. Nótese como cada población prácticamente contaba con una persona de referencia para tales menesteres.

Población	Nombre de la partera
Almanza	- Marichu: María Mercedes Valbuena Trueba
Villaverde de Arcayos	- Tía Victoriana: Victoriana Gómez González - Cándida: Cándida Medina
Castromudarra	- Tía Victoriana: Victoriana Gómez González (Villaverde de Arcayos)
Canalejas	- Tía Benina: Benina Pérez
Calaveras de Abajo	- Lucía: Lucía Polvorinos
Calaveras de Arriba	- Ninguna
La Vega de Almanza	- Tía Casilda: Casilda González Gómez - Tía Victorina: Victorina Domínguez Perales (La Riba)
Espinosa de Almanza	- Ninguna
Cabrera de Almanza	- Tía Casilda: Casilda González (La Vega de Almanza) - Florencia - Tía Victorina: Victorina Domínguez Perales (La Riba)
Mondreganes	- Tía Victorina: Victorina Domínguez Perales (La Riba) - Marichu: María Valbuena Trueba (Almanza)
Corcos	- Ninguna
La Riba	- Tía Victorina: Victorina Domínguez Perales - Tía Catalina - Tía Casilda: Casilda González (La Vega de Almanza)
Quintanilla de Almanza	- Dominica: Dominica Álvarez Arias - Quintina: Quintina Rodríguez Fernández - Anselma: Anselma González

Población	Nombre de la partera
Cebanico	- Irene - Tía Victorina: Victorina Domínguez Perales (La Riba)
Santa Olaja de la Acción	- Vicenta: Vicenta Fernández Guerra
Valle de las Casas	- Tía Celestina: Celestina González (¿?)

Figura 1 - Relación de algunas de las parteras que ejercieron en los ayuntamientos de Almanza y Cebanico (León, España), distribuido por localidades, años 1940-1970

-En otras ocasiones la actuación la desempeñaban personas cercanas a la parturienta, generalmente familiares del sexo femenino: madres, hermanas, primas, tías, cuñadas o suegras. También vecinas, ya bien porque *se llevaban bien en casa* (E19), o porque los familiares directos no podían *llamaron a una señora (...) mi madre no tenía valor porque era muy mayor (...) se asustó, a pesar que tuvo diez hijos (...) mi suegra era muy mayor* (E10)-. Parece ser que *iba cualquiera por si acaso se necesitaba para algo* (E7). En algunos casos el parto era asistido por la propia parturienta, acompañada de su marido *vino una señora, la llamó mi marido porque se puso todo nervioso, a una vecina de aquí (...) se marchó, dijo que la daba aquello mucha pena (...) tenía la familia allí, más que mi marido y yo (...) mi marido estaba conmigo pero yo era la que disponía* (E18, E21)-. Eran mujeres que gozaban de estima y buena consideración entre la vecindad, aprecio que se reflejaba en los términos con los que eran calificadas por la gente: una mujer buena, apañosa, dispuesta, espabilada, limpia, decidida, valiente o lista. Se dedicaban igualmente a las labores del hogar y al campo. Su conocimiento se fundamentaba en la experiencia de haber sido madres *catorce (hijos), y entonces cómo no va a saber* (E9), *estaba muy entendida en eso (...) ella también les había tenido en casa, siete* (E22)- y la observación *antes yo creo que cualquier mujer se apañaba* (E1), *antes como estábamos a los animales sabíamos lo que es a los animales y a todo* (E9), *había visto a varias, viendo los animales más o menos se sabe (...) fuera del alma como se suele decir todos somos animales* (E18)-. Las razones para que asistieran eran varias, unas veces *como mi tía se conoce que sabía también, pues no me hizo falta llamarla* (a la partera) (E1), *porque como era de casa y había atendido más* (E9), otras veces porque la partera de la localidad ya había fallecido *la atendimos mi madre y yo porque la partera ya se había muerto* (E8)-, o simplemente porque había esa costumbre *unas se unían con otras para cuando nacía el crío ir a ayudar* (E3), *muchas se arreglaban en casa* (E12), *entonces no había problema, en los pueblos nos arreglábamos de esa manera, entre familias, vecinas* (E20)-. Y es que según recuerdan la mayoría de las entrevistadas, la solidaridad

y la convivencia en los pueblos era antes más abierta e intensa que ahora *se ayudaban unos a otros, había mucha unión entre vecinas* (E12, E20)-. No había costumbre de pagarlas por ayudar en el parto *si se la quería dar algo pues bien, pero no exigía nada, antes era así, antes había que ayudar, había que hacer* (E9), *no quería (...) que no me des nada, que lo he hecho porque lo tengo que hacer* (E22)-.

Resumiendo, tanto parteras como allegadas eran las primeras personas en ser reclamadas por las lugareñas para la asistencia en el parto de un nuevo ser, constituyendo una red de ayuda informal en esos instantes.

A la luz de los testimonios recogidos existía una simbiosis sentida entre los cuidados en el momento del parto y la naturaleza femenina, que apuntaba a que la mujer estaba mejor preparada por su biología para esos menesteres. Y dado que el alumbramiento era considerado un acto natural, y que requería principalmente de acompañamiento, esto pudo influir a que de los protagonistas posibles para su gestión fueran los del sector popular los elegidos. Un papel relacionado con el hogar y sus caracteres fisiológicos (alimento, cuidado, reproducción, crianza), pero también universal, en tanto que era común en diferentes sociedades desde los albores de la historia. Trabajos enfermeros llevados a cabo en España referentes a esas décadas concluyen igualmente el protagonismo de la mujer en la atención maternal^(3-7,11-15). En investigaciones desarrolladas recientemente en Latinoamérica hemos constatado que las gestoras principales para esos menesteres compartían similitudes con las aquí expuestas, tales como su procedencia desde el mundo popular, el sexo o la veteranía⁽¹⁶⁾; en una, referente a una comunidad indígena norteamericana además encontramos esa relación explícita entre ser madre y ser partera mencionado párrafos arriba⁽¹⁷⁾.

Sobre otra de las características definitorias del trabajo de estas féminas, la gratuidad de sus actuaciones, estaba soportado al menos por tres pilares básicos. El primero de ellos, la sociedad patriarcal en

la que se hallaba inmersa, en la que las actuaciones de las mujeres eran secundarias, carentes de valor. El segundo, la ideología promulgada por la Iglesia Católica, con connotaciones como la ayuda al prójimo, la bondad o la caridad. El tercero, el espacio rural en el que se desarrollaba: la necesidad apremiante de esos tiempos, unido a intereses comunes a la hora de atender el campo creaba fuertes lazos entre los vecinos, y la unión, convivencia y solidaridad hacía que no hubiera lugar a poner precio a casi nada. Ese altruismo lo llevaban a cabo parteras populares que se dedicaban de igual manera a estos asuntos en otros puntos de la geografía española^(4-5,11,14), o en países más distantes como México o Bolivia, donde algunas, que de hecho siguen en activo en comunidades indígenas, llegaban a establecer pago en especie o incluso dinero por sus servicios⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Para poner punto y final, diremos que la forma de generar sus conocimientos, basándose en la experiencia, observación y antiguas creencias y prácticas, fue similar a la que desarrollaron otras residentes en áreas más o menos lejanas dentro y fuera de España^(3-6,11,14,16-17).

La transmisión oral de saberes y la ausencia de utilización de cultura escrita en cualquiera de los casos pudo condicionar que no quedara constancia documental de dichas actuaciones. Y eso, unido a la consideración del rol de parteras como vinculado a lo biológico, y a la filantropía, si bien fue vital para el mantenimiento del equilibrio de esta sociedad durante al menos esas décadas, pudo contribuir a prolongar el mantenimiento de clichés anquilosados sobre los cuidados de salud, como el considerar estos saberes como banales, informales, y restarles poder social.

- Los terceros personajes implicados en los cuidados maternos pertenecían a la esfera oficial: médicos, matronas y practicantes, que, primero de manera privada y después desde el sector oficial, comenzaron a dar apoyo paulatinamente a toda la población *–en los años sesenta empezaba entonces la Seguridad Social, pero muy poco (...) el médico cobraba un tanto anual por atender a la gente (E3), se pagaba mensualmente, no había Seguridad Social (E9), cuando yo tuve el primer hijo tampoco había Seguridad Social, estábamos igualados con el médico de Almanza (E17)–*. En el camino se tropezaron con diversas dificultades ya citadas en la introducción del trabajo, lo que pudo condicionar una falta de motivación por parte de estos para desempeñar la asistencia en el momento del parto, y un hacer la vista gorda a las atenciones que se venían desarrollando en el entorno de los pueblos de manera paralela. De hecho, las relaciones establecidas entre estos tres personajes fueron armoniosas *–no quería más que asistiera cualquiera en vez de venir él (E1), los médicos ni se metían ellos en nada (E23), el médico contento, no tenía que venir él (E24), un médico le había dicho, cuando eso vete*

tú que no te voy a denunciar ni nada, me haces un favor a mí (E25)–. A esto tenemos que añadir el peso que la tradición tuvo aquí (alumbramiento: fenómeno natural). Todo ello contribuyó a que estos desempeñaran un papel secundario en esos años y que sus servicios fueran solicitados tan solo en los casos en los que surgía alguna complicación que las asistentes al parto no pudieran solventar *–y si veía que la cosa no venía bien es cuando se avisaba al médico (E13), yo si viene mal no cojo, era lo primero que decía la partera (E16), cuando lo veía mal le decía que llamara al médico (E25), si se ponían malos llamarían al médico porque ya de medicinas y eso no sabía (E26)–*.

Dos aspectos a resaltar de esta atención puntual sanitaria. En primer lugar, nos resultó paradójico el que fueran las parteras las que en caso de complicaciones reclamaban la presencia de los sanitarios. Este hecho evidencia cómo se iba fraguando en las mentes más populares ese discurso patologizante de mediados del siglo XX en aras de la profesionalización de la maternidad, y que desplazó la validez de la experiencia biológica maternal a través de las voces femeninas a favor de unos conocimientos científicos procedentes de la medicina. Algo que fue asumido como normal aquí y en otros territorios^(11,14-15) y que formó parte de esa transición hacia la medicalización a la hora de nacer.

El segundo tiene que ver con el grupo de profesionales que acudían en esos casos. Si bien confirmamos el ejercicio de tres médicos y tres practicantes en la zona, quienes acudían realmente eran los primeros, y solo en contadas ocasiones recordaban haber recibido los servicios del practicante o matrona, previa venia del médico, dadas las limitaciones en el ejercicio de la profesión que tenían los otros dos sanitarios. Pensamos que quizá una mayor presencia de matronas en nuestro territorio hubiera supuesto otro pilar más para que esta sociedad se cuestionara que realmente las mujeres servían para algo más que para aquello que la tradición les tenía reservado, asistir partos innatamente, y habría impreso valor y poder social a las gestoras del nacimiento parteras primero, comadronas después, ayudando en la lucha dialéctica de tomar conciencia del arte de parrear, posicionamiento y desarrollo.

El panorama vivido a nivel estatal, a tenor de los trabajos recopilados, se terció similar. En ellos también se hacía mención a factores variados como los causantes de la existencia paralela de parteras y sanitarios en esos años de transición, si bien en nuestra investigación se incide en la clara elección de las primeras. En cuanto a las relaciones entre los tres personales, la mayoría eran amistosas^(3-5,11,14-15), si bien encontramos estudios en los que se especificaban desavenencias^(6,10).

Fue a partir de finales de la década de 1960 y principios de 1970 cuando la asistencia en el alumbramiento en la zona objeto de nuestro estudio se pasó por obligación al centro sanitario *–ya tuve que ir a León porque no dejaban aquí (E1), en 1968 (...) podía ir gratis a León a dar a luz (E7), me dijo el médico que tenía que ir a León (E11)–*, y las mujeres que desde el ámbito doméstico atendían partos dejaron de ser solicitadas para ello, y su papel se fue desdibujando con el paso del tiempo. El hecho de ir hasta la capital en tal estado suponía toda una aventura, y más de una mujer nos narra que ante la carencia de vehículos para desplazarse rápidamente al hospital, o por miedo a las inclemencias meteorológicas, una vez salían de cuentas se iban a casa de algún familiar o pensión en León *–estuve con una sobrina que estaba en una pensión hasta que nació (E10), se echaba a nevar y tuve que marchar porque cogía la nevada aquí y qué pasaba, pues quince días tuve que estar en León pagando una pensión (E11)–*. A pesar de todo ello, mayoría de las entrevistadas reflejaron conformismo ante esa nueva situación, atacándola como lógica, inherente al progreso y favorable para ellas.

En trabajos llevados a cabo en otros puntos de la geografía española se constata que este proceso fue igualmente paulatino y parejo en el tiempo y parecido en cuanto a forma^(6,10-11). Y si bien aunque en algunos desarrollados en puntos más distantes como Europa o Latinoamérica⁽¹⁸⁾ la anulación del trabajo de parteras empíricas corrió igualmente pareja a la hegemonización del modelo biomédico y hospitalización a lo largo del siglo XX, no ha acontecido así en todas las sociedades. Varias investigaciones llevada a cabo en la actualidad en comunidades andinas bolivianas⁽¹⁶⁾, indígenas colombianas⁽¹⁹⁾, o mexicanas^(17,20-21) por mencionar varios ejemplos, muestran como, a pesar de la llegada de los sanitarios a sus territorios, en muchos casos, con asistencia gratuita, las parteras tradicionales no han abandonado el campo de los cuidados maternos y siguen suponiendo un recurso de innegable valor. De hecho, en Perú y Bolivia casi la mitad de los partos acontecidos en sus territorios en el año 2001 seguían estando en manos de personal calificado como no cualificado⁽¹⁸⁾. Es decir, que variables sanitarias, pero también de índole social, cultural, sanitaria o político determinaron finalmente en nuestro territorio, así como en otros, el cambio en la gestión de los cuidados en la maternidad.

Conclusión

Hemos podido cumplir el objetivo de este trabajo, a saber, describir cómo incidió la creación progresiva de la Seguridad Social en la asistencia al parto en el contexto

rural, construyendo para ello un mapa con los elementos funcionales implicados dichos cuidados durante las décadas que van de 1940 a 1970, en una zona concreta de la geografía española, los ayuntamientos de Almanza y Cebanico (comarca de Sahagún, León, España). Oficialmente había tres médicos y tres practicantes que se ocupaban de los asuntos sanitarios maternos; pero oficiosamente eran las parteras y allegadas existentes, una al menos en cada una de las localidades estudiadas, las realmente encargadas de tal labor.

Así mismo, confirmamos la hipótesis planteada al comienzo del artículo al mostrar cómo, a pesar de que la asistencia en el momento del parto pasó a estar en manos de los sanitarios oficiales a partir de 1942 *–Seguro Obligatorio de Enfermedad–* el grueso de dicha atención siguió desarrollándose desde el ámbito doméstico (parteras y allegadas) hasta bien entrada la década de 1970, cuando los partos obligatoriamente fueron desplazados a los hospitales.

El rol de estas mujeres que se ocuparon de los cuidados en el momento del parto desde la esfera doméstica contaba con características esenciales, universales, ligadas a la naturaleza de la mujer (biología), y compartidas por diferentes culturas, pero también específicas, moldeadas y retroalimentadas por circunstancias sociales, económicas, culturales, o religiosas. Estas no fueron pasivas en el devenir histórico, pues transgredieron, negociaron y cuestionaron las normas establecidas desde las esferas del poder, creando y manteniendo una red de ayuda informal a la maternidad paralela a la pública. A pesar de ello se mantuvieron en un segundo plano, el de la humildad y discreción, y el reconocimiento afectivo de sus gentes se desdibujó con el paso de los años. En este proceso tuvieron que ver igualmente diversos factores que determinaron el papel que estas debían ocupar en la sociedad o las oportunidades a las que podían acceder.

Estudios relativos al mismo tema llevados a cabo en otros puntos dentro y fuera de la geografía española reconocer igualmente la figura de las parteras en esas décadas centrales del siglo XX. En trabajos desarrollados en lugares más distantes como Europa o Latinoamérica, su supresión ocurrió igualmente pareja a la hegemonización del modelo biomédico y hospitalización a lo largo del siglo XX, aunque no de manera generalizada.

Por encima de juicios sanitarios o científicos debemos tratar de comprender y reconocer el papel de todas estas féminas a través del contexto social y cultural que las acompañaba, teniendo en cuenta que a pesar de sus limitaciones y lagunas realizaron una labor fundamental en aquellos años. Esa sin duda ha sido, a nuestro juicio, la contribución principal de esta investigación.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestra gratitud a todas aquellas personas que prestaron su ayuda y colaboración, y en especial a las entrevistadas.

Referencias

- Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. [Internet]. Madrid (ES): Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Laboratorio de Alternativas; 2006. [Acceso 8 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>
- Siles González J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av Enferm.* 2010;28(esp):120-8.
- Amezcu M. El parto tradicional en Andalucía según la Encuesta del Ateneo de Madrid de 1901. *Index Enferm.* 2002;11(38):47-50.
- Andina Díaz E. Los Cuidados prestados por las matronas en el Bierzo Alto (León): cien años de evolución. *Cultura Cuidados.* 2003;7(13):12-22.
- Andina Díaz E. Un siglo en las creencias y prácticas populares acerca de la gestación y el alumbramiento en el Bierzo Alto (León, España). *Index Enferm.* 2003;12(43):9-13.
- Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Medina Arjona E y Contreras Gila S. Inventario etnográfico de las parteras de Sierra Mágina. Aproximación a su relación con las matronas. *Index Enferm.* 2005;14(51):10-4.
- Salas Iglesias MJ. Los cuidados de nacimiento en Andalucía. Gestores del parto, técnicas, procedimientos y fundamentos teórico-metodológicos a través de la Encuesta del Ateneo de Madrid de 1901-2. *Index Enferm.* 2004;13(44-45):62-6.
- Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Álvarez Nieto C. El discurso de matronas sobre la profesión a mediados del siglo XX. *Seminario Médico.* 2008;60(2):54-76.
- Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Álvarez Nieto C, Grande Gascón ML, Pancorbo Hidalgo PL. Relaciones sociales de género de las matronas en una comarca rural de España. *Enferm Gobal.* 2012;26:364-76.
- Alemaný MJ. Andrea Martínez, una matrona del siglo XX. *Temperamentvm.* 2007;5. [Acceso 8 agosto 2014]. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t6391.php>.
- Andina Díaz E, Siles González J. La historia de una partera en la España rural de mediados del siglo XX. *Index Enferm.* 2015;24(1-2):81-5.
- Amezcu M. Memorias de una partera tradicional. Francisca Santos Olmo, "Paca la Cachorra". *Index Enferm.* 2002;11(38):40-4.
- Cara Zurita ME. Parir a principios de siglo XX. La historia de Piedad. *Index Enferm.* 2003;12(43):59-62.
- González Solano IJ. Las parteras tradicionales. Un relato biográfico desde el Sur. *Archivos de la Memoria.* 2011;8:3. [Acceso 8 agosto 2014]. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/8/7024.php>
- Urmeneta Marín A. La asistencia al parto en las zonas rurales. Guillerma Goñi, partera de Unciti. *Pulso, Rev Colegio Enferm Navarra.* 2005;43:14-5.
- Arnold D, Yapita JD. Las wawas del Inka: hacia la salud maternal intercultural en algunas comunidades andinas. La Paz, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara; 2002. Serie: Informes de Investigación, II. [Acceso 24 abril 2015]. Disponible en: http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf_wawas.html
- Romero Zepeda JA. Usos y costumbres de la planificación familiar en la población otomí del Estado de Querétaro: un análisis desde las parteras tradicionales y su contribución a la sustentabilidad social [Tesis Doctoral]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto de investigaciones sociales; 2013. [Acceso 24 abril 2015]. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080256835.pdf>
- Sadler M. Así me nacieron a mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [Tesis para optar al título de Antropóloga Social]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología; 2003. [Acceso 8 agosto 2014]. Disponible en http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf
- Bueno Henao J. Prácticas de crianza en comunidades indígenas del Valle de Sibundoy. *Diálogos, Discusiones en la psicología contemporánea.* 2002;2:25-57.
- Hernández González MG. Leche, vida y tradición. Lactancia materna en Cuentepec, Morelos [Tesis. Posgrado en Antropología]. Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. [Acceso 24 abril

2015]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0702259/0702259.pdf>

21. Estados Unidos Mexicanos. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. México: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación de Sistema de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Gobierno Federal; 2008. [Acceso 24 abril 2015]. Disponible en: http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf

Recibido: 20.11.2014

Aceptado: 12.10.2015

Correspondencia:
Elena Andina Díaz
Universidad de Alicante
Plaza Mayor S/N
Almanza, León. España. 24170
E-mail: eleandina@yahoo.es

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.