

Universidad de Chile
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**“SIGNIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE PARTERA A
MATRONA EN EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN DE
LA ATENCIÓN SANITARIA DESDE 1834 HASTA 1900
EN CHILE”**

MARÍA JOSÉ CORNEJO MORENO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA DE TESIS: FANNY BERLAGOSCKY MORA

Santiago, mayo 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis Fanny Berlagosky, excelente docente y persona. Su carisma, su disposición y su pensamiento crítico guiaron un proceso complejo y nuevo para mí, agradezco cada palabra de aliento que permitió terminar esta tesis en un momento de crisis política, social y sanitaria. Un honor haber sido acompañada por una docente que inspira.

A mis padres por su apoyo, y ante todo por su confianza inquebrantable frente a cualquier desafío personal que asuma, por ser mi refugio constante y ser el pilar fundamental de mi vida.

A Gabriel, mi compañero eterno que ha estado presente en mis aciertos y desaciertos de este proceso, quien me apoyó y alentó, quien me cobijó y me calmó. Eternamente agradecida por su compañía incondicional.

Finalmente, a la escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile que me permitió acceder al magister de Salud Pública, potenciando una arista en la formación sanitaria distinta, compleja, pero hermosa.

Tabla de contenido

I.	Introducción	7
II.	Marco teórico	11
1.	El surgimiento de una nueva medicina bajo el alero de una joven República. ..	11
1.1	Una nueva medicina	11
1.2	De parteras a matronas: Desde el oficio popular al oficio científico	15
2.	La medicalización de los cuerpos de las mujeres como estrategia del discurso médico higienista positivista en Chile	20
2.1	Positivismo	20
2.2	Higienismo.....	21
2.3	Medicalización de los cuerpos de las mujeres	23
3.	El género como categoría de análisis en el surgimiento del oficio partera y matrona.....	24
III.	Objetivos de investigación	28
	Objetivo general	28
	Objetivos específicos.....	28
IV.	Marco Metodológico	29
1.	Diseño de estudio.....	29
2.	Fuentes de información.....	31
3.	Muestreo y unidades de estudio.....	34
4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
-	Técnicas de recolección de datos	35
-	Instrumentos de recolección de datos	37
5.	Análisis de datos	39
6.	Limitaciones del estudio.....	44
7.	Aspectos éticos.....	45

V.	RESULTADOS	46
	Capítulo 1. Saberes y prácticas de la partería y matronería en el siglo XIX	46
	1.1 La atención del parto en manos de mujeres	46
	1.2 Parteras y matronas en la esfera social.....	48
	1.3 Formación, facultades y limitaciones en el arte de parrear	49
	Capítulo 2. La significación del oficio partera y matrona en el siglo XIX desde una perspectiva de género.....	56
	2.1 El discurso higienista y la concepción del cuerpo femenino: <i>Instalación del dispositivo de poder médico por medio de la significación de la partería y matronería durante el siglo XIX</i>	56
	i. Higienismo y el dispositivo médico	56
	ii. El discurso médico como estrategia de poder	61
	2.2 Valorización social de la partería y matronería durante el siglo XIX: <i>La identidad subjetiva y la construcción de lo femenino en el oficio partera y matrona.</i>	
	67	
VI.	Discusión	77
VII.	Conclusión	82
VIII.	Bibliografía	87
IX.	Anexos	95

Significación de la transición de partera a matrona en el proceso de medicalización desde 1834 hasta 1900 en Chile.

Palabras claves:

Parteras, matronas, género, medicalización sanitaria, salud pública

RESUMEN

Marco teórico: Se había intentado regular el oficio de las parteras durante el siglo XVIII, pero debido por una parte a la inexistencia de instituciones formadoras del oficio, y por otra parte, la población femenina que no le interesaba ejercer tal disciplina, no se logró. Sin embargo, bajo la dirección del médico Sazié, en la Casa de Expósitos de Santiago en 1834 se dicta por primera vez el curso formal para la instrucción de matronas. El rol y atributos de estas matronas, fue precisamente la construcción de un modelo de la naturaleza femenina, cuya tesis central era científico, el cual sostenía la desigualdad biológica para la mujer y su esencia natural a la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento **Objetivo:** Analizar la significación de la transición de parteras a matronas en el periodo de medicalización en la atención sanitaria desde 1834 hasta 1900 en Chile. **Material y método:** Metodología cualitativa, cuyo tipo de estudio es histórico desde una perspectiva de género. La técnica de recolección de datos será la revisión documental, y para el análisis de datos se utilizó el paradigma interpretativo-hermenéutico. **Resultados:** Las matronas y parteras compartían el ser mujeres, sin embargo, ambos oficios se vieron configurados bajo un discurso médico higienista-positivista, en consecuencia, sus facultades y limitaciones estaban determinadas por ser mujeres y por su condición social, además, de atributos que encajaban con el pensamiento médico de la época. **Conclusiones:** Como discusión, la representación y valoración tanto de la partera tradicional como de

la matrona examinada obedece a una construcción imaginaria más que a una realidad, aquello es importante de considerar, pues permite examinar toda interpretación biologizante, reflexionando y diferenciando lo real, lo imaginario y lo simbólico en la construcción del lenguaje por medio del discurso. Por otro lado, valorar la relevancia de los estudios históricos de nuestra disciplina nos permite dialogar con otras áreas superar la simple narración celebrativa de eventos en la historia de la salud pública y asumir el desafío de comprender, interpretar y aprender de los condicionantes políticos, económicos, sociales, culturales, y sanitarios como factores determinantes en el surgimiento de las profesiones sanitarias.

I. Introducción

La realización de esta investigación, sin duda, se asumió como un desafío personal y profesional, cuyo propósito principal era aportar, por un lado, contenido histórico, y, por otro visibilizar la importancia de la partería y matronería en Chile.

Este trabajo no tuvo como propósito exponer solo hechos históricos como la creación de la Escuela de Matronas en 1834, ni tampoco desarrollar la medicalización del embarazo y el parto, sino más bien, buscó analizar la significación de la transición de partera a matrona durante el siglo XIX, como sujetas históricas que aportaron en el desarrollo de la salud pública de Chile. Tomando en cuenta el contexto socio histórico del periodo colonial chileno anterior al tiempo de estudio de esta investigación, donde Chile era gobernado por la corona española y formaba parte del imperio español, nos permite comprender, que la formación de una joven república en el siglo XIX, se vio caracterizado por una serie de procesos internos, donde uno de ellos obedece a la necesidad de formar matronas examinadas. Ante esto, el estudio de la significación de la transición de partera a matrona no debe ser visto como un hecho aislado al contexto político por el que avanzaba nuestro país, es más, se debe tener en cuenta la conexión entre la política, las decisiones sanitarias y la percepción que surge sobre las parteras tradicionales y las matronas examinadas, pues el rol de estos oficios se han visto a lo largo de la historia dinámicos en diferentes partes del mundo, y por sobretodo en diferentes periodos políticos y económicos.(1)

A pesar de las diferencias entre partera tradicional y matrona examinada, sus roles fueron clave para la asistencia médica formal del parto, contribuyendo a la salud pública de aquel momento, aun cuando Chile se caracterizaba por poseer una alta mortalidad materna e infantil.(2) Tanto las parteras como matronas

permitieron dar cobertura sanitaria del siglo XIX, sin embargo, tal como sostiene Zárata (3), el reconocimiento político de tales oficios ha sido marginal. Por lo que, surge la necesidad de estudiar los hechos históricos desde otra perspectiva.

Ahora bien, la historia como ciencia nos permite ahondarnos en los caminos del pasado y obtener respuestas del presente; el hoy no es cuestión de coincidencia, sino que es la creación de relatos humanos con decisiones, proyectos, disputas, victorias y derrotas. En ese sentido, estudiar los hechos históricos permiten comprender el cómo se fue consolidando la matronería en Chile, cuestión fundamental para la construcción de una memoria colectiva de las y los matrones, comprendiendo la importancia de la creación de una identidad profesional. El conocimiento de la historia es, sin duda, un proceso de revisión crítica, de cuestionamientos a textos y documentos, y que requiere desempolvar libros y documentos que quizá nos pueda deslumbrar verdades individuales y colectivas.

Para esto, he recurrido a fuentes históricas e investigaciones de historiadores, las cuales aluden al oficio de la partera en el Chile colonial y la profesionalización de la matrona a fines del S. XIX, limitando tales fuentes al tiempo de estudio de esta tesis.

La disponibilidad de evidencia histórica sobre oficios y profesiones como la partería y matronería, respectivamente, es reducida en nuestro país, esto se sostiene en la dificultad de acceder y/o encontrar documentos de la época que aborden tales oficios.

Asimismo, los estudios cuyo enfoque sea el desarrollo de la obstetricia y la vinculación con parteras y matronas pareciera ser inexistente, si no fuera por los esfuerzos y el trabajo de historiadoras que han logrado realizar trabajos destacables acerca de tal área de investigación como los escritos y libros ya dispuestos por la historiadora María Soledad Zárata, por ejemplo, su libro *“Dar a luz en Chile: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica”*, cuyo trabajo no solo entrega una descripción sobre las condiciones de parto y salud de las mujeres

en aquel tiempo, sino que también lo aborda desde una perspectiva de género, por lo tanto, es un pilar fundamental para el desarrollo de esta tesis.

Por otro lado, otros aportes históricos para efectos de esta tesis lo entregan textos como *“Historia de la Medicina Chilena”* de Ricardo Cruz -Coke, la *“Medicina Colonial en Chile XVI, XVII y XVIII”* de Enrique Laval. Asimismo, la historiadora Sol Serrano en su libro *“Universidad y Nación”* se encuentra un capítulo exclusivo sobre la medicina chilena, cuyo título es *“Medicina. Los inicios de una profesionalización exitosa”*. Por último, la historiadora María Angélica Illanes, en su texto *“En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia de la Salud Pública: Chile 1880/1973. Hacia una Historia Social del siglo XX”*, relata las prácticas de la salud y la conformación del Estado de Chile.

El periodo de tiempo a estudiar corresponde desde 1834 hasta 1900, periodo en el cual figuran hechos importantes en la historia de la obstetricia nacional, como estrategia a la modernización de la medicina en la reciente República de Chile. El surgimiento de tal disciplina conlleva a un proceso de transición donde convive el oficio de partera con el oficio-profesión matrona. Antes esta situación, se plantea la pregunta de investigación que obedece al propósito de este estudio: ***¿Qué significó la transición desde la figura de partera a matrona durante el proceso de medicalización desde 1834 a 1900 en Chile?***

Por un lado, la naturaleza de la pregunta de investigación debe ser abordada por medio de un estudio cualitativo, requiriendo un análisis interpretativo de los documentos. Por otro lado, la finalidad de reflexión bajo la significación de partera a matrona durante el proceso de medicalización de la atención entre 1834-1900, nos invita a comprender con antelación que la significación es una construcción humana que nace del proceso sógnico, permitido por la función simbólica del lenguaje, en otras palabras, por la facultad de representación mediadora de la realidad; nace como resultado de una triple relación: el ser humano, las cosas y los fenómenos; el ser humano y su experiencia subjetiva, y

el ser humano y su interacción con sus semejantes. De tal manera, la significación surge como representación de la realidad como experiencia subjetiva y como medio de interacción social.(4)

En ese sentido, la significación histórica de la transición de partera a matrona y su aporte al proceso de medicalización de la atención sanitaria, no solo corresponde a un acontecimiento definido por las consecuencias que conllevó, a una construcción humana colectiva, a través de la interpretación de la cultura, la cual se encuentra condicionada por prácticas sociales y culturales propias de la comunidad. (4).

II. Marco teórico

Para efectos de esta investigación se presentan algunos antecedentes históricos-conceptuales, relevantes para esta investigación.

1. El surgimiento de una nueva medicina bajo el alero de una joven República.

1.1 Una nueva medicina

La medicina colonial en Chile al terminar el siglo XVIII se describe como una medicina inferior en comparación a otros territorios como el Perú (7). Si bien, contaba con la fundación de la Real Universidad de San Felipe y el funcionamiento del Real Protomedicato, correspondiente a una institución encargada de “ *vigilar y certificar las destrezas de boticarios, enfermeros, parteras, médicos y cirujanos,*”(8) lo cual, significó subsanar problemáticas como la asistencia hospitalaria y de beneficencia pública, no fue suficiente para lograr resolver problemática de otro orden como la dependencia profesional médica externa y el ineficaz manejo de epidemias que aquejaban al territorio como la viruela, tuberculosis, tifus y sífilis. Aquello contribuía a la valorización ineficiente, precaria y menospreciada hacia la profesionalización médica.(7)

Ante semejante panorama se hacía necesaria una reforma a la medicina en Chile y el continente, en consecuencia, durante la época de la independencia entre 1810 y 1835 la medicina hispanoamericana se caracterizó por la “*apertura de las nuevas corrientes médicas reformistas, el intercambio de profesionales europeos, la fundación de escuelas de medicina y cirugía unificadas, de academias de medicina, y la activa participación de destacados médicos en la vida política de las nuevas repúblicas.*”(9)

La llegada de médicos extranjeros comenzó hacia finales del siglo XVIII, y por sobre todo a partir de la Independencia de Chile, los cuales al poseer estudios formales y preparación clínica les permitió trabajar junto a los gobiernos de esta nueva república para mejorar las condiciones sanitarias de la población.(10).

Sin embargo, para los médicos extranjeros que llegaban a nuestro país no les fue fácil la consolidación del nuevo paradigma médico, por un lado, existían dificultades que respondían al inestable escenario político de la nueva República, y por otro lado, la valoración social del médico se veía amenazada y cuestionada, pues aún en la naciente república la mayoría de los procesos de sanación y/o atención de enfermedades estaban en manos de meicas, curanderas o sanadoras.(8) Además, del desinterés de estudiar medicina en el territorio, es más, hay registros de la clausura de la cátedra de medicina en 1809 en la Universidad de San Felipe debido a la ausencia de alumnos interesados(9). Incluso, en el Chile colonial, se debía ofrecer ciertas recompensas para generar una motivación forzada, tal como manifiesta en 1791 el procurador de Santiago *“la carencia de facultativos se debía a la parquedad de los honorarios, además del rechazo de la juventud a los estudios médicos por considerar que no cumplían con las pretensiones de caballería y se solicitaba que los jóvenes sin recursos, a cambio de casa y comida, se interesaren por los estudios médicos”*(11). No obstante, su valorización social, se comienza a consolidar a mediados del siglo XIX, pues se comienza a contemplar un nuevo paradigma sobre la enfermedad y la sanación.(9)

La falta de formación médica en Chile y el fracaso de la Universidad de San Felipe al intentar formar una cátedra médica, conllevó a que el Instituto Nacional se hiciera cargo de validar los títulos profesionales, y formar la escuela de Medicina cuyo currículo comprendía asignaturas como fisiología, anatomía, medicina, cirugía, obstetricia, farmacia, higiene y materia médica, además, se incluía la preparación de medicamentos destacando las hierbas medicinales locales.(8) A

su vez, el médico Grajales en 1819, presenta un plan de estudios médicos , el cual consistía un curso de cuatro años , para estudiantes “populares”, es decir, para parteras, flebotomos y sangradores. Sin embargo, Nataniel Cox presenta un informe al senado ese mismo año para rechazar el plan de formación.(9)

A dos décadas de la emancipación, los esfuerzos por construir una medicina republicana no habían sido plenamente fructíferos, aun cuando la independencia política estaba asegurada, y la llegada de profesionales extranjeros al país cada vez era mayor, no habían sido suficientes para crear una medicina propia y nacional.(9)

Aquello, sin duda, era un problema y las figuras políticas la época eran conscientes que era imperioso solucionar los problemas que aquejaban al pueblo chileno(9), pues la medicina se consideró como una herramienta modernizadora del Estado, por lo que requería evolucionar desde *“un oficio tradicional empírico a una profesión moderna basada en el conocimiento científico”*(10) Por ende, se inicia el proceso de surgimiento de una medicina nacional en conjunto al nacimiento del Estado en forma y de la República autoritaria.(9)

Para esto, se restablece el Tribunal del Protomedicato, además, de tener como prioridad preparar la implementación de la puesta en marcha de la Escuela de Medicina en el instituto nacional e iniciar formalmente el primer curso de la carrera de Medicina, como así mismo formar especialistas en farmacia y parteras, sin embargo, vuelve a fracasar. Ya en el año 1833 el gobierno junto a algunos médicos foráneos confluó en la necesidad de crear *“el primer curso que contribuiría a desvanecer esa preocupación vulgar que había llevado al descrédito de la profesión en el país”*.(12) Por lo que se reformula nuevamente, un curso de ciencias médicas en 1833, una clase de farmacias en 1833 y la creación de la Escuela de Matrona en 1834.(9)

Ya en el año 1842 ocurre un hito trascendental en la historia de la medicina, pues se completó la tarea fundacional de la construcción de las bases de la medicina

nacional con la creación de la Universidad de Chile después de un largo proceso de maduración. Por lo demás, en ese mismo año se cimenta finalmente la liberación política de España y dueña de una identidad cultural, por lo que la medicina chilena podía ahora marchar libremente en el marco de la cultura europea despidiendo el espíritu del romanticismo que se agotaba y acogiendo la alborada del positivismo, que iba a marcar, en la segunda mitad del siglo XIX, el progreso científico de la medicina universal, al que ahora Chile se había integrado plenamente.(9) En este proceso de profesionalización fue de gran relevancia la fundación de la universidad de Chile y la Escuela de Medicina en 1842, que por lo demás, constituyeron un hito histórico al educar fuera de los márgenes de la iglesia, bajo un paradigma positivista y liberal.(13)

En la fundación de la Universidad de Chile participaron los más destacados estadistas chilenos de la época y los mejores médicos extranjeros avecindados en La Facultad se creó por la acción conjunta de estas grandes personalidades, sin que intervinieran en su creación médicos chilenos.(9) Tal es el caso, del médico francés Lorenzo Sazié, quien en 1834 fundó la Escuela de Matronas, funcionando hasta en 1872 en la Casa de Huérfanos en Santiago.(8) Tal hito constituye un hecho histórico que refleja la preocupación por la asistencia médica -científica del parto en Chile, pues la formación de matronas y médicos en materia de la obstetricia en el Chile republicano tenía como objetivos *“convertir la atención del parto en una tarea sanitaria de la medicina profesional y restringir el predominio de la influencia y acción de las parteras o empíricas, propósitos que se lograron sólo parcialmente durante el siglo XIX.”*(2)

La última década de la República liberal se caracterizó, al igual que en la civilización europea, por ser una época de gran desarrollo político, económico, cultural y social, durante el cual la juvenil medicina chilena se incorporaría en plenitud. Pues, desarrollaron una pujante nueva sociedad burguesa democrática,

consiguiendo grandes logros de progreso material y cultural, que permitieron a la medicina chilena alcanzar el apogeo de su desarrollo en el siglo XIX.(9)

El rol del Estado fue fundamental en el desarrollo de la medicina, pues creó una institucionalidad que reguló el ejercicio médico en términos legales, administrativos y de infraestructura, permitiendo que la disciplina se consolidara como una profesión moderna y científica a finales del siglo XIX y a inicios del siglo XX.(8)

1.2 De parteras a matronas: Desde el oficio popular al oficio científico

En el Chile colonial, las enfermedades eran ligadas a una cosmovisión tradicional, la cual, se basaba en la vinculación del cuerpo con aspectos naturales y sobrenaturales”.(22) Tal percepción, se tenía de manera transversal en la sociedad, por lo que, la medicina popular *“tenía una amplia validez social y cultural.”*(22) Y es que tales saberes populares *“fueron el único medio de hacer frente a diversas dolencias”*.(22)

Dentro de la posición curativa colonial, se encontraban los conocidos curanderos, los cuales, ejercía la medicina natural liderando la atención sanitaria de la población.(23) Dentro de estos oficios paramédicos informales habían mujeres que los ejercían, las cuales, eran llamadas *“parteras, comadronas y, en ocasiones, las meicas o médicas [...] encargados de cumplir una doble función: asistir a las parturientas y curar enfermedades específicamente femeninas y de los recién nacidos.”* (23)

Es relevante mencionar que la partera debe ser considerada como *“figura histórica -que- hizo su aparición en la época colonial con la llegada del imperio español a América”*(24).

Asimismo, lo registra Diego de Rosales, *“que estando una mujer con dolores de parto [...] la echan fuera de la ruca para que vaya á desembarazar al río, porque creen que todos los males de estas enfermas se pegan á los sanos y a todos los objetos que haya dentro del rancho”*(25)

Incluso, Martínez de Bernabé en su escrito La Verdad en Campaña, relata que: *“próximas al parto las indias toman una estaca, un cuchillejo y un hilo de lana, buscan solas las inmediaciones de un arroyo, clavan la estaca, y ya evacuadas, se lavan en el agua fría y bañan al recién nacido, volviéndose á su casa á sentarse al hogar, con gran satisfacción de su método de parir”* (26)

No obstante, la figura de la partera fue fundamental en el Chile colonial, pues *“la partera prestaba un servicio que no brindaba la asistencia médica.”*(24) Aquello permitió que estas mujeres gozaran de gran prestigio, aún más en las zonas rurales donde la atención médica no llegaba.(24)

Las primeras mujeres de las que se tiene registro de ejercer el oficio de partera y matrona examinada son de Elena Rolón (27), quien era mulata, e Isabel Bravo, respectivamente. En cuanto a esta última, es señalada por los historiadores como una *mujer de buen apellido*(28)(29) , quien fue la primera matrona examinada por el protomedicato en Lima en 1568. (28)

Sin embargo, tanto para el Protomédico doctor José Antonio Ríos como para el médico José Llenes, el oficio de partera era deplorable.(30) Sin duda, tales apreciaciones y juicios criminales abren el debate en el espacio público sobre la atención del parto, la necesidad de profesionalizar la práctica médica y de controlar el parto.

Como registro ejemplificador del juicio a fines del siglo XVIII que comenzaron a ser sometidas las parteras, se relata la sentencia a dos querellas en contra de Tránsito Muchel y Josefa Orrego por “abusos cometidos a la profesión”, cuya sentencia fue: *“Ambas parteras serían expuestas por dos horas a la vergüenza*

pública con un rótulo que identificara su falta, en un lugar levantado para no impedir la visión. También deberían servir en el Hospital San Borja, quedando perpetuamente inhabilitadas para ejercer nuevamente el oficio. Cualquier contravención a este dictamen que además concluyera con lesiones a alguna mujer, significaría la muerte en la horca”(31)

Tal necesidad se tradujo en ciertos sucesos como el establecimiento del Tribunal de Protomedicato (1756), la fundación del Hospital de mujeres (1771) y la creación de la cátedra de Prima Medicina.(32) Sin embargo, tales deseos del cuerpo médico presentaban una limitación, *“la falta de especialistas- que pudieran- examinar a las mujeres que se dedicaban a asistir a las parturientas y con ello terminar con lo que consideraban abusos o práctica ilícita.”(32)*

Es así, como bajo la dirección del médico Sazié, en la Casa de Expósitos de Santiago en 1834 se dicta por primera vez(23) el curso formal para la instrucción de matronas.(3)El evento edificador a la formación de matronas correspondió al hito de la creación de la escuela de matronas , la cual inició la formación de la primera generación de matronas examinadas(3)

Anteriormente, se había intentado regular el oficio de las parteras durante el siglo XVIII, pero debido a que las atribuciones del Protomedicato de ese entonces eran mínimas, no se logró, pues, por una parte, no existían instituciones formadoras del oficio, y por otra parte, la población femenina aún no le interesaba ejercer tal disciplina.(2) Por lo tanto, se dio inicio solo a la divulgación en ese momento de una cartilla escrita por un médico español(2), la cual, tal como señalaba tal cartilla era *“útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear.”(33)* Sin embargo, luego del proceso independentista, la elite política *“veía con preocupación la amenaza que representaban los altos índices de mortalidad materno-infantil durante el parto y el puerperio para el necesario crecimiento demográfico” (23)*Y ante aquello, tanto la formación de matronas como el desarrollo de especialidades médicas

emergentes como la obstetricia y ginecología *“tuvieron el objetivo principal por un lado de convertir la atención del parto en una tarea sanitaria, y, por otro lado, restringir el predominio de la influencia y acción de las parteras”* (2)

Para dar pie al cumplimiento de tales objetivos, en 1834 se firma el decreto supremo que señalaba los requisitos para la admisión gratuita al primer curso de obstetricia dirigido a matronas. Las primeras graduadas(34) lo hicieron en 1836 en la Casa de Huérfanos, la cual correspondía a la Escuela de Obstetricia. En aquel entonces los nombres de las alumnas fueron publicados en el Diario Araucano por orden de mérito por el tribunal del Protomedicato.(34)

A pesar la construcción de un espacio institucional para la formación de matronas, el plan de estudios sufrió numerosos cambios, orientados principalmente a la modernización y profesionalización.(2)

A su vez, las reiteradas interrupciones, según Zárata, se debió a *“la fragilidad de esta formación y de un proyecto institucional que no tuvo prioridad entre lo que se entendía como ‘profesiones médicas’(3)’*. Incluso, aun cuando estas mujeres eran formadas por médicos, poseían una escuela de formación, la matronería no era considerada como profesionalización universitaria, aquello solo se logra décadas posteriores en el siglo XX gracias al cuerpo docente, ya no solo constituido por médicos, sino que también por matronas, que permitieron impulsar la *“implantación de la primera reforma conducente a la profesionalización universitaria del oficio de matrona: plan de estudios redactado por el médico Federico Puga Borne en 1897”*.(3)

Con el paso de los años las matronas comenzaron a pavimentar camino dentro del espacio público, por medio de la difusión de los beneficios de la atención del parto por matronas, y publicaciones de manuales dedicados a la puericultura, los cuales, además de entregar educación sobre los cuidados del recién nacido, también entregaba información sobre los cuidados que debía recibir las mujeres durante su periodo de embarazo, durante el parto y el periodo puerperal.(2)Sin

embargo, sería ya en el siglo XX, cuando la matronería y la medicalización del parto pudiese dar lugar a una cuestión de opinión y resonancia pública(2).

2. La medicalización de los cuerpos de las mujeres como estrategia del discurso médico higienista positivista en Chile

2.1 Positivismo

Durante gran parte de la cultura europea del siglo XIX, el positivismo predominó como corriente de pensamiento, el cual validaba el método de conocimiento científico como único método, influyendo en planos filosóficos, políticos, historiográficos, entre otros, sin distinciones al estudio de la naturaleza y la sociedad.(14) Tal desarrollo del paradigma positivista está relacionado con el trabajo de Bacon en 1620 con el *Novum Organum* y Descartes con el discurso del método en 1637, quienes planteaban que la filosofía racionalista debería enfocarse en la certeza.(15)

El auge de esta corriente se refleja en el siglo XIX, caracterizado por un rápido desarrollo tecnológico, además del surgimiento de un ambiente que valora lo pragmático, lo objetivo y lo tangible, colocando en consecuencia en segundo plano todo lo vinculado con lo subjetivo, las creencias y las percepciones personales de los fenómenos, en efecto, se condiciona al ser humano para autoexplicar su significado y concepción de los fenómenos bajo el parámetro racional.(16)

El espíritu del positivismo en el discurso médico se puede considerar por un lado como discurso progresista que lucha contra la ignorancia y realza la ciencia; y por otro lado, como una tarea angelical, realizada por fieles apóstoles, en otras palabras, un sacerdocio de la vida.(13) Por medio de este, se intenta dar importancia a construir “*un panteón de sabios, de vida recta, abnegación y actitud científica. Los médicos son percibidos como patriotas o héroes nacionales.*”(13)

Por ende, se ensalza la idea de combatir contra la enfermedad, la pobreza , el desconocimiento y el oscurantismo, enfrentándose tanto a los “errores “ del pasado como la tradición, la religión y el folclore, así como al ámbito popular como el *” saber de curanderos, parteras, empíricos, hueseros; las supersticiones religiosas y los "malos científicos" representados por lo que denominaba los charlatanes de la pseudo-ciencia, como el magnetismo, el funambulismo, la sugestión, la homeopatía y el naturismo”*(13)

En consecuencia, se instaura el positivismo como rasgo estructural del modelo hegemónico a establecer en la medicina, el cual se caracteriza por sus fundamentos del *“biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, a-historicidad, a-sociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas curadoras, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos y tendencia al control social e ideológico, entre otras características.”*(17)

Tal modelo se justificó en los índices de mortalidad, morbilidad y natalidad recopilados por un lado en Europa a principios del siglo XIX, y por otro lado, en Latinoamérica a finales de tal siglo, datos que indicaban que la mortalidad infantil seguía siendo muy alta.(13) Además, en Chile, al finalizar la primera mitad del siglo XIX, en la naciente elite médica chilena, una inquietud político-sanitaria se instala como consecuencia del proceso de mutación del entramado de la ciudad y del escenario de precariedad e insalubridad suburbano. La amenaza sanitaria constante comenzaba a poner en duda la práctica y el discurso científico de la medicina decimonónica y con ello su poder y transcendencia social.(18)

2.2 Higienismo

El *higienismo* se comprende como una corriente de pensamiento urgido desde finales del siglo XVIII, cuyos pensadores tenían un interés en las condiciones

ambientales, dentro de este grupo tenemos a Jean Baptiste Lamarck, Jules Michelet, Edgard Quinet y Felicité Robert de Lamennais (13). Principalmente, esta corriente *“responsabiliza las condiciones ambientales como detonantes de cuadros epidemiológicos y enfermedades degenerativas, afectando principalmente a grupos de alto riesgo como mendigos, prostitutas y alcohólicos.”* (13)

Aquello configuró el espectro médico del siglo XIX, dando paso a *“Un conjunto de creencias sobre la constitución de los organismos, la salud y el origen de las enfermedades; de prácticas orientadas a preservar la salud física y moral de las personas y las sociedades; y de políticas públicas inspiradas en esos mismos conceptos”.* (79)

En esa línea, durante la primera mitad del siglo XIX tanto los problemas sociales como de salubridad no fueron abordados en los programas políticos de planificación de los gobiernos(13), por lo que, la magnitud del problema sanitario era insuficiente. Ante esto, el grupo de médicos impulsados por el positivismo hacia mediados del siglo XIX se comenzó a desarrollar con ímpetu un proceso de profesionalización del sector médico, quienes ejercieron una relevante influencia en la constitución tanto de la sociedad como del Estado moderno. En consecuencia, el discurso positivista con ideas higienistas por lo demás, se comenzó a establecer en el ámbito médico, dando paso al “hombre nuevo” conformado por ciencia, la ideología y el capitalismo. Es así como el higienismo en Chile: *“[...] se estableció como parámetro y coordenada de imaginarios corporales y espaciales, constituyendo, a su vez, una casta especializada médica denominada por algunos autores como “Intelligentzia Médica”, y que a partir de la década de 1870 influyó notoriamente en las nuevas estructuras legales, educacionales y morales”* (13)

Por efecto, el cuerpo médico se pudo establecer como un referente en todos los ámbitos del desarrollo social, comprendido como en la salud pública, educación, familia, desarrollo urbano y sexualidad.(13)

2.3 Medicalización de los cuerpos de las mujeres

Bajo el paradigma higienista , el cual, no buscaba exclusivamente el bienestar individual sino más bien el progreso de la nación, surge la estrategia de *medicalización* , comprendida como “*el hecho por el cual la conducta del individuo y su cuerpo, el espacio en que este habita y en general lo substantivo de la vida humana, son objeto de intervención médica, generando una intromisión de la medicina en todas las dimensiones de lo social, sobrepasando incluso lo meramente técnico.*”(18) Y es que tal como sostiene Fuster, la medicina en América Latina durante el siglo XIX, operó más allá de los límites de enfermedad, bajo esta estrategia. (18)

Como parte del proceso de medicalización se abordó con gran interés el proceso reproductivo, conllevando a que la condición corporal de las mujeres asumieran un papel fundamental en la economía política.(19) Tal relevancia queda explícita en los discursos médicos difundidos durante el siglo XIX y XX “ [...] *que paulatinamente se articulan con preocupaciones de tipo gubernamental y transforman el proceso natural del embarazo en un terreno complejo donde coinciden la política, la ciencia y el discurso*”(19)

Ahora bien, llevar a cabo este proceso no fue fácil y mucho menos establecerlo como atención científica del parto, donde su atención era realizada principalmente por parteras, meicas y curanderas, que por lo demás ejercía de manera modesta y sin que significara mayor gasto para las mujeres.(19)

Por ende, la medicina moderna debió asumir el desafío de justificar la intervención de expertos en el parto, bajo el argumento de que este constituía una situación riesgosa(20), dando espacio al proceso de profesionalización médica que se adhería a las ideas higienistas, convirtiéndose en un movimiento referente para la sociedad civil y el Estado moderno (13) y a la vez, que se caracterizaba bajo *“la supuesta y natural correspondencia entre la práctica médica y masculinidad”*(3) irrumpiendo de manera explícita y estratégicamente en especialidades emergentes como la obstetricia y la ginecología(19), con el fin de instruir, vigilar y controlar los cuerpos de las mujeres insertos en el proceso de medicalización.

3. El género como categoría de análisis en el surgimiento del oficio partera y matrona

Es fundamental reconocer que los movimientos feministas resurgidos en los años 60 fueron claves para crear diagnósticos en cuanto a entender y explicar la subordinación de las mujeres, y que por lo demás, una de las primeras hipótesis de las feministas era acerca de la relación entre subordinación y poder, incluso señalan explícitamente: *“la subordinación que afecta a todas o casi todas las mujeres es una cuestión de poder, pero éste no se ubica en exclusivamente en el Estado y en los aparatos burocráticos”*.(35)

En concreto, lo que planteaban era que no existía solo un poder, sino que es un poder múltiple en diferentes espacios sociales, que no necesariamente presentan la imagen de autoridad, sino que se encuentra también escondidos en los sentimientos de ternura y amor.(35)

Dentro de la multitud de poderes que impregnan la sociedad, nos encontramos con el discurso profesionalizado, el cual logra influir tanto en las percepciones como conductas de los individuos.(36) Sin embargo, tal afirmación de Foucault en cuanto a la relación saber y poder pareciera ser ajena si se intenta aplicar al caso de las [parteras] y matronas.(37) Sin embargo, el conocimiento y experiencia de las [parteras y] matronas no se le ha otorgado el reconocimiento debido, e incluso se ha catalogado como un saber inferior a diferencia de otras profesiones.(38)

Las atribuciones de género durante el siglo XIX, se reflejaba en la división sexual, y el ámbito sanitario no fue una excepción se asignaron efectivamente trabajos y tareas específicas para mujeres y a la vez, ocupaciones inapropiadas para éstas.(38), incluso respecto al acceso del conocimiento, encontrándose por un lado a las parteras iletradas y por otro lado los médicos ilustrados.(3) De alguna manera *“la constitución femenina debía darse en ámbitos convenientes que aseguraran y resguardaran el vínculo fundante del matrimonio y el amor materno.”*(38)

Si bien las matronas lograron introducirse en el ámbito del conocimiento, perteneció [y pertenece] a una de las profesiones sanitarias femeninas, lo cual al igual que las enfermeras y asistente sociales, su rol estuvo ligado a la beneficencia y la caridad en torno a políticas del cuidado y el crecimiento administrativo asistencial del Estado, el cual conforma y legitima relaciones de género.(39) Y es que, el rol de las matronas en la jerarquía de poder era muy inferior al de los médicos, la masculinidad retuvo para sí el rol creador e intelectual, ya que elaboraban los manuales de cuidado y educación, las mujeres simplemente proyectaron su rol de cuidadoras según el modelo tradicional de género.(40)El fundamento para tal asignación de rol, fue precisamente la construcción de un modelo de la naturaleza femenina, cuya tesis central era

científico, el cual sostenía la desigualdad biológica para la mujer y su esencia natural a la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento.(41)

Tal construcción “femenina” obedecía precisamente a las corrientes científicas entre los médicos, pues durante el siglo XIX en Europa comenzó a tener cabida el positivismo(42) y especialmente la teoría darwinista(43), quien por lo demás, por medio de su ideología perpetuó sobre la inferioridad biológica de la mujer, por ende, ya no solo era la religión quien desestimaba, sino que ahora la ciencia también acreditaba la idea de debilidad femenina.(42) Tal pensamiento, tuvo aceptación en la joven República de Chile, pero ligada principalmente a la filosofía positivista de Comte, dando pie a la división en el escenario político.(44) Inclusive, el médico e historiador Cruz-Cocke señala que la medicina en Chile “nació con el apellido positivista.”(9)

En lo que respecta el uso de la categoría género, es importante señalar que se impulsa desde el feminismo académico anglosajón en los años setenta.(45) El objetivo político de estas feministas era *“distinguir que las características humanas consideradas “femeninas” eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo.”*(46)

Tal significancia de la categoría género permitió el reconocimiento de interpretaciones, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales, por lo que perfiló una crítica a la existencia de la esencia femenina(46).

Así, la conceptualización de la categoría género, no ha sido posible unificar una significancia, por lo que a lo largo del tiempo ha sido utilizado de distintas maneras. A pesar de ello, en términos generales, consideraremos dos usos básicos, tal como señala Marta Lamas : *“el que habla de género refiriéndose a las mujeres; y el que se refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual, aludiendo a las relaciones sociales de los sexos.”*(46)

Para efectos de esta tesis, abordaremos el concepto género como el segundo uso mencionado, es decir, el género para designar las relaciones sociales de los sexos, esto en base a lo que plantea Scott (47): *“mostrar que no hay mundo de las mujeres aparte del mundo de los hombres, que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres.”*

En consecuencia, debemos considerar la organización social y las interrelaciones con las y los sujetos individuales, con el fin de comprender cómo actúa el género.(47) Se debe comprender éste como *“elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”* (47).

III. Objetivos de investigación

Objetivo general

- Analizar la significación de la transición de parteras a matronas en el periodo de medicalización en la atención sanitaria desde 1834 hasta 1900 en Chile.

Objetivos específicos

- Identificar las diferencias y especificidades entre el oficio de partera y matrona
- Analizar la relación de la partería y matronería con las relaciones de saber-poder emanadas del paradigma de la medicina republicana.
- Analizar los elementos de género presentes en la construcción histórica del oficio de partera y de la profesión matrona observando su transición en el proceso de medicalización de la atención sanitaria en el periodo estudiado.

IV. Marco Metodológico

1. Diseño de estudio

El tema a investigar conduce a asumir el presente estudio con un abordaje cualitativo, pues esta metodología intenta penetrar con un carácter riguroso y sistemático en los fenómenos, explorarlos y analizarlos, reflexionando sobre ellos, para mostrar su complejidad, al descubrir las actividades, los motivos y los significados, así como las acciones y reacciones del actor individual en el contexto de la vida. (48)

En ese sentido, y teniendo en cuenta que esta investigación surgió del supuesto de que el periodo de transición de parteras a matronas está construido bajo significaciones y símbolos, y por ende, se crea la interpelación de comprender la construcción y sus significados, para lograr responder a los objetivos, la *metodología cualitativa* es la apropiada, pues nos posibilita describir y analizar las estructuras que sobredeterminan un proceso, su dinámica, su significación y las relaciones entre ellas, permitiendo enfatizar en la significación estructural y relacional (49).

Para comprender la transición de partera a matrona en Chile durante 1834 hasta 1900 se utilizó como base el *método de la investigación histórica*. Esta se caracteriza como una metodología de recolección sistemática con una organización y evaluación crítica de los datos o construcción del relato y finalmente con una interpretación de los hechos del pasado (50).

Como técnica de recolección de datos se utilizó la *revisión documental*, y para el análisis de datos el *paradigma interpretativo-hermenéutico*. En cuanto a este paradigma, la palabra Hermenéutico proviene del griego “hermeneo”, cuyo significado es “interpretar” o “explicar”. Se define como el arte de interpretar textos para fijar su verdadero sentido (51). Su objetivo fundamental “es proveer

los medios para alcanzar la comprensión del objeto o escritura que es interpretado, sorteando los obstáculos que surgen de la complejidad del lenguaje o de la distancia que separa el intérprete del objeto investigado” (51) El paradigma hermenéutico utiliza técnicas e instrumentos de carácter comunicativo e interpretativo que explican el fenómeno en estudio y se derivan de la interpretación de los resultados y conclusiones obtenidas (52).

En ese sentido, la investigación histórica bajo el paradigma hermenéutico, puede entregarnos una aproximación al conocimiento, por medio de la búsqueda de la significación de un proceso histórico, y los factores que intervienen en la configuración de la concepción de tal transición en un proceso situado.

Por último, para esta investigación es fundamental abordar el análisis desde una perspectiva de género, por ende, metodológicamente se utilizó para sus análisis las cuatro dimensiones planteadas por Scott (53), las cuales tienen la particularidad de ser teórico-metodológicas, ello permite aprender y comprender las diversas expresiones de la realidad socio histórica:

Los cuatro dimensiones son: 1) La *dimensión simbólica*: esta evoca representaciones múltiples, es decir, interpretaciones socialmente construidas. 2) La *dimensión normativa*: representa las interpretaciones de los significados de los símbolos. Se expresan en doctrina religiosa, educativa, científica, legal y política que, a su vez, afirman el significado de varón y mujer, masculina y femenina. 3) La *dimensión sistémica*: hace referencia a las instituciones y organizaciones sociales como es el sistema de parentesco, educativo, económico y político. 4) La cuarta dimensión hace referencia a la *identidad subjetiva*.(53)

2. Fuentes de información

Las fuentes de información de datos históricos se clasifican en primarias y secundarias(54). Por su parte, las primarias corresponden a los documentos o artículos que tienen una *“relación directa con su origen, nacido de la voluntad de su autor, fijado en el soporte original, con los instrumentos gráficos originales y que conserva los caracteres de forma y fondo con que se originó.”*(55)

Las fuentes primarias empleadas en la presente investigación corresponden a ocho documentos:

Los textos: Los médicos de antaño en el reino de Chile, Benjamín Vicuña – Mackena (1877); Historia general de el Reyno de Chile, Diego de Rosales (1877); Historia general de la Medicina en Chile, Pedro Lautaro Ferrer (1904); Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII, Enrique Laval (1958). La cuestión social. Orrego A.(1897). Discurso del Dr. Lorenzo Sazié en la Apertura del curso de obstetricia (1835); Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, A. Medina (1785);Discurso de incorporación a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Chile, Ramón Allende (1865).

Todos estos archivos se localizan en Memoria chilena, luego de ser leídos y analizados se crearon fichas documentales creadas para esta investigación.

Por otro lado, las fuentes secundarias *“son copias, o modificaciones de los documentos originales,”*(55) o bien, *“corresponden a relatos de hechos efectuados por sujetos que no han participado directamente en el evento”*(56), es decir, *“describen un acontecimiento del cual no se tiene un testimonio personal del hecho”*(56)

Las fuentes secundarias empleadas en la presente investigación corresponden a veinte documentos. Tras su lectura y análisis se crearon fichas documentales creadas para esta investigación (Anexo 3 y 4)

Los textos: Dar a luz en Chile , siglo XIX. De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica, María Soledad Zárate (2007); Historizar la profesionalización sanitaria: perspectivas desde Chile y Argentina, María José Correa y María Soledad Zárate (2017) ; Memoria de la salud en Chile: un patrimonio a reconocer y preservar. Ricardo Cruz Cooke (2008); Historia de la medicina chilena , Ricardo Cruz Cooke (1995); Universidad y Nación: Chile en el siglo XIX, Sol Serrano (1994); Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918, Manuel Durán (2015); La medicalización del espacio popular en Santiago de Chile (siglos XIX y XX), Jaime Bassa y Nicolás Fuster (2013); El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva, Nairbis Sabrian (2016); Hierbas, menjunjes y curanderos. República de la Salud: fundación y ruinas de un país sanitario, Chile siglos XIX y XX. Jorge Martín (2016); De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. María Soledad Zárate (2017); La mujer en el Reyno de Chile, Sor Imelda Canon (1980); Parirás con dolor, Ariadna Biotti y Paulina Zamorano (2003); Persecución y re-significación de lo popular y femenino en el mercado de la salud en Chile y Argentina 1850 1900, Manuel Durán (2019); La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado, Chile en el siglo XIX, Claudia Araya (2006); Gobernando los saberes y los cuerpos: matronas y parto a fines del siglo XVIII en Chile, Paulina Zamorano (2017); La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica, José Olmos y María Sanhueza (2007); La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925, Mauricio Folchi (2007); La madre chilena, domesticación de la mujer; Los discursos higienistas ligados a la maternidad (1870-1920), Claudia Moreno (2004); Enfermedades de mujeres: ginecología, médicos y presunciones de género: Chile , fines del siglo XIX, María

Soledad Zárate (2001); La emergencia del positivismo en Chile, Miguel Vicuña (1997).

La utilización tanto de fuentes primarias como secundarias permite de alguna manera la coherencia y orden de los resultados generados, cuyo fundamento se sienta en la recopilación de datos de manera óptima permitiendo redescubrir hecho, surgimiento de problemas, restableces formas para creación de instrumentos de investigación y situar diversas fuentes de investigación.(48)

En cuanto se localizaron las fuentes, se inició un proceso de clasificación y selección con el fin de “evitar los vacíos documentales y las redundancias”(57). Además, otro punto esencial es el proceso de *crítica histórica*, el cual nos entrega certezas de la autenticidad y exactitud de las fuentes, con el fin de dar rigor metodológico a la investigación.

La crítica histórica corresponde al “proceso mediante el cual se evalúa o juzga una fuente de información”(58). Este proceso es de suma importancia, debido a que determina las evidencias históricas en las cuales el investigador se apoyará para interpretar o comprobar sus tesis.(58) A su vez, se orienta en dos direcciones: la *crítica externa* y la *interna*. Por un lado, la crítica externa, tiene como propósito comprobar la autenticidad del documento, tal como mantienen Cohen et al(54): “Se dirige a descubrir fraudes, falsificaciones, engaños, invenciones o distorsiones”, permitiendo la legitimidad de los datos. En cuanto a la crítica interna se encarga del crédito del autor, la exactitud y veracidad de los datos(57). Por ende, la realización de este proceso nos proporcionó evidencia histórica aceptable para nuestra investigación(57).

Para la búsqueda de esta información, y debido a la pandemia, se utilizó como medio específico el internet, debido a la imposibilidad de asistir presencialmente a bibliotecas o centros de archivos.

3. Muestreo y unidades de estudio

En cuanto a las muestras o muestreo utilizado en la investigación cualitativa – histórica, es relevante señalar que su naturaleza es no probabilística o dirigida, en otras palabras, la generalización en términos de probabilidad no es su propósito (59) , por el contrario, el mayor interés es la especificidad tanto del sujeto como de su contexto(60). Por consiguiente, el muestreo inicial correspondió a los diversos tipos de documental: libros, trabajo de investigación, revistas, folletos, entre otros, señalados anteriormente. Posterior se procedió a usar filtros según los criterios determinados, obteniendo la selección de la muestra final. Para llevar a cabo este proceso se utilizó una matriz bibliográfica, compuesta por las fichas de lectura, las cuales se detallan en otro apartado.

Comprendiendo que las unidades de estudio corresponden al tipo de objeto delimitado por el investigador para ser investigado(61), se determinaron para la realización de esta tesis las siguientes unidades: *significación del oficio partera* y *significación del oficio matrona*, respondiendo a nuestra área de interés, correspondiente a la significación de las parteras y matronas durante el proceso de medicalización sanitaria y la influencia del género en la construcción de la significación de las parteras y matronas, en el proceso de medicalización de la atención sanitaria.

4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Técnicas de recolección de datos

Para recolectar la información de la presente investigación se realizó mediante la revisión documental, la cual consistió *“en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos”*(62). Esta técnica corresponde al denominado análisis documental, siendo este un proceso que lleva a la sistematización, selección, organización, interpretación y análisis de la información de interés.(60)

En primera instancia, se realizó una búsqueda y observación de la literatura, para eso se inició con la identificación de los criterios de inclusión, exclusión y la elección de las bases de datos y archivos, que se detallan en otro apartado. En la misma línea, se identificó y determinó descriptores para la indagación, los cuales, se precisan más adelante, cuya finalidad fue facilitar la búsqueda de información en la web. Por lo demás, se ocupó la técnica “bola de nieve”, la cual, consiste *“en tomar un punto de partida y a partir de la información que se obtiene ir ampliando progresivamente el campo de recolección y la variedad de fuentes”*(55). A su vez se construyeron matrices de recojo de información, técnica que favoreció a la organización y orden de la información recopilada (ANEXO 3 y 4).

a) Identificación de descriptores

La generación de descriptores según Cardona(63) es un proceso emergente, en el cual, generan palabras claves que surgen del proceso investigativo, a partir de la ubicación de algunas referencias que pueden ser de utilidad. Por lo demás, la lista inicial de descriptores puede ser modificada, eliminando o incorporando nuevas palabras claves que permitan indagar en las bases de datos.

- **Descriptores de búsqueda en base de datos de la investigación.**

Los descriptores de búsqueda de los documentos en las bases de datos que se utilizaron fueron los siguientes:

- Descriptores en español: *Parteras en Chile, Matronería en Chile, Medicalización sanitaria, género y profesiones sanitarias.*
- Descriptores en inglés: *midwife in Chile, health medicalization, gender and health professions.*

Tal elección, es con el fin de precisar la pregunta de investigación, de acuerdo con la revisión de la literatura.

b) Criterios para la selección de textos

- **Criterios de inclusión:**

- Textos originales que aludan al siglo XIX en Chile
- Textos que incluyan uno o más de los descriptores determinados: parteras, matronas, medicalización en la atención de salud y género y profesiones sanitarias.
- Tipos de estilos del documento: libro, memoria, discursos, epítome, lecciones, prontuario, principios, cuaderno y método, compendio, cartilla, tesis, documentos de investigación.

- **Criterios de exclusión:**

- Documentos que no tengan accesibilidad o disponibilidad de este.
- Textos que se desconozca autor/a.

c) Bases de datos

La búsqueda y recopilación de los documentos se realizaron en las siguientes bases de datos:

- Biblioteca Nacional Digital
- Memoria Chilena
- Repositorio de la Universidad de Chile
- Scielo
- Pubmed
- Revista Médica de Chile
- Google Académico

- Instrumentos de recolección de datos

En segunda instancia, se procedió a realizar lecturas detenidas y rigurosas con el fin de captar sus planteamientos y extraer datos útiles destacando aspectos formales, por lo cual, se diseñó una ficha descriptiva y de lectura como instrumentos a utilizar en la recolección de datos.

Un instrumento de recolección es comprendido como el recurso utilizado por el investigador para abordar y extraer información del fenómeno en estudio(55). Ahora bien, dentro de un mismo instrumento se puede distinguir dos aspectos diferentes, por un lado, la forma, y por otro lado, el contenido.(55)

En lo que respecta la forma del instrumento *“se refiere al tipo de aproximación que se establece con lo empírico, a las técnicas empleadas en esta tarea tales*

como los cuestionarios, la recopilación documental, las entrevistas, entre otras”(55). A diferencia de la forma de contenido que “se expresa en la delimitación de los datos concretos que necesitamos conseguir, es decir, qué preguntar, qué observar”(55).

En concordancia a lo mencionado, para efectos de esta tesis la forma del instrumento será la recopilación documental, por medio de dos fichas, por un lado, una ficha descriptiva y otra ficha de lectura, la cual, a su vez, responderá a la forma de contenido.

La ficha descriptiva se compone de aspectos formales como autor y tipo de material, asunto investigado, delimitación contextual. (ANEXO 3)

La ficha de lectura se compone de: Aspectos formales como título, autor, fecha, lugar de edición y tipo de material, propósito del texto y/o documento, ideas textuales, conceptos claves y observaciones personales. (ANEXO 4)

- Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad. En cuanto a la objetividad en una investigación histórica se logra por medio del método deductivo, por lo que a su vez, la sistematización exige confiabilidad y validez(64). Ahora bien, las formas de asegurar la validez y la confiabilidad de los hallazgos se relacionan con el investigador, la recolección de datos y el análisis de la información.(65)

En cuanto a la confiabilidad, esta se traducirá en la ética y responsabilidad del investigador en la recopilación de la información en las fichas de registros, las cuales, se caracterizarán por la objetividad y fiabilidad.

5. Análisis de datos

Luego de la revisión de la literatura y la sistematización de los textos, se procedió al análisis documental desde un enfoque interpretativo hermenéutico, el cual, es considerada como parte de la perspectiva cualitativa y una alternativa para interpretación de los textos(66). Tal enfoque, supone un doble proceso de interpretación. Por un lado, *“implica la manera en que los sujetos humanos interpretan la realidad que ellos construyen socialmente”*(67); y por otro lado, de cómo el investigador/a intenta *“comprender cómo los sujetos humanos construyen socialmente esas realidades”*(67). Para ello, se recurrió a cada una de las dimensiones de la hermenéutica(66): la *lectura*, comprendida como un proceso donde es necesario comprender para leer, cuyo entendimiento proviene de una lectura interpretativa; la *explicación*, como comprensión de que *“los textos no solamente dicen algo, sino que también explican algo, lo racionalizan y lo clarifican”*; y finalmente la *traducción*, donde el investigador/a interpreta un texto con un valor agregado al poner énfasis en lo histórico-contextual. Tales dimensiones permiten comprender que los textos constituyen un emprendimiento histórico, dialéctico y lingüístico.(68)

De la mano de este enfoque interpretativo-hermenéutico, el análisis de datos se realizó desde una perspectiva de género, su utilización en el análisis implicó comprender la cosmovisión masculina y femenina, permitiendo indagar sobre las complejas causas y los procesos históricos que origina la visión patriarcal.(69)

Se organizó la información con el fin de *“establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones”*(70). Asimismo, se caracterizó además por su análisis cíclico, es decir, *“ciclos de revisión hasta conseguir un marco de categorización [...] que contemple la variedad incluida en los múltiples textos”*.(71)

En primera instancia se realizó una sistematización de los textos y una revisión de la información en base a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron

y ordenaron los textos según las palabras claves obtenidas desde las fichas descriptivas y de lecturas señaladas anteriormente.

La selección de los textos determinó vigencia, pertinencia y utilidad del documento para esta investigación en concordancia a los objetivos y contexto temporal de esta investigación.

Se comenzaron a establecer *unidades básicas* de relevancia y significación:

- *Significación de la partería*
- *Significación de la matronería*

Una vez separadas las unidades de análisis, se procedió a la *categorización*, entendida como un proceso en la cual se clasifica una unidad de manera conceptual(71), en otras palabras se asigna un nombre y se define cada unidad analítica. Además, de estar definida por subcategorías(72).:

Tabla n°1. *Categorías para orientar el análisis de los textos*

Categoría	Descripción
<i>Oficio partera y matrona</i>	Aborda el sexo, la clase social, el surgimiento del oficio, el tipo de formación y conocimiento ejercido, además de la ocupación y el paradigma médico que representaban.
<i>Conceptos normativos</i>	Se centra en la interpretación de los significados de los símbolos, determinando el significado masculino y femenino expresado en doctrinas religiosas, médicas, entre otras. En esta categoría se aborda el tema de la medicina popular, medicina científica, dispositivos de poder médico: saberes (profesionalización), prácticas sociales (atribuciones médicas), estrategias de poder (discurso médico).

<i>Símbolos culturales</i>	Aborda las interpretaciones socialmente construidas. Se compone de los temas como la valorización social, médica, vivencias, construcción del sujeto histórico.
<i>Sistémica</i>	Se centra en el sistema, abordando temas como la medicalización de la atención sanitaria y la conceptualización del cuerpo femenino, el ejercicio de la partera y matrona en el espacio sanitario.
<i>Identidad subjetiva</i>	Aborda la percepción subjetiva de lo femenino y lo masculino.

Para esta investigación se inicia el análisis con categorías ya conformadas, pero a la vez se formulan nuevas subcategorías con el avance del análisis en el caso de los datos emergentes en el sistema de categorías ya elaborado. A su vez, se realizó un proceso de *codificación*, es decir, se asignaron códigos a las categorías de análisis(71) para facilitar el manejo y comparación de la información.

Para la creación de las categorías se utilizó la generación de codificación manual, permitiendo un análisis de calidad y de pertinencia conceptual(ANEXO 5). Permitiendo categorizar diversas unidades bajo un mismo tópico, logrando reducir unidades a un solo concepto que las representa.”(71)

Como segundo paso se realizó una lectura temática y *codificación abierta* de los documentos, ya sistematizados, entendida esta como un proceso para “*abordar el texto, con el fin de desnudar conceptos, ideas y sentidos*”(73) (ANEXO 6)

El tercer paso consistió en una *lectura relacional*, cuyo método permitió comparar las categorías y códigos de los textos entre sí. (ANEXO 7)

En relación con el cuarto paso, consistió en una *codificación anexial*, comprendida como un proceso en el cual se identifican las relaciones entre las

categorías resultantes de la codificación abierta y sus subcategorías(73). Aquello permitió construir categorías centrales para el análisis de los datos. (ANEXO 8)

Por último, se procedió a un quinto paso, correspondiente a la *codificación selectiva*, considerada como una extensión de la codificación anaxial(73), cuyo objetivo fue obtener una categoría central emergente que exprese el propósito de la investigación, integrando las categorías deductivas e inductivas obtenidas de la codificación abierta y axial. (ANEXO 9). Las *categorías emergentes* como resultado de la codificación selectiva fueron designadas como los capítulos y subcapítulos de los resultados de la investigación.

Finalmente, la tarea de obtención de resultados y verificación de conclusión implicó el uso de fragmentos narrativos e interpretativos recuento y concurrencia de códigos, comparación y contextualización en la obtención de resultados, y el proceso para alcanzar conclusiones se realizó por medio de la consolidación teórica, uso de metáforas y analogías, síntesis con resultados de otros investigadores.

En cuanto al resguardo de la verificación de conclusiones y estimación de criterios de calidad, se destaca la credibilidad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad.

La *credibilidad* se refiere a la confianza que ofrecen los resultados de la investigación, corresponde al isomorfismo que se establece entre los datos recogidos y la realidad.(71) Con el objeto de garantizar el rigor y la confianza se utilizará como estrategia el comentario de pares.(71)

La *aplicabilidad* corresponde a la posibilidad de transferencia de los resultados obtenido en tal contexto a otro de similares condiciones.(71) Para efectos de esta, se utilizará como estrategia la amplia recogida de información, comprendida como la diversificación de la información permitiendo una más fácil comparación en distintos escenarios.(71)

La *consistencia* alude a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos hallazgos. Para esto se utilizará como estrategia el establecer pistas de revisión que consiste en dejar constancia de cómo se recogieron los datos, cómo se analizaron los datos, cómo se caracterizó el contexto.(71)

La *neutralidad* se refiere a la independencia de los resultados frente a motivaciones, intereses personales o concepciones teóricas del investigador. Es decir, garantía y seguridad de que los resultados no están sesgados (71).

6. Limitaciones del estudio

- *Sesgo de la fuente original*: Todo texto escrito depende de quién lo ha escrito, en qué contexto lo ha hecho y a quién lo ha dirigido(74). En este punto la tendencia historiográfica ha elaborado una mirada negativa de la labor de las parteras, incluso la historiadora María Soledad Zárate ha señalado que la influencia de aquellos discursos son el primer obstáculo para reconstruir la historia de aquellas mujeres en siglo XIX (3)
- *Sesgo del investigador*. en este caso, “todo *investigador al aproximarse a los documentos [...] parte de unos prejuicios y presupuestos que afectan su interpretación de los datos*”(74). Ante esto, tomo conciencia de mis constructos y su posible efecto en la interpretación de los datos. Además, lo mismo puede suceder en fuentes secundarias, por ende, “*se trata, por tanto, de desentrañar la voluntad interpretativa y as condiciones históricas en que surge cada una de las formas de expresarse dicha voluntad interpretativa*”(75)
- *Metodología de la investigación histórica*, los diferentes puntos de vista conceptuales de esta, sumada a la escasa literatura implicó una ardua búsqueda de construcción de esta, complejizando la elección metodológica más adecuada.
- *Inaccesibilidad a documentos históricos*: La pandemia ha contribuido en ser un obstáculo en cuanto poder acceder a documentos que se pueden conseguir de manera presencial la Biblioteca Nacional y en el Archivo Andrés Bello de la Universidad de Chile, en consecuencia, la disponibilidad de información se ha visto limitada.

7. Aspectos éticos

La información obtenida por medio de documentos y memorias históricas de carácter digital estarán protegidas por la Ley N° 17.336 sobre Propiedad Intelectual, de 3 de noviembre de 2017. Esta ley implica la regularización de los derechos de autor y derechos conexos en Chile.

V. RESULTADOS

Capítulo 1. Saberes y prácticas de la partería y matronería en el siglo XIX

El proceso de transición desde el oficio de partera a matrona durante el siglo XIX estuvo marcado por un periodo de cambios sociales, políticos y culturales que permitieron construir la figura de partera y matrona con diferencias y especificidades, generando un cambio del ejercicio popular impartido por las parteras tradicionales al sello científico de la atención del parto de las matronas examinadas, durante todo ese periodo hasta inicios del siglo XX. La visión de las parteras y matronas, y la irrupción de estas últimas en la asistencia del parto permitió confrontar e intercambiar sus saberes y prácticas médicas.

1.1 La atención del parto en manos de mujeres

Es relevante consignar que tanto parteras/matronas/comadronas como matronas examinadas tenían en común el sexo, es decir, compartían el ser oficios ejercidos mayoritariamente por mujeres, cuestión que no solo caracteriza el siglo XIX, sino también durante la Colonia, tal escenario es descrito por la autora Sor Imelda, en su escrito "La mujer en el Reyno de Chile", donde señala que: "*En la profesión de parteras. Por lo común, este oficio lo ejercían mujeres.*"(27) . Asimismo, el tribunal encargado de autorizar, controlar y regir medidas punitivas en el ejercicio de las profesiones médicas, llamado Protomedicato, afirmaba que: "*[...] había en Santiago mujeres que ejercían el oficio de partear "* y que, "*[...] debido a las circunstancias se permitió que varias mujeres lo ejercieran.*"(27) . Tales circunstancias, por un lado, se debían al precario desarrollo de la obstetricia y,

por otro lado, por el número de médicos reducidos que contaba el territorio para cubrir la demanda sanitaria de aquel entonces.

En lo que respecta sobre el siglo XIX, la autora Zárate destaca en su libro *“De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX”* que:

“el oficio de matrona se asocia a las mujeres toda vez que ellas lo han ejercido casi exclusivamente, y las cifras censales solo confirmaron la arraigada opinión de que era un oficio ‘apropiado al sexo femenino’ y que exhibía un franco aumento hacia fines del siglo, similar al que experimentaron otros oficios femeninos en igual época”(23).

En consecuencia, el arte de partear, sus saberes y prácticas practicado por mujeres en la colonia continuaron en el siglo XIX estando en manos de estas, sin embargo, ya no solo eran parteras, sino también matronas.

El ejercicio de partear considerado como “un oficio femenino”, se puede interpretar como la construcción que se tenía de la figura femenina y de cómo esta se percibía como óptima de ocupar el rol de partera y matrona. Conllevando a tener un impacto significativo por las parturientas, generando un reconocimiento de su labor, contrario a la percepción de la figura masculina en ese espacio. Tal distanciamiento a la figura masculina como partero queda descrito por Vicuña-Mackenna(3)(29), quien resalta por escrito la presencia de un partero llamado Carlos Bruton, quien a pesar de desarrollar las mismas facultades de las parteras, no le permitía ganar la confianza de las parturientas.

La existencia de otros parteros masculinos durante el siglo XIX no se tiene registro alguno, sin embargo, la ausencia de tal información no nos permite asegurar que no existieron otros parteros u otras identidades de género que ejercieron este oficio.

1.2 Parteras y matronas en la esfera social

En lo que dicta al nivel socioeconómico al que pertenecían parteras y matronas, no se encontró registro que aludan al siglo XIX, las fuentes apuntan a la esfera social de las parteras durante la colonia como lo afirma Cano es su texto *“La mujer en el reyno de Chile”* pag. 438 : “[...] este oficio lo ejercían mujeres de la más baja esfera social”(27). Asimismo, Cano para realizar tal aseveración se basa en los escritos del historiador Thayer Ojeda, quien además asegura que las comadres de parir todas coinciden en la condición social.(27)

Tanto Zárate en su texto *Dar a luz en Chile* , siglo XIX. “De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica.”(3), como Biotti en su texto “Parirás con dolor” (32), aluden al informe del médico José Antonio Ríos , quien señala que el oficio de partear era sin duda un medio de subsistencia para las mujeres que lo realizaban.

La ausencia de acceso a fuentes primarias que aludan a la esfera social a la que pertenecían las parteras y matronas permiten generar controversias en cuanto atribuir un nivel socioeconómico por igual a parteras y matronas en otro periodo de la nación, es así como relatos de la historia no hacen una distinción entre el oficio y la profesión, en consecuencia, se les atribuye una caracterización que no se puede otorgar como certezas. Aquello lo refleja Zárate en su texto *“Dar a luz en Chile”*: *“Algunas crónicas de historia de la medicina chilena que aluden al oficio de parteras y matronas y a su función social - sin hacer distinción entre unas y otras- son casi unánimes en atender más a los errores que cometían, destacando de paso su escasa calidad moral y el origen socioeconómico humilde que parecía ser común a todas ellas.”*(3)

A partir de tal configuración de la partera-comadrona sin duda se crea un juicio sepultador desde la colonia, es decir, la construcción de un discurso médico orientado a tensionar las prácticas tradicionales asociados al parto por parteras. Cano, registra en su texto una afirmación realizada por el Protomedicato José

Antonio Ríos, quien señalaba que tales parteras/comadronas eran: "[...]la mayor parte "mulatas, indias y gente sin dios ni ley" y lo hacen por el solo hecho de no tener otro oficio en que ganarse la vida". (27)

En torno a tal juicio de considerar que el oficio era prácticamente ejercido por mujeres que no "tenían dios ni ley" permite de alguna forma comenzar a construir cimientos que deslegitime el oficio de partera desde la Colonia y situarlas en una esfera social baja, y aquello, sin duda, tendrá una influencia en la concepción de tal oficio y en la construcción de la futura profesión durante el siglo XIX. Por lo demás, es interesante como Ríos de manera peyorativa considera el arte de partear, como un pasatiempo de aquellas mujeres y no considera la importancia que tuvo el acompañamiento y asistencia del parto por estas mujeres.

1.3 Formación, facultades y limitaciones en el arte de partear

Si bien a finales del siglo XVIII ya se elaboraba la necesidad de profesionalizar el arte de partear, no fue hasta mitad del siglo XIX que finalmente se consagra la incorporación de la matrona examinada como agente sanitaria encargada de la atención del parto. Sin embargo, tal ejercicio durante este siglo se vio realizado por dos agentes, por un lado, la *partera tradicional*, continuó ejerciendo, sin embargo, bajo un cuerpo médico que la deslegitimaba por ser un oficio sin instrucción y basado en la experiencia, en contraste a la *matrona examinada* quien gozaba de un reconocimiento mayor, principalmente por la configuración de figura auxiliar médica, y los atributos físicos, virtudes morales y religiosas asignados ya desde 1750 por medio de la publicación de una *Cartilla*, la cual, es reeditado en 1786, (33), la cual, al ser analizada da cuenta, por un lado, los intereses del protomedicato de instruir a la comadrona/partera y la tensión que provocaba su ejercicio sin regularización médica, y, por otro lado, comienza a moldear la figura de matrona como estrategia de control, pues no solo buscaba

entregar conocimientos en la atención del parto, sino también, construir una profesión que cumpla los mandatos del discurso dominante. Así, ante la pregunta encontrada en la cartilla *¿Qué prendas deberá tener una matrona para profesar el arte de partear?*, se consigna:

”[...] ha de emprender este ejercicio cuando se halla en una edad proporcionada para poder emplear el espacio [...]no se deben admitir á éste ejercicio las muy jóvenes, ni las doncellas [...]deben tener una salud robusta,[...] no ha de tener la mano callosa, ni disformemente grande [...]ha de saber leer y escribir suficientemente, y ha de tener entendimiento capaz de aprender [...]debe ser vigilante y cuidadosa [...]debe ser de genio dócil y propenso a admitir el dictamen de sus Mayores [...]debe ser misericordiosa [...]debe ser buena cristiana, y confianza, y confinada mas en los auxilios de Dios, que en los de su arte [...]debe ser de ánimo benigno, paciente, y alegre con modestia.[...] debe ser fiel y silenciosa

El mensaje de tal cartilla no solo refleja el discurso médico, sino también el discurso religioso de la época, donde ambos enunciados construían un imaginario de parteras y matronas, tal como lo relata la autora Zamorano en su texto *“Gobernando los saberes y los cuerpos”*: *“la figura de la partera pecadora, frente a la matrona abnegada y piadosa”* (76). Tal apreciación consagraba el orden divino atravesado por la moral judeocristiana, por un lado y por otro, constituía un argumento para instruir el oficio de partear y en consecuencia dar cabida al discurso de conocimiento versus ignorancia, lo científico versus lo popular.

Las matronas, surgen como estrategia y consecuencia del desarrollo de la medicina y de la época Republicana bajo la consigna de una medicina científica, su rol es ser un auxiliar al médico, tal como documenta Zárate en su libro *“Dar a*

luz en Chile , siglo XIX: “[...] como un oficio paramédico estrictamente dedicado a los partos naturales, haciendo de su figura y función un componente más de los cambios en fuente de la autoridad y control de la asistencia del parto.”(3)

De cierta manera, se reconoce la importancia del acompañamiento y atención del parto, sin embargo, aquella atención es distinta a la ya existente, ahora son mujeres subordinadas a la instrucción y control médico. Tal estrategia inserta en un contexto político-social diferente al siglo XIII, determinó que la complicidad entre la figura del médico y la matrona estuviese acompañada de una serie de determinantes ideológicos, políticos en el conocimiento científico, conllevando a la exclusión de la partera. Tal aseveración lo describe Zárate en su libro *“Dar a luz en Chile , siglo XIX.”*:

“la figura del médico y de la matrona [...] afianzaron sus respectivos papeles contribuyendo a su futuro protagonismo en la asistencia del parto en siglo XX: la marginación de la partera por medio de campañas de desprestigio, la subordinación del quehacer de la “matrona examinada” al juicio médico, la legitimación y división sexual de las tareas asistenciales del parto [...]”(3).

Se aprecia por un lado no solo un deseo de consolidar a las matronas como auxiliares sanitarias, sino también marginar a las parteras del escenario sanitario, y finalmente, instaurar un paradigma de medicina moderna.

Para las parteras/comadronas la adquisición del conocimiento estaba dada por medio de la formación heredable, es decir, sus conocimientos se aprendían de mujer a mujer a través de la experiencia, y aquella manera de formación se intentó de reglamentar y regularizar antes del siglo XIX, sin obtener éxito. Zárate documenta en su libro *“Dar a luz en Chile , siglo XIX.”*: *“desde la Colonia, quienes lo ejercía solo lo aprendieron observando a otras mujeres”*(3). Y aquella afirmación, lo sostiene Cano, en su libro *“La mujer en el Reyno de Chile”*: *“El reglamento para la práctica y grado de matronas o parteras fue letra muerta en el Reyno de Chile [...] en 1750 hubo un decreto por el cual se daba al*

protomedicato la facultad de examinar a las parteras. Pero en Chile no se pudo ser práctica porque no había aspirantes".(27)

Es así como existe una diferenciación en cuanto a la formación entre ambos oficios, la partera que adquiría su conocimiento a través de lo cotidiano, en contraste, a la formación de la matrona examinada que obedecía a una instrucción docente bajo los cánones de la medicina moderna, la cual, buscaba insertar a la matrona con un objetivo sanitario y, consolidar una ciencia obstétrica. Zárate en su texto *"De partera a matrona hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX"*, lo describe de la siguiente manera: *"[...]era un adiestramiento exclusivo, destinado a la atención de esta demanda sanitaria. [...] un conocimiento obtenido por la asistencia a un curso formal que contemplaba la aprobación tanto de una parte teórica como práctica."*(23)

En consecuencia, la manera de formación de parteras y matronas eran diferentes, pero, además, reflejaban paradigmas diferentes de la medicina. En esa línea, las parteras ejercían una medicina tradicional-popular. Eran parte de un grupo social llamados curanderos, los cuales, carecían de formación científica, pero gozaban de gran popularidad en la sociedad, por lo que fue un gran obstáculo y una tensión constante durante el siglo XIX y principios del siglo XX con la medicina científica. La autora Zárate del texto *"De partera a matrona hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX"* señala que quienes conforman a este grupo son conocidos de manera general como *"[...] curanderos/as", los cuales, desde la Colonia, lideraron la atención sanitaria de la población practicando lo que es conocido como "medicina popular".* (23) Esta medicina popular se basaba en la observación y experiencia, y conservaba parte de la medicina indígena, como el uso de hierbas, así lo documenta Zárate: *"En su función asistencial recurrían al uso de hierbas, a manipulaciones de distinta variedad e intensidad, a invocaciones religiosas y a la empatía emocional que se producía entre ellas y las parturientas"* (23)

Para lograr instalar el discurso de la medicina moderna, se procedió a crear discursos de desprestigio de la medicina popular.

La medicina científica permitió asignar ciertas particularidades a la matronería por sobre las parteras, tal como lo declara Zárate en *“De partera a matrona hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX”*:

“[...] el desarrollo de escuelas patrocinadas y de cursos privados dirigidos por médicos; la práctica profesional en recintos caritativos y/o que iban camino a convertirse en parte de la incipiente asistencia pública; la animadversión de los médicos y de las primeras instruidas contra la existencia y labor de las parteras no examinadas que ejercieron y disputaron, no en pocas ocasiones, una misma clientela.”(23)

Por consiguiente, los médicos monopolizaron el conocimiento teórico de la asistencia del parto, subordinando el oficio de matrona examinada y disputando la exclusividad de la atención del parto a las parteras. Zárate en su texto *“De partera a matrona hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX”*, afirma que: *“La instrucción de las matronas trajo consigo una circunscripción más precisa del campo asistencial que había monopolizado la antigua partera.” (23)*

Esta estrategia permitió posicionar las diferencias y facultades entre parteras y matronas configurándose como representantes de la medicina popular y medicina científica, confrontándose no solo en el ejercicio, sino también en la contemplación y convicción de los procesos como el embarazo y el parto.

La matronería, sin duda, poseía una formación que la facultó de poder ampliar su rol en cuanto a la atención sanitaria, ya no solo asistía al alumbramiento, sino también, antes, durante y después del parto, aquello lo documenta Zárate en su libro *“Dar a luz en Chile”*: *“[...] el interés de la matrona ya no sólo se remitió al momento de «cortar el cordón umbilical», como ocurría en la Colonia, sino que*

se extendió el foco de atención médica a la etapa previa, durante y después del parto.” (3) Aunque con capacidades limitadas a la fisiología del proceso en cuestión, ya que todo aquello que saliera de lo concebido como ‘normal’ quedaba en manos del médico.

A diferencia de la partera que era encargada de asistir el alumbramiento solamente, pero con una particularidad que implicaba lo particular o doméstico, entendido, este como un acto de complicidad. Zárate en su libro “Dar a luz en Chile” ejemplifica aquello con la maternidad no deseada “[...]parteras se involucraban en una red de complicidades que buscaba silenciar el acto de suyo avergonzaste, transgresión de este deber ser normado por la maternidad conyugal. Las parteras también eran acusadas de dar medicinas para detener el embarazo.” (3)

Tal complicidad, sin duda, causaba molestia dentro de la profesión médica y de las matronas examinadas quienes se sentían bajo amenaza por la popularidad que presentaban las parteras generando una disputa por el monopolio clientelar de la atención del parto. Ante tal escenario, sin reparos se constituyó un discurso en base la deslegitimación del oficio de partera y la aprobación de la matrona, como una imagen social superior. Sin embargo, el oficio de parteras continuó hasta las primeras décadas del siglo XX, existiendo una transición marcada de partera a matrona recién a mitad del siglo XIX situándose en el marco del proceso de profesionalización de la medicina (32) Por ende, tal transición posee un significado fundacional de la medicina en la República de Chile, siguiendo a Serrano (1993), la consolidación de la matronería “[...] es parte sustantiva del incipiente proceso de profesionalización médica del siglo XIX.”(10)

Sin embargo, las crónicas de la medicina se dedican a realzar sus negligencias por sobre sus saberes y prácticas, olvidando tal como señala Zárate en su libro “Dar a luz en Chile”: “[...] que de ellas dependía la cobertura de un auxilio que los

médicos chilenos sólo comenzaron a estimar como propio hacia fines del siglo XIX”(3)

Es innegable el valioso rol que ejercieron tanto parteras como matronas en la atención y asistencia del embarazo, parto y aborto. Sin duda, a pesar de su similitudes y diferencias situadas en un transcurso histórico, social, y político, y asumiendo una posición subalterna en el relato de la historia, las existencias de tales figuras lograron conformarse como agentes sanitarios que, por medio de la experiencia, la complicitad, y el desarrollo de la medicina permitieron cumplir un papel fundamental en la Salud Pública.

Capítulo 2. La significación del oficio partera y matrona en el siglo XIX desde una perspectiva de género

2.1 El discurso higienista y la concepción del cuerpo femenino: *Instalación del dispositivo de poder médico por medio de la significación de la partería y matronería durante el siglo XIX*

i. Higienismo y el dispositivo médico

La significación tanto de la partera como la matrona, entendida éstas como figuras significantes por medio del orden del lenguaje, fue determinada su significación debido a su naturaleza de ser mujer, la cual, estaba condicionada por un orden simbólico. En otras palabras, una configuración desde los símbolos culturales y normativos, además de las relaciones sociales y la identidad subjetiva del ser.

La construcción del orden simbólico, las relaciones sociales (instituciones y organizaciones sociales) y la identidad subjetiva se influenció en base al paradigma dominante de aquella época: El *discurso positivista-higienista*.

Si bien, no hay estudios históricos sobre la difusión como tal del discurso higienista en Chile, según el autor Folchi (2007) en su texto *“La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile (79)*, si se puede constatar por medio del dispositivo de la medicina científica en Chile y la formación médica. Además, de encontrarse libros y manuales con principios del higienismo europeo traducidos en territorio nacional, traídos por intelectuales extranjeros, por lo que sí se evidencia una influencia europea sobre este paradigma en la reciente República.

Ahora bien, el paradigma higienista, entendido como: *“Un conjunto de creencias sobre la constitución de los organismos, la salud y el origen de las enfermedades; de prácticas orientadas a preservar la salud física y moral de las personas y las sociedades; y de políticas públicas inspiradas en esos mismos conceptos”*, según Folchi(79). Dio paso para la creación de un discurso constituido en base a estos ideales. Permitiendo influir en la construcción de la cultura, es decir, en el orden de lo simbólico, propiciando la creación de un conjunto de significaciones. En ese sentido, la construcción de un imaginario de sociedad estará basada en el discurso hegemónico higienista-positivista que comenzaba a asentarse en la República de Chile.

Tales ideas y principios higienistas hicieron eco y lograron cautivar con fuerza los ámbitos académicos y círculos gobernantes, tal afirmación, lo explicita Durán en su tesis *Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918*:

“Estas ideas causaron un fuerte interés por temas como la salud, la higiene y la preservación racial. La ciencia se situó en el centro de este discurso donde la moral, la medicina y los nacionalismos establecían sus conceptos referentes al trabajo, la producción, la reproducción, la defensa y la “higiene racial.”(13)

En consecuencia, se logró posicionar el discurso científico como una voz verdadera del saber, en palabras del autor Durán: *“[...] situándolo en el centro de diagrama cognoscitivo. Los proyectos de carácter científico se multiplicaron como voz legítima del saber.”(13)*

Tal legitimidad era una necesidad imperante para el Estado, pues existían problemas estructurales en cuanto a salubridad, por lo que, la validación del discurso médico permitió por un lado fortalecer la Nación y por otro lado, evitar la insurrección de las masas debido a la Cuestión Social. Tal preocupación se transmite por medio de las palabras de Orrego:

“Veíamos entonces que la cuestión social principiaba a hacer su sombría y tremenda aparición. Las doctrinas más disolventes flotaban en la atmósfera; los arrabales se presentaban a desafiar la fuerza pública en el corazón mismo de Santiago; partidas de bandoleros recorrían los campos; la policía estaba al acecho de incendiarios. Y aquella marea negra iba subiendo, haciéndose cada día más amenazadora y audaz, y dejando entrever más claramente la perspectiva de esos trastornos sociales que no gobiernan las ideas sino las ferocidades salvajes del instinto. Hasta allí nos llevó la imprevisión, el salario bajo, la falta de industrias nacionales, la miseria y la ociosidad del arrabal, y allí de nuevo nos veremos arrastrados si no conseguimos extirpar esas calamidades económicas”(80)

Ante este escenario, la creación de un cuerpo médico higienista preocupados por los problemas sociales, permite pincelar el camino de la nueva Nación. Por medio, de un discurso positivista, liberal e higienista durante el siglo XIX, se constituye un dispositivo de poder preocupado por las poblaciones, sujetos e integrando en una maquinaria de productividad y procreación. Los médicos en consecuencia asumieron el rol de agentes operacionales, permitiendo dar cabida a la *higiene social* donde los agentes médicos buscaban sanar de toda virulencia el cuerpo social y el Estado.(13)

En concreto la configuración de dispositivo de poder médico en Chile durante el siglo XIX se configura bajo los conceptos de sistema liberal, desarrollo social, Estado y sociedad, llevada a cabo por la élite profesionalizada. En ese sentido, Durán sostiene:

“Los conceptos de salubridad e higiene social fueron entendidos como dispositivos para la implementación y articulación del sistema liberal y, al mismo tiempo, propulsar los idearios de desarrollo social y construcción de un aparato que abarcara las estructuras del Estado y la sociedad civil. Este control y

saneamiento de los espacios es llevado a cabo por una élite profesionalizada de la salubridad denominado como “Inteligencia Médica”(13).

Tal inteligencia Médica o Intelligenzia Médica, nombre entregado a la casta especializada médica, a partir de la segunda mitad del siglo XIX tuvo notoria participación en distintas áreas de la sociedad:

“El higienismo en Chile se estableció como parámetro y coordenada de imaginarios corporales y espaciales, constituyendo, a su vez, una casta especializada médica denominada por algunos autores como “Intelligenzia Médica”, y que a partir de la década de 1870 influyó notoriamente en las nuevas estructuras legales, educacionales y morales”(13)

Como parte de una estrategia de saber/poder desde los sectores de élite, los médicos fueron ampliamente respaldados por su facultad de curar, por ende, se creó una imagen distinta a la que se tenía del médico en la época colonial, desde ahora pertenecería a una profesión con gran influencia en la construcción de la República: *“La formación científica permitió a los médicos crear una imagen corporativa de ser los salvadores de la humanidad doliente, como solía decirse en la época, por ser los portadores de un conocimiento especializado que solo ellos podían administrar”(10)*

Abocándose a los problemas sociales de la época, coincidiendo con el periodo de la Cuestión Social, el cuerpo médico afianza su prestigio y avanza en la construcción imaginaria del *“hombre nuevo”*:

“La ciencia, la ideología y el capitalismo conformaron la triada del “hombre nuevo”, sostenido en un discurso positivista del progreso. En este contexto, el sector médico pudo establecerse como un referente autorizado en todos los ámbitos del desarrollo social, ya fuese en la salud pública, la educación, la familia, la sexualidad y el desarrollo urbano.”(13)

Ahora bien, es relevante comprender que los sectores medios y profesionales fueron quienes componían esta clase burguesa, denominada “mesocrática”, distinta a la clase oligarquía y terrateniente, y que tenían como ideología el higienismo liberal, que rechazaba el antiguo sistema, la ineficiente asistencia, el ejercicio de charlatanes y las supersticiones populares y religiosas. Tal como afirma Durán: *“El signo de este sector era justamente la profesionalización y la ciencia”*(13)

El interés de los higienistas por profesionalizar la atención sanitaria en cuanto a la atención de parto precisamente, se fundamentaba en las altas cifras de mortalidad materna e infantil. Moreno en su investigación *La madre chilena, domesticación de la mujer. Los discursos higienistas ligados a la maternidad (1870-1920)* señala:

“Las altas tasas de mortalidad infantil reclamaron la atención de los médicos sobre la salud de la mujer embarazada. La mayoría de las mujeres no tenían medios efectivos de control de la natalidad y muchas tenían problemas durante el embarazo y el momento del parto. Muchas recurrían al aborto, lo cual las enviaba la mayor parte de las veces al hospital o al cementerio. Pocas controlaban el embarazo, la mayoría paría en sus hogares, las maternidades eran escasas, y en un principio el bajo nivel de estos centros era un peligro debido a las altas tasas de infección por fiebre puerperal. La maternidad y el mismo hecho de parir eran vivenciados como una experiencia privada e íntima, por lo cual las mujeres no eran partidarias de asistir a las maternidades.”(82)

En ese sentido, para los higienistas era un problema del cual había que tomar acciones, por lo que, dentro de su proyecto tenía dos objetivos importantes de lograr en las mujeres, por un lado, reafirmar el rol sobre la maternidad, y en segundo lugar formar mujeres para mantener, atender y controlar semejante función social. Moreno, describe de la siguiente manera la concepción de la higiene social acerca de la figura femenina:

“La higiene social tuvo dos agendas para las mujeres: enseñar a las mujeres como desenvolver mejor su rol como madres, y formar a mujeres que estuvieran a su cargo servir a la nación como profesionales de la salud (como enfermeras y matronas fundamentalmente)”(82)

A pesar de comprender la necesidad de que las mujeres se sumaran al trabajo en temas de salud, se rehusaron a que accedieran al título profesional, logrando solo ser consideradas como un oficio en el caso de las matronas hasta finales del siglo XIX. Se mantenía una concepción de superioridad de parte de los médicos, asignando a las mujeres una inferioridad reforzada por la sumisión por medio del discurso:

“Muchos reclamaron una educación superior que permitiera a las mujeres entrar a la carrera profesional, otros no perdían de vista la necesidad de preparar mejor a las mujeres para los objetivos menos sofisticados tales como el manejo eficiente del hogar y del cuidado “científico” de los niños.”(82)

Es así como por medio del enunciado se establece un mecanismo de control discursivo, la ciencia médica estableció una realidad a través del lenguaje, concretando un mecanismo de control sobre los sujetos, en este caso, en la limitación de facultades a las matronas, en la marginación de las parteras y en la concepción del cuerpo femenino como objeto a controlar y vigilar.

ii. El discurso médico como estrategia de poder

En lo que respecta la importancia de la influencia del discurso en la percepción de la matronería y partería corresponde a una cuestión de cómo el enunciado configura por medio de una identidad imaginaria como una realidad absoluta.

El higienismo por medio del discurso médico no solo le preocupaba la medicina social, sino que también contemplaba la idea de una nación homogénea, donde

la creación de lo femenino también tuvo su influencia higienista. En relación a aquello, Moreno plantea que:

“Al hablar de higienismo no solo hacemos referencia a la práctica realizada por la medicina que dice relación con lo que podría llamarse medicina preventiva y social o, de modo más contemporáneo, salud pública. Nos interesa una comprensión más amplia del concepto en cuanto fuerza moralizadora que piensa a la nación como un espacio homogéneo. En este sentido es que los discursos de las mujeres, al nutrirse de las imágenes hegemónicas de lo femenino, también son parte del discurso higienista” (82)

El proyecto higienista liberal es fundamental en la construcción imaginaria del cuerpo de la mujer, precisamente porque se contempló como un campo de disputa entre lo popular y la producción capitalista, Durán plantea que:

“[...]el nuevo sector liberal y profesionalizado estableció un proyecto de ordenación que implicaba adecuar las antiguas prácticas de los sectores populares y rurales al modelo de producción capitalista, mediante una ética del cuerpo y el espacio basado en el orden, la familia y la sexualidad reproductiva.”(13)

Asimismo, el dispositivo de poder médico interfiere en el cuerpo femenino, por medio del discurso y la creación de instituciones que pudieran acoger y controlar a estas mujeres. Durán expone que *“[...]el cuerpo femenino se constituyó en un espacio en disputa entre las agencias reguladoras de la vida y los celadores del alma. Las agencias de normalización establecieron un programa correccional del cuerpo y el espacio.”(13)*

Tal es el caso, a de la Casa de Maternidad creada en 1870 con el fin de atender a las mujeres, pero que tenían además la misión de evitar todo “crimen” que pudiese llevarse a cabo por parte de su madre hacia su hijo, además, de buscar establecer una política de maternidad, con el objetivo también de reducir los índices de abandono, considerado como un crimen ejercido por la mujer. Así se explicita en el discurso e incorporación a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Chile de Ramón Allende en 1865:

“Y no es esto solo; hay algo más grande todavía y más trascendental, ese establecimiento, esa casa de maternidad, cuya existencia es una necesidad imperiosa, sería una barrera contra el crimen; la mujer teniendo ese amparo esperarí sin terror la hora de su alumbramiento y jamás atentaría contra su hijo [...] Con ese establecimiento se evitaría otro crimen no menos atroz, la exposición; la exposición, comprendéis, señores, lo que es un crimen horrible resultado tan solo de la miseria y desesperación de una pobre madre”. (84)

Es así como una de las principales agendas higienistas hacia las mujeres se limita a su rol doméstico, a su labor del cuidado, a su capacidad reproductiva desde un enfoque materno como característica innata del cuerpo femenino, interviniendo en la sexualidad femenina y dando paso a una construcción imaginaria de la mujer:

“[...] emergen nuevos referentes para la elaboración de un discurso personal de la mujer, complejizando el imaginario femenino, abriendo nuevos espacios que implicaron una redefinición de lo público y de lo privado, y colaborando a la construcción de una identidad femenina basada en la maternidad”.(82)

Por lo demás, ese rol maternal y sus virtudes como mujer, adquiere una relevancia importante para los intereses políticos, ese sentido, Claudia Moreno señala que : *“La imagen natural de la mujer como cuidadora, madre, alimentadora, adquiere nueva relevancia cuando esta se dispone a los servicios de la nación.”* (82)

Por ende, surge una necesidad imperiosa para los gobernadores intelectuales de la República, instaurar la medicalización en el proceso del embarazo y domesticar la maternidad, no solo como algo “natural del ser mujer”, sino también por su rol social:

"[...] la maternidad opera como retórica general en una multiplicidad de discursos, los cuales superponen en intenciones contradictorias –en tanto el discurso médico tiene a la mujer como objeto, el feminismo ocupa la maternidad para representarse a sí misma, a ocupar un lugar de sujeto. La maternidad termina constituyéndose en una cuestión pública y por ende, se politiza."(82)

La asignación de las mujeres como objeto y sujeto político en consecuencia del rol maternal asignado, la hizo merecedora de una función social preconcebida y establecida solo por ser mujer. Así pues, comienza a ser vista como objeto como blanco de políticas, quedando encasillada en la construcción de un enunciado hegemónico como parte central del desarrollo hacia la modernización.

iii. Labores femeninas y saberes masculinos

Fueron temas relevantes dentro del discurso higienista procesos como el embarazo, siendo despojados de las mujeres, en el sentido que se sometió a un control, a una vigilancia y a una opinión moral, el cuerpo de las mujeres ya no les permanecía como tal, sino que estaba disponible como objeto al servicio y valoración de la nación. Y así las mujeres que se dedicaron a servir a la nación como matronas y enfermeras, su acto estaba ligado netamente a la labor del cuidado:

“La presencia de las mujeres en el ámbito de las prácticas curativas ha tenido un papel preponderante en las tareas de cuidado de los enfermos, labores de elaboración y difusión de la medicación popular”(3)

Y es que el dominio del saber era un rol asignado al cuerpo médico, por ende, el proceso de profesionalización como táctica para la modernización de la medicina, también era un acto de control y monopolio del saber, Sibrian, en su investigación *“El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva”*, manifiesta que:

“[...] el proceso de modernización de la medicina en Chile, más que un curso signado por el auge del progreso y el nacimiento de nuevas instituciones era también una justificada forma de arbitrar los saberes y las profesiones, es decir, una manera de asegurar los beneficios y recompensas hacia una élite ilustrada y garantizar el poder que, posteriormente, se articulará con la necesidad de organizar la tierra, la ciudad y la fuerza de trabajo a través del control médico.”(19)

Tal proceso de profesionalización avalado por el Estado, la Universidad y el protomedicato durante el siglo XIX, logró el posicionamiento social que hasta entonces era desconocido. Pero, además se vinculó directamente como una práctica netamente masculina:

“[...]la profesionalización médica se construyó al amparo de la asociación histórica de la práctica científica con la masculinidad, operando explícitamente y estratégicamente en ciertas especialidades emergentes como la obstetricia y la ginecología que , dedicadas al cuidado y estudio del proceso de la reproducción , gestación y alumbramiento de la mujeres y la diferencia sexual y la patologías femeninas, fueron monopólicamente por jóvenes galenos”(3)

Ahondó especialmente en oficios que por muchos años pertenecían a las parteras, meicas y curanderas, lo cual, conllevó a una disputa que duró todo el periodo decimonónico y parte del siglo siguiente. Las parteras gozaban de prestigio en el mundo popular y de la élite, lo cual, se caracterizaba por una valoración social positiva por parte de las mujeres.

El enfrentamiento de saberes no fue solamente una disputa de conocimientos, sino también una posición del dominio del saber desde lo masculino versus lo femenino es así como la medicina social por medio del discurso médico se construye bajo: “[...] *la supuesta y natural correspondencia entre la práctica médica y masculinidad*”(3)

2.2 Valorización social de la partería y matronería durante el siglo XIX: La identidad subjetiva y la construcción de lo femenino en el oficio partera y matrona.

La vinculación de la masculinidad con la práctica médica se relacionaba específicamente con la percepción que se tenía de las ciencias como algo de carácter netamente masculino, y, en consecuencia, la creación de un enunciado donde existió la homogeneidad sexual acerca de la profesión médica, y es que tal como lo señala Zárate en su libro “Dar a luz en Chile, siglo XIX”:

“La apropiada y feliz relación entre el género, específicamente masculino, y la profesión médica se desplegó y afianzó durante el siglo XIX, al punto de adquirir el carácter de un dato que , a ratos, nos puede parecer un hecho sin importancia porque sabemos que las mujeres no podían acceder a estudios universitarios en el periodo y que las excepciones de aquella realidad cumplieron el papel de reforzar públicamente la supuesta y “natural” correspondencia entre práctica médica y masculinidad.”(3)

En tal sentido, existe una estrecha relación entre conocimiento y masculinidad, y que corresponde a un fortalecimiento de una construcción de lo masculino y femenino determinado por la naturaleza del sujeto según su imaginario. En otras palabras, es la consolidación del orden del lenguaje, es el efecto de su propio discurso.

En ese marco, la relación entre conocimiento y masculinidad es el producto de un constructo imaginario. Zárate señala que aquello que vincula a la medicina con la masculinidad durante el siglo XIX “[...]son producto de la consolidación de aquellas difundidas desde el siglo XVII y de un periodo en que las divisiones sexuales alcanzaban amplias dimensiones de la vida humana, familiar y comunitaria”(3)

La hegemonía masculina que caracterizaba al cuerpo médico estaba representada bajo la construcción del “hombre de ciencia”, un nuevo ideal masculino, el cual surgía desde una clase determinada de la sociedad, caracterizada por el acceso a la educación:

“La imagen y fuerza simbólica de los hombres, inspirados en este ideal, eran componentes de un grupo específico de la sociedad decimonónica que se alojó principalmente en las universidades y en establecimientos hospitalarios, expandiendo su atractivo a comunidades científicas incipientes y lejanas como la chilena”(3)

De tal manera, la medicina basada en la ciencia comenzaba a posicionar un ideal masculino, inspirando a hombres a ejercerla bajo el supuesto de: *“un apostolado social masculino de significativa fuerza, dotado de una especial dignidad y de valores como la total entrega al enfermo y a la causa de la higiene pública”*(3)

De ahí que, se configura lo masculino en base al ideal del hombre científico y médico en Chile, cuya norma se vería amenazada más adelante con la incorporación de las primeras mujeres a la instrucción de la medicina. Esta amenaza simplemente se percibía debido a que el constructo de este hombre masculino era contrario al constructo de la mujer femenina, por lo que su inclusión era una revelación a su naturaleza, pues se ponía en duda si aquellas mujeres tendrían el grado de inteligencia y actitudinal que se requiriese.

Bajo esa línea, la relación de masculinidad y medicina no obedece al acto de que era ejercida solo por hombres hasta finales del siglo XIX, sino más bien su relación corresponde a una construcción teórica, la cual, está elaborada por elementos simbólicos y validada por la eficacia propia del lenguaje, es decir, por el registro simbólico sobre el cuerpo, en este caso, “masculino”, la cual se encontraba distanciada de lo “femenino”. Zárata lo explicita como una diferencia de cualidades:

“Las cualidades virtuosas de la ciencia como la racionalidad, la experimentación, el dominio de la naturaleza y de la sociedad, la intervención social y, directamente asociadas a la masculinidad, proceso reforzado por la concreta distancia entre mujeres y saber científico y la promoción de su conveniente confinamiento hogareño.”(3)

Como consecuencia, lo masculino se sobrepone a lo femenino, se conceptualiza la feminidad desde la diferencia a lo masculino, logrando una construcción teórica que permita consolidar una diferencia sexual.

Es así como la partera asumía su rol doméstico, esto principalmente por la relación entre partera y parturienta que existía: *“El oficio de partear implicaba la cercanía de la partera a un ámbito que se podría considerar como particular [...]”(32)*

Tal significación, entregó un valor de confianza entre la partera y la mujer, prevaleciendo una atmósfera de connivencia, tal como señala Biotti:

“El parto protegido por el silencio y la intimidad coadyuvaba en los propósitos sociales de las pacientes, en el intento por mantener cierta imagen de castidad y buen cristiano, donde el origen del recién nacido se involucraba en una red igualmente importante de complicidades y silencios”(32).

Por otro lado, la atención de las parteras no solo era reconocida en la clase popular, sino también por la elite, Araya:

“Tal escenario de dolor y muerte era rechazado por la elite y con ello confiado a las parteras populares que lidiaban diariamente con los cuerpos ajenos, el silencio y la intimidad, como testigos de aquello que se debía ocultar “(86)

Es interesante la relación de solidaridad que surge entre aquellas mujeres que ejercían el oficio de partear y aquellas mujeres parturientas. Aquello les permitió obtener una valoración social tanto en el mundo popular como en la élite,

logrando mantener su ejercicio hasta mediados del siglo XX, aun cuando la aparición de la figura de la matrona y médicos cada vez fueron adquiriendo un peso relevante en el campo de la medicina chilena y la nueva sociedad republicana. Sin embargo, no fue fácil para estos últimos conseguir tal apreciación por parte de la población, por lo cual, el cuerpo médico optó como estrategia predicar un discurso higienista, el cual se caracterizó en desprestigiar todo aquello que no seguía la ciencia:

“Frente a la incapacidad de cumplir con la legislación vigente, el único 'medio normativo era el escarmiento; es la fuerza de la imagen de la sentencia descalificadora, capaz de inhabilitar una tradición y una práctica.”(32)

En consecuencia, se intentó por medio del desprestigio crear una nueva imagen de las parteras, relacionando su naturaleza a una suerte de salvajismo, permitiendo dar paso a la medicina moderna bajo el paradigma higienista.

“Se intentaba crear una imagen violenta de la partera, subjetivando el pecado de la carne y objetivando un prejuicio social. Imagen opuesta a la del médico profesional, cuya práctica estaba garantizada por la fuerza de la educación y de un orden institucional, que se materializaba en la fundación de hospitales y del Protomedicato como instancia reguladora.”(32)

La divulgación del relato peyorativo hacia las parteras queda plasmada en los escritos, los cuales, han replicado la configuración de un oficio femenino caracterizado por *“la ignorancia, falta de criterio e inhumanidad”*(78)

En concordancia a lo anterior, en el escrito de Zamorano, la partera también se describe como: *“[...] irresponsable, sangrienta, ignorante, intrusa, sin temor de dios, sin respeto a la justicia, sin ciencia, inteligencia ni conocimiento, entre otros calificativos.”*(76)

La resistencia de las parteras en el campo de la obstetricia conllevó a que se apreciaran por parte del cuerpo médico como mujeres salvajes carentes de

rigurosidad e inteligencia, pues lo que ejercían no era más que un oficio ignorante, una “ciencia de hembra”, como lo señala Zárate.

La resistencia de las parteras no solo significó la lucha constante de mantener en sus manos el arte de parrear, sino que significó una batalla contra el poder masculino y sus simbolismos de género, en palabras de Zárate: “[...] (las parteras) encarna una resistencia femenina consciente frente al omnipotente poder masculino de los médicos [...] un escenario privilegiado de la lucha entre los sexos.”(3)

Sin embargo, el poder discursivo del cuerpo médico por medio de la deslegitimación y desvalorización de la “ciencia de hembra”, comprendiendo este como un proceso de construcción de una nueva figura de partera bajo la connotación de “partera ignorante”, tuvo como consecuencia finalmente que las facultades de tal oficio recayeran en sus manos. Zárate señala: “[...] los médicos levantaron sus propias campañas de desprestigio contra las parteras y elaboraron las políticas de su adiestramiento traspasando, en consecuencia, el control de ese oficio sus manos.”(3)

En esa misma línea:

“En esa construcción de la imagen sangrienta de las parteras se usaba como fundamento el discurso autorizado del médico, único garante de la verdad.”(87)

La persecución e intentos de subordinación de la que fueron expuestas las parteras por parte de los médicos se basaban en un conflicto de género y de clase: *“El desprestigio de la medicina popular y la lucha de la medicina formal por reemplazarla, fue una batalla práctica y política que no estuvo ajena a los simbolismos de género y de clase que cada uno aportaba”(3)*

A diferencia, las matronas por parte del cuerpo médico tuvieron una valoración superior a las de las parteras, pues finalmente se configuraba la figura de la mujer matrona con las cualidades que el discurso médico de la época establecía como el idóneo, mujeres que ejercían la ciencia al alero del médico, una paramédica que se limitaba a sus facultades, que recibía educación, pero a la vez, sabía muy bien cuál era su lugar bajo la sumisión del discurso médico. No obstante, se mantiene el pensamiento sobre la inferioridad de la mujer como parte de su naturaleza, así se puede leer en el discurso de apertura de la Escuela de Obstetricia del médico Lorenzo Sazié en 1834:

"Este curso, señores, es principalmente destinado a las alumnas de obstetricia; será pues lo mas simple y claro posible. Su naturaleza no admite ninguna de aquellas discusiones científicas en las que entraremos en otras circunstancias, y no espondrémos en él otra doctrina sino la que se adapta inmediatamente la práctica, y que dimana de los principios mas jenerales , mas claros y universalmente adoptados. En estos caso, señores, tendremos siempre presente el fin que nos ha sido prescrito y el grado de las inteligencias de nuestros oyentes."

A pesar del deseo férreo del cuerpo médico de instruir a mujeres en el campo de la partería, este iba de la mano de un discurso de discriminación a estas, determinan lo femenino como una naturaleza inferior con una capacidad de entendimiento limitado, por ende, se le educaría solo lo necesario para la atención del parto fisiológico, sin necesidad de ahondar en cuestiones científicas, pues tal como se señala en el discurso, estaría orientado y limitado al grado de inteligencia que poseían a ojos de los médicos las mujeres cuyo oficio de partear quisieran ejercer. Tal distinción es netamente de naturaleza, alude a un discurso reduccionista biológico, las mujeres estaban condenadas a una inteligencia inferior simplemente por el hecho de haber nacido mujeres. Incluso, la distinción

de naturaleza queda nuevamente registrado en palabras del médico Sazié al referirse a los médicos en el mismo evento de apertura:

“[...]Sin embargo, vosotros, señores estudiantes de medicina, no desesperéis de sacar mucho provecho de las lecciones de que daremos; pues constituirán para vosotros un curso verdaderamente elemental en el que os familiarizaréis con todos los principios de esta ciencia necesarios para la práctica, que os pondrán en la posibilidad de seguir con mayor acierto todos los desarrollos científicos en que tendremos que entrar cuando llegue el tiempo de haceros un curso mas profundizado y didáctico. Obraréis pues de un modo conforme a vuestro interés, asistiendo a las lecciones que se darán aquí y procurando grabarlas en vuestra memoria para que os sirvan en otra época, como una especie de preparación para estudios mas filosófico y extensos.”(88)

Sazié en su discurso hace la relación de hombres-médicos-ciencia, plasma por medios de sus palabras una diferenciación de roles, en este caso los médicos hombres debían adentrarse en estudios con mayor profundidad de conocimientos, por ende, lo enseñado a las matronas no era más que algo básico. En tal sentido, se puede interpretar el cómo se le asigna la capacidad de reflexionar, pensar, filosofar y acceder a los conocimientos de la ciencia solo a aquellos que su naturaleza sea masculina, y en consecuencia, lo femenino debía cumplir su rol emocional que la caracteriza, así lo manifiesta Sazié:

“En cuanto a vosotras, señoras, la profesión que emprendéis debe excitar sentimientos que, tal vez, os han sido desconocidos hasta ese día. Ella va a daros un carácter mas elevado que no se reconoce jeneralmente en vuestro sexo; un papel mas noble os está reservado en el mundo; vais a ahaceros árbitras de los intereses de la sociedad. En el ejercicio de vuestra profesion vasia a se las primeras que ofreceréis unas garantía de instruccion de que, hasta aquí nadie tenía idea; la sociedad recompensará este nuevo mérito y los servicios utiles que podréis prestarla.(88)”

El llamado de Sazié a las matronas de evocar sentimientos desconocidos hasta ese entonces hacia su nueva profesión, los cuales, les dará un carácter más elevado en comparación a al resto de quienes componen su sexo, deja en manifiesto la configuración de lo femenino: un ser noble, una cualidad reservada en el mundo para las mujeres, que por lo demás tal cualidad sumada a la instrucción de ilustre oficio les permitiría obtener una recompensa de la sociedad.

La valoración de la matrona estaba determinada por sus cualidades morales, por su ejercicio digno y por un control de su oficio:

“Por esto, señoras, importa que desde este momento os penetreis de toda estension de vuestras obligaciones; no debéis nunca perder de vista que a mas de las garantías de instrucción que deberéis ofrecer tambien dar pruebas de una de una conducta severa y de calidades morales satisfactorias.”(88)

La exigencia por parte de los médicos hacia las matronas se encuentra representadas en las palabras anteriores del médico francés, no solo se le exigía garantías en cuanto a los conocimientos adquiridos, sino también, debía ser particularmente intachable en su conducta.

Así también, interpreta Biotti :

“[...]supone no sólo la entrega de conocimientos básicos para asistir a la parturienta, sino también que dichas acciones estén teñidas y significadas de una moral remozada que intenta erradicar imaginarios anclados no sólo en la práctica popular, sino también en las viejas autoridades paganas, al alero de un conocimiento científico anatómico y fisiológico.”(32)

Ahora bien, tal “decencia” se exigía también al ingreso de la escuela de obstetricia:

“[que] sepan leer y escribir, hayan recibido una educación-decente, sean jóvenes, robustas y bien constituidas”(88)

De alguna forma, se intentaba desmarcar de la imagen de las parteras, las cuales, como hemos analizado en los documentos, se intentó crear una figura sanguinaria. Y por otro lado, la figura de la matrona se creaba desde una imagen opuesta, cercana a la imagen médica, la cual, se configuraba como una imagen:

“[...]profesional, cuya práctica estaba garantizada por la fuerza de la educación y de un orden institucional [...]”(87)

Para lograr tal orden simbólico, se basó en las ideas reguladoras de la medicina y el arribo por lo demás de un discurso higienista, y en consecuencia, el inicio de la medicalización en la atención sanitaria, por lo que, tal contexto dio paso a desvalorizar la partera como un agente violento y homicida, versus al médico como garante de sabiduría:

“[...] la violencia de la partera homicida y el médico como garante de la vida tienen su soporte en la mantención y proyección de un orden basado en el prejuicio social.” (87)

En ese sentido, la construcción de la imagen de matrona como representante fiel de la ciencia versus las parteras como curanderas, no solo recae en una cuestión de desarrollo de la república con el fin protector de disminuir las muertes de mujeres parturientas o disminuir la mortalidad infantil, sino que tales acciones están contenidas dentro de un discurso higienista y en consecuencia en un proceso de medicalización de la atención sanitaria. El significante de cuerpo se ve reflejado en la configuración de identidad que entrega a las parteras y matronas, pues el *“el lenguaje pasa de ser un recipiente vacío, para cargarse de significados políticos. No existe ningún concepto "natural", sino que naturalizados por el discurso, es decir, se los puede “des-historizar”.*(13)

Es más, tanto la partera como la matrona conforman dos sujetos de una misma naturaleza, sin embargo, asumen un significante diferente.

Es así como tanto las palabras de Lorenzo Sazié y de otros médicos e historiadores, por medio de sus discursos expresan la función simbólica construida a partir de la diferenciación sexual, lo femenino y lo masculino como formas vacías que se configuran de acuerdo con el discurso histórico – social. En ese sentido, la valorización de la figura de partera y matrona responden netamente a un valor estructural situado a su historicidad.

VI. Discusión

Este estudio reafirma que durante el siglo XIX la atención del parto se caracterizó por ser un espacio de disputa entre saberes y prácticas, determinadas por el tipo de formación recibida, por el ejercicio del oficio, y por supuesto, por el paradigma de la medicina que contemplaban tanto las parteras como las matronas. Tales características permitieron la diferenciación, en un espacio donde el arte de partear estuvo en manos principalmente de mujeres, por lo que la representación y configuración de la figura de partera y matrona estuvo consolidado por quién obedecía de mejor manera los cánones de la medicina moderna, tanto en el ejercicio del oficio, como su comportamiento moral.

En cuanto al posicionamiento en la esfera social de las parteras y matronas, se alude que pertenecían a un origen humilde, y que era por medio de este oficio era como lograban subsistir. Sin embargo, las fuentes primarias que aluden señalan tal característica de las parteras en un contexto diferente al concordante con esta investigación. Si bien, se podría inferir que mantuvieron aquella posición social del siglo XVIII, no correspondería a una certeza, por ende, en cuanto a la pertenencia de la esfera social tanto parteras como matronas durante el siglo XIX, no es concluyente, y podría constituir una futura arista de investigación.

Por otro lado, es irrefutable el cómo ambos oficios se vieron configurados bajo un discurso patriarcal, oficios cuyas facultades y limitaciones estaban determinadas por ser mujeres y de una determinada condición social, además, de atributos que encajaran con el pensamiento médico de la época. De cierta manera, más allá de la diferencia entre parteras y matronas sobre la formación de su oficio, también existió una diferencia de libertad de ejercicio, las parteras no estaban sujetas a ningún tipo de dominación discursiva a diferencia de las matronas examinadas que, a pesar de su valiosa formación, se veían sujetas a un discurso médico, por lo que, su ejercicio era subordinado.

En cuanto al discurso médico, en este estudio se estableció su influencia en la construcción del orden simbólico y la identidad subjetiva en torno la figura de partera y matrona en base a su naturaleza de ser mujer.

En primer lugar, tal relato conformó dos sujetas de una misma naturaleza, con significancias diferentes, construidos en base al pensamiento higienista, y que en concordancia con Tubert (85), las sujetas en este caso, se producen en la cadena del significante, que solo es un significante para el otro, en consecuencia, las sujetas se apropian de ese significante, funcionando como tal. Asimismo, el sujeto mujer, se constituye como señala Lacan a partir de la construcción del el Otro bajo el efecto de la cadena de significante, y a su vez, el lugar de la cadena significante - lenguaje- ordena la aparición del sujeto, en este caso el cuerpo de la mujer con cualidades determinadas. En ese sentido, es muy relevante como la mujer es percibida y construida por el Otro. Por lo tanto, la configuración del cuerpo de la mujer y la asignación del rol de partear, es consecuencia de la constitución del dispositivo de poder médico. En esa línea, los médicos asumieron el rol de agentes operacionales, generando como plantea Durán “tecnocracia científica en torno a la clasificación y la producción de sujetos”. (13)

En segundo lugar, el cuerpo de estas sujetas reveló que su figura fue vista, en parte, bajo términos económicos y una herramienta al servicio de la nación. Tal relación del cuerpo con lo económico lo plantea Foucault plantea el cómo: “(...) los rasgos biológicos de una población se convierten así en elementos pertinentes para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento, y sobre todo el incremento constante de su utilidad” (81). En esa línea, las altas tasas de mortalidad e infantil, es uno de los argumentos fundamentales de los higienistas para consolidar la profesionalización médica, la necesidad de matronas examinadas y la medicalización del embarazo, el parto y la maternidad.

El discurso médico no solo consagró esta imagen femenina negativa representada por parteras y otra imagen femenina positiva de la que eran parte las matronas examinadas, sino también se reafirma esta imagen masculina representada por el médico, imagen que se caracterizaba por su conocimiento, y que dio lugar a un fortalecimiento de una construcción de lo masculino y femenino determinado por la naturaleza del sujeto según su imaginario. En otras palabras, Tubert menciona que aquello es la consolidación del orden del lenguaje, el ser humano está determinado por su propio discurso, es decir está constituido como efecto del discurso (85). Asimismo, lo masculino se sobrepone a lo femenino, se conceptualiza la femineidad desde la diferencia a lo masculino, logrando una construcción teórica que permite consolidar una diferencia sexual. Silvia Tubert menciona: *“En la diferencia de la función simbólica que construye la diferencia sexual y, en ella, la masculinidad y la femineidad como formas vacías, del contenido que se asigna a las mismas en función de las circunstancias histórico-sociales y de los imaginarios de los significantes mismos. Se articula, así, el valor estructural de estos conceptos con su historicidad”* (85).

En concordancia a lo anterior, este estudio plantea la importancia de la influencia del discurso en la percepción y configuración de la matronería y partería, de cómo el enunciado configura por medio de una identidad imaginaria como una realidad absoluta, y en este aspecto Foucault es claro en reconocer el mecanismo de control discursivo y constitutivos de la realidad: *“El discurso, por más que en apariencia sea poca cosa, las prohibiciones que recaen sobre él, revelan muy pronto, rápidamente, su vinculación con el deseo y con el poder”*(83) Así mismo, el higienismo por medio del discurso médico, consagró la imagen hegemónica de lo femenino (82), y en consecuencia la identidad de matronas y parteras. La valorización tanto de la partera como la matrona, en primer lugar, era determinada por su naturaleza de escaso valor, y, en segundo lugar, la percepción de tales figuras se diferenciaba en cuánto quién respondía mejor al constructo femenino configurado por el discurso dominante. Si bien, tanto

parteras como matronas respondían a los conceptos de feminidad, comprendidas como entidades (ya sea naturales o sociales) que corresponde a construcciones teóricas, (85) se sitúan en la cadena de significantes, y en consecuencia, las nociones teóricas acerca de la constitución de la mujer se ven determinadas por el orden simbólico, y en efecto, la valoración de las partera y matronas son una construcción del lenguaje por medio del discurso médico higienista del siglo XIX asignando roles correspondientes a su “naturaleza.”

Proyecciones del estudio

Esta investigación corresponde a una pincelada dentro del desafío del quehacer en Chile sobre las interrogantes que emergen de las profesiones sanitarias. Sin duda, surge la necesidad de nutrir por medio de la investigación el cómo se van configurando estas profesiones, sus conocimientos, y cómo se sitúan en el desarrollo de la Salud Pública.

Por otro lado, desde la reflexión de los resultados en esta tesis, considero relevante incorporar como categoría de análisis la pertenencia de parteras y matronas a pueblos indígenas durante el siglo XIX, teniendo en consideración, que a pesar de la búsqueda de fuentes verídicas sobre la existencia de parteras/matronas/comadronas pertenecientes a estos pueblos, no logré encontrar fuentes que aludan a tal búsqueda. Inclusive, el oficio de partera, y precisamente su surgimiento, se ha planteado como una figura inserta en el territorio americano como consecuencia de la colonización (3). Por lo demás, parte de la historiografía chilena, menciona que antes de la llegada de los conquistadores, el parto en las mujeres indígenas era atendido por ellas mismas o una acompañante. Así lo relata, Diego Rosales, quien en su Historia general del reino de Chile (1674) describe la escena de una mujer mapuche pariendo a solas y alejada de la casa (25). Ahora bien, es relevante considerar que no hay certezas que lo escrito por Rosales sea representativo, pues parte de los cronistas españoles bajo los objetivos de la Conquista, así como cualidades

propias de su retórica, describían realidades erróneas, incluso, es importante a considerar lo señalado por Andrea Salazar en su tesis el oficio de la Puñeñelchefe, sobre la importancia de la consideración la moral judeocristiana, la misoginia y la satanización del indígena (77). Si bien, no era parte de mis objetivos de investigación, si considero que, a partir de los resultados y el proceso de reflexión, se proyecta como una línea de investigación interesante a considerar, por un lado, porque complejiza la figura de parteras y matronas, y, por otro lado, por ser una deuda histórica con las naciones indígenas.

VII. Conclusión

En este trabajo se ha realizado una investigación con fuentes históricas que nos ha permitido adentrarnos en el pasado por medio del discurso del otro, permitiendo indagar en el lado sombrío del discurso oficial de los hechos y cuestionar la tendenciosa naturalidad de las relaciones sociales y decisiones políticas, y en este caso, la batalla discursiva durante el siglo XIX por lograr la marginalidad de la partera y la inserción de la matrona en el Chile republicano como uno de los objetivos de la medicina moderna de carácter científico.

Para efectuar esta investigación, se ha analizado documentos de la época escritos por médicos e investigaciones realizadas por historiadores. Por medio de su análisis he buscado demostrar la significación de la partera y de la matrona durante el siglo XIX desde una perspectiva de género. Para llevar a cabo el enfoque de la investigación se puso en cuestión el discurso acerca de la construcción de las figuras de partera y matrona examinada, y se analizó tomando en cuenta los elementos de género presentes en la construcción histórica de tales oficios en el contexto del proceso de medicalización de la atención sanitaria en el siglo XIX.

Dicho esto, este trabajo de investigación ha permitido realizar una lectura histórica de la significación de las parteras y matronas en el siglo XIX constituye una antesala para comprender por un lado el cómo se conforma un dispositivo de poder por medio del discurso higienista, el cual dio pie a la medicalización sanitaria y será precursor en la construcción de la política sanitaria chilena en el siglo XX. Por otro lado, la lectura histórica desde una perspectiva de género nos permitió historizar el género, y poner en relevancia la problematización del género en las investigaciones, pues nos entrega significados importantes a considerar según el escenario histórico a analizar. En ese sentido, más que aplicar categorizaciones de lo masculino y lo femenino como variables naturales y a-

históricas, se realizó un análisis de cómo tales categorías influyeron por medio del discurso médico en la construcción de la identidad imaginaria de las parteras y matronas. Es decir, la diferenciación entre femenino y masculino considerados en ese entonces como determinantes biológicos, a pesar de su construcción cultural, fue la base de un proyecto político en Chile, consolidándose el género como una característica implícita del discurso higienista.

La interrogación al pasado nos permitió comprender en este caso, la relación del discurso higienista y la transición de partera a matrona y su impacto en la salud pública en Chile, pues al realizar una arqueología del saber cómo lo denomina Foucault, es decir, realizar una excavación profunda de esta relación, surge una reflexión histórica acerca de los procesos políticos, sociales y científico involucrados en la respuesta que se le ha dado a problemas de salud-enfermedad-atención, en este sentido, por medio de la reflexión histórica se deja de lado la narración celebrativa de hechos importantes para la Salud Pública y se asume el desafío de interpretar la influencia de determinantes políticos-sociales en la adopción de ciertos pensamientos como respuesta a un específico escenario histórico.

En ese sentido, es interesante comprender que el surgimiento de la matronería no fue una cuestión a-histórica, muy por el contrario, el dominio simbólico de la atención de parto de parteras a matronas se relaciona directamente con el surgimiento de la nueva República y el discurso higienista. Este fue un dispositivo de poder firmemente decidido en la intervención de la población y en especial en los cuerpos femeninos por medio de la matronería, la obstetricia y la ginecología. Sin embargo, su fin de insertar la figura de la matrona en el campo de la atención sanitaria se vio complejizado por la existencia de las parteras y su popularidad en la población, solo con el paso del tiempo la matrona se logra consolidar como una figura relevante para la obstetricia en Chile, aunque de bajo perfil debido a la sumisión médica en que se encontraba tal oficio. Es relevante señalar, que la

construcción imaginaria tanto de las matronas como de las parteras fueron determinadas por su naturaleza de ser mujer, pero diferenciadas luego a partir de la construcción imaginaria de parte del Otro, que correspondía al cuerpo médico caracterizado por la presencia del ideal masculino.

En consecuencia, la representación y valoración tanto de la partera tradicional como de la matrona examinada obedece más a una construcción imaginaria que a una realidad, aquello es importante de considerar, pues permite examinar toda interpretación biologizante, reflexionando y diferenciando lo real, lo imaginario y lo simbólico en la construcción del lenguaje por medio del discurso. En esa línea las mujeres como sujeto históricamente cosificadas y oprimidas por medio de las narrativas hegemónicas que configuran la subjetividad, ¿cómo se manifiesta a través del discurso del siglo XIX en cuanto a parteras y matronas? La significación de estos oficios se configura bajo los discursos de poder que operaron, quedando plasmado las desigualdades de género, la jerarquización en el campo médico y la lectura del cuerpo femenino como un objeto a controlar y vigilar, por ende, sus significaciones constituyen un ejercicio político.

Es así como la transición de partera a matrona durante el siglo XIX estuvo marcada por una construcción imaginaria del cuerpo de las mujeres, y en consecuencia se establecieron normas en cuanto a los procesos reproductivos y la asistencia de estos procesos. Por ende, se estableció la necesidad urgente de visualizar la ideología higienista por medio de una de las aristas del dispositivo de poder, correspondiente a la producción del saber y conocimiento científico de los médicos como única verdad, legitimado por las instituciones y el Estado, pudiendo ser capaces de significar el cuerpo femenino como objeto dispuesto a ser intervenido para el bien de la nación, significar el rol de la partera a través de un discurso malicioso y significar el rol de la matrona para su inserción en el campo de la salud como una extensión del discurso médico.

En síntesis, esta tesis concluye que por medio del saber científico, se constituye un dispositivo de poder, develando en consecuencias relaciones de poder y categorías de género que subyacen a la construcción de la identidad, en efecto en la significación de las parteras y matronas, con el fin, de la transformación de la asistencia del parto, basado en la medicalización de la atención sanitaria, permitiendo el desarrollo de construcción de políticas sanitarias teniendo un impacto en la salud pública. Es más, cabe mencionar que de esta investigación surgen cuestionamientos que incluso se pueden trasladar a las relaciones sociales del siglo XXI , por ejemplo, por qué hoy en día pareciera mantenerse esa jerarquía entre matronas y médicos, cuál es el rol de la matrona en el Chile actual, qué lugar ocupan las parteras en la salud pública en Chile, qué percepción tiene la sociedad de las parteras y matronas, cómo perdura el discurso higienista en el Chile actual, pues tal como señaló Nicolás Fuster en el lanzamiento de su libro “El cuerpo como máquina”: *“Hay un ‘impulso higienista’ que repercute hasta el día hoy en las prácticas ciudadanas.”* En ese sentido, de esta tesis surgen desafíos interesantes a llevar cabo, por un lado la importancia de investigar sobre la historia de la Salud Pública, sobre la profesiones sanitarias y su relación de surgimiento con el escenario político en la historia de Chile, existen pocos estudios en nuestro país que aborden esta relación, y por otro lado, investigar desde la perspectiva de género comprendiendo como las relaciones de género inciden en la salud pública, en la práctica cotidiana, en la atención sanitaria, en la comprensión de salud- enfermedad, en las profesiones sanitarias y en las políticas públicas.

Valorar la relevancia de los estudios históricos de nuestra disciplina nos permite dialogar con otras áreas, complejizando nuestra mirada y ampliar, sin duda, nuestro esquema de pensamiento, superar la simple narración celebrativa de eventos en la historia de la salud pública y asumir el desafío de comprender, interpretar y aprender de los condicionantes políticos, económicos, sociales,

culturales, y sanitarios como factores determinantes en el surgimiento de las profesiones sanitarias.

VIII. Bibliografía

1. Ehrenreich B, English D. Brujas parteras y enfermeras. The Feminist Press. 1981; 41 p.
2. Biblioteca del Congreso Nacional. La asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. 2018. 2 p.
3. Zárate M. Dar a luz en Chile , Siglo XIX: “De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica.” Hurtado UA, editor ; 2007.
4. Rincón C. Curso de español como lengua materna. Gac Didáctica Universidad Antioquía, Fac Med. 2001;05.
5. Jiménez R. Explicación histórica y tiempo social. Relac. 2012;33(132):313–9.
6. Correa M, Zárate M. Historizar la profesionalización sanitaria: perspectivas desde Chile y Argentina. Dynamis. 2017; 37(2):263–72.
7. Dunlop G, Cruz Cooke R. Memoria de la salud en Chile: un patrimonio a reconocer y preservar. Patrim Cult [Internet]. 2008 [cited 2021 Dec 28];48:4–5. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0054510.pdf>
8. Profesionalización de la medicina en Chile (1750-1930) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31485.html>
9. Cruz Cooke R. Historia de la medicina chilena - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. Editorial Andrés Bello. 1995 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-86319.html>
10. Serrano S. Universidad y Nación: Chile en el siglo XIX. 1a ed. Santiago de Chile; 1994. 276 p.
11. Gómez- Gallo A. La medicina en el descubrimiento de América. Acad Nac

Med México. 2003;139(5).

12. Parteras en la Colonia y el siglo XIX - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-92379.html>
13. Durán M. Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918. Universidad Santiago de Chile; 2015.
14. Reale D, Antiseri G. Historia del pensamiento filosófico y científico. Editorial Herder. 1995;2(3).
15. De Villalobos M. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Avances en Enfermería. 1998;16(1-2):101-3.
16. Palacios Ceña D. La construcción moderna de la enfermería. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades. 2007;6(22):26-32.
17. Menendez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención. Caracteres estructurales. La antropología médica en México Instituto Mora, Universidad Autónoma. 1992;102-4.
18. Bassa J, Fuster N. La medicalización del espacio popular en Santiago de Chile (siglos XIX y XX). Rev Austral Ciencias Soc. 2013;24:5-26.
19. Sibrian N. El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. Rev Latinoamericana Estud sobre Cuerpos, Emoc y Soc Argentina. 2016;21:27-38.
20. Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata: Altamira; 1996. 224 p.
21. La medicina colonial chilena - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3526.html>
22. Martín J. Hierbas, menjunjes y curanderos. República de la Salud: fundación y ruinas de un país sanitario, Chile siglos XIX y XX. Santiago de Chile: Ocho Libros; 2016.
23. Zárate M. De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto

- en Chile en el siglo XIX. *Rev Calid en la Educ.* 2017;0(27):284–97.
24. Águila D. Parteras tradicionales del sur de Chile. El oficio de partear en el marco de la Política de Planificación Familiar de la Dictadura Militar (1979-2016). Universidad Austral de Chile; 2018.
 25. De Rosales D, Vicuña Mackenna B. Historia general de el Reyno de Chile: Flandes Indiano: tomo 1. Colección Biblioteca Nacional de Chile. 1877. p. 1502.
 26. Ferrer P. Historia general de la medicina en Chile: desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535, hasta nuestros días. Colección Biblioteca Nacional de Chile. 1885.
 27. Cano I. La mujer en el Reyno de Chile. Santiago de Chile: Colección Biblioteca Nacional de Chile; 1980. 680 p.
 28. Laval E. Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina; 1958. 137 p.
 29. Vicuña Mackenna B. Los médicos de antaño en el reino de Chile. *Bibl Nac Chile.* 1947;301.
 30. A. N.R.A. 498(10).
 31. A. N.R.A. 2460(19):1.
 32. Biotti A, Paulina S, Varea Z. Parirás con dolor. Las parteras y el discurso médico a fines de la Colonia. *Cuad Hist Dep ciencias históricas Univ Chile.* 2003;23:37–50.
 33. Medina A. Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, como vulgarmente se llaman omadres, en el oficio de Partear. Colección: Biblioteca Nacional de Chile. 1785;
 34. Binfá L, Tupper D, Bonilla H. Escuela de Obstetricia 180 años de tradición 1834-2014: Breve Reseña Histórica 180 años de la Escuela de Obstetricia. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2014.
 35. De Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-

- metodológica. *Debates en Sociol.* 1993;8(18):145–69.
36. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. Argentina; 2001. 272 p.
 37. Cabré M, Ortiz T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa siglo XII-XX*. Barcelona; 2001.
 38. Martín A, Ramaccioti K. *Profesiones sociosanitarias: Género e Historia*. *Av del Cesor*. 2016;XIII(15):81–92.
 39. Skocpol T, Ritter G. Gender and the origins of modern social policies in Britain and the United States. *Stud Am Polit Dev*. 1991;5(1):36–93.
 40. Durán M. Persecución y re-significación de lo popular y femenino en el mercado de la salud en Chile y Argentina 1850 1900. *L'Ordinaire des Amériques*. 2019;224.
 41. Duby G, Perrot M. *Historia de las mujeres en Occidente*. Taurus. Madrid; 1993. 691 p.
 42. Araya C. La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX. *Hist Inst Hist Pontif Univ Católica Chile*. 2006;I(39):18.
 43. Darwin C. *El Origen del Hombre*. Selección natural y sexual. Diana. México; 1909.
 44. Vicuña M. La emergencia del positivismo en Chile. *Cent Investig Soc Univ Arcis*. 1997;
 45. Lamas M. La antropología feminista y la categoría "género." *Nueva Antropología*. 1986;VIII(30):173–98.
 46. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". *Universidad Nacional Autónoma de México.*; 1998.
 47. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Alfons el. Amelany J, Nash M, editors. Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. 1990.
 48. Perez (2000) *Modelos de investigación cualitativa sociocultural: aplicaciones practicas*

49. Osorio R. La explicación en Antropología. Moebio Santiago de Chile. 2001;
50. Arostegui J (2001). La investigación histórica: teoría y método. Barcelona. Critica.
51. Vila J. (2006) La hermenéutica y el estudio cualitativo de la política. Revista digital de critica.
52. Fernandez, G & Siles, J (2008) Antropología y cuidados en el enfoque San Juan de Dios. *Indez de Enfermería*, 17 (2), 144-148)
53. Scott J. El movimiento por la paridad: un reto al universalismo francés. Joan Scott y las políticas de la historia. Borderías C, editor. Icaria. Madrid;
54. Cohen L, Manion L. Métodos de investigación educativa. 2°. La Muralla. Madrid, España; 2002.
55. Pozzi P, Mastrángelo M, Vommaro P, Nigra F, Mazzei D, Pisani A, et al. Haciendo Historia Herramientas para la investigación histórica. Buenos Aires: CLACSO; 2021.
56. Salkind N. Métodos de investigación. Prentice Hall. México, D.F. 1999.
57. Picado M, Rico L. La selección de textos en una investigación histórica en educación matemática. *Épsilon*. 2011;28(11):99–112.
58. Guerra T. La metodología de la investigación histórica: una crisis compartida. *Enfoques*. 2002;14(1):5–21.
59. Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Companies.; 2017.
60. Martínez A. Técnica de muestreo para la selección documental. Una mirada desde el método. Univ La Salle. 2011;
61. Mena L. Muestra cualitativa: una propuesta integradora. *Investig Qual em Ciências Sociais*. 2017;3:180–90.
62. Baena G. Manual para elaborar trabajos de investigación documental. México Mex Unidos. 1985;
63. Cardono M. Introducción a los Métodos de Investigación en Educación. Editor EOS. 2002;

64. Niño V. Metodología de la Investigación Diseño y Ejecución. 1°. Bogotá; 2011.
65. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2°. Newbury Park, CA. : Sage; 1990.
66. Quintana L, Hermida J. La hermenéutica como método de interpretación de textos en la investigación psicoanalítica. SSRN Electron J. 2020;
67. Vain P. El enfoque interpretativo en investigación educativa: algunas consideraciones teórico-metodológicas. Rev Educ. 2012;(4):1.
68. Palmer R. Hermenéutica: teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer. Evanston. Northwest Univ Press. 1970;26(4):478–80.
69. Vélez C. Teología de la mujer, feminismo y género. Rev Theol Xaver. 2001;140:545–63.
70. Spradley J. Participant Observation. Nueva York, Rinehart Winst. 1980;
71. Rodríguez C, Lorenzo O HL. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Rev Int Ciencias Soc y Humanidades, SOCIOTAM. 2005;XV(2):133–54.
72. Isaza G. Análisis, interpretación y construcción teórica en la investigación cualitativa. Centro de educación a distancia. Colombia: Universidad de Manizales; 2002.
73. San Martín D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. Rev Electrónica Investig Educ la Fac Educ Univ Católica Temuco. 2013;(16).
74. Ardévol E, Oller J. Métodos cualitativos para la interpretación histórica. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2013.
75. Plácido D. Introducción al mundo antiguo: problemas teóricos y metodológicos. Síntesis. 1993;
76. Zamorano P. Gobernando los saberes y los cuerpos: matronas y parto a fines del siglo XVIII en Chile. Departamento de Historia. Facultad de

Filosofía y letras. Universidad de Tucumán; 2007.

77. Salazar A. El oficio de la puñeñelchefe: memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina, Universidad de Chile.; 2012.
78. Olmos J, Benavente M. La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica. Rev Obstet y Ginecol. 2007;2(3):271–6.
79. Folchi M. La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925. In: López R, editor. Perfiles habitacionales y condiciones ambientales Historia urbana de Latinoamérica, siglos XVII-XX. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2007. p. 364.
80. Orrego A. La cuestión social. Imrenta Barcelona Santiago de Chile. 1897;
81. Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. In: Foucault M, editor. Obras Esenciales. Madrid: Paidós; 1999. p. 1104.
82. Moreno C. La madre chilena, domesticación de la mujer. Los discursos higienistas ligados a la maternidad (1870-1920). Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2004.
83. Foucault M. El Orden del Discurso (1970). In: González T, editor. Lección inaugural en el College de France. Buenos Aires: Ediciones Tusquets, Buenos Aires; 1992.
84. Allende R. Discurso de incorporación a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Chile. In: Durán M, editor. Medicalización y disciplinamiento La construcción higienista del espacio femenino, 1850-1920. 9th ed. Santiago de Chile: Nomadías. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades; 2009. p. 527.
85. Tubert S. La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Buenos Aires: Librería de Mujeres editoras; 2010.
86. Araya A. Gestos, actitudes e instrumentos de la dominación. Elite y

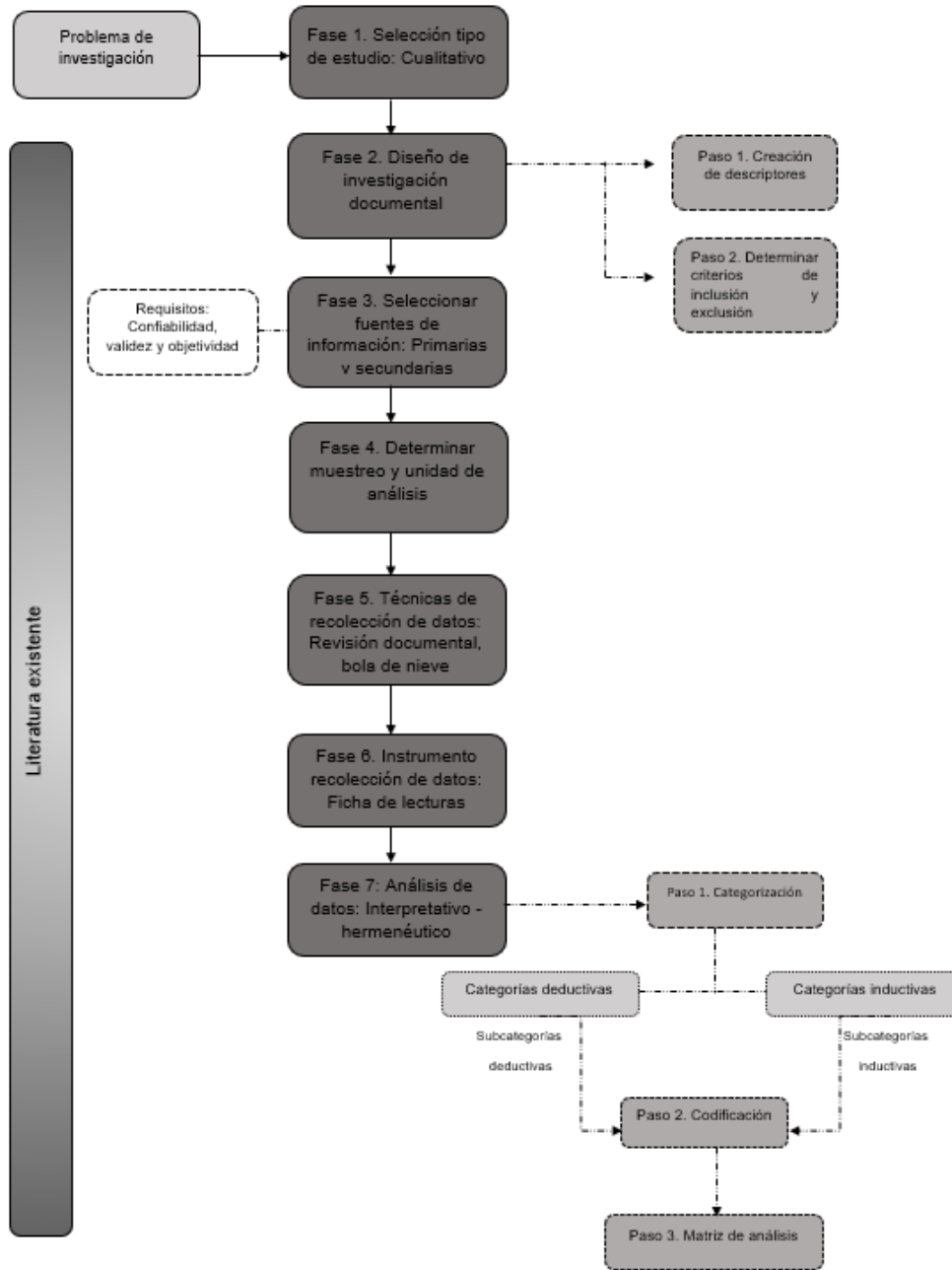
subordinados Santiago de Chile 1750-1850. Tesis para optar al grado Magíster en Hist América Santiago. 1999;

87. Zárate M. Enfermedades de mujeres: ginecología, médicos y presunciones de género: Chile , fines del siglo XIX. Rev Electrónica Hist. 2001;(1):30.

88. Sazié L. Discurso del Dr. Lorenzo Sazié en la apertura del curso de obstetricia. In Santiago de Chile: Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile; 1835.

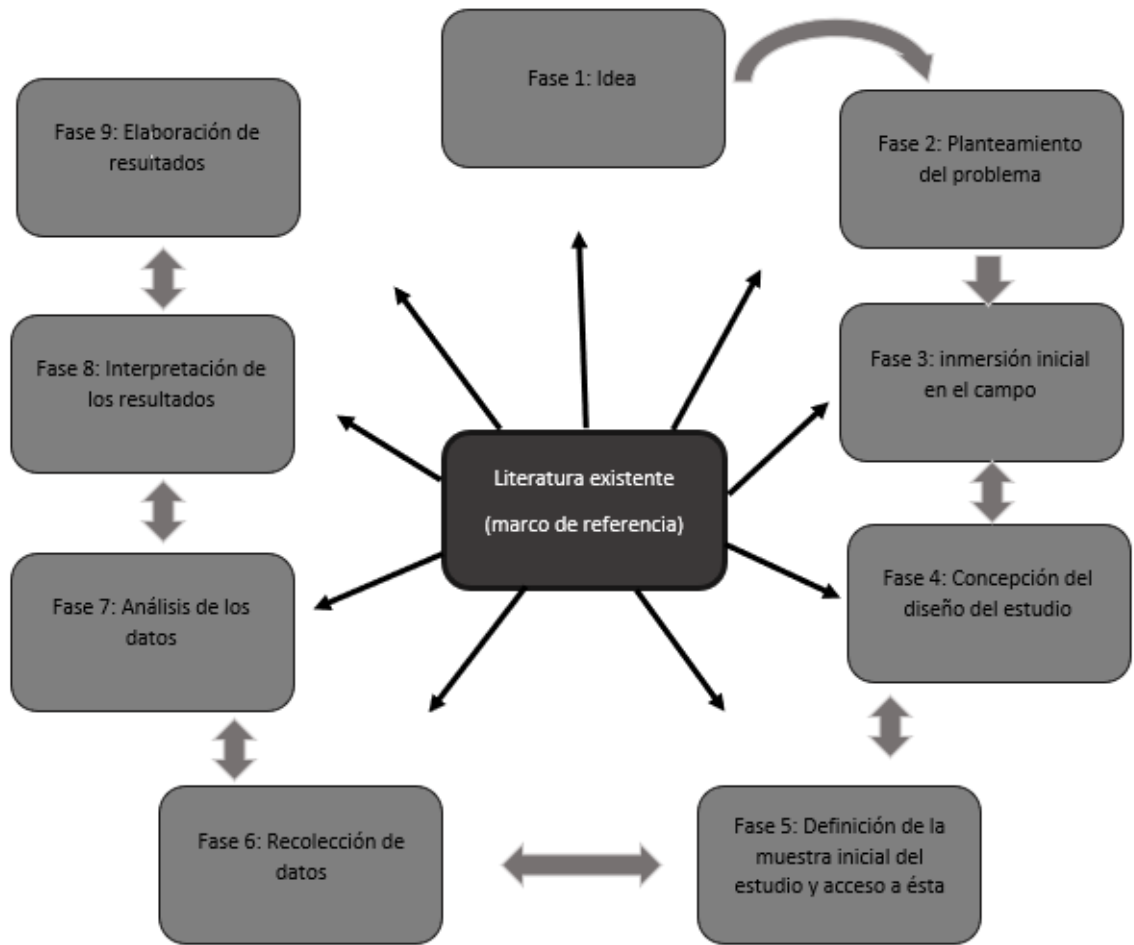
IX. Anexos

Anexo nº1: *Esquema metodológica de la Investigación*



[Elaboración propia]

Anexo n°2: **Proceso cualitativo en la investigación**



Elaboración propia, basada en figura de proceso cualitativo de Hernández, Fernández y Baptista, 2014.

Anexo 3: **Formato ficha descriptiva**

DATOS FORMALES DEL ARTÍCULO	
ASPECTOS FORMALES	AUTOR/A
	TIPO DE MATERIAL
ASUNTO INVESTIGADO	TEMA
	PROBLEMA
DELIMITACIÓN CONTEXTUAL	ESPACIAL
	TEMPORAL
	SUJETOS

[ELABORACION PROPIA]

Anexo 4. *Ficha de lectura*

FICHA DE LECTURA	
TITULO	AUTOR/A; FECHA/LUGAR
FORMATO APA	
PROPOSITO	
IDEAS TEXTUALES	
PALABRAS CLAVES	
OBSERVACIONES PERSONALES	
FECHA DE CONSULTA	

[ELABORACION PROPIA]

Anexo 5. ***Sistema Categorial***

Sistema categorial: Categoría_____

Categoría deductiva	subcategorías

[Elaboración propia]

Anexo 6. *Esquema de matriz: Lectura temática y codificación abierta*

Lectura temática y codificación abierta: Categoría _____

Lectura temática y codificación abierta	Técnica : documental	Categoría: _____
Texto		Códigos

[Elaboración propia]

Anexo 7. *Esquema de matriz: Lectura Relacional*

Lectura Relacional: Categoría _____

Lectura Relacional		Categoría:			
Códigos	Texto 1	Texto 2	Texto 3	Texto 4	Texto 5

[Elaboración propia]

Anexo 8. *Esquema de matriz: Codificación Anexial*

Codificación Anexial: Categoría _____

Categoría	Subcategoría	Códigos	Texto Codificado
Categoría 1	Subcategoría 1		
	Subcategoría 2		
	Subcategoría 3		

[Elaboración propia]

Anexo 9. *Esquema de matriz: Codificación Selectiva*

Codificación selectiva: Categoría _____

Texto codificado	Subcategoría y propiedades (códigos)	Categoría	Categoría Emergente
	Subcategoría 1 - _____ - _____	Categoría 1	Categoría 1 emergente
	Subcategoría 2 - _____ - _____		
	Subcategoría 3 - _____ - _____		

[Elaboración propia]