



Universidad de Chile

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Historia

Seminario de grado:

Márgenes y marginados en América (siglos XVI-XIX), perspectivas histórico-antropológicas

**HIGIENISMO Y PARTERÍA EN EL CHILE DECIMONÓNICO: EL DISCURSO MÉDICO Y REGLAMENTARIO SOBRE EL PARTO, LAS PARTERAS Y LAS MATRONAS EN SANTIAGO DE CHILE, 1834-1898**

Informe para optar al Grado de Licenciatura en Historia presentado por:

Catalina Darcy Céspedes Olivares

Profesor guía: José Manuel Zavala Cepeda

Santiago de Chile

2021



## Índice

Agradecimientos .....	1
Introducción.....	2
1. Dar a luz en el Chile Decimonónico .....	4
1.1 <i>Antecedentes de la asistencia al parto en el siglo XVIII: las parteras tradicionales ..</i>	4
1.2 <i>El parto: una preocupación a nivel estatal en el siglo XIX.....</i>	5
2. Introducción de los paradigmas médicos europeos en torno al origen de las enfermedades: desde la teoría miasmática hasta la teoría de los gérmenes .....	7
2.1 <i>El lavado de manos de Ignaz Semmelweis en la lucha contra la fiebre puerperal.....</i>	8
2.2 <i>Teoría de los gérmenes: los descubrimientos de Louis Pasteur y Robert Koch.....</i>	10
3. Primeros intereses sobre la regulación de la partería: Creación del primer curso de obstetricia en Santiago de Chile (1834) .....	11
4. Consolidación de la enseñanza obstétrica: apertura de la Casa de Maternidad (1875) ...	15
4.1 <i>El interés político sanitario sobre la necesidad de crear un recinto especialmente para la atención de las Parturientas .....</i>	15
4.2 <i>Instalación definitiva de la Casa de Maternidad (1875).....</i>	17
5. Persistencia del problema sanitario materno-infantil a fines del siglo XIX.....	19
5.1 <i>El establecimiento del Consejo de Higiene pública (1976).....</i>	19
5.2 <i>Medidas para disminuir las muertes materno-infantil: reglamentar el servicio de las matronas en Chile, Joaquín del Fierro Castillo (1896).....</i>	20
6. La matrona como protagonista de la preservación de la higiene durante y después de la asistencia al parto:.....	22
6.1 <i>El primer manual de obstetricia para el uso de la matrona elaborado en Chile, por el doctor Carlos Monckeberg (1898).....</i>	22
6.2 <i>Precauciones que debe tomar la matrona según Monckeberg .....</i>	24
6.3 <i>La desinfección de la parturienta acorde al manual de Monckeberg.....</i>	25
6.4 <i>Sobre los procedimientos en la asistencia al parto y su relación con los preceptos higienistas: el aborto y el fórceps .....</i>	28
6.5 <i>La fiebre puerperal: un problema intermitente.....</i>	29
6.6 <i>Reglamentación concerniente a la profesión de matrona .....</i>	32
Conclusiones.....	33
Fuentes y bibliografía.....	35

## **Agradecimientos**

Agradezco particularmente a mi madre, Marina, quien siempre me ha dado la calma y seguridad para poder continuar con este proceso. Agradezco su apoyo desde el momento en que decidí emprender este camino por la Historia, y por ser mi contención emocional en los momentos de crisis. Gracias por siempre creer en mí.

Quisiera agradecer también a mi tía Erica y su familia, quienes me han recibido hasta el día de hoy en su hogar en Santiago para que pueda estudiar. Agradezco el apoyo emocional que me brindaron al momento de entrar a la universidad, y todo lo que un cambio de ciudad implica. Gracias por hacerme sentir como en casa.

A mis hermanos y primos, quienes con sus risas y juegos me han entregado felicidad en los momentos difíciles. Agradezco en general a toda mi familia, a los que están y los que han partido. Gracias a mis abuelitas Sonia y Lidia por ser mis angelitos y protegerme siempre. También quisiera agradecer a quienes me han hecho parte de su familia, que a pesar de no compartir un lazo sanguíneo, me han entregado amor incondicional en todo momento.

Agradezco a todos los profesores que me he cruzado en este camino, desde el colegio hasta la universidad. Gracias por sus motivaciones y por demostrar tener vocación por la enseñanza, cosa que sin duda ha influido mucho en mí. Agradezco particularmente al profesor guía de este informe, José Manuel Zavala, por su dedicación y atención, lo que me ayudó a construir este trabajo.

Agradezco a mis amigos de Ovalle, que desde el cariño y complicidad han estado en este proceso. También agradezco especialmente a las personas que conocí en la universidad, a mis amigas, cuyo apoyo académico y emocional ha sido fundamental en los estudios, pero sobre todo en mi proceso de sanación personal. Estoy agradecida por las casualidades de la vida que nos hicieron coincidir. Finalmente, no puedo dejar de mencionar a mis perros, cuyas locuras me alegran cada día. Agradezco a Dios por ayudarme a salir adelante ante la adversidad.

## Introducción

El presente trabajo pretende analizar el discurso sobre la asistencia al parto en el marco de integración de los paradigmas científicos europeos sobre el origen de las enfermedades, en Chile durante el siglo XIX. Se espera responder a la pregunta ¿Cómo se receptionan los paradigmas científicos europeos decimonónicos sobre el origen de las enfermedades en el discurso político y médico chileno sobre la asistencia al parto y sus protagonistas?

Se intentará demostrar en este trabajo cómo en el proceso de institucionalización de la partería, las matronas ocuparon un rol central en la puesta en práctica de medidas higienistas de carácter antisépticas y asépticas que proponen los nuevos avances científicos europeos. Estos avances, ponen en tensión las prácticas desarrolladas hasta ese entonces por las parteras tradicionales en materia de salubridad, ya que el ejercicio de estas no se adecuaba a estos estándares, siendo así estigmatizadas como las causantes de muertes maternas.

Además, trataremos de demostrar el papel central que ocuparon las matronas como promotoras de estas medidas de higiene. Dotadas, según los preceptos de la época, “*de una calidad moral intachable*”, las matronas se encargarían de brindar a las parturientas y a sus familiares los conocimientos sobre la correcta forma de atender al recién nacido, desde los cuidados antisépticos hasta los aspectos emocionales y morales que permitirían otorgarle una buena crianza al menor. En este sentido, la Casa de Maternidad se constituyó desde 1875 en un establecimiento de reeducación de la parturienta.

Para responder a estos objetivos, primeramente, se contextualizarán los antecedentes sobre la asistencia al parto en nuestro país, y el proceso hacia la institucionalización de la partería. En segundo lugar, se expondrá la transición desde el paradigma higienista (o miasmático) hacia el desarrollo de la teoría de los gérmenes, en particular en lo referente a la fiebre puerperal. Por último, se analizará la difusión de estas ideas en nuestro país y cómo, a partir de esto, comienzan a instalarse las medidas de asepsia y antisepsia en la asistencia del parto bajo la dirección de la nueva figura de la matrona.

La metodología utilizada en este trabajo es cualitativa y de carácter correlacional, donde se identifican dos variables que están interrelacionadas: por un lado, la recepción de los conocimientos europeos sobre el origen de las enfermedades y, por otro, la institucionalización de la partería. La información se obtuvo en base a la bibliografía disponible y algunas fuentes de la época (literatura médica y disposiciones reglamentarias principalmente). El periodo de estudio, aborda desde la creación del primer curso de obstetricia en 1834, hasta la publicación del primer manual de obstetricia elaborado en Chile por el doctor Carlos Monckeberg en 1898.

Sobre la historiografía del parto, y de los sujetos que intervienen en él, contamos con trabajos abordados desde distintos enfoques: desde la Historia social, la Historia de la Medicina, la Historia con enfoque de Género o la Historia institucional. Uno de los primeros ensayos referidos al tema fue *“Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas”*, publicado por las estadounidenses Bárbara Ehrenreich y Deirdre English en 1973. En él se aborda la transición de los oficios tradicionales hacia la formación profesional del área médica en el contexto europeo.

En cuanto a América Latina, uno de los primeros estudios relacionados a este tema fue el trabajo de Brigitte Jordan *“Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States”*, publicado en 1993. Jordan construyó el concepto de “conocimiento autoritario” con el cual se refería, según Sánchez y Laaklo, *“a las prácticas culturales con que se llevan a cabo los partos y que son culturalmente construidos y se forman como conocimientos “superiores” en las sociedades”*<sup>4</sup>. Por lo tanto, para Jordan el proceso del parto y la partería deberían ser estudiadas como prácticas socialmente construidas.

Recientemente han surgido varios trabajos en torno a la transición de la partería tradicional hacia la asistencia del parto profesionalizado en el área latinoamericana, proceso que ocurrió durante el siglo XIX. Uno de ellos corresponde al proyecto dirigido por Georgina Sánchez y Hannah Laako en el año 2019: *“Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas”*. Los artículos que reúne esta compilación buscan demostrar el proceso de desacreditación de las técnicas de la partería tradicional en favor de una medicina científica e institucionalizada, donde los hombres comienzan a intervenir en el proceso de alumbramiento. Además, se enfatiza en que esto no solo es un fenómeno social, sino que también político, porque son iniciativas que nacen desde el Estado. Las autoras proponen analizar, desde una perspectiva histórica *“cómo se construyó una jerarquía y un poder que terminó arrinconando a todos los demás tipos de ciencias de la salud al punto de restarles hasta el calificativo de medicinas”*<sup>5</sup>.

En el caso de la historiografía nacional, María Soledad Zárate ha sido pionera en el estudio sobre la asistencia al parto, la institucionalización de la partería, y las relaciones de género que se entrelazan en él. Sus trabajos nos permiten tener un acercamiento hacia las formas de parir durante el siglo XIX, y que se inscriben dentro de la rama de la Historia privada y de las corporalidades. Zárate se interesa en las implicancias históricas y emocionales del parto, siendo entendido aquello como un proceso más dentro de la vida de las mujeres. De esta manera, es posible vislumbrar detalles que antes no habían sido analizados minuciosamente por los historiadores, como es el tema de la muerte materna. Zárate añade que desde el estudio de la asistencia al parto se pueden comprender procesos más amplios, como el desarrollo de

---

<sup>4</sup> Sánchez & Laako, 2019, p. 20

<sup>5</sup> Sánchez & Laako, 2019, p. 72

las políticas sanitarias, donde la posición que ocupa el cuerpo femenino es considerado valioso para la preservación de la vida, y, por lo tanto, un tema de carácter nacional. La importancia que toma el desarrollo de esta historiografía es que *“nos introduce en la historia de una vertiente del proyecto civilizador latinoamericano que atiende y se obsesiona con la ausencia de la higiene y las campañas que la promovían, con el cuidado de la conducta pública y privada”*<sup>6</sup>.

## **1. Dar a luz en el Chile Decimonónico**

### ***1.1 Antecedentes de la asistencia al parto en el siglo XVIII: las parteras tradicionales***

Durante siglos, en Chile la asistencia al parto fue ejercida por parteras tradicionales, mujeres con conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación, que se encargaban de los cuidados de la parturienta y el recién nacido. A pesar del reconocimiento que gozaban entre las personas, desde fines del siglo XVIII fueron objeto de debate en los círculos médicos de carácter científico y entre las autoridades políticas. El problema recaía en los altos índices de mortalidad materno-infantil que alcanzaba el país, y se culpabilizaba a estas mujeres sin formación profesional de ocasionar dicho daño.

Este estigma se puede evidenciar en dos procesos judiciales hacia dos parteras tradicionales de la época. El artículo de Ariadna Biotti y Paulina Zamorano *“Parirás con dolor las parteras y el discurso médico a fines de la colonia”* publicado en el año 2003, nos acerca a la voz de estas dos parteras que fueron enjuiciadas en 1790. La causa señalaba que las parteras Josefa Orrego y Tránsito Muchel habrían provocado la muerte de dos parturientas, por lo que debían ser procesadas por este acto. *“Este episodio que cobra relevancia para quienes fueron sus protagonistas, resalta por su peculiaridad entre las causas judiciales de la época. No hay más casos”*<sup>7</sup>.

En primer lugar, se describe lo acontecido por la partera Josefa Orrego, quien decía ejercer el oficio desde hace catorce años. Los testimonios en su contra la acusan de tomar un elemento cortopunzante, un pedazo de vidrio o navaja, para abrir las *“partes prudentes”* de la parturienta que se encontraba en un parto complicado en medio de la noche. Producto de este corte, la mujer se desvaneció, muriendo desangrada luego de seis horas de ocurrido el suceso<sup>8</sup>.

El otro caso que se expone es el de María del Tránsito Hurtado, quien decía tener veintiún años de experiencia como partera. Al igual que el caso anterior, el trabajo de parto habría presentado muchos inconvenientes. Los testigos señalan que la partera habría provocado

---

<sup>6</sup> Zárate, 2008, p. 14

<sup>7</sup> Biotti & Zamorano, 2003, p. 41

<sup>8</sup> Biotti & Zamorano, 2003, p. 38

maniobras inadecuadas, “habría abierto el conducto de la parturienta con un instrumento cortante, para luego quitarse la media y el zapato a fin de apoyar el pie para tirar la criatura y provocar el alumbramiento”<sup>9</sup>. Esta acción le provocó fiebre alta y dolor a la parturienta durante cuatro días, hasta que un médico la pudo asistir.

No existiendo un método antiséptico más que la esterilización de los utensilios con agua hirviendo, las infecciones postpuerperales eran tratadas por las parteras con medicina tradicional, esto corresponde al uso de hierbas. Era lo único que tenían a su disposición, ya que en aquel entonces no se tenía conocimiento de los métodos de asepsia y antisepsia.

En estos casos, el único medio normativo de castigo era el escarmiento, que implicaba un daño a la imagen de las acusadas, con el objetivo de inhabilitar la tradición y práctica ancestral que ellas desempeñaban. Las autoras señalan que con esto “se intentaba crear una imagen violenta de la partera”<sup>10</sup>. La sentencia descalificadora indica que ambas parteras estarían expuestas durante dos horas a la vergüenza pública, con un cartel que identificara su falta cometida. También, deberían cumplir con servicio público en el Hospital San Borja, quedando inhabilitadas de ejercer el oficio. En caso de que no respetaran la sentencia, serían llevadas a la horca. De esta forma, las autoras plantean “esa construcción de la imagen sangrienta de las parteras [que] se usaba como fundamento el discurso autorizado del médico, único garante de la verdad”<sup>11</sup>.

En este contexto, la medicina moderna del siglo XIX creó un discurso para justificar su intervención en la asistencia al parto. Aquí se señalaba que “el parto era realmente riesgoso y ameritaba la intervención del conocimiento experto que no tenía ninguno de los actores que intervenía en el alumbramiento hasta ese entonces”<sup>12</sup>. Por lo tanto, la profesionalización de la labor sería la solución a esta problemática de las altas tasas de mortalidad materno-infantil. Con el apoyo estatal se mejorarían las condiciones sanitarias de la asistencia al parto, ya que la enseñanza de esta labor estaría sustentada científicamente, y en permanente supervisión de profesionales médicos, dejando atrás las supuestas “malas prácticas” desempeñadas por las parteras tradicionales. Zárate nos menciona que, entre otras consecuencias, una de estas fue que el parto fue perdiendo “paulatinamente el carácter íntimo y la naturaleza doméstica que las rodeaba hasta entonces, para convertirse en materias de debate público sanitario”<sup>13</sup>.

## ***1.2 El parto: una preocupación a nivel estatal en el siglo XIX***

En el siglo XIX, las autoridades persuadidas por ideas positivistas, la idea del progreso, sumado a los avances científicos del período, comienzan intensificar todo el desprecio a las prácticas tradicionales y populares que tenían relación con el antiguo pasado colonial que se

---

<sup>9</sup> Biotti & Zamorano, 2003, p. 38

<sup>10</sup> Biotti & Zamorano, 2003, p. 47

<sup>11</sup> Biotti & Zamorano, 2003, p. 48

<sup>12</sup> Sibrian, 2016, p. 29

<sup>13</sup> Zárate, 2007(b), p. 14



quería extirpar. En este sentido, estas prácticas comenzaron a ser consideradas *charlatanerías*, o simplemente prácticas ignorantes. Durante el siglo XIX, el oficio de la partera no se mantuvo ajena a estas críticas. Al competir con el desarrollo de la formación profesional de matronas, la desvalorización progresiva de los saberes tradicionales fue forjando la figura de la “*partera ignorante*”<sup>14</sup>. Pero, el papel del Estado en la desacreditación del ejercicio médico no formal en realidad tuvo poco efecto en la práctica, ya que la demanda sanitaria no podía ser cubierta totalmente por la medicina universitaria, debido a la lenta formación de profesionales de la salud, en un contexto de baja escolarización y alfabetización en una población mayoritariamente rural.

La figura de la “*partera ignorante*” residía en las altas tasas de mortalidad materno-infantil, donde se responsabilizaba a las supuestas “*malas prácticas*” desempeñadas por aquellas mujeres que ejercían el oficio sin formación profesional. Uno de los ejemplos asociados a la muerte materna corresponde a la extracción de la placenta, donde se culpabilizaba a las parteras de causar hemorragias internas en las parturientas, por lo que fue “*uno de los tempranos argumentos para desprestigiar la asistencia que ellas proveían*”<sup>15</sup>, como se mostró en el proceso judicial a las parteras Transitó Muchel y Josefa Orrego.

Zárate añade que a medida que las altas tasas de mortalidad, y la propagación de enfermedades constituyan un problema para el conjunto de la nación, la denuncia del higienismo y el proceso de profesionalización médica van exigir la intervención del Estado en esta área<sup>16</sup>. De esta forma, un proceso tan natural y ancestral como lo es el período de embarazo, se transforma en un entramado complejo donde la política y la ciencia intervienen. De tal manera, la asistencia del parto logra posicionarse como una preocupación médico-sanitaria en Chile<sup>17</sup>.

Pero, el papel del Estado en la desacreditación del ejercicio médico no formal en realidad tuvo poco efecto en la práctica, ya que la demanda sanitaria no podía ser cubierta totalmente por la medicina universitaria, debido a la lenta formación de profesionales de la salud. En uno de sus artículos “*De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX*”, Zárate aborda los cambios que comenzó a experimentar la asistencia al parto, en el contexto de la formación de las primeras generaciones de matronas, y la relación que mantenían con las parteras de las zonas alejadas de Santiago, donde el control estatal prácticamente no tenía incidencia alguna. La autora propone que la tolerancia que demostraron las autoridades en relación al ejercicio de las parteras tradicionales, se debía a dos motivos: Por un lado, no había todavía un número considerable de matronas examinadas que se pudieran desempeñar en las localidades alejadas. Por otro lado, un factor importante, se debía a la confianza que la gente mantenía hacia las parteras tradicionales, quienes “*contaron con la confianza del público y a las que reprimirlas resultaba una tarea inoficiosa*

---

<sup>14</sup> Zárate, 2015, p. 5

<sup>15</sup> Zárate, 2007(c), p. 16

<sup>16</sup> Zárate. 2008, p. 15

<sup>17</sup> Sibrian, 2016, p. 26

*e irrealizable*”<sup>18</sup>. En este sentido, añade que la relación que mantenían las matronas y las parteras se basaba en la disputa por el estrecho mercado asistencial.

Según datos del censo de 1895, el número de matronas correspondía a 814 mujeres. De este grupo, no todas se habían instruido formalmente en el oficio, porque tan solo alrededor de 300 mujeres se graduaron en la Escuela de Matronas durante la segunda mitad del siglo XIX. Zárata señala que *“el excedente correspondía a mujeres que declaraban dicho oficio, pero que en estricto rigor eran parteras”*<sup>19</sup>. Estos datos nos hablan de la coexistencia de ambas figuras implicadas en la asistencia al parto. Mientras no aumentara el número de matronas instruidas oficialmente, sería imposible poder erradicar la figura de la partera.

## **2. Introducción de los paradigmas médicos europeos en torno al origen de las enfermedades: desde la teoría miasmática hasta la teoría de los gérmenes**

A partir de aquella preocupación sobre la mortalidad materno-infantil, como mencioné en el acápite anterior, los círculos médicos estaban convencidos de que el problema se lograría solucionar a través de la profesionalización del oficio de partear. Para eso era necesario instruir a mujeres que quisieran adentrarse en el oficio de la asistencia al parto en los conocimientos científicos más recientes. En el área médica europea una de las corrientes que comienza a tener más peso durante el siglo XIX corresponde al higienismo, paradigma médico previo al desarrollo de la microbiología, donde todos los médicos y la intelectualidad *“estuvieron completamente persuadidos de que la salud física y moral de las personas dependía directamente de la calidad o características del medio ambiente que habitaban”*<sup>20</sup>. En este sentido, el interés médico reside en la preocupación por la prevención de las enfermedades, tomando medidas de higiene en el entorno. Existía una relación intrínseca entre elementos como la falta de higiene y la pobreza, sumado a la moralidad social como condicionante de estos aspectos.

Las bases teóricas del higienismo de la primera mitad del siglo XIX la podemos encontrar en la teoría miasmática sobre el origen de las enfermedades. Esta teoría fue formulada por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giovanni María Lancisi (1654-1720). *“En su versión más simple y auténtica, los miasmas eran exhalaciones pútridas y vapores o gases liberados por la materia orgánica vegetal o animal en descomposición”*<sup>21</sup>. En este caso, el origen de las enfermedades radica en esas exhalaciones, que eran difundidas mediante el aire. Por esta razón se creía que la proliferación de enfermedades tenía directa relación con el entorno en

---

<sup>18</sup> Zárata, 2007(b), p. 285

<sup>19</sup> Zárata, 2013, p. 128

<sup>20</sup> Folchi, 2007, p. 363

<sup>21</sup> Volcy, 2007, p. 414

que se rodea el ser humano cotidianamente, por lo que las condiciones higiénicas comenzaron a generar preocupación.

La introducción de las ideas higienistas supuso un cambio en la forma en que se percibía la salud, y el rol que el Estado debía tomar. El desarrollo y la evolución que toman las ideas higienistas están apoyadas en los descubrimientos científicos que comienzan a ser notables en la época, esto sumado al interés y motivación por obtener una sociedad más sana, y que en consecuencia, sería más productiva<sup>22</sup>. En este sentido, el higienismo se posiciona como la base de la salud pública moderna, donde sus fundamentos fueron motivando cada vez más a las elites en la idea de que el Estado debía responsabilizarse aplicando medidas para la solución de los problemas sanitarios que afectan a la población<sup>23</sup>. Con esa idea sobre el origen de las enfermedades, las promotoras en la aplicación de estas iniciativas higienistas fueron las *“enfermeras, matronas y visitadoras sociales [cuya labor] fue crucial en la ejecución de políticas sanitarias”*<sup>24</sup>.

En Chile, estas ideas toman rápidamente el interés médico, y el área de la asistencia al parto no se mantiene aislada. Esto se observa en la preocupación expresada por los médicos como Lorenzo Sazié (1807-1865) y Adolfo Murillo (1840-1899) en discursos donde proponen la formación de matronas bajo los principios higienistas europeos, señalando que la preocupación de la calidad moral de las actoras involucradas en el parto tomaba vital importancia. No obstante, estos argumentos, sobre la escasa calidad moral y sus condiciones socioeconómicas deficitarias, que buscaban deslegitimar la labor de las parteras, no consideran el hecho de que *“de ellas dependía la cobertura de un auxilio que los médicos chilenos solo comenzaron a estimar como propio hacia fines del siglo XIX”*<sup>25</sup>

### ***2.1 El lavado de manos de Ignaz Semmelweis en la lucha contra la fiebre puerperal***

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el higienismo, y su sustento, la teoría miasmática que señalaba que el origen de las enfermedades era causada por la emanación de descompuestos, en donde la proliferación de enfermedades tenía directa relación con el entorno en que se rodea el ser humano cotidianamente, comienza a ser desplazada ante los descubrimientos de Ignaz Semmelweis (1818-1865), y luego los consolidados por Louis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910) sobre la teoría de los gérmenes. Esta última propone que la multiplicación de unos *“seres infinitamente pequeños”* son los causantes de las enfermedades.

Hoy en día sabemos que la fiebre puerperal consiste en *“una infección del útero durante y después del parto , producto de la acción de una bacteria denominada estreptococo*

---

<sup>22</sup> Ruiz & Andaur, 2017, p. 647

<sup>23</sup> González, 2017, p. 34.

<sup>24</sup> Zárate, 2014, p. 11

<sup>25</sup> Zárate, 2007(a), p. 57

*hemolítico*”<sup>26</sup>. Durante el siglo XVIII y XIX, esta afección tenía un carácter epidémico por su facilidad de transmisión y la violencia con que actuaba. La enfermedad se desencadenaba cuando los órganos vivos quedaban expuestos a un ambiente infectado<sup>27</sup>. Sus principales síntomas correspondían a fiebre, endometriosis, taquicardia. De no recibir ayuda inmediata, la parturienta podía caer en un estado de postración, insuficiencia renal, shock bacteriológico, y finalmente la muerte, que era lo más común que ocurriera.

Durante gran parte del siglo XIX, y condicionados por el higienismo, la gran mayoría de los médicos creía que el origen de esta mortal enfermedad radicaba en la “*mala ventilación de los espacios de atención*”. Quien puso en tensión esta idea fue el médico húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865), conocido como “*el salvador de las madres*”, que desarrolló un novedoso método para la prevención de infecciones en su lugar de trabajo, el Hospital de Viena. En un contexto en que las condiciones higiénicas de los hospitales eran deplorables, podía ser más seguro parir en casa que en un hospital.

Este método consistía en algo tan básico, pero para ese entonces inédito, como lo es el lavado de manos. El objetivo de sus investigaciones era reducir la cantidad de muertes maternas producto de la fiebre puerperal que azotaba en la época. Semmelweis logró identificar que la mayoría de los pacientes hospitalizados contraía la fiebre puerperal antes del momento del parto, y que el punto de infección siempre se encontraba en el útero<sup>28</sup>.

Sus estudios estadísticos evidenciaron que, había más muertes maternas producto de la fiebre puerperal en aquellos recintos atendidos por estudiantes de medicina que asistían paralelamente otras actividades hospitalarias, como las defunciones y las autopsias. Mientras que las salas de maternidad que eran atendidas por mujeres matronas, que solo se encargaban de esa labor, sin tener contacto con los estudios anatómicos de cadáveres, registraban índices mucho más bajos de muertes producto de la fiebre puerperal.

La teoría sostenida por Semmelweis decía que la asistencia de los estudiantes de medicina a las actividades prácticas podía incidir en la proliferación de la fiebre puerperal, ya que la fuente de infección se encontraría en la transferencia de material cadavérico desde las manos de los doctores, hacia las parturientas, quienes eran asistidas por estos mismos médicos, en un mundo donde aún no existía el uso de guantes ni un protocolo de asistencia sanitaria que resguardara la correcta desinfección en los procedimientos médicos.

Tomando en cuenta las conclusiones preliminares a las que había llegado sobre el caso de los estudiantes de medicina, Semmelweis propuso “*a partir de 1847, [que] todos los doctores y los estudiantes fueron obligados a lavarse las manos en una solución de limón clorada antes de trabajar en las salas de parto y después de cada exploración vaginal*”<sup>29</sup>. Esta medida

---

<sup>26</sup> Zárate, 2007(a), p. 156

<sup>27</sup> Zárate, 2007(a), p. 156

<sup>28</sup> Cwikel, 2008, p. 55

<sup>29</sup> Cwikel, 2008, p. 55

redujo enormemente el porcentaje de muertes por fiebre puerperal en aquel recinto. Sin embargo, como hasta ese entonces no se tenía una explicación clara del origen de la eficacia de esta medida, porque aún no se tenían conocimientos sobre los gérmenes, la tesis de Semmelweis generó críticas en los espacios médicos. De esta forma, los estudios del médico húngaro no fueron reconocidos, y su papel como médico fue desprestigiado. No obstante, los estudios de Ignaz Semmelweis precedieron a los desarrollados posteriormente por Pasteur y Koch sobre la teoría de los gérmenes.

## ***2.2 Teoría de los gérmenes: los descubrimientos de Louis Pasteur y Robert Koch***

Durante la primera mitad del siglo XIX en Chile, la mayoría de los médicos creían que el origen de las enfermedades infecciosas tenía un origen multicausal, aquí podían intervenir elementos del ambiente, condiciones climáticas y los miasmas. Así lo expresó el médico irlandés radicado en Chile, Guillermo Blest (1800-1804), quien sostenía la existencia de tres factores fundamentales para conocer el origen de las enfermedades en el país. Estas correspondían a *“la falta de higiene, la presencia de miasmas y la influencia del sol y la temperatura”*<sup>30</sup>.

Avanzado el siglo, en 1865 encontramos una visión que pone en tensión la preponderante forma de entender la causa de las enfermedades en el país. Esto es lo que señala el Doctor Valentín Saldías en su discurso de incorporación a la Universidad de Chile *“causa de las epidemias”*, donde expone ciertas inquietudes respecto a la actual forma de comprender el surgimiento de las patologías. Señala:

*“Para el mayor número de ellas (las epidemias) es forzoso admitir al aire como vehículo y conductor, y si fuese verdad que en efecto existían suspendidas en él, ¿cómo se encuentran, de dónde vienen, cuál es su forma, hay algo de material, de invisible, de imponderable? Si son cuerpos materiales deben tener una forma, i raro sería que al enunciarlos no se les hubiera descrito con sus propiedades y caracteres.”*<sup>31</sup>

El interés por comprender en mayor detalle, y la idea de que se trataba de algo más complejo, potenció a que los médicos chilenos estudiaran las nuevas formas y avances científicos internacionales sobre la forma de concebir la naturaleza de las enfermedades. La influencia europea fue clave aquí, ya que muchos de los médicos trajeron estas ideas al país, a través de intercambios estudiantiles, como por la difusión de conocimientos a través de libros. Para ese entonces, en Europa durante la década de 1890 ya se encontraba consolidada la teoría de los gérmenes, gracias a los trabajos de Agustino Bassi (1773-1856), a los que se suman los del francés Louis Pasteur (1822- 1895) y del alemán Robert Koch (1843-1910). En Chile, la recepción de estos descubrimientos fue relativamente rápida, y se consolidó gracias a un hito fundamental en la Historia de la medicina nacional, correspondiente al envío de los primeros cinco estudiantes de medicina chilenos becados a Europa por la Universidad de Chile,

---

<sup>30</sup>Caffarena, 2020, p. 592

<sup>31</sup> Osorio, 2015, p. 447

durante los años 1874-1875. Así, “la moderna teoría de los gérmenes, paradigma que sustituiría finalmente a la teoría multicausal miasmática predominaba ya en la década de 1880”<sup>32</sup>. Esto impulsó la creación de diversas cátedras universitarias relacionadas a los nuevos conocimientos, como la bacteriología.

A partir de esos descubrimientos, las medidas de asepsia y antisepsia comienzan a tomar importancia como protocolos de prevención del desarrollo de las enfermedades. En este sentido, el lavado de manos y la esterilización de los implementos resultaría ser fundamental en los procedimientos médicos. Ante estas nuevas ideas, el origen de la fiebre puerperal, una de las principales causas de muerte materno-infantil en el siglo XIX, se comienza a replantear de acuerdo a esta teoría de los gérmenes, tomando así las precauciones para su propagación.

### **3. Primeros intereses sobre la regulación de la partería: Creación del primer curso de obstetricia en Santiago de Chile (1834)**

El primer curso de obstetricia fue creado por orden de un decreto dictado en 1834<sup>33</sup>. El recinto donde se desarrollarían las clases sería en una pequeña sala dentro de la Casa de Expósitos de Santiago. El curso contaría con subvención estatal para su financiamiento, además, estaría dirigido por el doctor Lorenzo Sazié.

Al leer el detalle de lo expuesto en el decreto, es posible evidenciar el carácter urgente con el cual las autoridades pretendían implementar esta medida. Ya que consideraban necesario revalorar el arte del oficio, el cual se mantenía en manos de mujeres, que, a juicio de las autoridades, desempeñaron desastrosas maniobras que serían causa de fatales muertes.

En el decreto se hace mención a lo siguiente:

*“Considerando que la obstetricia, uno de los ramos más interesantes de la cirugía, se halla en Chile abandonada a mujeres de baja estraccion, que ignorantes de sus primeros elementos, no solo son incapaces de prestar los auxilios del arte, sino que aun ocasionan por su torpeza innumerables desgracias, y deseando remover este inconveniente que tanto se opone al aumento de la población y a la felicidad de las familias [...]”*<sup>34</sup>

A partir de lo señalado en el decreto, es posible inferir que quienes llevaban a cabo el ejercicio de partear hasta ese momento serían mujeres de baja escala social. Esta condición

---

<sup>32</sup> Osorio, 2015, p. 448

<sup>33</sup> Prieto, Joaquín Tocornal. Santiago, 16 de julio de 1834. Publicado por El Araucano, Santiago, N° 201, 18 de julio de 1834, p. 4. Disponible en “Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica”. Zárate, 2007(a), p. 548.

<sup>34</sup> Ibidem

sería la supuesta causa de la *“mala ejecución del oficio”*, ya que estas mujeres estarían sumergidas en la *“ignorancia”*, cargando así con la culpabilidad de los decesos ocasionados durante el parto. Por esta razón, en el decreto se pretende entregar solución a tal situación, a través de la reglamentación e instrucción de quienes desarrollarían el arte de partear. Así se demuestra en el artículo 2º, donde se indica:

*“Art. 2º. Serán admitidas en ella gratuitamente las mujeres de esta capital que deseando dedicarse a la profesión, sepan leer y escribir, hayan recibido una decente educación y sean jóvenes, robustas y bien constituidas”*<sup>35</sup>

Por los requisitos expuestos, está claro que las aspirantes serían un grupo selecto de mujeres, por lo tanto, un número muy reducido que difícilmente podría satisfacer la demanda de todas las futuras parturientas. En la capital esto sería un problema, que se acrecentaría en el resto de las provincias, ya que ahí existía una menor red asistencial de matronas instruidas, al no contar con un espacio de formación propio como sí lo había en Santiago. Si bien es posible identificar un interés por incluir a las mujeres de provincia en este plan, mediante la subvención de los gastos implicados, su reducido número difícilmente pudo evidenciar cambios en quienes desempeñaron la labor de parto en las zonas alejadas.

*“Art. 3º. Para que los demás pueblos de la República no carezcan de las ventajas que proporciona este establecimiento, concurrirán también dos alumnas por cada provincia, las que serán asistidas con dos reales diarios para su subsistencia, por todo el tiempo que durare el curso”*<sup>36</sup>

Las mujeres de provincia que querían ingresar al curso debían cumplir los mismos requisitos que las mujeres capitalinas. En este caso, serían los intendentes los encargados de reclutar a *“aquellas que aparezcan más acreedoras y tengan cualidades requeridas por el artículo segundo”*<sup>37</sup>

Pero hay que ser cautelosos con estas pretensiones señaladas en el decreto, ya que como señala Zárate *“lejos estaría la hipótesis de que ese primer curso las dotó de una profesión reconocida y respetada”*<sup>38</sup>. Esto en razón de que fue un proceso largo e interrumpido, que tuvo que pasar por muchas etapas. El surgimiento de este curso constituye solo un paso inicial para la incipiente profesionalización de la asistencia al parto.

---

<sup>35</sup> Ibidem

<sup>36</sup> Ibidem

<sup>37</sup> Ibidem

<sup>38</sup> Zárate, 2007(a), pp. 37-38

Como mencioné anteriormente, Lorenzo Sazié sería el encargado de gestionar este nuevo curso, que finalmente se inauguró en 1835. El médico francés viene a Chile con la misión de abastecer la falta de médicos en el país, sobre todo la falta de médicos obstetras. El francés había estudiado en la Facultad de París, reconocido centro durante la época, por lo que al llegar a Chile ocupó importantes puestos administrativos del área médica como decano de la facultad de Medicina y presidente de la Junta de Beneficencia. Introdujo los más modernos conocimientos en obstetricia, como lo es el uso del fórceps.

En el discurso de apertura, Sazié demuestra gran entusiasmo por esta nueva iniciativa, destacando la importancia y utilidad de esta enseñanza. De esta forma, señala que la instrucción formal y científica de la obstetricia contribuiría al resguardo de la vida de la nación. En sus palabras se pueden reconocer elementos discursivos de carácter higienistas, como cuando aborda la causalidad de las muertes. La relevancia de esta ciencia es que permitiría preservar la vida, ya que *“aleja de él los peligros que le rodean al pasarlas y le protege todavía en la aurora de sus días contra el funesto influjo de los agentes exteriores y de las muchas enfermedades que amenazan su débil existencia”*<sup>39</sup>. Cuando utiliza el término *“Agentes exteriores”* no detalla la naturaleza específica de aquello, ya que aún no existía un conocimiento sobre los gérmenes, puesto que el origen de las enfermedades era explicada globalmente por la teoría miasmática.

A lo largo de su discurso hace alusión a los elementos civilizatorios como forma de ilustrar el progreso en el conocimiento y la práctica de la medicina. En este caso, la ciencia y la obstetricia serían partícipes de este proceso ilustrado, como lo señala: *“la obstetricia, como las demas ciencias, es hija de la civilización y ha seguido sus progresos”*<sup>40</sup>. Para Sazié, el desarrollo de esta ciencia tiene tal importancia que con ella es posible asimilarlo como un *“termómetro de los conocimientos científicos de un país y talvez de sus progresos de la civilización”*<sup>41</sup>

Esta visión que designa a la ciencia formal, la obstetricia, como parte del proceso ilustrado y civilizatorio, tiende a su vez a descalificar las prácticas desempeñadas por las parteras tradicionales. Zárate señala que esta tensión existente entre la educación empírica y oral practicada por las parteras, y en contraparte, la llamada educación formal con base científica que se buscaba instaurar en la asistencia al parto, diseñada para la profesionalización del oficio en manos de matronas *“fue un ejemplo más de la confrontación entre los discursos sobre barbarie y civilización que inspiraron la construcción de la República chilena”*<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Sazié, 1835, p. 297

<sup>40</sup> Sazié, 1835, p. 298

<sup>41</sup> Sazié, 1835, p. 298

<sup>42</sup> Zárate, 2007(b), p. 295



Sobre esto último, la segunda médica titulada en el país, Ernestina Pérez Barahona (1868-1951) señala en su tesis “Elementos de Higiene popular” (1887) algunas nociones acerca de la Higiene moral. Respecto a esto, habla sobre las supersticiones, las cuales “*están en razón directa del grado de cultura e ilustración del pueblo, mientras menos ignorancia, menos supersticiones*”<sup>43</sup>. Añade que estas se encuentran bajo el dominio de la higiene, por lo tanto, una de las tareas es erradicar estas creencias erróneas, porque influyen en los temas de la salud.

El discurso del doctor Sazié también se enmarca dentro de la propaganda nacionalista propia de la era republicana. Aquí señala lo beneficioso que será la implementación de este curso para la juventud chilena que aspira al oficio, ya que “*podrá dar pruebas de talento y patriotismo*”<sup>44</sup>. Respetando lo señalado en el decreto de 1834, el doctor Sazié vuelve a enfatizar en las características de las postulantes que quisieran formar parte del curso de obstetricia

Hay que tener en claro el contexto de la época, donde la gran mayoría de las mujeres no tenía acceso a una educación formal, muchas de ellas no sabían leer ni escribir. Es por eso que la creación del curso de obstetricia constituye un hito en la educación de las mujeres chilenas. A pesar del marcado carácter elitista con el que ejecutó, y el poco alcance que tuvo, ya que la primera generación de graduadas en el año 1836 fue de un total de dieciséis matronas. En el discurso se plasma lo novedoso que resulta esta iniciativa, así lo demuestra cuando se dirige a las postulantes para decirles que “*la profesion que empredeis debe excitar sentimientos que, tal vez, os han sido desconocidos hasta este dia*”. Esto les permitiría “*daros un caracter mas elevado que no se reconoce jeneralmente en vuestro sexo*” lo cual es importante porque se les reconoce como un pilar fundamental, y se les revalora su posición en la nación, “*un papel mas noble os está reservado en el mundo; vais a haceros arbitras de los intereses de la sociedad*”. Está claro que el discurso busca persuadir a las postulantes para que se integren en este proyecto civilizatorio que pretendía regular la partería, es por esa razón que, a diferencia de lo que ocurría con las parteras tradicionales, Sazié señala que las matronas “*no debeis nunca perder de vista que a mas de las garantias de instruccion que debeis ofrecer, debeis tambien dar pruebas de una conducta severa y de calidades morales satisfactorias*”<sup>45</sup>

Todo lo mencionado en su discurso iba de la mano en su interés por reglamentar este oficio, enfatizando en la utilidad de las leyes para esto. Señala que la inaplicabilidad de las leyes ha permitido que los “*empiricos descarados, verdaderos azotes de la sociedad*” sigan

---

<sup>43</sup> Ernestina Pérez, 1887, p. 131

<sup>44</sup> Sazié, 1835, p. 297

<sup>45</sup> Sazié, 1835, p. 300

ejerciendo sus prácticas, viéndose beneficiados por la escasa fiscalización de sus labores. Por lo tanto, advierte que el respeto a la reglamentación, y la profundización de los castigos establecidas en esta para quienes ejecuten el oficio sin formación, debe ser la primera meta a conseguir para poder erradicar estas prácticas. Esto con el objetivo de asegurar que “*el medico instruido no esté espuesto en adelante a chocarse de un modo humillante con ellos*”<sup>46</sup>

#### **4. Consolidación de la enseñanza obstétrica: apertura de la Casa de Maternidad (1875)**

##### ***4.1 El interés político sanitario sobre la necesidad de crear un recinto especialmente para la atención de las parturientas***

El médico Ramón Allende (1845-1884) en su discurso de incorporación a la Facultad de Ciencias Médicas, leído en 1865, demuestra el interés por crear un recinto especial para la atención del parto en la capital. Estas serían las Casas de Maternidad, que bajo su percepción constituirían un avance y continuidad a la ya existente sala de maternidad ubicada en la Casa de Expósitos.

El médico expone los argumentos que hablan de la utilidad de estos establecimientos. En primer lugar, menciona el carácter benefactor en que se sitúan todos aquellos establecimientos de caridad, como la Casa de Expósitos, los Hospicios...Por lo tanto, la creación de una Casa de Maternidad tiene igual importancia que todas aquellas. Según su definición, “*las casas de maternidad, son establecimientos públicos destinados a recibir toda parturienta que, por su falta de recursos o accidentes especiales, no pudiera asistirse en su hogar*”<sup>47</sup>. En segundo lugar, añade las trabas que actualmente mantenían las parturientas al momento de parir, ya que la sala de maternidad en la Casa de expósito solo contaba con 10 camas aproximadamente, por lo que no podía abarcar toda la demanda. Hace referencia al estado actual en que se encontraría la sala de maternidad en la Casa de expósitos, donde “*a nadie se le oculta lo mal servido del lugar, lo incomodo i malsano de los aposentos i en fin, la fatal regla que obliga a la enferma a salir al quinto dia*”<sup>48</sup>. Por esas razones, las parturientas deciden no asistir a esos lugares, como lo advierte: “*es duro ver en tal abandono esa casa, es duro ver que no llena su santa i benefica misión*”<sup>49</sup>. La función de la casa de Maternidad sería la de mejorar las condiciones del espacio en que se atienden los partos, a fin de que las “*enfermas*” se sientan cómodas asistiendo a estos recintos, y no ocurra lo mismo que en aquella sala de los expósitos.

---

<sup>46</sup> Sazié, 1835, p. 298

<sup>47</sup> Allende, 1865, p. 526

<sup>48</sup> Allende, 1865, p. 531

<sup>49</sup> Allende, 1865, p. 531

Llama la atención la forma en que se refiere a las parturientas a lo largo del texto como *“las infelices, las desgraciadas”* que recibirían el apoyo en el momento del parto. Además de este carácter despectivo, hace alusión a que estas Casas de maternidad servirán para combatir el crimen a manos de las madres que atentarían contra sus hijos una vez nacidos. *“Vereis con cuánta facilidad puede romperse la armonía, que constituye la razón, en un cerebro poco educado i afectado violentamente por mil sufrimientos, vereis como os explicais una locura momentánea que arrastra a la mujer, a la madre a destruir su propia concepción, su propio fruto i mancharse con la infamia”*<sup>50</sup>

Otro de los beneficios que expone, es que el recinto serviría como centro educativo para aquellas madres que dadas sus circunstancias han llevado una vida difícil, *“expuestas al libertinaje y la prostitución”*, y que en general han *“perdido su corazón, sus instintos maternales”*<sup>51</sup>. Por lo tanto, las casas de maternidad podrían reeducar esas circunstancias, al igual que salvaguardar la vida de aquellas madres solteras que por mantener el honor de su familia prefieren deshacerse del recién nacido.

*“Con la esperanza de hallar su alivio i su secreto en esas casas, la madre no atentaría jamás contra si ni contra su hijo haciéndose doblemente criminal. con esa casa se evitarían crímenes horribles que sin ella siempre se ejecutarán”*<sup>52</sup>. El carácter moral se encuentra en todo el discurso, así como cuando hace mención a que *“con esa Casa de maternidad tendríamos mas resultados practicos que los que se consiguen con los consejos de la moral”*<sup>53</sup>

Podemos inferir que la creación de la Casa de Maternidad se suma al objetivo de instalar el elemento moral, propio del higienismo, en la asistencia al parto. Así lo evidenciamos en el decreto de 1834, y en el discurso de Lorenzo Sazié (1835), donde se enfatiza en las características que deben tener las postulantes a matronas, quienes tenían que cumplir con requisitos tales como ser mujeres robustas y mantener una calidad moral intachable. Ahora, estos elementos también pretenden ser aplicados hacia las parturientas, quienes entendidas como las mujeres encargadas de brindar educación a sus hijos, tienen que mantener una conducta satisfactoria. De esta forma, las Casas de Maternidad se conciben como un centro de resguardo de la integridad del recién nacido y su madre, aquí ella podría ser “reeducada” con el objetivo de eliminar sus malas costumbres, y así ser una buena madre.

Planteados los beneficios que generaría una Casa de maternidad, ahora Ramón Allende expone el camino que se debe seguir para su construcción. Señala que para empezar es posible alcanzar la meta de 50 camas. Sobre la dotación de funcionarios incluye las labores administrativas, y por supuesto a las matronas, que en este caso serían inicialmente dos, las que se quedarían a vivir en el establecimiento y se encargarían de *“examinar previamente a*

---

<sup>50</sup> Allende, 1865, p. 527

<sup>51</sup> Allende, 1865, p. 527

<sup>52</sup> Allende, 1865, p. 528

<sup>53</sup> Allende, 1865, p. 533

*las que solicitaban ser admitidas i ausiliarian profesionalmente por si solas, a las parturientas en los casos simples, ocurriendo en los casos graves al médico de la casa*”<sup>54</sup>

Además de los beneficios sociales que traería, según Ramón Allende la Casa de maternidad también sería un espacio en donde los estudiantes de medicina podrían poner en práctica sus conocimientos teóricos sobre la materia. De esta forma, se estaría contribuyendo al desarrollo científico de la obstetricia, basado en los descubrimientos más recientes sobre esta materia.

Desde el discurso de Ramón Allende, hasta la apertura de la casa de Maternidad pasó alrededor de una década. Esta estuvo motivada por el aumento de los casos de fiebre puerperal durante la década de 1870, y la insuficiente capacidad de la sala de maternidad para poder recibir a las parturientas que lo necesitaban. El proyecto contaba con la presencia de dos médicos, cuatro enfermeras y una matrona, quien logra un aumento considerable de su sueldo si lo comparamos con años anteriores. Pasó de obtener \$156 anuales a \$500, lo que revelaría la creciente importancia que va tomando su labor<sup>55</sup>. Hasta concretarse finalmente su instalación definitiva en los terrenos aledaños del hospital San Borja, la atención a las parturientas pasa por distintas fases que demuestran la problemática económica para poder construir un recinto definitivo.

No obstante, el alcance real de la implementación de estas medidas es un poco controversial, ya que hasta pasada la mitad del siglo XX, en Chile la asistencia al parto se localizaba aún en el domicilio de la parturienta. Como señala Zárate, “*el cuidado del parto no constituyó un tipo de asistencia habitual ni regular en los hospitales del país sino, por el contrario, una atención excepcional que solo se tornó significativa en volumen después de 1920*”<sup>56</sup>

#### ***4.2 Instalación definitiva de la Casa de Maternidad (1875)***

La necesidad de formalizar el oficio, en pos de un mejoramiento en la salubridad del parto, se materializa en la creación de la Casa de Maternidad en 1875, dirigida por el médico Adolfo Murillo (1875-1899). Este recinto acogía a las parturientas pobres y era utilizado como centro de estudio, donde las futuras matronas podían evidenciar la asistencia profesional del parto. Las enseñanzas tenían un marcado carácter civilizatorio, donde la ciencia ocupaba un papel primordial. Por lo tanto, el conocimiento de las estudiantes fue adquirido mediante cátedras de médicos y por la lectura de manuales de obstetricia provenientes de Europa, en donde se establecen las bases del oficio de matrona y las indicaciones que debían emplear en el parto. Recién en 1898 se tiene registro del primer manual de obstetricia escrito en Chile, cuyo autor fue Carlos Monckeberg, instructor de matronas, que publicó el “*manual de obstetricia para el uso de la matrona*”.

---

<sup>54</sup> Allende, 1865, p. 530

<sup>55</sup> Zárate, 2007(a), p. 427

<sup>56</sup> Zárate, 2007(a), p. 43

Finalmente, es en 1875 cuando el centro abre sus puertas. En relación a eso, Zárate expone que los argumentos en la época sobre instalar una Casa de Maternidad en las cercanías del San Borja no se debían únicamente a la necesidad de ampliar su oferta, sino que además, al estar cercano al hospital podría ser más accesible para aquellas parturientas conocieran su existencia, al ubicarse en un sector estratégico<sup>57</sup>

Esta medida fue apoyada por la Junta de Beneficencia y por el intendente de Santiago, Tadeo Reyes, quien sostenía que la atención a las parturientas debía trasladarse del centro hacia otra zona, ya que, al ubicarse en la antigua Casa de Huérfanos, en el centro de la ciudad, representaría un peligro porque por su ubicación es un sector:

*“donde es más difícil y escasa la ventilación, habia un peligro no solo para las mismas asiladas, sino para el vecindario en general. La experiencia nos demuestra que la mayor parte de las mujeres y niños que se reciben en la Casa de Huerfanos perecen o se ven expuestas a largas enfermedades, resultad que debe atribuirse a las malas condiciones del local”*<sup>58</sup>.

No obstante, parte de la comunidad médica no estuvo muy de acuerdo con este traslado, ya que consideraban que las parturientas se exponían a las enfermedades que se atendían en el Hospital San Borja. Además, se criticaba que esta medida estaba persuadida únicamente por el ahorro que implicaba para la Junta de Beneficencia aquel traslado, que correspondía entre diez a veinte centavos diarios por parturienta. De esta forma se acusaba al organismo de privilegiar los intereses económicos por sobre la salud de las parturientas. Se acusaba que con el traslado, estarían más expuesta a otro tipo de enfermedades que no son propias de su estado de embarazada<sup>59</sup>. Esto demuestra que para ese entonces, existían nociones acerca de la forma en que se transmitían las enfermedades, siendo estas atribuidas a las *“malas condiciones higiénicas”* del local aledaño donde se instalaría la nueva Casa de Maternidad, es decir, cerca del San Borja, considerado por la prensa de la época como un *“foco de infección”*<sup>60</sup>

Una vez instalada la Maternidad, y puesta en funcionamiento, la asistencia en estos recintos era considerada una última opción por las parturientas, ya que *“la mayoría de las mujeres esperaba el máximo tiempo posible en sus casas con la confianza de ser auxiliadas por parteras o por quienes estuvieran disponibles”*<sup>61</sup>. El aumento de la asistencia de las parturientas a la Maternidad fue en momentos en que la fiebre puerperal se hacía más presente, como lo fue el alza de casos en la epidemia del año 1876, cuyas primeras medidas fueron la ventilación de las áreas, todo esto sujeto a las prescripciones internacionales de ese

---

<sup>57</sup> Zárate, 2007(a), p. 429

<sup>58</sup> Zárate, 2007(a), p. 429. Tadeo Reyes, intendente de Santiago, diciembre 26 de 1870, en AMI vol. 596, s/f

<sup>59</sup> Zárate, 2007(a), p. 432

<sup>60</sup> Zárate, 2007(a), p. 430

<sup>61</sup> Zárate, 2007(a), p. 445

entonces, las cuales tenían *gran influencia a las condiciones ambientales de las maternidades*<sup>62</sup>

Tenemos evidencia de los casos clínicos que se abordaban en el recinto, los cuales dejaban testimonio de la percepción que tenían los médicos con respecto a las parteras. Se les seguía acusando de ejecutar malas maniobras, ya que había mujeres que siendo atendidas por estas parteras tradicionales se habían visto agravadas durante el parto, por lo que finalmente debían acudir a las Maternidades. Al realizar mal el procedimiento, a las parteras se les acusó de *ignorantes* y de ejercer acciones criminales contra las parturientas al administrarles hierbas cuya eficacia no tenía sustento científico. Así se exponía en los Boletines de mensuales de la Revista Médica Chilena, como lo es en el caso del publicado en abril del año 1876, y que es citado en la obra de Zárate, donde se narra que habría llegado a la Maternidad una “*mujer del campo, de 45 años, fuerte, pero en estado de profundísima anemia por pérdidas sanguíneas abundantes*”<sup>63</sup>. Se indica en el boletín, que con estos antecedentes, Adolfo Murillo pudo sacar conclusiones sobre la asistencia que le había brindado la partera a la parturienta, detectando que la retención de la placenta habría sido el problema.

De la misma forma, Ernestina Pérez Barahona expone en su tesis (1887) las contraindicaciones del uso de *medicamentos* en las embarazadas, a no ser que sea indicado por un facultativo. Advierte que, aquella mujer preocupada por el bienestar de su bebé jamás deberá tomar algún medicamento, aunque este le parezca el más inocente, “*porque si a este respecto se pone a escuchar los consejos de las vecinas, comadres se espone a perder su hijo i a las consecuencias peligrosas de un aborto*”<sup>64</sup>. Cuando se refiere al uso de medicamentos, entendemos que se está refiriendo a los utilizados por la medicina popular. Además, el término comadre se usaba para referirse a las parteras, por lo que hay una clara alusión a esta figura.

## **5. Persistencia del problema sanitario materno-infantil a fines del siglo XIX**

### **5.1 El establecimiento del Consejo de Higiene pública (1976)**

El mismo año en que se desata una ola agresiva de fiebre puerperal, surge en 1876 la iniciativa de crear un organismo asesor del gobierno en materia de salubridad. Este toma el nombre de *Consejo de higiene pública i salubridad del departamento de Santiago*, constituyendo una de las obras del intendente de Santiago Benjamín Vicuña Mackena (1831-1886)

Este proyecto nace con la intención de poner en práctica los elementos del higienismo que, según este Consejo, aún se encontraban “*en nuestras poblaciones en el estado de simple teoría, sin aplicación práctica ni a los hábitos del pueblo, ni a la acción de la autoridad*

---

<sup>62</sup> Zárate, 2007(a), p. 448

<sup>63</sup> Zárate, 2007(a), p. 440

<sup>64</sup> Ernestina Pérez, 1887, p. 116

*local, ni al ejercicio de la ciencia misma*”<sup>65</sup>. El diagnóstico evidenciaba las necesidades higiénicas de la ciudad de Santiago, las cuales tenían un carácter urgente. El consejo contaría con un total de 15 participantes, entre ellos personal del área de la salud, como médicos, y otros de índole estructural, como un arquitecto. Se discutían temas relacionados a la salubridad de las localidades y habitaciones, como también el estudio de *“medidas que deben tomarse para prevenir i combatir las enfermedades endémicas, epidémicas i trasmisibles”*<sup>66</sup>.

Entre sus diversas metas, en el Art. 8° del *“Boletín del consejo de higiene pública desde el 1° de mayo hasta el 14 de diciembre de 1876”*, se señala:

*“Será consultado el Consejo i tendrá el derecho de iniciativa en el estudio o resoluciones de las cuestiones siguientes: [...] 18. Estirpación radical en el pueblo de las practicas de médicas, curanderas i todo jénero de imposturas, a cuyo fin la intendencia solicitará en los casos que ocurrieron, al ausilio directo del protomedicato”*<sup>67</sup>

Si bien en el artículo no se hace alusión directa a las parteras tradicionales, es posible intuir que se habla de ellas cuando se alude a *las practicas de médicas, curanderas i todo jénero*. En el contexto del paradigma higienista, el problema de la existencia de las parteras durante el siglo XIX deriva de su condición social y los espacios en los que se desarrollan, donde su medio incidía en la proliferación de enfermedades expresadas en los altos índices de mortalidad infantil. Por lo que la misión del Estado estaba en erradicar ese foco, que era en donde se desarrollaba el inicio de todo el caos. Esto era importante, porque en las prácticas de las parteras residían los futuros ciudadanos.

## ***5.2 Medidas para disminuir las muertes materno-infantil: reglamentar el servicio de las matronas en Chile, Joaquín del Fierro Castillo (1896)***

A pesar de los avances en materia de salubridad en Santiago, estos parecerían ser insuficientes, porque está el constante interés del Estado en crear organismos para mejorar la situación de salubridad en la capital. En este sentido, mediante una ley se crea el *Consejo Superior de Higiene Pública* en 1892, el cual estaba encargado de asesorar al gobierno en materias de salubridad. En cuanto al campo de la obstetricia, pareciera que esta no sería un interés primordial del Estado. Así lo evidencia un trabajo de tesis escrito por el estudiante de medicina Joaquín del Fierro Castillo, dirigido por el doctor Adolfo Murillo: *“Necesidad de reglamentar el servicio de las matronas en Chile”* (1896).

El estudiante comienza enfatizando en la actual situación presentada en el año 1895, donde Adolfo Murillo expone en el Consejo Superior de Higiene Pública el aumento considerable de ingresos al Hospital San Borja a causa de enfermas que padecían infección puerperal. En

---

<sup>65</sup> Consejo de Higiene Pública, 1876, p. 1

<sup>66</sup> Consejo de Higiene Pública, 1876, p. 2

<sup>67</sup> Consejo de Higiene Pública, 1876, p. 3

ese año, Murillo denuncia que el registro estadístico del establecimiento daba cuenta de “*el número considerable de 171 casos de casos de infección puerperal de los cuales hubo 34 defunciones*”. Señala que “*de estos 171 casos 92 vinieron de los alrededores de Santiago, asistidas por unas matronas tituladas i otras por personas que se ocupan de esto, pero que no son tituladas*”<sup>68</sup>

Joaquín del Fierro Castillo destaca la importancia de respetar la legislación vigente sobre el castigo a las prácticas medicinales populares, contenidas en artículos del Código penal chileno (1875) que tienen relación con la medicina legal, las cuales se encuentran agrupadas en la “*Recopilación de las leyes chilenas que se relacionan con la medicina legal hecha para servir al estudio de este ramo*” (1884).

Sin embargo, Fierro Castillo no repara en que la alta demanda y el bajo número de profesionalización, o de tituladas, no dan pie a la disminución de parteras. Así lo manifestaba Germán Schneider en su discurso de incorporación a la Facultad de Medicina en 1868, al anunciar las complejidades que podrían ocasionar las multas a aquellos que sin título se dedican al oficio, siendo perjudicial para la población. En el caso de las parteras advierte:

*“Análogo habría sido, si a las parteras sin título se prohibiera asistir a las parturientas en lugares donde no haya una matrona examinada. En los dos casos, no negará nadie, que la asistencia profesional por una persona examinada sería preferible; pero, sin embargo, donde no hay ésta, exigirá el paciente que la asista el rutinero que esté a sus manos”*<sup>69</sup>

A partir de lo señalado por Fierro Castillo, la reglamentación del oficio de matronas evitaría la muerte de numerosas madres si, en primer lugar, se tomaran estrictamente los principios ya estipulados en el artículo 491 del código penal, donde se establecen castigos con reclusión acorde a la gravedad que cometa “*el médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano o matrona que causare mal a las personas por negligencia culpable en el ejercicio de su profesión*”<sup>70</sup>.

Fierro Castillo elabora una serie de conclusiones, entre las que destacan el punto número dos, que hace alusión a la necesidad de obligar a las matronas a asistir a un curso, con el objetivo de que adquieran los conocimientos científicos más adelantados de la época respecto a su profesión. Este se realizaría periódicamente, y estaría a cargo de los médicos de la ciudad. Dicho curso pretende emitir un certificado por su cumplimiento, el cual será exigido obligatoriamente a las matronas para el desempeño de su labor.

Destacan, además, la obligación para las matronas de tomar las medidas antisépticas oficiales que tenían sustento científico internacional. Y que, además, ya habían sido evaluadas para su uso en la Casa de Maternidad, corroborando así su eficacia y no toxicidad. Indica al respecto la necesidad de: “*imponer a las matronas la obligación de poseer siempre los útiles necesarios para el desempeño de su profesión como también los antisépticos indispensables*

---

<sup>68</sup> Fierro Castillo, 1896, p. 1

<sup>69</sup> Schneider, 1868, p. 84

<sup>70</sup> Fierro Castillo, 1896, p. 18



*de fácil uso i que no sean peligrosos tal seria, por ejemplo el Lysol o la microcidina (naftolato de soda)*”<sup>71</sup>. Además de la utilización de útiles especiales, el autor reitera la necesidad de utilizar agua esterilizada en todo momento que se efectúen manipulaciones donde haya contacto con la parturienta.

En el caso de que una parturienta se viera afectada por la fiebre puerperal, Fierro Castillo señala que la matrona tendría la obligación de informarle al médico de la ciudad los motivos que la hayan ocasionado. En este caso el médico ocuparía un rol de juez, ya que *“haría valer la mayor o menor responsabilidad que pudiera afectar a la matrona”*<sup>72</sup>. Esto nos indica que la responsabilidad de la propagación de la fiebre puerperal residía en las prácticas desempeñadas por las matronas, es decir, su responsabilidad en la preservación y cumplimiento de las medidas de higiene.

En el punto número 8, el tesista propone una de las labores que deberían desempeñar las matronas como mujeres garantes de higiene: *“Proporcionar gratis en los dispensarios los antisépticos mas comunes i menos peligrosos a las personas indigentes que lo soliciten presentando un certificado de la matrona”*<sup>73</sup>. Al ser la matrona la persona responsable de otorgar los certificados, se le está dotando de autoridad y facultad para facilitar la preservación de la higiene en aquellas personas que más lo necesiten.

## **6. La matrona como protagonista de la preservación de la higiene durante y después de la asistencia al parto:**

### ***6.1 El primer manual de obstetricia para el uso de la matrona elaborado en Chile, por el doctor Carlos Monckeberg (1898)***

Carlos Monckeberg fue profesor libre de obstetricia y doctor especialista en las enfermedades de los niños, discípulo del doctor Adolfo Murillo. Este manual es ordenado por el decreto expedido desde el Ministro de Instrucción Pública. Nace ante la ausencia de uno de su tipo en Chile, por lo que la publicación de un texto de obstetricia dedicado exclusivamente al uso práctico de las matronas hecho en Chile vendría a tratarse de algo inédito. Cuenta con conocimientos actualizados en el área, siendo este dividido en dos secciones, el curso de primer y segundo año.

En el primer año se tratan temas más generales, y relacionados a la ejecución de partos no complicados. Se abordan nociones elementales sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor de la mujer, como también las nociones primordiales de *“asepsia i antisepsia*

---

<sup>71</sup> Fierro Castillo, 1896, p. 18

<sup>72</sup> Fierro Castillo, 1896, p. 19

<sup>73</sup> Fierro Castillo, 1896, p. 19

*obstétricas; embarazo normal, parto normal, puerperio, cuidados que deben prestarse al recién nacido, etc*”<sup>74</sup>

El segundo año contaba con una formación más específica y aplicada a casos complejos relacionados a patologías de la embarazada y el bebé, abordando las complejidades que se pueden presentar en el parto y en el alumbramiento. Además, el doctor presenta un resumen de las leyes del Código Penal para el conocimiento de la matrona.

Al analizar el manual, es evidente la persistencia de nociones higienistas en el discurso sobre la asistencia al parto, a pesar de que la teoría de los gérmenes ya se encontraba bastante consolidada en las otras áreas de la medicina en el país. Como señala Zárate, *“la comunidad médica chilena incorporó las primeras prácticas antisépticas en la asistencia hospitalaria y domiciliaria durante la década de 1880”*<sup>75</sup> con los conocimientos de Louis Pasteur y Joseph Lister.

Podemos decir que el manual refleja esta transición de la aplicación de medidas higienistas a la teoría de los gérmenes, donde se nota su coexistencia para poder explicar el origen de las enfermedades asociadas a la muerte materna. Así lo evidencia en el capítulo V, titulado *“Higiene del embarazo”*, al exponer la relación de las enfermedades con el entorno ambiental y social, ya que advierte por más que se le intente aconsejar a la embarazada sobre el cuidado que debe tener, las condiciones exteriores son las que determinan su evolución. Así lo expresa:

*“Las reglas de higiene que deben aconsejarse a la mujer embarazada, solo pueden ser reglas jenerales, porque todo depende del medio en que vive la mujer i de la clase social a que pertenece; puesto que no es posible dar los mismos consejos a la mujer del pueblo que está todo el dia trabajando i espuesta a la intemperie de las estaciones, que a la mujer de sociedad, nerviosa, delicada i para quienes la jesticacion es una enfermedad que dura nueve meses”*<sup>76</sup>

De la misma forma, comenta la obligación de las parturientas a mantener reposo durante el embarazo, y mantenerse alejada de aquellos lugares que podrían *“perturbar”* su salud, ya que les podría provocar un parto prematuro: *“La mujer embarazada no debe permanecer en una atmósfera viciada, por lo tanto se abstendrá de ir a los teatros, circos, etc., a causa del oxido de carbono; las cocineras i aplanchadoras a menudo paren prematuramente por esta razon”*<sup>77</sup>

No obstante, además de la persistencia de los elementos higienistas relacionados con el ambiente y la moral en el origen de las enfermedades, también se puede ver la introducción de nociones sobre la teoría de los gérmenes, como lo son los métodos de asepsia y antisepsia.

---

<sup>74</sup> Monckeberg, 1898, p. 11

<sup>75</sup> Zárate, 2007(a), p. 160

<sup>76</sup> Monckeberg, 1898, p. 127

<sup>77</sup> Monckeberg, 1898, p. 129

En este punto, el autor tiene muy clara la definición, dedicándole un apartado a este tema sobre la *“asepsia i antisepsia obstétricas”*: *“Se da el nombre de antisepsia obstetrica al conjunto de medios empleados para poner a las parturientas al abrigo de las infecciones puerperales”*<sup>78</sup>. Con esto, se puede inferir que Monckeberg tenía conocimiento sobre el origen microbiano de la fiebre puerperal, por lo que su forma de prevenirla consistía en tomar estas medidas, que estaban a cargo de las matronas. En este sentido señala que *“de nada servirán a la matrona sus conocimientos en obstetricia si no está de antemano penetrada del metodo antiseptico”*<sup>79</sup>.

Esto último revela la importancia que implicaba el conocimiento de esas medidas higiénicas, ya que ocupaba un papel central en el desempeño de la matrona, que en el caso de no tomar las precauciones podría ser *“agente de transporte de los microorganismos”*. Antes de practicar cualquier maniobra en la parturienta, la matrona debía tomar las precauciones necesarias. Esto era necesario en primer lugar *“para no infectarla, es decir, no ser el agente de transporte de los micro-organismos a los órganos genitales; 2.º para impedir que sea contaminada por los objetos exteriores”*<sup>80</sup>

El estudio de la antisepsia se divide en cinco partes, la primera de ellas es la precaución profiláctica que debe tomar el personal de asistencia que cuidará de la parturienta. Luego se procede a la esterilización de los útiles, para seguir el estudio de los principales antisépticos y su forma de utilizarlos. También es importante para la matrona conocer el procedimiento de desinfección hacia la parturienta antes y después del parto. Finalmente, es igual de relevante que las matronas sepan cómo reaccionar ante cualquier inconveniente, para ello deben conocer los medios posibles para combatir las infecciones cuando se manifiestan.

## **6.2 Precauciones que debe tomar la matrona según Monckeberg**

Las primeras medidas que deben tomar las matronas según Monckeberg, son las de desinfección de la zona en que se va a encontrar la embarazada, limpiando minuciosamente el área. El doctor señala que el lema de las matronas debe ser *“limpieza rigurosa i absoluta en todo”*<sup>81</sup> Otro elemento a considerar es la práctica del tacto vaginal, donde el doctor recomienda que se intente disminuir la frecuencia en que se realiza, ya que la matrona puede transportar la infección a la parturienta.

Se puede ver que el lavado de manos ya era considerado una práctica esencial para la prevención de las infecciones, por lo que los postulados de Ignaz Semmwels están presentes.

---

<sup>78</sup> Monckeberg, 1898, p. 131

<sup>79</sup> Monckeberg, 1898, p. 131

<sup>80</sup> Monckeberg, 1898, p. 131

<sup>81</sup> Monckeberg, 1898, p. 132

Así se puede observar cuando Monckeberg señala que *“la desinfeccion mas importante es la de las manos, la de los dedos i la de las unas: esta desinfeccion ha de ser nui minuciosa”*<sup>82</sup>

Además del proceso de antisepsia que debía realizar la matrona antes y durante la asistencia al parto, era de conocimiento la desinfección que deben mantener los materiales cada vez que son usados: *“Los instrumentos usados en obstetricia deben mantenerse en un estado de limpieza rigurosa; cada vez que se empleen es preciso limpiarlos con cuidado, secarlos bien i desinfectarlos. Esta desinfeccion debe renovarse cada vez que se van a usar”*<sup>83</sup>

### **6.3 La desinfección de la parturienta acorde al manual de Monckeberg**

En primer lugar, la matrona se debía encargar de la desinfección de los genitales externos e internos. La vulva debía estar desinfectada para el momento en que la matrona realizara el tacto, y así evitar la introducción de microorganismos desde las manos, los cuales podían ser transportados hasta los órganos internos de la parturienta. En todo momento era necesario mantener el área desinfectada, antes, durante y después del parto. Monckeberg indica que *“la vajina, debe quedar exenta de microbios antes del parto, porque despues de este puede haber heridas que servirian de entrada a los ajentes infecciosos”*<sup>84</sup>

En este punto, el doctor Monckeberg expone un criterio, a su juicio clave, para la asistencia de la parturienta y la desinfección del área genital. Señala: *“La desinfeccion de la vulva sera mas o menos rigurosa, segun la clase social de la mujer a quien se asista”*<sup>85</sup>. En este sentido clasifica a las parturientas en dos grupos, en primer lugar, está la mujer que lleva diariamente una higiene correcta en sus genitales, basada en la aplicación de lociones jabonosas. Por lo tanto, en este caso *“bastara hacer un lavado un poco mas detenido con un tapon de algodon empapado en una solucion antiseptica”*<sup>86</sup>.

El segundo grupo, estaba compuesto por aquellas mujeres que desde la perspectiva de Monckeberg no contaban con hábitos de higiene como las otras mujeres. Añade que este “tipo” de mujeres era usual que llegara a las Casas de Maternidad: *“en las maternidades donde jeneralmente llegan mujeres mui poco aseadas se las debe obligar a darse un baño aromatico i enjabonar los jenitales; una vez que han salido del baño, una enfermera practica con cuidado la limpieza esterna”*<sup>87</sup>. Esto habla de uno de los puntos del paradigma higienista, donde la condición social de la mujer influía en su propensión a desarrollar ciertas enfermedades.

Sobre el trabajo de parto, la parturienta tendrá resultados óptimos según lo haya hecho bien la matrona a cargo. El trabajo realizado por la matrona era fundamental en el resultado del

---

<sup>82</sup> Monckeberg. 1898. p, 132

<sup>83</sup> Monckeberg. 1898. p, 134

<sup>84</sup> Monckeberg. 1898. p, 134

<sup>85</sup> Monckeberg. 1898. p, 134

<sup>86</sup> Monckeberg. 1898. p, 134

<sup>87</sup> Monckeberg. 1898. p, 134

procedimiento, por lo tanto, sobre ella recaía la responsabilidad de la vida de la parturienta y el recién nacido:

*“El pronóstico para la madre depende de las precauciones antisépticas que se hayan tornado antes, durante i despues del parto; es igualmente cierto que cuanto mas largo es el trabajo, mas fatigada queda la mujer i mas espuesta a la septicemia, sobre todo si se le ha practicado el tacto a menudo”<sup>88</sup>*

En todo momento la matrona debía ser promotora sobre la educación de la higiene, debe guiar a la parturienta y aconsejar durante todo el proceso. Desde el embarazo, la matrona debe recomendarle el ejercicio, los baños aromáticos y el examen de orina , que en el caso de salir alterado, la matrona debe acudir inmediatamente donde el doctor *“para que imponga un tratamiento adecuado a la enferma i salvar asi su responsabilidad”<sup>89</sup>*

En el momento del parto propiamente tal, cuando la mujer comienza a manifestar dolores, la primera acción que debe tomar la matrona es el proceso de desinfección rigurosa de sus manos, para luego sumergirlas en un líquido antiséptico. Además de las medidas higiénicas de precaución, el doctor Monckeberg añade la posición que debe tomar la matrona al enfrentarse al parto, manteniendo un temperamento estable y que brinde calma, y evitar ser *“charladora”* y expresar toda conversación que asuste a la mujer. Esto en razón de:

*“porque mui a menudo se ven matronas que refieren historias de partos horripilantes, hasta el punto de producir en las pobres enfermas verdaderos accesos nerviosos, i que seguramente dichas proezas en que decian ellas haberse encontrado, de lo que más adolecian era de falta de verdad”<sup>90</sup>*

El papel de promotora de la higiene, también se extiende a la educación de los familiares sobre cómo deben atender al recién nacido. Entre las cosas que enseña están las labores de aseo cuando el niño está mojado o sucio, con el fin de evitar la aparición de eritemas que pueden generar problemas en el bebé. *“Los cuidados que la matrona debe prestar durante el puerperio son de dos clases: antisepticos e higienicos, i todo lo que se refiere a la alimentación i permanencia en cama”<sup>91</sup>*

De la misma forma, la matrona tenía que guiar a la parturienta durante el inicio del proceso de lactancia, cuidando de su higiene previniendo cualquier herida en la zona. *“La matrona al hacer esta cura debe desinfectar mui bien sus manos i recomendar a la mujer, de un modo mui especial, el no tocar sus pechos cuando va a dar de mamar antes de haberse lavado cuidadosamente las manos i limpiado sus uñas”<sup>92</sup>*

---

<sup>88</sup> Monckeberg, 1898, p. 165

<sup>89</sup> Monckeberg, 1898, p. 191

<sup>90</sup> Monckeberg, 1898, p. 192

<sup>91</sup> Monckeberg, 1898, p. 174

<sup>92</sup> Monckeberg, 1898, p. 282

El doctor Monckeberg insiste en que, además de tomar los cuidados antisépticos antes y durante el parto, es aún más importante mantener estas medidas durante el puerperio, *“por ser esta la época más favorable a la infección”*<sup>93</sup>. Las medidas consisten en el lavado frecuente de los genitales externos, para luego cubrirlos con una gasa yodoformada, cubierta por una capa de algodón y vendado de tal forma que *“que el aire exterior no penetre en los genitales i al mismo tiempo que los líquidos no se derramen sobre los genitales i la cama de la parida”*<sup>94</sup>.

De cumplir con la buena asistencia, y si se han practicado todos los cuidados antisépticos que se requieren, no será necesario la aplicación de inyecciones vaginales luego del parto. Pero en el caso contrario, si el parto presenta complejidades, se deberá recurrir a la aplicación de inyecciones vaginales calientes y antisépticas, las cuales en un principio serán ordenadas únicamente por el médico. Pero podían presentarse ciertas excepciones, *“si estuviere en un lugar donde no hubiere medico i se presentasen sintomas febriles debidos a una infección uterina, entonces puede i debe la matrona hacer dichas inyecciones, observando todos los cuidados de antiseptia que antes hemos recomendado”*<sup>95</sup>. Probablemente, y entendiendo el parto como un proceso que puede presentar inconvenientes de último minuto, sumado a la escasa disponibilidad de médicos atendiendo urgencias obstétricas, es posible que esta decisión haya recaído frecuentemente en manos de la matrona, ya que se encontraba atendiendo exclusivamente a las parturientas, permaneciendo en todo momento en las Casas de Maternidad, ya que ellas alojaban ahí.

Lo mismo ocurría cuando se debía elegir nodriza en aquellos casos en que la madre no pudiera dar leche. *“La elección quedaba en manos del médico, no obstante, en muchos casos podría suceder que sea ella [la matrona] quien tiene que decidir si la nodriza que se presenta, conviene o no”*<sup>96</sup>. En ese caso deberá examinar al bebé y luego a las nodrizas para ver quien es la más indicada. Entre los criterios, además de los relacionados a la parte física y el buen estado de salud, también estaba el de *“investigar sus cualidades morales”*<sup>97</sup>. Esto tiene mucha relación con lo que propone el higienismo sobre el entorno social y moral, y se suma al aspecto moral de la asistencia del parto, donde las profesionales y las parturientas deben mantener buena conducta.

Monckeberg señala que las matronas eran las únicas especializadas en la asistencia al parto, por lo que sólo ellas tenían la facultad de intervenir en los procedimientos. Por lo tanto, *“no debe permitir que esto lo hagan las enfermeras o cuidadores que no saben hacer la desinfección que en estos casos se requiere”*<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Monckeberg, 1898, p. 174

<sup>94</sup> Monckeberg, 1898, p. 175

<sup>95</sup> Monckeberg, 1898, p. 175

<sup>96</sup> Monckeberg, 1898, p. 283

<sup>97</sup> Monckeberg, 1898, p. 283

<sup>98</sup> Monckeberg, 1898, p. 175

#### **6.4 Sobre los procedimientos en la asistencia al parto y su relación con los preceptos higienistas: el aborto y el fórceps**

Monckeberg indica que la matrona debe contar con un estuche específico para sus funciones, con el fin de evitar perder tiempo en los casos urgentes, y también, porque constituye “*una garantía contra el empleo de útiles i sustancias que no estan desinfectadas*”<sup>99</sup>. Este estuche debe contener elementos básicos como tijeras, jeringas, y también cosas desechables como lo son las esponjas, las cuales se deben eliminar una vez utilizadas.

##### *El aborto*

Como mencioné anteriormente, en el segundo año de obstetricia es cuando las postulantes aprenden sobre las dificultades que se pueden presentar en el parto. Entre estos está el aborto, siendo explicado por el doctor Monckeberg como un fenómeno que puede tener múltiples causas, entre ellas “*influye tambien en la mujer las malas condiciones hijienicas, [...] y las emociones morales*”<sup>100</sup>. Esto explica todo lo anteriormente expuesto sobre la importancia que ocupaba la higiene en la atención del parto, ya que una de sus consecuencias fatales podría ser el aborto espontáneo.

De la misma forma, la doctora Ernestina Pérez Barahona en su tesis “*Elementos de Higiene popular*” (1887), al referirse a la asistencia al parto, señala que las “*impresiones morales*” son capaces de facilitar abortos. Por lo tanto, recomienda que la embarazada trabaje en obtener “*la mayor calma para recibir cualquier impresión agradable o desagradable, como la cólera, el temor, miedo etc*”<sup>101</sup>

##### *El fórceps*

La matrona no debería en primera instancia manipular este aparato, sino que le ayudará al médico en su aplicación. Su tarea es “*fijar mucho la atencion en todos los cuidados de antisepsia i se penetrará del papel que le toca desempeñar*”<sup>102</sup>. Antes de proceder con la atención a la parturienta, la matrona debe lavar muy bien sus manos, para luego proceder a la desinfección de los genitales externos de la mujer. Luego aplicar una inyección vaginal, y finalmente un lavatorio antiséptico.

La forma de esterilizar el fórceps era a través de una estufa, o con la aplicación de alcohol en su superficie, luego el objeto se introduce en una solución fenicada. Una vez hecho el procedimiento de esterilización, “*la matrona debe estar pronta para pasar los instrumentos que el médico necesite teniendo sus manos asépticas*”<sup>103</sup>. Monckeberg criticó el poco uso que tienen las matronas con el termómetro. Señala: “*Si las matronas hiciesen uso del*

---

<sup>99</sup> Monckeberg, 1898, p. 428

<sup>100</sup> Monckeberg, 1898, p. 321

<sup>101</sup> Ernestina Pérez, 1887, p. 117

<sup>102</sup> Monckeberg, 1898, p. 389

<sup>103</sup> Monckeberg, 1898, p. 390

*termómetro, como es su obligacion, no se verian con tanta frecuencia las pretendidas fiebres de leche hacia el tercer dia, que no son otra cosa que verdaderas infecciones*”<sup>104</sup>

### **6.5 La fiebre puerperal: un problema intermitente**

Para la década de 1880 se tenía conocimiento sobre lo útiles que podían ser las medidas de asepsia y antisepsia para prevenir la fiebre puerperal. Así lo señala José F. Jünemann en su tesis titulada “*Profilaxis y tratamiento de la fiebre puerperal*”, publicada en 1887. Menciona que antes de la aplicación de estas medidas antisépticas, la fiebre puerperal podía llegar a constituir un “*enemigo formidable*” para las salas de maternidades, las cuales se veían obligadas a cerrar por un tiempo.

Pero una vez conocida la “*naturaleza esencialmente parasitaria*” de la fiebre puerperal, y la consiguiente aplicación de las medidas antisépticas que se requerían para tal caso, se evidencia el éxito temporal que las salas de maternidad lograban en el control de la fiebre puerperal. Así se demuestra en el siguiente cuadro hecho a partir de los datos expuestos en la tesis de Jünemann:

**Tabla de decesos por fiebre puerperal en la Casa de Maternidad de Santiago<sup>105</sup>**

<i>Año</i>	<i>Cantidad total de parturientas atendidas en la Casa de Maternidad</i>	<i>Decesos a causa de la fiebre puerperal</i>
1883	1460	18
1884	1538	10
1885	1590	2

Como se evidencia, el número de muertes a causa de la fiebre puerperal disminuye cada año, a pesar de que el número de parturientas atendidas en el recinto aumenta. Para el tesista, esto se explica por la implementación de las medidas de asepsia en las labores que desempeñan las matronas, quienes jamás deberán atender a una parturienta “*sin haberse previamente*

<sup>104</sup> Monckeberg, 1898, p. 401

<sup>105</sup> Jünemann, 1887, pp. 1-2



*lavado las manos i antebrazos con jabón en mucha agua, cortadas las uñas i limpiadas prolijamente con un cepillo adecuado*”<sup>106</sup>

De igual forma, la descripción que realiza Monckeberg sobre el origen de la fiebre puerperal denota su conocimiento de los postulados de la teoría de los gérmenes, ya que señala que la causa de esta fiebre es por la penetración de microbios en el organismo:

*“Toda infeccion puerperal es debida a la penetracion de seres vivientes infinitamente pequeños en la circulacion de la puérpera; estos pequeños seres afectan diversas formas, ya son pequeños puntos simples o dobles, ya tienen la forma de bastones mas o menos largos i mas o menos delgados, ya tienen la forma de cadenitas, etc. A todo este conjunto de pequeños seres se les ha denominado con el nombre genérico de microbios o bacterias*”<sup>107</sup>

El manual refleja la preocupación del doctor Monckeberg por enseñarle a las futuras matronas acerca del avance de la ciencia, y en este caso del descubrimiento del origen de las enfermedades: los microbios. Esto a partir del siguiente ejemplo:

*“Si se toma una pequeñísima cantidad de polvo proveniente de una sala de un hospital i se examina con la ayuda de un microscopio poderoso se observará que en medio de diversas sustancias se hayan unos pequeños cuerpos ya aislados, ya reunidos i de formas diversas que no son otra cosa que los microbios*”<sup>108</sup>

Señala que el problema no radica en que el microbio penetre en la sangre, sino que el problema recae en su rápida reproducción “*que llega al infinito*”, esto sería lo que provocaría la muerte. A partir de la explicación que realiza sobre la fiebre puerperal, es posible inferir que el Doctor Monckeberg tenía conocimientos de los descubrimientos realizados por Ignaz Semmelweis. Esto a partir del recuento histórico que realiza sobre el descubrimiento de esta enfermedad. Menciona que el contagio por accidentes puerperales se encontraba demostrado clínicamente desde el año 1849, cuando Semmelweis insiste en que la infección de las paridas tiene relación con “*los dedos de los medicos i de las matronas y aconsejó la desinfeccion*”<sup>109</sup>. De esta forma, los descubrimientos de Semmelweis se relacionan al lavado de manos como método de prevenir las infecciones puerperales. Además, tomándose del argumento de Semmelweis, Monckeberg señala que la matrona no debe “*asistir ninguna mujer si se ha estado asistiendo alguna parturienta infectada*”<sup>110</sup>.

El doctor Monckeberg recoge los argumentos de Semmelweis, quien señala que el canal de infección en estos casos puede ser el tocólogo, la matrona, la atmósfera, o incluso la misma

---

<sup>106</sup> Jünemann, 1887, p. 6

<sup>107</sup> Monckeberg, 1898, p. 406

<sup>108</sup> Monckeberg, 1898, p. 406

<sup>109</sup> Monckeberg, 1898, p. 408

<sup>110</sup> Monckeberg, 1898, p. 412

parturienta. Esto puede ser resultado de dos situaciones, la primera opción se considera un “accidente”, cuando penetran los microbios propios en la vagina “insuficientemente desinfectada”, siendo así la infección denominada como autojenética. Pero también está la opción de que sea “heterojenética” donde el agente infeccioso es conducido al interior de los genitales. En el caso que la infección sea de tipo heterojenética, *“han servido de vehículo al microbio patógeno los dedos de la matrona o del médico; los de una enfermera poco aseada o el uso de lienzos, o esponjas no desinfectadas”*<sup>111</sup>

Los síntomas de la fiebre puerperal varían en gran medida por el grado de resistencia que presenta la mujer. Monckeberg señala que la matrona tiene que tener presente cómo son los síntomas. Reitera: *“la matrona tiene la necesidad imperiosa de tomar la temperatura axilar por lo menos dos veces al día”*<sup>112</sup>. En el caso que se presente la temperatura mayor a 38°, la matrona debe avisar al médico para que dirija un tratamiento.

Monckeberg no ahonda mucho en los accidentes locales en el momento del parto. Al respecto señala: *“solo estudiaremos a la ligera los accidentes locales, porque su estudio incumbe de un modo especial al tocólogo i no a la matrona”*<sup>113</sup>. De esta forma, podemos inferir que las mujeres no se dedicaban a la asistencia de las fiebres puerperales, de la misma forma que sucedía con las parteras. Cabe preguntarse ¿por qué si fueron instruidas con el objetivo de disminuir las muertes materno-infantil, cuya principal causa en ese entonces eran las fiebres puerperales, no fueron preparadas para aquello en específico?

Así se demuestra en el caso de la septicemia puerperal, donde se señala que el papel de la matrona se reduce a cumplir con las prescripciones que el tocólogo le indique, *“i en ningun caso debe ella tomar la iniciativa. Debe la matrona tener mui presente la gravedad de estas infecciones, i por esta razon debe siempre colocar su termometro a la recién parida dos veces al día, tarde i mañana”*<sup>114</sup>. No obstante, hay que tener en consideración la participación real de las matronas en estos casos, que, ante la ausencia de médicos, eran ellas las que debían tomar acción. En este caso, es importante reconocer que como en toda situación, pueden existir diferencias entre la teoría y la práctica. Las situaciones de urgencia ameritaban la actuación rápida del personal de salud, por lo que lo más probable es que las matronas hayan tenido que atender estos casos. Así lo señala Monckeberg, cuando indica que la matrona toma un rol más protagónico cuando la lejanía del lugar impedía que hubiera un médico cerca, *“mas si la matrona se halla fuera de la ciudad donde la presencia del médico tiene que ser tardía”*<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> Monckeberg, 1898, p. 409

<sup>112</sup> Monckeberg, 1898, p. 409

<sup>113</sup> Monckeberg, 1898, p. 406

<sup>114</sup> Monckeberg, 1898, p. 412

<sup>115</sup> Monckeberg, 1898, p. 412

## 6.6 Reglamentación concerniente a la profesión de matrona

En la última parte del manual de obstetricia, Monckeberg dedica unas páginas a explicar la reglamentación actual (1898) sobre la profesión de las matronas. En el caso de que la parturienta o el recién nacido presenten problemas tras la asistencia de la matrona, Monckeberg expone que se puede deber a dos situaciones o hipótesis. Por un lado, están aquellos casos donde la matrona causa daño con pleno conocimiento e intención. Por otro, hay casos de negligencia e ignorancia por parte de la matrona, por no tener conocimiento correcto sobre su profesión *“asi por ejemplo, una matrona que antes de asistir a una parturienta, no se se desinfectase, o administrase el sécale estando el fitero ocupado, serian faltas por negligencia o por ignorancia”*<sup>117</sup>. Con esto podemos deducir que cuando la matrona no realiza los mecanismos de asepsia y antisepsia, se trataría de una negligencia por desconocimiento de su profesión, o sea, que no lo harían con intención. Razón por la cual es importante su formación profesional.

En el caso de que la matrona incurriera en una negligencia, se le considera reo solo de un cuasi-delito, ya que se supone que no hubo mala intención de causar daño a la parturienta, esto se pudo haber producido por una *“grave negligencia o descuido”*. Por lo tanto, se le castigará conforme a los artículos 490 y 491 del Código Penal: *“con reclusion o relegacion menores en sus grados mínimos o medios, cuando el daño causado equivale a un crimen, i con las mismas penas o multas de ciento a mil pesos cuando importare un simple delito”*<sup>118</sup>

Por otro lado, la ley también sanciona a la matrona cuando comete un *“descuido culpable”* aunque no sea tan grave como para causar daño en las personas. Un ejemplo de esto puede ocurrir cuando la matrona abandona a la parturienta antes de las 3 o 4 horas después del alumbramiento, exponiéndola a hemorragias que no podrán ser atendidas por su ausencia. En este caso, *“se le castiga con prision en sus grados medio o maxime o multa de diez a cien pesos”*<sup>119</sup>

Además de la legislación vigente concerniente al correcto funcionamiento de su profesión científica, también hay otros criterios que debe mantener la matrona, como lo es *“el secreto profesional”*. En este caso Monckeberg señala que la matrona, por razones de su oficio, es depositaria de secretos que se le han confiado, y que, por ninguna razón, excepto que se le solicite en términos legales, puede revelar la información. Monckeberg señala que la matrona *“no debe olvidarse, pues, que muchas veces, de ella depende la honra de una familia i que si sabe guardar su secreto, nunca quedara sin recompensa, i si falta a él sera castigada”*<sup>120</sup>. El tema de la honra es un elemento muy presente durante el siglo XVIII y que habla del tema de la moralidad.

---

<sup>117</sup> Monckeberg, 1898, p. 430

<sup>118</sup> Monckeberg, 1898, p. 430

<sup>119</sup> Monckeberg, 1898, p. 430

<sup>120</sup> Monckeberg, 1898, p. 431

## Conclusiones

Desde el siglo XVIII, los círculos médicos y las autoridades políticas responsabilizaron a las parteras tradicionales de los altos índices de mortalidad materno-infantil. Como solución a las supuestas “*malas prácticas*” desempeñadas por estas mujeres se propuso la institucionalización de la labor, proceso que ya se venía desarrollando en algunos países de América latina, siguiendo el ejemplo de las sociedades europeas.

La institucionalización de la partería implicaba dotar de una formación científica y reglamentada el oficio. Este proyecto fue liderado por médicos como Lorenzo Sazié y Adolfo Murillo, quienes contaban con los conocimientos más avanzados sobre la obstetricia europea. Como es posible evidenciar en sus trabajos, estos médicos estuvieron condicionados por el paradigma de la época, correspondiente al higienismo.

Es por esta razón, que podemos señalar que la institucionalización de la partería se implementó bajo los principios higienistas. El higienismo plantea que las condiciones del entorno y el ambiente contribuían en la proliferación de enfermedades. Uno de los elementos que formaba parte del higienismo era la moralidad, por lo tanto, el nuevo discurso sobre la partería considerará importante la calidad moral de quienes ejercieran la labor. Bajo esta idea, quienes asisten los partos no podían seguir siendo las llamadas “*parteras ignorantes*”.

La introducción del higienismo viene acompañada de la necesidad de crear la figura de “mujeres de bien”, de calidad moral intachable para la asistencia de las parturientas. En Europa, tenían el nombre de matronas, por lo que en Chile también se les llamó de esa forma. En nuestro país, su formación se realizó inicialmente en una pequeña sala en la Casa de Expósitos, para luego instalarse en la Casa de Maternidad de Santiago, en los territorios aledaños al Hospital San Borja en 1875.

De la misma forma, es posible identificar que la aplicación de los elementos morales no solo implicaba a quien asistía el parto, sino que también a las parturientas. La institucionalización de la partería, y su materialización en la Casa de Maternidad, estuvo acompañada de un proceso de reeducación hacia la parturienta, contemplando el resguardo de su calidad moral. Este proceso estuvo a cargo de las matronas, cuya importancia también estaba en la labor que desempeñaban como educadoras de estos principios higienistas en la sociedad.

La formación de las matronas tuvo un carácter teórico y práctico gracias al temprano contacto que mantenían con las parturientas en las salas de maternidad. Esto las fue dotando de un conocimiento científico supervisado por los médicos. El ejercicio de las matronas se mantuvo dirigido e inspeccionado por los médicos obstetras, cosa que no ocurrió con las parteras, ya que estas últimas ejercían en la clandestinidad. En este sentido, llama la atención que en las fuentes revisadas se haga hincapié en la calidad moral de la matrona y no así en la de los médicos. No sabemos a qué se debe esto, podría ser por un elemento de género que interviene

en este caso., similar a lo planteado por Jordan (1993) en sus tesis sobre conocimiento autoritario.

Es posible señalar que, la formación de las matronas estuvo orientada por los paradigmas sobre el origen de las enfermedades, ya que su principal labor consistía en disminuir las muertes materno-infantil. Con el avance de la ciencia sobre el origen de la fiebre puerperal y el desarrollo de la teoría de los gérmenes, las matronas se constituyeron en las principales encargadas de implementar las medidas de asepsia y antisepsia durante el parto.

Es importante destacar que el cambio desde el paradigma higienista (o teoría miasmática), hacia la teoría de los gérmenes (o microbiana) no se produjo de manera abrupta, sino que fue una transición lenta. Así se puede evidenciar en el caso de la obstetricia y de los manuales que fueron analizados en esta investigación. En ellos es posible identificar la mezcla de ambas teorías para explicar el origen de las enfermedades. Esto se refleja en el manual de obstetricia del doctor Carlos Monckeberg (1898), que, si bien reconoce la existencia de microorganismos en el surgimiento de las enfermedades, aún sigue repitiendo el discurso higienista relacionado a la condición social y moral de todas las personas involucradas en la asistencia al parto. Otro de los elementos importantes que se evidencia en el manual de Monckeberg es el papel de la matrona como encargada de preservar las medidas de asepsia y antisepsia. Pero no solo eso, sino que también era importante su rol como promotora y educadora de estas medidas hacia la parturienta y su familia. Por lo tanto, esta educación inicial que brinda la matrona la involucra en un aspecto que excede lo médico, y la posiciona en un lugar importante en la conexión con la sociedad, lo cual no ha sido reconocido.

## Fuentes y bibliografía

### *Fuentes primarias*

Allende, R. (1865). *Medicina. Casas de maternidad: utilidad de estos establecimientos, posibilidad, i aun necesidad, de establecer uno en esta capital, i ventajas especiales que reportaría su existencia.* Anales de la Universidad de Chile, , Pág. 525-534.

Consejo de Higiene Pública (1876). Boletín del consejo de higiene pública desde el 1° de mayo hasta el 14 de diciembre de 1876. Sección Chilena. Biblioteca Nacional Digital de Chile.

Fierro Castillo, J. (1896). *Necesidad de reglamentar el servicio de las matronas en Chile.* Memoria para optar al grado de licenciado en Medicina i Farmacia. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Museo Nacional de Medicina.

Jünemann, José. (1887). *Profilaxis y tratamiento de la fiebre puerperal.* Tesis manuscrita para optar al título de médico. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Museo Nacional de Medicina.

Monckeberg, C. (1898) *Manual de Obstetricia: para el uso de la matrona.* Santiago: Establecimientos poligráfico Roma, 1898. 433 p.il.

Pérez Barahona, Ernestina (1887). *Elementos de Higiene popular.* Tesis manuscrita para optar al título de médico. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Museo Nacional de Medicina

Prieto, J. (1834) Decreto 16 de julio de 1834. Publicado por El Araucano, Santiago, N° 201, 18 de julio de 1834, p. 4 Disponible en “Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica”, Maria Soledad Zárata (2007).

Sazié, L (1835). *Discurso del Dr Lorenzo Sazié en la apertura del curso de obstetricia (1835).* Publicado en “El Araucano”, 8 de mayo de 1835, Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile 112: 297-300, 1984.

Schneider, G. (1868). *Medicina. Algunas observaciones sobre dipteritis, el tifus i la viruela, i sobre nuestras instituciones médicas.* Discurso de don Jerman Schneider en su incorporación a la Facultad de Medicina, leído el 22 de mayo de 1868. Anales de la Universidad de Chile, pág. 563-582.

## ***Bibliografía***

Biotti, Ariadna & Zamorano, Paulina (2003). Parirás con dolor. Las parteras y el discurso médico a fines de la Colonia. *Cuadernos de Historia*, (23), 37-50.

Caffarena, P. (2020). La enfermedad y sus causas en el siglo XIX chileno: La mirada del doctor Guillermo Blest. *Revista chilena de infectología*, 37(5), 591-596.

Carrillo, Ana María. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, 50(2), 149-168.

Cwikel, J. (2008). Lecciones de Ignaz Semmelweis. Una actualización epidemiológica y social para la maternidad segura. *Medicina Social*, 3(1), 53-73.

Díaz, Laura. & Oropeza, Luciano (2007). Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte. *Revista Dynamis*. [0211-9536] 2007; 27: 237-261pp Departamento de Estudios en Educación, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

Ehrenreich, Barbara., & English, Deirdre. (1973) *Witches, midwives, & nurses: A history of women healers*. The Feminist Press at CUNY.

Folchi Donoso, M. (2007). La higiene, la salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile (1843-1925). Repositorio académico Universidad de Chile.

González, M. (2017). *Logros son acciones. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile, el Servicio Nacional de Salud, 1952-1973*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile, p. 34.

Miranda, M., & Navarrete, L. (2008). Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 54-57.

Osorio, Carlos. (2015). Historia de la enseñanza de la microbiología en Chile: centros formadores. *Revista chilena de infectología*, 32(4), 447-452.

Porto, F., & Cardoso, T.C.. (2009). La lucha de las parteras diplomadas por la práctica de la obstetricia en Rio de Janeiro (Brasil). *Enfermería Global*, (15)

Ruiz, I. S., & Andaur, R. S. (2017). Introducción del paradigma higiénico sanitario en Chile (1870-1925): discursos y prácticas. *Anuario de Estudios Americanos*, 74(2), 643-674.

Sánchez, Georgina. & Laako, Hanna. (2019). *Parterías de Latinoamérica: Diferentes Territorios, Mismas Batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.

Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. En *Revista Latinoamericana de Estudios sobre*

Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 25-36.

Silva, A. B., Araya, N. G., & Valdés, J. R. (2009). Transcripción y estudio preliminar de las causas judiciales seguidas a Josefa Orrego y Tránsito Muchel, parteras. *Cuadernos de Historia*, (30), ág-115.

Volcy, C. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. *Iatreia*, 20(4), 407-421.

Zamorano, P; Araya, A. ; Guerra, N. ; Ruiz, (2011) *Vencer la cárcel del seno materno : nacimiento y vida en el Chile del siglo XVIII*. Universidad de Chile, Santiago de Chile

Zárate, María. S. (2007a). *Dar a luz en Chile: De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zárate, María. S. (2007b). De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la educación*, (27), 284-297.

Zárate, María. S. (2007c). Parto, crianza y pobreza en Chile. *Historia de la vida privada en Chile*, 3.

Zárate, María. S. (2008). Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile. In *Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile* (pp. 284-284).

Zárate, María. S. & Del Campo, A. (2014). Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux-Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds*.

Zárate, María. S. (2013). Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950. *Historia de las mujeres en Chile*, 2, 119-155.