

En Sagredo, Rafael y Góngora, Álvaro, *Historia del cuerpo en Chile*. Santiago (Chile): Taurus.

“Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2009). *“Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile”*. En Sagredo, Rafael y Góngora, Álvaro *Historia del cuerpo en Chile*. Santiago (Chile): Taurus.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/36>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/YsK>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ÁLVARO GÓNGORA - RAFAEL SAGREDO
Directores

FRAGMENTOS PARA UNA HISTORIA
DEL CUERPO EN CHILE

TAURUS

HISTORIA

EMBARAZO Y AMAMANTAMIENTO: CUERPO Y REPRODUCCIÓN EN CHILE

María Soledad Zárate

Siendo el embarazo un estado impuesto por la naturaleza para que llene la humanidad una de sus grandes misiones, «perpetuar la especie», se comprende que la mujer encinta debe poder trabajar en todos aquellos esfuerzos que le exijan sus necesidades individuales...¹.

En 1922, para el médico Luis Fuenzalida Bravo, como para la mayoría en su época, el embarazo era un «estado», junto a la lactancia, que permitía a las mujeres cumplir con su principal misión en el mundo: asegurar la reproducción humana. El aporte de los profesionales médicos a esta estratégica misión era la sublimación pública y el incremento del control científico de ambos procesos fisiológicos.

En nuestros días, la imagen de una mujer embarazada y de una madre que amamanta, que exhiben su estado orgullosamente y, en ocasiones, con ostentación, no son excepciones en la vida social y en la publicidad. Si bien ambas experiencias fisiológicas, y todas las implicancias sanitarias, físicas y emocionales que las acompañan, aún conservan su carácter excepcional en la vida femenina, se han incorporado paulatinamente a la cotidianeidad social y visual.

Se trata de una visibilidad construida durante el pasado siglo XX y acelerada en los últimos treinta años gracias a procesos relacionados pero no siempre convergentes: el aumento de la participación femenina en el mercado laboral, el desarrollo de la

¹ Médico Luis Fuenzalida Bravo, 1922.

medicina obstétrica y ginecológica y su aplicación en el país, la valorización del estado de gravidez y la comprensión social respecto a que se trata de un estado fisiológico normal y no una enfermedad. Todos estos procesos han favorecido la conversión del embarazo en una etapa de la vida femenina ventajosamente mercantilizada. Tanto las revistas dedicadas a la salud, a las mujeres, a los deportes, o simplemente a la vida urbana, incluyen testimonios de mujeres de distinta condición socioeconómica y trayectorias laborales sobre cómo han vivido sus embarazos². También aquellas revistas son fuente de creciente información, consejos de belleza y de salud, difusión y reconocimiento de dicha experiencia.

Gracias al registro de la experiencia de las propias mujeres, de sus parejas, de sus familias y de los medios de comunicación y difusión como las revistas femeninas, de vida saludable e, incluso, programas de televisión, se han multiplicado significativamente las connotaciones sociales, económicas y culturales que esta etapa de la vida femenina contiene y, que antaño, había sido publicitada por profesionales sanitarios y asistenciales. Por tanto, la preñez y la lactancia, desde una perspectiva histórica, han cobrado una relevancia pública que no tenían un siglo atrás. La evidencia que entregan algunas fuentes consultadas entre fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX indican que las mujeres embarazadas no eran todo lo visibles que lo son hoy en día: las descripciones e ilustraciones de las mujeres en esta condición eran menos frecuentes, y las que recogemos aquí estaban asociadas a las que recibían asistencia médico-sanitaria estatal.

En el amplio repertorio de preocupaciones que ha generado la maternidad en su conjunto, a primera vista, el estado gestacional debía ser prioritario. Sin embargo, todo indica que esa cualidad se le reservó a la asistencia del parto por tratarse de un momento de hondo dramatismo y por la alta tasa de mortalidad

² Algunos ejemplos de estas revistas y semanarios nacionales dedicados a las mujeres en Chile, particularmente a las de segmentos medios y altos, son las revistas «Ya» (*El Mercurio*), «Mujer» (*La Tercera*) y *Paula*.

asociada a él durante el siglo XIX³. Las recomendaciones del cuidado prenatal publicadas por médicos entonces, orientadas mayormente a un público culto, son el tímido inicio de un proceso histórico dirigido a introducir el embarazo en el ámbito de los asuntos públicos y opinables entre la elite política y médica. Proceso que se refuerza con el crecimiento de la profesión médica, el desarrollo de especialidades como la puericultura prenatal y posnatal, y el crecimiento de instituciones asistenciales que se comprometieron en el modelamiento y control científico de esta experiencia fisiológica, en las primeras décadas del siglo XX. Aquí revisamos algunos hitos que dan cuenta de esta transición, sutil pero definitiva, que confrontó la necesidad de instruir «científicamente» a las mujeres que experimentaban un embarazo con la convicción de la comunidad médica de su papel central: su vigilancia.

El carácter histórico de esta transición se inscribe en la historiografía del cuerpo que, desde hace un par de décadas, plantea que el cuerpo humano es una construcción cultural en constante elaboración y valorización, objeto de representaciones sociales y depositario de sentido histórico⁴. La contribución al

³ Sobre este tema véase María Soledad Zárate, *Der a luez en Chile, siglo XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica*. Santiago, Dibam-UAH, 2007.

⁴ A modo de introducción se pueden consultar algunas obras que se interesan por la historia del cuerpo en general, o específicamente el de las mujeres, que se citan a continuación: Jacques Gélis, Mireille Laget y Marie-France Morel, *Entre deux*



Publicaciones instalaron el embarazo en el ámbito público.

desarrollo de esta línea de investigación no puede ser entendida sin los aportes de la historia de las mujeres y del género, estudios que dieron los primeros pasos para entender la dualidad del mundo corporal y sexual y sus consecuencias sociales, lo que no quiere decir que la historiografía del cuerpo se concentre exclusivamente en el cuerpo femenino ni en sus herencias culturales.

Los estudios históricos sobre el cuerpo femenino han indagado en temas como la historia de la comprensión anatómica y de los significados simbólicos asociados a sus partes y funciones fisiológicas: en la historia del cuerpo femenino como sede física de la diferencia sexual y de la enfermedad y como eje del erotismo. No obstante, hasta ahora los estudios parecen no reparar e ignoran las singularidades históricas del cuerpo de la embarazada en el tiempo histórico. Este desinterés de la historiografía puede radicar en diversos argumentos, como, por ejemplo, en que el cuerpo de la embarazada escapa a los patrones de belleza femenina vigentes, que genera por sí mismo misterio, temor y desconocimiento. Es probable que el cuerpo de la embarazada contribuyera aún más a la sublimación de las funciones sexuales que el discurso público decimonónico estaba

la vie, París, Gallimard, 1978. Philippe Ariès, Georges Duby, *Historia de la vida privada*, Taurus, 1992, tres tomos, segunda reimpresión en español [1985]. Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, Madrid, Taurus, 1993. Michel Feher, Nadia Tazi (editores), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, Madrid, Taurus, 1990-1992, II-III. Roy Porter, «Historia del cuerpo», en Peter Burke (editor), *Formas de hacer historia*, Madrid, Alianza Universidad Editorial, 1993, pp. 255-286. George Vigarelo, *Lo limpio y lo sucio, la higiene del cuerpo desde la Edad Media*, Madrid, Alianza Editorial, 1991. Ivonne Knibiehler, *Historia de las mudas y de la maternidad en Occidente*, Buenos Aires, Nueva Visión, Colección Claves, 2001. David Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 2002. David Le Breton, *La sociología del cuerpo*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 2002. Para el estudio histórico del cuerpo en Chile, concentrado principalmente en el cuerpo femenino, véase algunos trabajos como: Eduardo Cavieres y René Salinas, *Amor, sexo y matrimonio en el Chile tradicional*, Valparaíso, Instituto de Historia, Universidad Católica de Valparaíso, 1991. Alejandra Araya Espinoza, «De espirituales a históricas: las beatas del siglo XVIII en la Nueva España», *Historia*, N° 37, Vol. 1, 2004, pp. 5-32. Alejandra Araya Espinoza, «El castigo físico: el cuerpo como representación de la persona, un capítulo en la historia de la occidentalización de América, siglos XVI-XVIII», *Historia*, N° 39, Vol. II, 2006, pp. 349-367.

empeñado en disminuir: el cuerpo grávido es un cuerpo deserotizado y que no se categorizaba como bello.

Si la historia de la reproducción y de la maternidad está anclada a la historia de las mujeres y su corporalidad, es legítimo interrogarse sobre la ausencia de estudios sobre mujeres embarazadas como objetos históricos separados del niño. A nuestro juicio, una respuesta preliminar es que la historiografía relativa a la maternidad, al concentrarse preferentemente en el binomio madre-niño, ha hecho suya la subordinación histórica del cuerpo grávido a la salud del niño. Por tanto, la historia de las mujeres embarazadas es supeditada a la del control prenatal que como concepto y práctica tiene por fin supremo la protección preferente del que va a nacer y no de quien da la vida.

Utilizando una selección de textos escritos mayoritariamente por médicos, describimos parte del origen del interés y visibilidad pública que experimentó el cuerpo de las embarazadas y de las nodrizas entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX⁵. Explícitamente se ha dejado fuera del análisis toda la atención que recibía el cuerpo de la mujer durante el parto, proceso asistencial que en este período comenzaba a transitar lentamente del domicilio al hospital y que ha sido objeto de otros estudios que hemos publicado. Se trata entonces de fijar la mirada en el cuerpo femenino que reproduce una nueva vida en su interior y que luego alimentará al recién nacido con la leche que ese cuerpo produce. Las fuentes escogidas son de dos tipos: aquellas que fijaban su atención en los procesos fisiológicos del embarazo y cómo se veían afectados por la actividad laboral —y que, por lo tanto, se concentraron en la experiencia de las mujeres pobres y las trabajadoras— y aquellas que, con el propósito de divulgar conocimiento médico, atendían aspectos relativos a la apariencia física y cuidados externos de las embarazadas pertenecientes a familias más acomodadas o que no trabajaban remuneradamente fuera del hogar.

⁵ Respecto de las nodrizas, las referencias y la discusión en el artículo son comparativamente menores a las embarazadas. Las nodrizas son parte de una investigación específica en curso.

La embarazada bajo la mirada obstétrica

Durante el siglo XIX, el estado de gravidez y el parto estuvieron asociados significativamente a la incertidumbre, al dolor y a la muerte, dado que la tasa de mortalidad materna en dicho período era especialmente alta. Entre las primeras generaciones médicas de la segunda mitad del siglo XIX, la comprensión fisiológica del estado de embarazo, los cuidados a los que se le debía someter, como también las enfermedades de las mujeres relacionadas con sus órganos reproductores, constituían materia de las primeras tesis de titulación y monografías publicadas por la *Revista Médica* en la década de 1870. La reestructuración de la Casa de Maternidad de Santiago en la misma década, liderada por el médico Adolfo Murillo, en su calidad de médico jefe del recinto asistencial hasta 1899, proveyó de registros clínicos para la elaboración de aquellas monografías⁶. La influencia de las «enfermedades nerviosas» durante el embarazo, los peligros del embarazo extrauterino, la posibilidad de predecir el sexo del hijo en función de los latidos cardíacos, el uso de sustancias durante el parto, el impacto del cáncer uterino y las múltiples preocupaciones relacionadas al puerperio son algunas de las interrogantes que animaban el debate decimonónico⁷. Entre las patologías riesgosas, las hemorragias y los abortos espontáneos eran las más comunes entre las embarazadas, según los registros de la Casa

⁶ Zárata, *Dar a luz en Chile*, op. cit., parte III.

⁷ Benjamín Vásquez Solano, *Influencia de las enfermedades nerviosas de la mujer durante el embarazo sobre el producto de la concepción*, Santiago, 1885. Gregorio Amunátegui Solar, *Contribución al estudio del embarazo extrauterino*, Santiago, Imprenta Nacional, 1892. Juan B. Bidart, *¿Puede diagnosticarse el sexo del feto por el número de los latidos cardíacos?*, Santiago, Imprenta Nacional, 1885. Algunos títulos de tesis inéditas conservadas por el Museo Nacional de Medicina Enrique Larraí, Universidad de Chile, son: Elías Cordovez, *Sobre una observación hecha en la maternidad que ha sido calificada de quitismo intrauterino, negado por Depaul y descrita como una enfermedad especial del sistema óseo*, 1884. Adolfo Acevedo, *La cavidad pelviana en la mujer*, 1884. Ricardo Aranda, *Influencia del flujo menstrual sobre la salud de la mujer*, 1885. J. E. Pérez Valdés, *Higiene sobre el puerperio*, 1886. Maximiano Bañados Acuña, *Embriología*, 1887. S. Calderón Azócar, *Ensayo sobre las hemorragias puerperales y su tratamiento*, 1892. Pedro Serrano Carrasco, *Del cáncer del útero y su tratamiento por la histerectomía vaginal*, 1892. Mateo Concha L., *Tisul en las parturientas y puerperas respectivamente*, 1893.

de Maternidad de Santiago, o en las atenciones privadas publicadas en la *Revista Médica* desde la segunda mitad del siglo XIX.

La asistencia a la embarazada en recintos asistenciales decimonónicos representó uno de los vértices fundacionales de una transformación silenciosa pero trascendental en el siglo XX: la observación clínica del cuerpo femenino y su visibilidad para la medicina, en desmedro de su cuidado en el ámbito doméstico del hogar. Por supuesto, el desplazamiento paulatino de la asistencia del parto domiciliario al hospitalario es uno de los hitos más emblemáticos de aquella transición⁸.

La obstetricia decimonónica poseía un conocimiento insuficiente de las etapas del embarazo y de las condiciones del desarrollo embrionario. Precario si se compara con los profundos avances que experimentó la embriología en la primera mitad del siglo XX, incrementados más tarde con la disponibilidad tecnológica del ecógrafo. Por ejemplo, la historia de Carmen Marín, mujer asistida por los médicos Pedro Fisher y Onofre Sotomayor en la ciudad de Valparaíso en 1874, nos remite a la trágica experiencia vivida por esta mujer a quien inicialmente se le informa que estaba embarazada, y que luego es intervenida quirúrgicamente, pues se le diagnostica la presencia de un tumor y no de un embarazo. No obstante, la cirugía arrojó resultados espeluznantes, pues, efectivamente, Carmen Marín estaba embarazada y el feto terminó destrozado en virtud de la acción del médico Pedro Fisher⁹. Asimismo, las preguntas por el valor de la vida del feto y de la madre, en circunstancias que era perentorio elegir entre la vida de uno u otro, eran parte del trabajo de Adolfo Murillo en la Maternidad de Santiago hacia fines del siglo XIX¹⁰.

La ficha clínica es la fuente privilegiada de diagnósticos y procedimientos obstétricos y ginecológicos del que comenzaba

⁸ Véase nuestro trabajo «Parto, crianza y pobreza en Chile contemporáneo», en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (coordinadores), *Historia de la vida privada en Chile*, tomo III. Santiago, Taurus, 2006, pp. 14-47.

⁹ Más detalles en María Soledad Zárata, *Dar a luz en Chile*, op. cit., parte I.

¹⁰ Más detalles en María Soledad Zárata, *Dar a luz en Chile*, op. cit., parte III.

a ser objeto el cuerpo de la embarazada: auscultación, examen, exploración, medicación, mutilación. Las escuetas biografías contenidas en las fichas de las mujeres asistidas, y especialmente las fallecidas en la Casa de Maternidad de Santiago desde 1875, son testimonio de las observaciones y tratamientos que comenzaban a ensayar los galenos chilenos, como Caupolicán Pardo Correa, médico jefe del recinto a fines del siglo XIX. Centrado en el cuidado corporal de las parturientas, el combate de la institución se dirigía al control de las hemorragias y, producido el parto, a la contención de la fiebre puerperal:

Enero 3, NN, 3 partos, 20 años embarazada de 9 meses, feto vivo, vino de la calle en estado eclampsia, tuvo 6 ataques en la Maternidad; bajo el cloroformo se terminó la dilatación y se hizo una aplicación de fórceps para extraer un feto vivo, masculino, de 3.400 gramos. La mujer falleció a las 17 horas a pesar del tratamiento...

Julio 13. Mujer de 35 años, 9 partos anteriores, pasó de un servicio de medicina donde estaba desde 9 días antes por neumonía total del lado derecho. Parto prematuro, el feto vivió unos minutos, era de seis meses y medio. La mujer murió al día siguiente: la autopsia comprobó el diagnóstico.

Diciembre 22. Mujer de 40 años de edad, 10 partos anteriores, vino de Las Condes al segundo día después del parto de un feto vivo de 4.100 gramos con temperatura de 39,7°. Duró siete días. Muere por peritonitis. No se pudo hacer la autopsia¹¹.

Por su parte, los manuales de «consejos a las madres» y los de medicina doméstica coincidían en que las dolencias menores más comunes durante el embarazo eran los vómitos, las náuseas, los cólicos, el estreñimiento y las hemorroides, y entre aquellas dolencias de naturaleza psicológica, el insomnio, el temor a la muerte y, en algunas ocasiones, las «emociones morales», como

¹¹ Caupolicán Pardo Correa, «Memoria Anual de la Clínica Obstétrica», *Revista Médica*, tomo XXVIII, 1900, pp. 180-186.



El crecimiento del abdomen y su posterior flacidez se constituyeron en amenaza

sostenía el médico Enrique Miller en su tratado homeopático de 1883. En el prólogo, Miller afirmaba que las embarazadas, en su mayoría, sufrían de incomodidades corporales que reiteradamente no eran aliviadas por «temor a la medicina y otras porque creen que su estado es natural, consecuencia lógica del embarazo y, por consiguiente, irremediable»¹². Para este médico homeópata, esto era un error porque si los síntomas molestos

¹² Enrique Miller, *Tratado homeopático de las enfermedades de los niños y de las mujeres en cinta, del parto y el puerperio escrito especialmente para uso de las madres de familia*. Valparaíso, Imprenta y Librería Americana, 1883, p. VI. El autor aseguraba ser miembro honorario y corresponsal de varias sociedades científicas. Identificando las principales dolencias de hombres y mujeres a lo largo de su vida, Miller enumeraba un amplio repertorio de sustancias que combinadas con precisión podían remediarse, pues el tratado cobraba valor «donde no hay médico, si es estudiado bien».

del embarazo eran consecuencia del mismo, lo correcto era buscar alternativas para remediarlos. Un aporte interesante, del tratado de Miller, es su rechazo terminante a la práctica histórica de las sangrías, reflejo de los cambios que experimentaba la medicina en esos años. Cuando las embarazadas sufrían «congestión de sangre en la cabeza» u otra parte del cuerpo o «plétora», Miller escribía que era un «desatino sangrarla», pues aquella práctica era una costumbre en franco desuso y, a su juicio, gracias a los conocimientos aportados por Hanhemann, completamente absurda:

Supongo que ya ha pasado la época del vampirismo porque ya no habrá médicos tan insensatos que ordenen sangrías [...] porque sangrar a una mujer embarazada es cometer un doble asesinato o por lo menos una tentativa de ello, y si hay un médico que desgraciadamente lo propone, debéis inmediatamente mostrarle la puerta porque ese médico no es digno de vuestra confianza¹³.

Distinguiendo la naturaleza de las principales lesiones —relativas a la digestión, circulación, respiración, lesiones nerviosas o cutáneas— que podían aparecer durante el período gestacional, Miller sugería compuestos combinados que las familias podían elaborar en su hogar y que suponían la disminución de síntomas molestos o dolorosos. Su preocupación se concentraba, particularmente, en las etapas del puerperio y sus patologías clásicas, como la fiebre láctea y la puerperal. Esta última era causa de muertes frecuentes, cuando era tratada con los principios de la «antigua escuela».

Los progresos de la obstetricia decimonónica orientaron el interés futuro por los procesos reproductivos más señeros del cuerpo femenino, como la fecundación, el embarazo, el parto y, los de la pediatría, en torno a la lactancia del recién nacido. Las disquisiciones sobre la «niña pobre», la joven obrera, y luego la madre obrera, dieron pie para que más escritos médicos se preguntaran por el cuidado que hasta entonces las mujeres

¹³ Miller, *op. cit.*, p. 232.

pobres destinaban a su cuerpo, particularmente a la relación entre éste y el trabajo físico, a las vicisitudes del embarazo y el parto y, en especial, al ensayo de los cuidados que debían prodigar a sus pequeños. Aquellas preocupaciones se hicieron públicas en artículos de la citada *Revista Médica* y en la difusión de las ponencias presentadas en los congresos del Patronato Nacional de Infancia (1912), de la Beneficencia Pública (1917) y de las Gotas de Leche (1919). Por ejemplo, en la primera de estas reuniones los médicos Fernando Romero Aguirre y Víctor Körner plantearon, entre otras temáticas, sus posiciones respecto del cuidado de las embarazadas y parturientas. Para Aguirre, el cuidado del embarazo que proveía la Sección de Obstetricia del Instituto de Puericultura de Santiago —que entre agosto de 1910 y junio de 1912 había asistido a 2.899 mujeres— tenía por objetivo evitar complicaciones de la gestación o accidentes peligrosos del parto, como los abortos o partos prematuros. Por su parte, Körner se concentraba en los efectos negativos del trabajo «fatigante» de las embarazadas durante el último mes del embarazo, que amenazaba el crecimiento óptimo del feto y demandaba la reglamentación del trabajo fabril de las embarazadas¹⁴. A diferencia de Romero, su apreciación sobre las ventajas de la hospitalización del parto resulta interesante por su carácter pionero y por su aparente universalidad, si bien no entrega evidencia de su veracidad:

Las embarazadas que paren en su domicilio, tanto de las clases necesitadas como también una buena proporción de las de las clases medias, se encuentran en cuanto a esto en peores condiciones que aquellas que tienen la felicidad de poder esperar su alumbramiento en una maternidad, pues las necesidades de la atención de su menaje y otras

¹⁴ Véase Fernando Romero Aguirre, «El cuidado del embarazo y la asistencia del parto como factores de protección de la infancia», pp. 213-218; Víctor Körner, «Protección de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y su influencia sobre la mortalidad infantil», pp. 137-144, en *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, 21-26 de septiembre 1912. Santiago, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1912.

numerosas causas hacen que ellas generalmente abandonen el lecho antes de los ocho días. Sabido es que en nuestro pueblo la mujer que ha tenido su niño se levanta generalmente a los tres o cuatro días para reanudar sus trabajos inoportunamente interrumpidos por la enfermedad del parto¹⁵.

Cabe señalar que la confianza de Körner en el servicio prestado por una maternidad resulta excesiva, pues, en 1917, Santiago disponía sólo de cuatro maternidades: dos en el Hospital de San Borja, una en el Hospital del Salvador y la ubicada en Melipilla, que en su conjunto disponían de ciento ochenta y ocho camas, cada una proporcional a cuatro mil cuatrocientos habitantes¹⁶. No obstante, gracias a la multiplicación de alternativas asistenciales en las primeras décadas del siglo XX –asilos maternales y aumento de camas en maternidades–, la mirada médica del cuerpo de la embarazada pobre comenzó a ampliarse. La calidad de la atención que debían recibir en maternidades y hospitales y la elección entre parir en el domicilio o en aquellos recintos son preguntas que estimularon un debate que se prolongó hasta, al menos, la década del cincuenta y que tuvo, entre otros, su punto de partida en las monografías médicas publicadas en la *Revista de Beneficencia Pública* de 1917¹⁷.

¹⁵ Körner, «Protección de las madres», *op. cit.*, p. 142.

¹⁶ Véase María Soledad Zárate, «Madres y ciudad: la red urbana de la asistencia obstétrica, Santiago, 1900-1945», en Jaime Valenzuela (editor), *Historias urbanas. Homenaje a Armando de Rosón*, Santiago, Ediciones Universidad Católica, 2000, pp. 313-336.

¹⁷ Algunos títulos significativos publicados por la *Revista de Beneficencia Pública* en el tomo I de 1917: Luis Calvo Mackenna y Alejandro Humeus G.H., «La puericultura y la beneficencia», pp. 238-247. Dr. Carlos Monckeberg, J. Edwin Espic y Manuel Guzmán Montt, «Maternidades y hospitales», pp. 248-258. En el tomo II, 1918: Javier Rodríguez Barros, «La Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de la Universidad de Chile», pp. 19-40. «Conferencia celebrada en la Casa Central de la Asistencia Pública para tratar el tema de la atención de las parturientas en Santiago», pp. 78-84. En el tomo IV, 1920: Fernando Romero Aguirre, «El servicio domiciliario de partos y el consultorio obstétrico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de Santiago», pp. 22-30. «El Consejo del gobierno local y la atención de partos», pp. 270-271. «Proyecto de servicio de asistencia domiciliaria en la Maternidad del Hospital Salvador», pp. 343-344.

El consultorio obstétrico de la Escuela de Obstetricia y de Puericultura Alcibiades Vicencio, de la Universidad de Chile, fue una de esas alternativas¹⁸. Según Luisa Fierro, asistente social de la maternidad, este consultorio brindaba cuidado a la mujer durante todo el período de embarazo, se las estudiaba respecto de enfermedades hereditarias, y se las instruía en conocimientos de puericultura y preventivos respecto de enfermedades infecciosas entre las madres. Adicionalmente, en el consultorio se determinaba la modalidad asistencial del parto, es decir, si se verificaba en una maternidad o en el domicilio¹⁹.

Durante la primera mitad del siglo XX, el lugar más apropiado para el parto fue materia de distintas posiciones, particularmente en la capital. La falta de camas en las maternidades, ante una creciente demanda, fue un aliciente para profesionalizar la asistencia domiciliar que brindaban las matronas desde principios de siglo, empleadas por instituciones como el Instituto de Puericultura y, más tarde, por la Casa del Seguro Obligatorio. No obstante, los beneficios que la parturienta podía recibir –higiene, tranquilidad, seguridad– también eran promovidos particularmente entre las mujeres pobres y, en la década del treinta, eran extensivos a otras clases sociales. Frecuentes comentarios hacían pública la paulatina confianza que reportaba la atención del parto hospitalario entre la sociedad santiaguina más pudiente como, por ejemplo, lo enseñaba un artículo de la revista *Mundo Social*, de breve existencia y dirigida a asuntos que preocupaban a «nuestra gente distinguida»:

La mujer que haya de dar a luz también se sentirá más tranquila en la clínica científicamente acomodada, cuidada por manos expertas, que entregada a las prácticas empíricas de las mujeres de su familia, a veces ancianas, casi

¹⁸ Esta escuela, organizada en 1913, nace de la fusión del Instituto de Puericultura de la Municipalidad de Santiago, en 1906, y del curso para matronas que el Estado impartía desde 1897 en el Hospital de San Francisco de Borja. Véase Luisa Fierro Carrera, «El servicio social en la maternidad», *Servicio Social*, 1929, N° 4, p. 256.

¹⁹ Fierro, *op. cit.*, pp. 257-8. Este servicio era pagado.

siempre ignorantes..., a quienes hay temor de molestar y aun agraviar con una exigencia demasiado moderna que contraríe su tradición higiénica, con una nerviosidad que pueda parecer egoísmo²⁰.

La cita apelaba al cambio que experimentaba la asistencia de la embarazada, que de ser territorio exclusivo de las empíricas, la «ciencia de hembra», desde fines del siglo XIX pasaba a ser un cuerpo disputado por la emergente medicina universitaria. La seguridad de la aplicación de normas de higiene podía representar un factor de atracción para las mujeres de mayores recursos que tradicionalmente parían en sus casas²¹.

El embarazo higiénico

Los procesos de urbanización e industrialización, la rápida propagación de enfermedades epidémicas y las deterioradas condiciones de vida de la población urbana propiciaron la difusión del higienismo entre la clase médica y política urbana hacia fines del siglo XIX. El higienismo era una corriente ideológica que agrupaba todas aquellas acciones dirigidas a la conservación de la salud y a reparar los efectos de las enfermedades. Junto con recomendar medidas de carácter público, como la relocalización de mataderos o la construcción de alcantarillado, la enseñanza de preceptos higiénicos entre la población fue parte de campañas que, extensivas al ámbito escolar y laboral, confiaban en el compromiso individual como mecanismo para revertir las altas tasas de mortalidad y morbilidad. Algunas vías para instruir a la población fueron la acción educativa en las escuelas y la elaboración de manuales y cartillas pedagógicas. Entre estos últimos, los más populares pertenecían a un género recurrente, «consejos a las madres», que

²⁰ G. Martínez Sierra, «Cartas a las mujeres. La futura organización familiar», *Mundo Social*, año I, N° 7, 31 de marzo de 1930, pp. 12-13.

²¹ Más detalles en Zárate, «Parto, crianza y pobreza en Chile», *op. cit.*

exploraba en la naciente disciplina de la puericultura o ciencia del niño en pos de un objetivo fundamental: el combate contra las altas tasas de mortalidad materno-infantil. El interés por inculcar entre las mujeres –todas madres potenciales– el valor de la higiene contenía un aspecto estratégico: eran ellas las que mejor promocionarían la cruzada higiénica en la intimidad y eran ellas las llamadas a practicarla en el hogar, en la crianza de los hijos y en el cuidado de las redes familiares.

Un componente temático imperativo de esta campaña era el cuidado físico de las embarazadas, palpable en textos decimonónicos, como los de Exequiel Fernández Frías, Wenceslao Hidalgo o Ernestina Pérez, que, entre otros, sostenían que la principal función del cuerpo de la embarazada era el resguardo de la salud del hijo, más que la de la propia madre. Este argumento parecía ignorar o, al menos, subestimar los enormes riesgos que suponía el embarazo, especialmente en el último mes y luego, durante el parto y el puerperio. Esta era la matriz que justificaba el origen del control prenatal y que tuvo vigencia en la primera mitad del siglo XX²².

Por ejemplo, el compendio sobre medicina doméstica que publicó Wenceslao Hidalgo, médico de destacada trayectoria en la atención de enfermedades femeninas y uno de los primeros en practicar la histerectomía en Chile, definía el estado de preñez o embarazo como «el estado de la mujer que ha concebido y lleva en su seno el producto de la concepción, que comenzaba en el momento de la fecundación y concluía con la expulsión de la criatura»²³. Este compendio recopilaba amplia información sobre el cuidado de la embarazada en las

²² Exequiel Fernández Frías, *La salud de los niños o sea catecismo higiénico de la infancia*, Santiago, Imprenta Victoria, 1885.

²³ Véase el artículo de María Soledad Zárate «Enfermedades de mujeres: ginecología, médicos y presunciones de género: Chile, fines del siglo XIX», *Revista Electrónica de Historia*, www.pensamientocritico.cl, N° 1, 2001. También Wenceslao Hidalgo, *Medicina doméstica de la infancia o sea consejos a las madres sobre el modo de criar, educar y curar a sus hijos por sí mismas*, obra al alcance de todos y premiada en el Certamen Literario Científico del 17 de septiembre de 1877. Santiago, Imprenta El Progreso, 1885 (segunda edición notablemente corregida y aumentada por el autor).

postrimerías del siglo XIX, presentando aspectos como los síntomas e higiene del embarazo, régimen alimenticio y de actividad física adecuado a la parturienta. Identificaba las principales enfermedades y accidentes durante este período, sugiriendo una preparación mental y física ante los cambios que dicho estado suponía. Pasado el parto, Hidalgo era partidario de acoger el deseo de las mujeres de fajarse el vientre, no sólo porque permitía «conservar el cuerpo o talle más delgado y evitar la soltura o caída del vientre», sino también porque era beneficioso a la piel y a los músculos del vientre y se evitaba «el estancamiento de la sangre de las venas del vientre y, por consiguiente, los desmayos o síncope»²⁴. No obstante, el gran temor, luego de que las mujeres parían, eran las eventuales hemorragias y las fiebres puerperales a que estaban expuestas, causa importante de mortalidad. Lo que sucedía con el cuerpo femenino, luego de parida la criatura, se reflejaba necesariamente en el rostro, el tipo de respiración y el pulso de la mujer. Respecto de la delicada etapa puerperal, las recomendaciones relativas al cuidado físico de la madre eran especialmente estrictas a fines siglo XIX, pues recogían el profundo temor a la muerte a causa de hemorragias prolongadas y de la fiebre puerperal o «fiebre de leche». Por ejemplo, para Hidalgo, algunos cuidados especiales decían relación con no levantar a la madre antes del noveno o décimo día, no salir al exterior antes de veinte a veinticinco días, y sólo si la temperatura ambiental lo permitía. Recomendaciones que contravienen notablemente con lo que sucede hoy en día cuando se estimula que las mujeres, producido el parto, se incorporen y normalicen la actividad física lo más pronto posible.

La limpieza corporal de la embarazada y la parturienta representaron un aspecto relevante de la cruzada social higiénica que ganó terreno hacia fines del siglo XIX. El esmero en el aseo del cuerpo, particularmente de los genitales, no sólo era saludable para ella, sino también para el futuro retoño. Igualmente

²⁴ Hidalgo, *op. cit.*, p. 58.

importante era la pulcritud y escrupulosidad de la habitación durante el alumbramiento, lo que bien podía marcar la diferencia entre vida y muerte, al aislar la amenaza de la fiebre puerperal. Las esperanzas en el cambio de los hábitos higiénicos entre las futuras madres y quienes las asistían se transformaba en un poderoso componente de la eficacia de maniobras e intervenciones durante el parto.

Una interrogante no menor respecto de la historia del cuerpo es saber cuál era la frecuencia de la higiene corporal, ya sea ducha o baño de tina, entre la población y, en particular, entre las embarazadas. Las fuentes son disímiles: algunos textos de fines del siglo XIX aconsejaban transformarlo en una rutina diaria, otros, como el médico Alfredo Moraga, dos veces por semana en el octavo mes y al siguiente, día por medio o cotidianamente, salvo en los períodos de las reglas²⁵. Estas recomendaciones confirmaban la inconveniencia de la limpieza femenina en períodos fisiológicos excepcionales, por su directa relación con patologías físicas y hasta mentales. Sin embargo, Moraga, por ejemplo, también aconsejaba el lavado diario de los órganos genitales «con agua fresca, sola o mezclada con algunas gotas de ácido fénico», y prohibía el uso de «las inyecciones (geringatorios) vaginales, porque es fácil que produzcan un aborto o parto antes de tiempo»²⁶.

Ernestina Pérez, la segunda mujer titulada de médico cirujano en Chile, recomendaba en su tesis de grado de 1887, *Elementos de higiene popular*, que las embarazadas recurrieran al baño tibio cada tres a cuatro días, evitaran la compresión del corsé en el cuerpo grávido y, especialmente, aconsejaba que aquéllas se mantuvieran lejanas de las «impresiones morales» —como el cólera, el temor o miedo—, por la alta influencia de un eventual aborto. Pérez sentenciaba, por similares razones, la prohibición de la «lectura de novelas donde haya descripciones de asesinatos,

²⁵ Alfredo Moraga P., *Higiene de la embarazada y del recién nacido*, (segunda edición corregida y aumentada). Santiago, Imprenta de la Unión, 1888, p. 13.

²⁶ Moraga, *op. cit.*, p. 14.

duelos, etcétera, los diarios donde se relaten salteos, incendios, desgracias sucedidas en los ferrocarriles...»²⁷.

Las recomendaciones dirigidas a la mujer encinta entre los textos de la época eran similares, aunque algunas, a juicio del homeópata Enrique Miller, aparecían más estrictas en consonancia con el cambio de actitud que debía experimentar la mujer al momento de saber o sospechar que estaba embarazada: «Las exigencias del mundo, de la sociedad, del tocador y la coquetería no existen ni deben existir para la mujer embarazada»²⁸. El tratado homeopático de Miller sugería el uso de vestidos ligeros, que evitaran la compresión corporal, la proscripción de ciertos alimentos, como el «chanchó, pato, ganso, pavo, café, té fuerte, vino puro u otros licores», practicar ejercicio suave como las caminatas, baños tibios y cortos dos o tres veces por semana, y la suspensión de éstos durante el último mes, eran las recomendaciones para el desarrollo normal del embarazo²⁹.

Publicado en 1900, el texto de Salvador Feliú Gana, cirujano de la Maternidad de San Agustín, en Valparaíso, planteaba explícita y tempranamente que el embarazo no era una enfermedad, aunque se creyera lo contrario, y que se trataba de un período en «que el organismo y sus órganos estaban profundamente modificados y perturbados»³⁰. Por regla general, la embarazada debía conservar el mismo «método de vida» que llevaba antes de la fecundación, manteniendo preceptos higiénicos, como realizar ejercicios moderados y paseos al aire libre, vigilar el aseo corporal, especialmente vaginal y mamario, con el fin de evitar riesgos de ceguera infantil y grietas en el pezón, respectivamente. Entre las prohibiciones, la más significativa era el uso del corsé de barbas rígidas y su reemplazo por una faja

²⁷ Ernestina Pérez, *Elementos de higiene popular*, 1886, tesis inédita, Museo Nacional de Medicina Enrique Laval, p. 117. Sus aprensiones respecto del uso del corsé fueron difundidas en el texto *Higiene del corsé* que presentó en el II Congreso Médico Latinoamericano, realizado en Buenos Aires en 1904.

²⁸ Miller, *op. cit.*, p. 230.

²⁹ Miller, *op. cit.*, pp. 230-231.

³⁰ Salvador Feliú Gana, *El embarazo, el recién nacido, la lactancia: instrucciones a las madres de familia*, Valparaíso, Imprenta Gillet, 1900, p. IX.

abdominal, especialmente aconsejada entre mujeres que habían tenido muchos hijos³¹.

También estaba presente entre las preocupaciones de Feliú la relación entre estado de gravidez y oficios perjudiciales, como el de las cocineras y planchadoras, expuestas a atmósferas viciadas por gases venenosos, como el que emanaba del carbón mal encendido. Aquellas actividades laborales que exigían extensas horas de pie provocaban hinchazón y várices en las piernas; las posturas a consecuencia del trabajo en la máquina de coser eran estímulos para contracciones uterinas que podían desembocar en abortos. Finalmente, aquellas mujeres que trabajaban en fábricas de tabaco, de pintura o en yacimientos mineros estaban expuestas a un polvo que afectaba la circulación y el metabolismo fetal³².

A mediados de la década del veinte, el médico Isauro Torres sostenía que el aseo personal de la embarazada debía concentrarse en los conocidos baños tibios y cortos, dos veces por semana y, en caso de no contar con baño disponible, «lavarse por partes», usando jabón en los órganos genitales «después de tener sexo para impedir infecciones y malos olores», y haciendo uso del bidé, «que no debiera faltar a ninguna esposa»³³. El combate contra las secreciones vaginales o «flores blancas» debía ser tratado médicamente, pero si no se tenía acceso a un facultativo, Torres recomendaba lavados internos con solución desinfectante que vendían en «cualquier botica»; lo cierto es que al momento del parto el contacto de áreas infectadas con los ojos del bebé podía traer consecuencias fatales, como la ceguera³⁴.

En relación a las recomendaciones prenatales, el texto escrito por el médico Luis Fuenzalida Bravo, en 1922, no presentaba grandes diferencias a las analizadas, con excepción del énfasis en el protagonismo femenino y mayor cercanía con el

³¹ Feliú Gana, *op. cit.*, pp. 14-15.

³² Feliú Gana, *op. cit.*, pp. 23-24.

³³ Isauro Torres, *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, Prólogo del Dr. Angel C. Sanhueza. Santiago, Editorial Nascimento, 1926, p. 34.

³⁴ Torres, *op. cit.*, p. 36.

médico durante el embarazo. Aspectos que sugieren que aun cuando el manual estaba dirigido a todas las mujeres, sólo aquellas de procedencia más acomodada estaban en condiciones económicas de mantener una relación permanente con un médico³⁵. Por ejemplo, la insistente precaución de que el embarazo fuera de conocimiento casi inmediato del médico, después del marido, no podía más que estar dirigida a ese segmento. Adicionalmente, la puericultura «antinatal» [sic], definida por este médico como aquel conjunto de acciones conducentes al cuidado de la salud de la madre y su posterior calidad de nodriza, debía reforzarse en nuestra sociedad, porque a diferencia de lo que sucedía en ciertas comunidades europeas o la norteamericana, donde «dar muerte al embrión no era sancionado como lo era cuando la madre asesinaba a su hijo después de nacido», la vida comenzaba con la fecundación.

Las escasas referencias al trabajo físico durante el estado de embarazo confirmaban que su público eran las mujeres acomodadas. Al incluir un breve párrafo respecto de los efectos en las obreras, particularmente durante los últimos tres meses, exhortaba a las pudientes a que las auxiliaran, donando mensualmente «su salario, eximiéndola del trabajo forzado o dándole otra ocupación apropiada a su estado»³⁶. Como médico de la Casa de Huérfanos, Fuenzalida conocía de cerca las miserias de las madres pobres y confiaba en las actividades asistenciales que dirigía la elite. Para este médico, la tarea de educar a las parturientas y madres pobres en los cuidados físicos y «morales» que demandaba el embarazo, depositada en las manos de mujeres acomodadas, debía intensificarse. El propio autor señala las instituciones caritativo-sanitarias como el Patronato de la Infancia, los asilos maternos, las *crèches*, Gotas de Leche, Cruz Blanca, Casas de Huérfanos, corroboraba el central protagonismo de las mujeres ligadas a la elite política y económica que consagraban

³⁵ Luis Fuenzalida Bravo, *Para las madres*, profesor extraordinario de clínica infantil de la Universidad de Chile y médico de la Casa de Huérfanos, Santiago, s/e, 1922.

³⁶ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 94.

parte de su tiempo y energías a aquellas tareas³⁷. Pero reconociendo que aquellas instituciones, junto a los hospitales de la beneficencia, no lograban contener las tasas de morbilidad y mortalidad en el país, Fuenzalida aseguraba que las madres «con fortuna y cultura darían los consejos esenciales para aquellas obreras con las que estén en relación inmediata y proporcionándoles su propia matrona, su propio médico, si las circunstancias especiales así lo exigieran»³⁸.

Compartiendo con el médico Feliú Gana la concepción de que el embarazo era un estado que, entre las mujeres acomodadas, se podía vivir normalmente, ¿qué opinión le merecía el estado de gravidez a este médico autor de un manual dirigido a mujeres que estaban en el otro extremo de la escala social, respecto de las que dejaban a sus hijos en la institución en que él trabajaba en 1922?

Siendo el embarazo un estado impuesto por la naturaleza para que llene la humanidad una de sus grandes misiones, «perpetuar la especie», se comprende que la mujer encinta debe poder trabajar en todos aquellos esfuerzos que le exijan sus necesidades individuales: marcha, ejercicios moderados, esfuerzos domésticos; que pueda cocinar, lavar, sostener en sus brazos hasta a un niño de tres años de edad, etcétera, y a la vez se comprende que su higiene corporal y su alimento espiritual no tienen por qué variar; en su toilette, en sus baños, en sus lecturas, en sus paseos, espectáculos teatrales, etcétera, ni mucho menos que no pueda coser, tejer o confeccionar el ajuar para el hijo que va a nacer³⁹.

Para los médicos Feliú Gana y Fuenzalida, entre otros, la preñez era un estado normal en la vida femenina. No obstante, los cuidados que aquél requería eran diferenciados en virtud

³⁷ Sobre el papel de estas mujeres véase, por ejemplo, el trabajo de María Angélica Illanes, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940)*, Santiago, Lom Ediciones, 2007.

³⁸ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 125.

³⁹ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 93.

de las condiciones socioeconómicas de las mujeres que los experimentaban. Esta circunstancia era un factor importante de la medicalización del cuerpo grávido entre las madres pobres, víctimas de los efectos indeseados de la urbanización e industrialización. Pero para Fuenzalida, la medicalización de un proceso fisiológico «normal», como el embarazo, tenía razones aún más profundas: la combinación de un medio ambiental pernicioso, donde el agente microbiano era crucial, y la presencia de supersticiones y prácticas asistenciales poco ortodoxas; ambos explicativos de las patologías del embarazo y del parto que debían superarse en pos de la reproducción nacional:

El alumbramiento es un acto fisiológico; en obreras sanas y en medio sano [*sic*] debería ser siempre normal. Es la mugre social y la superstición social lo que hace que con microbios y con maniobras ridículas el parto haya dejado de ser fisiológico, es decir, sin peligro. Demos limpieza, destruyamos las supersticiones y en cada hogar no faltará una hermana, una tía, una cuñada, que pueda desempeñar el papel de una matrona siempre que haya recibido instrucciones en la escuela de su barrio⁴⁰.

La impureza del proceso gestacional era el impedimento primigenio de las condiciones adversas que presentaba la sociedad chilena en la época, y los métodos para combatirla estaban en manos de la «cultura social». Estos argumentos evidenciaban la influencia creciente de la perspectiva eugenésica en el planteamiento de Fuenzalida:

Todo Chile consciente debe vigilar que la sangre que nutra los fetos sea libre de impurezas, porque sólo así llegarán niños a la sociedad que la enriquezcan con buenos ciudadanos, pues en caso contrario serán hombres degenerados los que se incorporan a la colectividad. ¿Cómo hacerlo? ¿Cuál es el microbio que más intoxica la sangre del obrero chileno? La sífilis. ¿Cuál es el veneno que más intoxica esa sangre? El alcohol. Microbio y veneno

⁴⁰ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 126.

que la cultura social cuenta con poderosas armas para destruirlos⁴¹.

Si bien la psiquis de las embarazadas no tenía similar importancia en relación con los cambios físicos comentados en los manuales de este período, las alusiones encontradas permiten especular sobre las relaciones entre cuerpo y mente que los autores hacían respecto de las múltiples incógnitas del proceso de la gestación. Por ejemplo, para el citado médico Moraga, las embarazadas hasta fines del séptimo mes estaban sumidas en una apatía y en el gusto por la soledad; mientras que para Torres, la recomendación más importante era que las embarazadas debían mantener la calma y no alarmarse por su estado de embarazo o la proximidad del parto, advertencia que deja entrever la frecuencia del eventual desasosiego que aquel estado suponía. La relación entre la pareja o matrimonio durante el período del embarazo debía contar con la colaboración mutua: la comprensión del marido, «si no es individuo de malos instintos», era inestimable, pues que evitara sufrimientos a la mujer, mientras el no abuso de regalías y «antojos» de su parte mantendría inalterable la paz del hogar⁴². En algunos manuales dirigidos al cuidado femenino era frecuente la preocupación por los efectos de «alguna impresión violenta», a la que se atribuían perjuicios aún peores si se trataba de mujeres embarazadas. ¿Cuán influyente era la percepción de fragilidad femenina en estas restricciones? ¿Eran atribuibles a todas las mujeres, o se reconocía que aquéllas afectaban de manera diferente si se trataba del cuerpo de mujeres pobres? A primera vista, el resguardo ante emociones violentas era una precaución más dirigida a las mujeres de medios económicos acomodados.

Varios cambios físicos podían anunciar la posibilidad de un embarazo, pero ninguno de ellos era estimado como irrefutable. Por lo tanto, ¿cómo se tenía la certeza de estar embarazada en una época desprovista del conjunto de diagnósticos y recursos

⁴¹ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 126.

⁴² Torres, *op. cit.*, p. 41.

con que se cuenta hoy? Sin duda, atendiendo con singular dedicación a las señales corporales que resultaban reconocibles, pero que hoy no bastan para convencerse de un estado gestacional. Por ejemplo, el manual de Moraga, que prescindía del «léxico científico para darse mejor a entender por todos», reunía consejos dirigidos a la interpretación de los signos que podían revelarle a la mujer si estaba o no embarazada⁴³. Entre los más comunes estaban la alteración del apetito, ya fuera su aumento o disminución excesiva, la aparición de los temidos vómitos y la supresión de la menstruación. Hacia el segundo o tercer mes se agrandaban las mamas y se producían pinchazos o dolores en ellas, el pezón se hinchaba y se ponía más oscuro; respecto del vientre, éste presentaba una depresión en la zona del ombligo al segundo mes, pero al siguiente comenzaba a abultarse y al cuarto eran perceptibles los primeros movimientos fetales, y en ocasiones, los dolores en los dientes, cara y distorsión en el sentido del gusto⁴⁴. La aparición de dolores en el último mes, dolores pasajeros a los que Moraga connotaba de poder predictor de un parto más fácil, eran atribuibles a las transformaciones del cuerpo grávido y eran preparatorios para el momento del parto.

Siguiendo a Moraga en su preocupación por la temprana confirmación del embarazo, Torres recomendaba como método la contabilidad de las fechas de las menstruaciones, que suponía prácticas de observación corporal sistemáticas que no creemos particularmente habituales entre la población femenina de la época. En defensa de esta recomendación también es plausible que si los métodos y exámenes médicos no contaban con la tecnología actual, la identificación y repetición de estos síntomas constituían, en su conjunto, una de las escasas evidencias que alertaban a las mujeres de su nueva condición física, ¿pero las estimulaba a considerar restricciones en su cotidianeidad?

Así como algunos textos estimulaban la contabilidad de las fechas menstruales para confirmar el embarazo, también se

aconsejaba la misma práctica para estimar la fecha probable de parto. El médico Félix Valenzuela, residente tres años en el Hospital de Niños de Valparaíso (1919-1922) y prolífico autor de manuales médicos de uso popular, ofrecía un procedimiento en 1933: sugería sumar diez períodos menstruales suspendidos de veintiocho días, cifra que suponía que todas las mujeres experimentaban un ciclo regular⁴⁵. Otro método de Valenzuela, un tanto engorroso, era consultar a las mujeres la fecha de su última menstruación, y luego calcular tres meses hacia atrás, agregar siete días y restar uno de aquellos meses que tenían treinta y un días, método con que obtenía la fecha de parto. Si bien la identificación de la embarazada puede ser un asunto progresivamente incuestionable, en virtud de que se trata de un proceso físico visible, la fecha de la concepción tenía un valor crucial ante una cuestión médico-legal, como por ejemplo la relativa a la tramitación de una herencia. Valenzuela ponía el ejemplo de lo que podría suceder en caso de muerte del padre en un accidente y la existencia de «un hijo póstumo por nacer y heredar: la madre ha de apurarse en declarar su estado»⁴⁶.

En el amplio repertorio de asuntos higiénicos y de los mandatos de la puericultura, la alimentación era de especial consideración. Para Moraga, el esquema alimenticio debía ser el habitual, evitando aquellos de difícil digestión, las cantidades excesivas y el consumo a «deshora». Este médico le concedía veracidad al deseo casi irrefrenable de consumir un alimento, conocido histórica y universalmente como «antojo», y advertía de la necesidad imperiosa de ser satisfecho, pues, en caso contrario, podían ocurrir «accidentes desgraciados, como un aborto o parto antes de tiempo...»⁴⁷. Por su parte, el texto de Torres sugería una alimentación rica en variedad de alimentos, pero restringida en la ingesta de «excitantes como el ají, la pimienta, el vinagre, limón, té y café», y de grasas como el aceite

⁴³ Moraga, *op. cit.*, p. 4.

⁴⁴ Moraga, *op. cit.*, pp. 6-7.

⁴⁵ Félix Valenzuela, *El libro de las madres*. Santiago, Editorial Cultura, libro de utilidad práctica, N° 3, 1933.

⁴⁶ Valenzuela, *op. cit.*, p. 17.

⁴⁷ Moraga, *op. cit.*, pp. 7-8.

y la mantequilla, por sus efectos directos en el aumento de peso. Pese a los desagradables síntomas que acompañaban a los clásicos vómitos, Torres advertía de la importancia de nutrirse adecuadamente apelando a los alimentos sólidos más difíciles de ser rechazados por el cuerpo; por ejemplo, la carne —prohibida en otros manuales—, las sopas espesas, los purés y la leche caliente o fría, nunca tibia, y abundante consumo de agua mineral⁴⁸.

Fuenzalida aconsejaba, en el mismo sentido, un estricto suministro de sustancias nutritivas, evitando excesos. Pero llama la atención la escasa atención al consumo de verduras, pues el menú sugerido contemplaba dos huevos, doscientos gramos de carne, un litro de leche, un guiso durante el almuerzo o comida y pan a discreción⁴⁹. Por su parte, Félix Valenzuela insistía en el consumo de alimentos frescos, como verduras y frutas, que contrarrestaran el estreñimiento clásico de las mujeres grávidas, que era acompañado de una serie de males como las hemorroides, jaquecas, malestares estomacales y al hígado y hasta neurosis. La inactividad femenina era un factor central del estreñimiento que, a juicio de Valenzuela, era frecuente en las clases altas y una excusa para introducir al lector, de su texto, en una suerte de representaciones sociales relativas a la maternidad, basadas en las diferencias de clase:

Hace vida sedentaria; es una gran señora que sólo anda en auto y no sabe andar a pie; pues ejercite, ande veinte cuadras al día. Preguntadas al respecto, las señoras contestan: trajino mucho en mi casa, no paro en todo el día. Eso es nulo; salga y ande diez cuadras en la mañana y diez antes de acostarse; eso es andar algo.

La mujer inculta del campo que va al pueblo a pie con un gran bulto o canasto y a todo sol, que sube a los cerros, que transpira y gana su vida así, con el sudor de su frente, como manda la Biblia, no padece estreñimiento, tiene leche abundante y buena, y cría a sus propios hijos.

⁴⁸ Torres, *op. cit.*, p. 38.

⁴⁹ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, pp. 92-93.

La señora del burgués adinerado es **ancha, gorda y pesada**; sube a su auto para andar dos cuadras; come «excelentemente», es estreñida, no cría a sus hijos —si los llega a tener— y no es madre sino a medias, pues no es su propia leche la que nutre a sus hijos, sino otra mujer u otra leche⁵⁰.

Conforme al avance del conocimiento médico y la creciente profesionalización del cuidado infantil, los textos citados y elaborados a fines del siglo XIX que calificaban en la categoría de «consejos a las madres», se transformaron al siglo siguiente en manuales de puericultura y cartillas educativas. Editados ya no sólo como un esfuerzo privado del médico-autor, algunos fueron financiados por recintos asistenciales como maternidades, instituciones asistenciales como la Cruz Roja o directamente por oficinas del Estado como la Dirección General de Sanidad. En la mayoría de estos textos, la vigilancia del estado físico de la embarazada formaba parte de lo que sutilmente era conocido como cuidados prenatales y, más adelante, aquéllos eran reunidos en lo que visionarios médicos denominaban control prenatal. Este instrumento de vigilancia médica de la embarazada fue una de las estrategias que la política sanitaria de la Caja del Seguro Obligatorio (CSO) impulsó tenazmente desde sus inicios, pero que sólo registró un modesto éxito hacia fines de la década de 1940⁵¹.

La Maternidad Madre e Hijo fue una de las instituciones que elaboraba una cartilla educativa dirigida a las embarazadas que atendía⁵², recurso que promovía cambios en hábitos alimenticios e higiénicos similares a los mencionados por el texto de Torres y la supresión de conductas perjudiciales de la mujer, pues «desde el momento que está embarazada tiene la obligación primordial de preocuparse de su hijo». Con un tono más categórico se instaba al cuidado de la dentadura por un especialista, hábito aún inusual entre la población, pues sólo se

⁵⁰ Valenzuela, *op. cit.*, p. 10. [*La negrilla es nuestra*].

⁵¹ Más detalles en Zárate, «Parto, crianza y pobreza en Chile».

⁵² A modo de ejemplo, en el año 1932 la clínica recibió 1.645 consultas.

recurría a ellos para la extirpación de piezas dentales que ya estaban perdidas. Igualmente drásticas eran las recomendaciones de evitar «el alcohol en cualquiera de sus formas, condimentos o bebidas excitantes» y la ingesta de «carne o caldos de carne, y si no puede prescindir de ellos, úselos a lo más dos veces a la semana. Tampoco coma huevos, nueces, queso, quaker, fideos, tallarines, fréjoles, lentejas o garbanzos». Estos consejos suponían la implantación de un régimen nutricional estricto que dejaba escasas alternativas dietéticas, pues ¿con qué productos podían ser sustituidos?

Las cartillas de la Cruz Roja prestaban atención al embarazo de manera específica y explícita, dado que se entendía que sólo así era posible obtener un «niño sano». En 1930, una cartilla de la Cruz Roja de la ciudad de Los Ángeles estimulaba a que las mujeres embarazadas tomaran precauciones como evitar el trabajo pesado y el consumo de brebajes como el té, café y alcohol. Al contrario, los indicadores de un estado saludable eran favorecer la «vida tranquila» y la alimentación sana, el aseo escrupuloso del cuerpo, respirar aire puro y acostarse temprano⁵⁹. Se incluía un breve apartado respecto de la aparición de la sífilis y la gonorrea y de su necesario control médico para evitar consecuencias para el niño, particularmente el desarrollo de la ceguera. En la década del treinta, estas enfermedades venozas y la tuberculosis eran entendidas como una plaga social que, transmitida hereditariamente, formaban parte del repertorio de causales que explicaban la decadencia moral y racial de la población chilena.

La alta tasa de mortalidad nacional que acompañó a las enfermedades venéreas estimuló diversas estrategias de acción que también alcanzaron, de manera significativa, al cuerpo de la embarazada. Por ejemplo, el diagnóstico de la lúes en la mujer encinta era uno de los servicios que prestaban los consultorios maternos de las Gotas de Leche a principios del siglo XX.

⁵⁹ Cruz Roja de Los Ángeles, «Cartilla de puericultura», Chillán, *La Discusión*, 1930, 16 pp.

Descrito por la médico Cora Mayers, el desgarrador caso de una joven madre que padecía de sífilis, Auristela Peña, ilustra las vicisitudes de la maternidad pobre y numerosa. En aquellas condiciones sanitarias, el interrogatorio clínico confirmaba que de los dieciséis hijos concebidos por Peña, seis habían terminado en abortos:

... los tres siguientes fueron prematuros; los siete fueron de tiempo, y de éstos, dos nacieron muertos macerados; de los últimos cinco, ninguno pasó el primer año de vida, muriendo todos con signos claros de lúes hereditaria que aunque no comprobada por nosotros, nos atrevemos a asegurarlo por cuanto la mujer a la que hacemos referencia es bastante inteligente y nos describió, mejor que cualquier libro, el péngifo, el grito sífilítico, la debilidad congénita y otras manifestaciones hereditarias de que habían padecido sus niños. Esto nos indujo a instituir el tratamiento específico que duró todo el tiempo del embarazo con ligeros descansos entre serie y serie de inyecciones⁶⁴.

La reacción de Wassermann, prueba de laboratorio, resultó positiva, confirmándose científicamente la enfermedad. En virtud del antecedente de los abortos en serie y la polimortalidad, el tratamiento terapéutico indicado contribuyó a asegurar el desarrollo, en esta ocasión, de un buen embarazo para Auristela, quien dio a luz en la Maternidad de San Borja a un feto de 3.200 gramos de peso en magníficas condiciones y que presentaba signos externos de lúes hereditaria. Sometido a un tratamiento en la Gota de Leche Asunción, Mayers informaba que el crecimiento del retoño era satisfactorio y que, a partir del tercer mes de vida, su alimentación era mixta y al quinto artificial, en virtud de que la madre no produjo más leche para criarlo.

El tratamiento terapéutico que podía recibir una mujer embarazada también podía depender de la información higiénica

⁶⁴ Cora Mayers, *Algunas consideraciones sobre puericultura prenatal*. Santiago, Imprenta, Litografía y Encuadernación La Ilustración, 1917, pp. 36-37.

que se tenía del padre del hijo, como si se tenía conocimiento de que fuera portador de sífilis:

Otras veces tenemos que basarnos en la sífilis del padre para hacer el tratamiento de la embarazada, como fue el caso de una primípara llegada al consultorio maternal sin ningún signo que nos permitiera hacer el diagnóstico; eso sí, que con el antecedente de que a su marido se le trataba de una lúes secundaria en el dispensario de enfermedades venéreas que sostiene el Centro de Estudiantes de Medicina. Esta mujer, que acudió en el quinto mes de su embarazo al consultorio, tuvo dos meses después su parto prematuro con feto vivo, pero que murió a las pocas horas de haber nacido. Si en esta mujer el tratamiento específico hubiera comenzado a principios de su embarazo, seguramente habría llegado a término y el niño, con un tratamiento adecuado, habría podido salvarse³⁵.

También algunos manuales fueron traducidos y adaptados a la «idiosincrasia» chilena, como por ejemplo el de Ricardo Rolando, jefe del Servicio Obstétrico de la Maternidad del Hospital San Agustín. Este médico fue autorizado para reimprimir una obra del Laboratorio Mead, Johnson and Company, que fue distribuido gratuitamente con el apoyo económico del propietario de la Farmacia Knop de Valparaíso, Reynaldo Knop. Se trataba de un texto de sesenta páginas entre cuyas recomendaciones, las destinadas a las embarazadas eran las más clásicas: control médico y de la orina, uso de ropa cómoda y prescindencia del corsé, cuidado y aseo de los pechos, evacuación intestinal diaria, «baño diario de rigor»³⁶.

En las primeras revistas femeninas, aquellas dirigidas explícitamente a las mujeres en la primera mitad del siglo XX, se palpa la ausencia de alusiones al cuerpo grávido, salvo breves recomendaciones alimenticias o médicas, cuestión contraria a lo que sucedía con la maternidad, que como experiencia femenina

³⁵ Mayers, *op. cit.*, pp. 38-39.

³⁶ Ricardo Rolando G., *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*. Valparaíso, Imprenta Universo, 1938.

gozaba de extensas e idealizadas reflexiones. Ni cuidados prenatales ni moda para la mujer encinta eran particularmente frecuentes. Una excepción a esta tendencia fue la difusión del cuidado físico de las embarazadas en la *Revista Femenina*, periódico del Partido Cívico Femenino, por medio de un curso de puericultura preparado por el médico Arturo Baeza Goñi, publicado en 1924. Insistiendo en la responsabilidad femenina en los altos índices de mortalidad infantil, el curso reservaba un papel crucial a la formación científica de la futura madre que suponía un autoconocimiento corporal útil al período gestacional. Al destacar las medidas preventivas respecto de enfermedades como la sífilis y la tuberculosis, y la necesidad de que las mujeres acudieran tempranamente al médico o matrona, en los últimos tres meses del nacimiento del primer hijo, se avanzaba en la captación de un grupo poblacional que accedía a la cultura escrita³⁷. Otras revistas emblemáticas y de significativa duración, como *Familia y Margarita*³⁸, concedían fundamental importancia al cuidado del niño, su vestuario y necesidades infantiles en las secciones de consejos y recomendaciones para la dueña de casa, pero casi no se aludía al cuerpo de la que sería o era madre.

Excepcionalmente, el cuerpo grávido cobraba sentido y relevancia en algunas revistas cuando se aludía al cuidado de las mamas y al mandato social de la lactancia como tarea ineludible femenina en pos del desarrollo del niño³⁹. También la nutrición de las embarazadas constituyó un campo de interés y materia de propaganda de productos vitamínicos o suplementarios como la ovomaltina, «reconstituyente delicioso», recomendado por médicos europeos para las madres que debían «responder al doble esfuerzo que les es exigido». Dicha propaganda inserta en la

³⁷ Arturo Baeza Goñi, «Curso de puericultura», *Revista Femenina*, año I, N° 3, agosto de 1924, pp. 25-24; N° 4, septiembre de 1924, pp. 7-8; N° 5, octubre de 1924, pp. 7-8.

³⁸ La revista *Familia* registra existencia entre 1910 y 1928, y la revista *Margarita* entre 1934 y 1953.

³⁹ Por ejemplo, revista *Eva*, N° 23, 9 julio 1943, p. 16.

revista *Mi Secretario*, de distribución gratuita, sugería que este producto debía ser usado por «amor a su hijo y en su propio interés», pues ayudaba a la digestión y estimulaba la secreción láctea. Aquellos productos que contenían avena como la Avena Gavi-lla, eran igualmente valorados por su contenido nutricional⁶⁰.

Embarazo: eugenesia y cuidado físico

El interés por intervenir en la reproducción humana aplicando las leyes biológicas de la herencia y aislando aquellas cualidades sociales indeseables en pos de la creación de individuos sanos, vigorosos y morales, fue conocido como pensamiento eugenésico. De importante influencia en Latinoamérica, en Chile tuvo representantes e inspiró debates y programas médico-asistenciales en la primera mitad del siglo XX relativos a, por ejemplo, los combates contra las enfermedades infectocontagiosas (sífilis y tuberculosis, principalmente) y a la implementación, aunque no la obligatoriedad, de la emisión de certificados prenupciales⁶¹.

Para algunos médicos influidos por la corriente eugenésica, la primera preocupación para una futura y científica maternidad no comenzaba con los cuidados durante el embarazo, sino con la vigilancia del cuerpo de la joven antes de la procreación: la vida sana, libre de enfermedades y de prácticas perniciosas debía ser cautelada permanentemente. Esta tendencia recibió el nombre de puericultura anticoncepcional, antecesora de la prenatal, y fue, por ejemplo, una temprana preocupación de la médica Cora Mayers, como lo atestiguan las lecciones publicadas en su tesis de 1917 y un libro de 1933⁶².

⁶⁰ *Mi Secretario*, año I, N° 3, mayo de 1930, p. 30; año I, N° 5, julio de 1930, p. 24.

⁶¹ Algunos aspectos sobre la trayectoria de la eugenesia en Sudamérica en Asociación Lavrín, *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1911* Santiago, Ediciones Dibam, 2005, pp. 207-245.

⁶² La tesis de 1917 es el texto ya citado *Algunas consideraciones sobre puericultura in tenatal. La puericultura al alcance de todos*, Santiago, Prensas de la Universidad de Chile, 1933.

Tanto como directora de la Escuela de Enfermeras o jefa de Educación Sanitaria, en el Ministerio de Higiene y Bienestar Social, Mayers fue una de las médicas más comprometidas con la instrucción higiénica maternal, estrategia privilegiada para reducir la mortalidad infantil en las primeras décadas del siglo XX. Parte constitutiva de aquella instrucción era el conocimiento de las funciones corporales y el cuidado de aquéllas durante la gravidez, período que la madre debía subordinar al interés supremo del cuidado del feto. Para Mayers, todos los cuidados del embarazo estaban dirigidos a la protección de la infancia, la que idealmente debía comenzar antes de la gestación con el cuidado de la salud de los padres, el cuidado físico de las niñas, la difusión de la educación sexual como antídoto de quienes practicaban sexo y el respetuoso sometimiento a los impedimentos del matrimonio, por ende de la procreación, tales como la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades de trascendencia social, la debilidad orgánica y la edad avanzada.

Para el médico Luis Fuenzalida, en la misma línea de una puericultura anticoncepcional, si el marido y mujer eran «normales», el fruto de la concepción gozaría de buena salud. Una tarea específica de los padres de la hija era vigilar la selección del futuro yerno y del estado de su sangre, «pues así como sus sentimientos se van a mezclar íntimamente con los de la niña que va a ser su mujer, así también su sangre se va a mezclar con la suya»⁶³. El conocimiento de la sangre del pretendiente de la novia evitaría la eventual vinculación con alcohólicos, tuberculosos y sífilíticos. Fuenzalida también reforzaba una idea eugenésica que tendría seguidores en el futuro: la clase obrera debía regir su vida sentimental por medio de un certificado de sanidad y sugería que la clase alta estableciera la costumbre de obtener, por sí misma, sus certificados de sanidad, a fin de presentarlos al oficial del Registro Civil, previamente al contrato matrimonial. «Esta práctica obligaría a que todos los novios procedieran de igual a riesgo de que el que no lo hiciera sería sujeto

⁶³ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 64.

de dudas sobre la pureza de su sangre»⁶⁴. El reconocimiento de la herencia biológica, aspecto no sujeto a intervención, bien podía condenar tempranamente el desarrollo de un embarazo. No obstante, Fuenzalida, estimando que la «herencia» podía definir casi el 100% del proceso de gestación, sostenía que los consejos de un galeno eran igualmente indispensables. ¿Por qué? ¿Qué podía hacer un médico en la década de 1920 ante la incontestable fuerza de la herencia?

La eugenesia fue el refuerzo ideológico que incrementó el valor de la asistencia médica del embarazo y el autocuidado que debían prodigarse las mujeres en esta etapa, ambos supeditados al objetivo principal: la protección del niño. La vigilancia del cuerpo grávido debía ser entendida como una estrategia eugénica primigenia que no sólo podía disminuir la tasa de mortalidad, sino también promover el nacimiento de niños más saludables y fuertes al anticipar los cuidados necesarios. Carlos Monckeberg Bravo, destacado profesor universitario y obstetra, sostenía que la protección de la madre podía combatir «los males que, por herencia, pueden transmitirse al hijo». Es decir, aquel objetivo debía incorporar un criterio preventivo y la preocupación por intervenir en los designios de la naturaleza⁶⁵. La difusión de esta posición ideológica sustentó importantes diagnósticos en la época y fortaleció la cruzada legislativa relativa a la protección materno-infantil. A su juicio, la inversión para combatir la mortalidad infantil debía concentrarse en la denominada puericultura antenatal: «Nuestra población no aumentará, porque si nuestra natalidad es alta, nuestra mortalidad es excesiva»⁶⁶.

Su experiencia en el Servicio de Maternidad del Hospital El Salvador (1917-1925) avalaba su opinión: de las 16.393 asiladas, sólo 11.812 habían dado a luz niños de término, es decir, el

⁶⁴ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 73.

⁶⁵ Carlos Monckeberg, «Consideraciones sobre la protección social y médica de la mujer como factor de eugenesia», *Revista Médica de Chile*, año LIII, 1925, marzo-abril, N° 3-4, pp. 89-96.

⁶⁶ Monckeberg, *op. cit.*, p. 90.

28% restante, o uno de cada cuatro niños, no alcanzaba la madurez completa. A dicha cifra se agregaba el crecimiento del número de partos prematuros y de abortos. Según los estudios de Monckeberg, entre 1919 y 1923, la sífilis podía ser la causante de estas patologías en alrededor del 50% de los casos, la «provocación criminal» durante los primeros meses aproximadamente en el 20% y sólo en un 3,5% eran atribuibles a patologías menores. ¿Qué pasaba con el 26,5% restante de los casos? Para Monckeberg, la clave estaba en las respuestas de las embarazadas o «enfermas», como las denominaba, a sus interrogatorios. Todas declaraban su dedicación a labores pesadas: «La causa del alumbramiento prematuro fue, en esas mujeres, el trabajo excesivo, el traumatismo, las malas condiciones de vida, el esfuerzo físico intenso durante los últimos meses de gestación»⁶⁷.

Junto al propósito del cuidado científico de la embarazada, Monckeberg creía en la necesidad de promulgar leyes que la protegieran, actuando como instrumentos preventivos de la mortalidad infantil, una de las garantías del crecimiento demográfico severamente amenazado, según algunos médicos, como Javier Rodríguez Barros⁶⁸. Por su parte, la vigilancia de la natalidad también era una garantía amenazada por la influencia de corrientes neomalthusianas, que propugnaban el derecho de la mujer a limitar su fecundidad y los costos asociados a la manutención de los hijos.

Valenzuela, en tanto, apoyaba la misma idea de los otros autores respecto del valor de la salud de la madre, en pos de la calidad de vida del infante. No obstante, la influencia de las corrientes eugénicas de los años treinta afectaba negativamente su apreciación del aporte femenino a la concepción y desarrollo del feto. Su afirmación daba cuenta de la ignorancia e incompreensión respecto de la importancia del material genético femenino, en la conformación de una nueva vida humana:

⁶⁷ Monckeberg, *op. cit.*, p. 91.

⁶⁸ Véase, por ejemplo, Javier Rodríguez Barros, «Hacia la despoblación», en *Revista Médica de Chile*, tomo 51, 1923, pp. 788-805.

Una pequeña célula germinativa y en un breve momento dan origen a cualidades hereditarias paternas ineludibles: la madre es sólo el molde en que tomamos la forma transitoria de la vida; en mi concepto, la sucesión se hace de padres a hijos. De ahí la enorme importancia de la constitución biológica del padre y su gran responsabilidad moral en la gestación del nuevo ser efectuado [sic] en las intimidades del placer genético⁶⁹.

Los manuales de puericultura incorporaron ampliamente aquella retórica eugenésica que inspiró a la clase médica de oficinas y consultorios del Estado, a partir de la década del treinta, y que estimuló el cuidado de la embarazada como la segunda tarea estratégica para el nacimiento de ciudadanos útiles a la sociedad, pues la primera era aquella que algunos popularizaron como «cuidados preconceptionales». Por ejemplo, el citado manual de crianza de Isauro Torres, inspirado en el mejoramiento de la raza y dirigido a madres y dueñas de casa, destinaba un apartado a las consecuencias del padecimiento de enfermedades vergonzantes en la etapa preconceptional, sífilis y gonorrea, llamadas también enfermedades de trascendencia social por sus efectos no sólo en los individuos que las padecían, sino en su descendencia.

Junto a las preocupaciones prenatales y eugenésicas en torno a las mujeres encintas, el cuidado estético del cuerpo grávido también estuvo presente en cartillas y manuales donde las recomendaciones médicas, dirigidas fundamentalmente a las mujeres de clases acomodadas, giraban en torno al vestuario, la actividad y apariencia física.

Respecto del vestuario, un tema recurrente y pleno de simbolismo de la tensa relación entre belleza y reproducción fue el uso y abuso del corsé entre la población femenina. El atuendo de la embarazada suponía la supresión de corsés y vestidos ajustados contraindicados durante el embarazo. Si bien se toleraba el primero durante los primeros meses y, hacia el final del embarazo,

⁶⁹ Valenzuela, *op. cit.*, p. 7.

Moraga no descartaba, por ejemplo, el uso de «vendajes elásticos» o «corsés para el embarazo», que colaboraban en «soportar el peso que se siente bajo el vientre». Aconsejaba, cuando no pueden llevarse estos corsés, «ponerse un corpiño o petillo, que debe ir ensanchándose según necesidad y no tiene ningún inconveniente»⁷⁰.

A juzgar por las frecuentes advertencias médicas contrarias a su uso durante la gestación, este adminículo habría sido empleado por las puérperas, al menos las de clases acomodadas, como una estrategia para disimular la pérdida de la silueta pasado el parto. El crecimiento y posterior flaccidez del abdomen aparecía como una amenaza al ideal de delgadez y, a juicio de Atilio Narancio, profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo, para las futuras madres esto era difícil de aceptar:

Pero defendeos de los caprichos de la moda y de las obligaciones de la vida mundana y suprimid vuestro corsé. No os asombréis. Del todo, es necesario que lo dejéis relegado para el día de vuestra primera salida con el bebé y entonces... quizás orgullosa de lo que habéis sido capaz, no os acordéis de él. Es una pequeña imposición que exige explicarse, ¿verdad, señora? Pues bien, tened en cuenta que aun moderadamente apretado será perjudicial al cliente futuro que adoptará seguramente una mala posición, impuesta por el encierro obligado⁷¹.

El libro de Narancio *El bebé... Higiene del embarazo y de la primera infancia*, publicado en 1917, era un manual de divulgación científica de circulación nacional, dirigido a las madres primerizas o «señoras de suerte privilegiada»⁷². El fomento del ejercicio físico como caminatas, la restricción de ejercicios violentos, alimentarse «por dos» y evitar viajes en coche o automóvil, eran recomendaciones comunes a otros manuales de la época,

⁷⁰ Moraga, *op. cit.*, p. 9.

⁷¹ Atilio Narancio, *El bebé... Higiene del embarazo y de la primera infancia*. Montevideo, Talleres Gráficos A. Barreiro y Ramos, 1917, pp. 18-19.

⁷² Narancio, *op. cit.*, p. 18.

aunque eran más estrictos en aquellas relacionadas con el vestuario que con la alimentación.

Los aspectos contraproducentes del corsé durante el embarazo comenzaron a difundirse a principios del siglo XX. Se trataba de una prenda que para Narancio estimulaba que la pared abdominal fuera presionada por «el empuje interno del pequeño» y «la presión externa del aparato de tortura», como era definido en términos técnicos. Médicos como Isauro Torres sugerían su proscripción definitiva, y para Narancio era prudente aceptar la nueva figura y enorgullecerse de ella en vez de ocultarla:

Si os presentáis a vuestras visitas con un amplio vestido, bien libre, colgante, se hará quizás patente vuestro estado, pero a las sonrisas debéis responder con la afirmación orgullosa de la verdad, que no os debe producir rubor la satisfacción de cumplir la más alta misión que la naturaleza depara a la mujer⁷⁵.

Pasados algunos años del siglo XX, las censuras contra el uso del corsé no sólo eran de tipo médico o sanitario, sino también político, particularmente de mujeres vinculadas a grupos obreros y anarquistas, quienes simbolizaban en él la opresión del cuerpo y del alma femenina. Para ellas, lo más condenable era que el uso del corsé tenía el propósito de atraer al sexo masculino y así perpetuar el estado de esclavitud de las mujeres, aun después de haber parido. Bien parecía saberlo Luisa Capetillo, activista que escribía en el diario *La Federación Obrera*: «Ella se pinta, se adorna con joyas, deforma su cuerpo con el uso excesivo del corsé, hace mil monerías, se convierte en un maniquí de la moda y todo por atraer al hombre con esos juegos de disfraz. Y he aquí la cuna del género humano convertida en un juguete de pasatiempos de los ignorantes, que solamente la toman como instrumento de placer, que se tira luego por inservible»⁷⁶. A primera vista, este ataque no parece resolver

⁷⁵ Narancio, *op. cit.*, p. 19.

⁷⁶ Luisa Capetillo, «La mujer», *La Federación Obrera*, diario de la clase trabajadora, 28 de abril de 1924, p. 1, 4ª y 5ª columnas.

si el corsé era criticado en virtud de su popularidad entre todas las mujeres o sólo entre las de clases acomodadas.

Las restricciones de la actividad física, del uso de la máquina de coser activada con el pie, de escaleras, los viajes en coche, carretas o caballos, etcétera, eran frecuentes, pero no suponían la total prohibición del ejercicio físico que sí resultaba aconsejable después de las comidas para estimular la actividad digestiva⁷⁵. Lo cierto es que estas recomendaciones reflejaban una mirada crítica al sedentarismo femenino más vinculado a la atmósfera del salón, las tertulias y la rutinaria vida de hogar de mujeres de alta sociedad, que a las prácticas azarosas de las mujeres pobres que sostenían con sus propias manos la manutención de sus vástagos.

Con el cambio de siglo, las recomendaciones relativas al cuidado físico fueron más específicas, pues dieron cuenta del conocimiento acumulado por la medicina. En 1900, el médico Feliú Gana insistía en que las embarazadas se sometieran a frecuentes exámenes de orina y, desde los ocho meses, cada diez días, con el objeto de detectar la presencia de albúmina, recurriendo a procedimientos caseros que requerían de un gasto importante en boticas. Asimismo, reiteraba la necesidad de examinar la pelvis para evaluar cómo sería la salida del feto. Se trataba de medir el ancho de la pelvis a través de un «examen rápido, fácil y de un solo minuto que no causa dolor ni desagrado a la mujer»⁷⁶. Vale la pena preguntarse qué sucedía si el examen dictaminaba la estrechez de pelvis anticipando la posibilidad de un parto dificultoso si el feto era de mayor tamaño que lo esperado o estaba atravesado. Las alternativas de practicar una versión, maniobra que intentaba modificar la posición del feto al interior del útero, o de una cirugía como la cesárea eran pocas, pese a que ya eran practicadas excepcionalmente por la comunidad chilena desde fines del siglo XIX⁷⁷. Y quizás aquella dura realidad explique el dictamen del propio Feliú al sostener

⁷⁵ Moraga, *op. cit.*, pp. 10-11.

⁷⁶ Feliú Gana, *op. cit.*, p. 33.

⁷⁷ Véase Zárate, *Dar a luz en Chile, op. cit.*, parte I.

alumbramiento. No menos cierto es que aquellos baños termales eran un lujo de la vida urbana del Santiago de fines del siglo XIX. No obstante, Moraga advertía que no eran una necesidad indispensable, pues conocía casos en que «personas que, a título de entendidas, cuando saben que no se ha bañado una amiga a quien van a visitar, le dicen: "Ud. va a tener un mal desembarazo, puesto que no se ha bañado". Como se comprende, esta es una imprudencia que deja a la embarazada en una intranquilidad tal, que espera el parto como el último momento de su vida...»⁸¹. Siguiendo las tendencias de la época respecto de las propiedades terapéuticas de los baños, Moraga sugería usar en ellos el afrecho, malva u otras sustancias emolientes, práctica que no reportaba ningún peligro.

La preocupación por los cambios corporales que producía el embarazo fue materia excepcional de algunos manuales de belleza publicados a principios del siglo XX, como el de Ramón Mondría de 1918⁸². Dedicado a Delia Matte de Izquierdo, fundadora del Club de Señoras de Santiago, e inspirado en escritos franceses dedicados al cuidado físico del cuerpo femenino, el texto aludía al embarazo principalmente por su relación con el envejecimiento o deterioro corporal femenino, ejemplificado en las grietas en el pecho, las manchas en el cutis y las arrugas en el vientre. Para evitar las grietas, «terror de las mamás jóvenes», sugería el lavado frecuente con una solución compuesta de tintura de almáciga, benjuí y mirra, después de amamantar⁸³; para curar las que habían aparecido se sugería una mezcla de salol, éter y colodión, y para calmar los dolores, lavados con alguna solución de cocaína⁸⁴. Respecto de las clásicas manchas en la cara que le aparecen a las embarazadas o «máscara de embarazo», las recomendaciones apuntaban a disimularlas con «pomadas

⁸¹ Moraga, *op. cit.*, p. 12.

⁸² Ramón Mondría, *El libro de oro de la mujer. Secretos del tocador*. Santiago, Librería y Casa Editorial Minerva, 1918.

⁸³ La almáciga y la mirra son resinas aromáticas, y el benjuí un bálsamo aromático, todas sustancias que contenían propiedades antisépticas y expectorantes.

⁸⁴ Mondría, *op. cit.*, p. 75.

y polvos de arroz», si es que no era suficiente atenuarlas con aquellas usadas contra las pecas y rojeces, e igualmente se sugería aplicar «todas las noches al acostarse una ligera capa de glicerina»⁸⁵. En esta época se proponía combatir la flaccidez y los antiestéticos pliegues del vientre con masajes y el uso de electricidad, procedimiento que no es detallado, pero que se decía eficaz para propender a la tersura de la piel. Asimismo, se recomendaba porque disminuía el tejido adiposo de manera paulatina para dar tiempo a la epidermis para corregirse.⁸⁶

Trabajo físico y reproducción: protección sanitaria estatal de la embarazada

Desde inicios del siglo XX, las mujeres embarazadas más desposeídas no sólo eran materia de interés de la medicina clínica ofertada por la Casa de Maternidad de Santiago, los dispensarios o los manuales de medicina doméstica y/o de puericultura. Aquellas que ejercían labores remuneradas riesgosas adquirieron visibilidad pública y política en virtud de los debates planteados en los congresos anteriormente citados. El siguiente paso fue traducir aquellos debates en proyectos de ley que se promulgaron entre 1920 y 1930.

Como lo enseña la historiografía que aborda estos temas, la obrera encarnaba en sí misma las vicisitudes sociales y políticas que trajo el incremento del trabajo urbano fabril. La victimización del cuerpo de la trabajadora, como símbolo de la decadencia moral y física, producto del capitalismo industrial, es una cuestión estudiada para el caso de Chile de la primera mitad del siglo XX⁸⁷. Dicha victimización era aún más radical y

⁸⁵ Mondría, *op. cit.*, p. 92.

⁸⁶ Mondría, *op. cit.*, p. 187.

⁸⁷ Elizabeth Hutchison, *Labores propias de su sexo, género, política y trabajo en Chile urbano, 1900-1930*, Santiago, Lom Ediciones, 2006. Thelma Gálvez y Rosa Bravo, «Siete décadas de registro del trabajo femenino, 1854-1920», en *Estadística y Economía*, 5, Santiago, Instituto Nacional de Estadísticas, 1992, 1-52. Lucía Pardo V., «Una revisión

alegórica cuando alcanzaba a la trabajadora embarazada y a la que era madre. El «vientre reproductor» de la población que debía sostener el desarrollo industrial chileno fue materia de quienes objetaban dicha narrativa como de quienes la apoyaban. La prensa obrera fue un instrumento que visibilizaba los efectos de la transición capitalista, sus consecuencias perniciosas en las trabajadoras y lo dificultoso de la práctica de cuidados prenatales entre ellas:

¿Qué sabe la mujer de pueblo de cuidarse en los meses de su embarazo? ¿Qué sabe de las atenciones que debe prodigarse en el alumbramiento? ¿Podemos exigirle que cuide de las normas que la ciencia indica para el período de la lactancia de sus hijos o de la alimentación que debe procurarle en su desarrollo? Y si lo supiera o alguien se lo indicara, se encontraría con una dificultad mayor: con la falta de recursos para esas, y así se atenúan sus responsabilidades.

La figura de la madre embarazada pobre y/o trabajadora simbolizaba dramática y diferenciadamente las profundas heridas que imprimía el incipiente capitalismo industrial de principios del siglo XX y que era retratada por los ensayistas de la cuestión social. El cuerpo grávido de la mujer trabajadora, entonces, era una fuente de preocupación aún mayor respecto de las consecuencias del trabajo en la reproducción femenina. ¿Cómo podían evitar las mujeres modestas los «ejercicios violentos o trabajos pesados» y así «llevar una vida tranquila y caminar diariamente dos horas», si del trabajo remunerado que ejercían obtenían sus ingresos principales?

El cuerpo de la embarazada como instrumento fundamental de la reproducción humana y también como un estado físico temporal que supone la alteración profunda de las formas

histórica a la participación en la fuerza de trabajo: incidencias y características de la participación de la mujer», en *Estudios de Economía*, 15:1, Santiago, Universidad de Chile, 1988, 27-82. Véase también María Soledad Zárate, coautora junto a Lorena Godoy, «Análisis crítico de los estudios históricos del trabajo femenino en Chile», en *Cuadernos de Investigación*, N° 2, Centro de Estudios de la Mujer, CEM, Santiago de Chile, 2005.

corporales era percibido, por algunos textos médicos, como un estado físico excepcional que merecía cuidados específicos. Si las embarazadas pobres despertaban importantes gestos de caridad, aquellas que pasaban por ese trance sin el apoyo de la pareja vivían bajo un estado de vergüenza social, al menos entre quienes valoraban la formalización del matrimonio. Para el médico Fuenzalida, las embarazadas y luego madres solteras constituían objetos de caridad y una oportunidad para que mujeres filantrópicas desplegaran acciones compasivas en bien del retoño:

¿Y aquellas desgraciadas que, sintiendo en su ser las imposiciones de la naturaleza, que amaron como todas las mujeres, que fueron engañadas, que fueron impotentes para resistir y concibieron un hijo? ¿Qué harán mientras estén encintas? ¿Dónde tendrán ese hijo? Y cuando él nazca, ¿dónde crecerá? He ahí una caridad bienhechora que toda madre culta está en la obligación de ejercitar. Esa caridad brillará con tono suave el espíritu atormentado de esas infelices, las iluminará con sus consejos para que no vuelvan a reincidir, les alumbrará el camino para que, en lo posible, reparen con el matrimonio esa falta de amor o de debilidad, les señalará un modesto lecho en donde tengan su hijo y les alumbrará un hogar a todos esos infelices bastardos que el rigorismo social, con sus tiránicos códigos de honor, va a convertir en huerfanitos⁸⁸.

Pero el trabajo filantrópico ya no era suficiente en la década del veinte. Se argumentaba públicamente la necesidad de que el Estado interviniera en pos de la elaboración de una legislación protectora de la madre y del hijo. Por ejemplo, Moisés Poblete Troncoso, jurista pionero de las reformas laborales en Chile, escribía en la *Revista Femenina* que la reglamentación del trabajo infantil debía ser ampliada al trabajo femenino, particularmente para las mujeres que darían a luz, pues se protegía «la salud del niño que ella dará a luz; y enseguida se mantiene a

⁸⁸S/a, «Por qué mueren los niños. No responsabilicemos a las madres de la mortalidad infantil», en *La Federación Obrera*, 24 de marzo de 1924, p. 1.

la mujer y en cuanto es posible, en el lugar que le corresponde en la familia, lo que es una condición esencial, si se desea sinceramente impedir (o prevenir) la desorganización y la disolución de los humildes hogares obreros». El papel central de la embarazada era «salvaguardar el futuro de la raza, manteniendo intactas las fuerzas vivas que aseguran su conservación y renovación indefinidas»⁸⁹.

Los primeros pasos en la protección sanitaria y jurídica de la embarazada se plasmaron en la Ley de la Caja del Seguro Obligatorio en 1924 y en la promulgación del Código del Trabajo de 1931, que consagraron la figura de la madre trabajadora. La primera ley establecía la obligatoriedad de la «atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio, y además un auxilio del 50% del salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto, y de un 25% en el período posterior, prologado hasta el destete, cuando amamantaren a su hijo. Este período no podrá exceder de ocho meses»⁹⁰. El Código del Trabajo, por su parte, estipuló que «todos los establecimientos o empresas industriales y comerciales de propiedad fiscal, municipal y privada» se supeditarán a las disposiciones que las protegían. Consagró el derecho al descanso de la obrera seis semanas antes y seis semanas después del parto; la reserva de su puesto de trabajo luego de finalizado este período; la cancelación del subsidio que le correspondía al patrón completando, junto al que aportaba la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, el 50% del salario que la obrera debía recibir durante todo el período de descanso; el impedimento de despedir a la obrera, aun en razón de un menor rendimiento a causa de su embarazo; el derecho de las obreras, cualquiera fuese su edad y estado civil, a acceder a salas cuna donde dejar a los niños menores de un año, y el derecho a disponer de una hora al día para amamantar a sus hijos⁹¹. Ambos

⁸⁹ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 127.

⁹⁰ Moisés Poblete Troncoso, «El trabajo de las mujeres y de los niños», en *Revista Femenina*, año I, N° 1, mayo de 1924, p. 10.

⁹¹ María Ferrero Matte de Luna, *El problema materno-infantil ante la ley*. Santiago, Biblioteca Jurídica Universidad Católica, 1946, p. 88.

cuerpos jurídicos se dirigían a proteger la condición física y moral de la embarazada y sus ingresos en el campo laboral, contundentes señales de la categoría que adquirió la protección a este grupo femenino y su papel en la historia social de la familia, de la demografía y de las relaciones laborales en el país.

Luego de una década de funcionamiento de la CSO y del reconocimiento jurídico de la protección de las obreras embarazadas y de las esposas de los obreros asegurados, una serie de artículos publicados abordaban los alcances de dicha legislación laboral y sanitaria y la realidad de las mujeres trabajadoras que accedían a aquellos beneficios. Por el significativo valor de las evidencias recolectadas, destaca el estudio de Rafael Urzúa sobre las consecuencias fisiológicas del trabajo físico de la embarazada publicado en 1940 y que encuestaba a 1.113 mujeres asistidas en las maternidades de los hospitales San Borja, Salvador y San Vicente de Paúl⁹². Parafraseando al maestro francés Pinard, quien sostenía que el «trabajo es el viento que hace caer el fruto verde», aludiendo a la incursión femenina en el campo laboral reservado a los hombres, Urzúa ofrece un detallado perfil socioeconómico, laboral, clínico y familiar de este grupo de mujeres que, a su juicio, representaban una muestra de las más de treinta mil mujeres que, según la Dirección General de Estadística, ganaban su vida en las fábricas en 1937. A su juicio, el embarazo suponía el estudio de un estado que aunque normal era especialmente exigente y al que definía como un «estado de inferioridad funcional, de inestable equilibrio».

Las mujeres entrevistadas tenían entre dieciséis y cuarenta y un años y el 56% declaraba ser casada; entre las ocupaciones más frecuentes estaba el de dueña de casa (60%), empleadas domésticas (13,9%), y el resto se repartía en oficios de costurera, lavandera y operarias de fábricas. Más del 80% de aquellas

⁹² Véase Armando Rojas V. y Alberto Ruiz de Gamboa, *Código del Trabajo y su reglamentación*, Título III, «De la protección de las madres obreras». Santiago, Editorial Nascimento, 1935, pp. 89-92. Sobre este tema véase María Soledad Zúrate, «Las madres obreras: identidad social y política estatal, Chile, 1930», en *Revista de Historia Social y Mentalidades*, año IX, Vol. 1-2, Usach, 2005.

que llegaron a parto de término declaraban haber trabajado hasta el noveno mes de gestación. Dicha circunstancia merece aclarar que, de ese grupo, el 26,5% ejercía «trabajo fatigante», es decir, que al concluir la jornada quedaban rendidas y cuyo estado de embarazo les obligaba por momentos a interrumpir sus labores. Se trataba de un estudio que confirmaba los resultados del estudio citado de Monckeberg de 1925: entre las actividades fabriles vigentes en la época, un grupo significativo podía ser causa de alteraciones del normal desarrollo del embarazo⁹⁵.

Las normas aplicadas por la Ley de la Caja del Seguro Obligatorio, junto con proveer de instrumentos para controlar médicamente a la madre, también fueron un aliciente público para impulsar el control médico prenatal. Un interesante ejemplo de esto fue el trabajo pionero de la Maternidad Madre e Hijo, uno de los recintos fundacionales que prestaba atención prenatal desde 1927. El registro de los médicos Raúl García y Moisés Díaz da cuenta de un incipiente incremento en el seguimiento de las normas higiénicas y en el cumplimiento del control prenatal entre las mujeres asistidas. La novedad de la asistencia médica que proveía esta institución es que condicionaba el acceso de las embarazadas a este recinto durante el parto al control prenatal riguroso y sistemático que podía actuar como garantía de un alumbramiento con un desenlace feliz⁹⁶. Si bien los casi trescientos partos verificados en esta clínica durante 1932 son una cifra principalmente simbólica, pues el parto era mayoritariamente asistido en el domicilio, las mujeres que habían dado a luz en ella, y que no pertenecían estrictamente al segmento más

⁹⁵ Rafael Urzúa L., «Trabajo físico y embarazo», en *Boletín de la Caja del Seguro Obligatorio*, N° 76, 1940, pp. 487-522. M. Guajardo de Atria, «Causas del trabajo obrero femenino en Chile», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N° 44 y 45, 1938, pp. 9-14. Victoria García Carpanetti, «Algunas consideraciones sobre medicina social en la mujer obrera chilena», en *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N° 44 y 45, 1938, pp. 15-25. R. Daudet, «Estudio estadístico de cien casos de embarazadas, de la oficina maternal atendidas en 1936», en *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, N° 46, 1938, pp. 89-91.

⁹⁶ Monckeberg, *op. cit.*

pobre, eran parte de la cruzada del disciplinamiento corporal de la población femenina. Unos años más tarde, el médico Arturo Baeza Goñi sostenía que el servicio prestado por esta maternidad privada obtenía buenos resultados al inculcar hábitos de higiene en las embarazadas y creciente aceptación de reconocimientos preventivos, tales como los exámenes de orina y medición de la presión arterial y, en el caso de las primíparas, la ejecución del siempre incómodo «tacto vaginal». Pese al pequeño número de mujeres asistidas por el recinto, acordes con la población asidua a ellos, Baeza Goñi concluía positivamente su evaluación de la relación entre las embarazadas y los objetivos de la asistencia médica:

El hecho de juntarse muchas embarazadas que comentan los accidentes, las enseñanzas o los resultados de los prolijos cuidados a que son sometidas, les va formando a las recién llegadas la conciencia de las obligaciones que como futuras madres pesan sobre ellas y de las normas a que deben estar sujetas durante este período tan importante de su vida⁹⁷.

Amamantamiento materno, amamantamiento mercenario

*He visto a una mujer abriendo un surco,
sus cadenas están henchidas, como las mías, por el amor,
y hacia su faena curvada sobre el suelo. He acariciado su cintura, la
he traído conmigo.
Beberá la leche espesa de mi mismo vaso y gozará de la sombra de mis
corredores,
puesto que va grávida de gravidez de amor. Y si mi seno no es generoso,
mi hijo allegará al suyo, rico, sus labios.*

Gabriela Mistral

⁹⁷ Raúl García y Moisés Díaz, «Algunas consideraciones sobre maternidad prenatal. Comentarios y estadística del año 1932», Santiago, Imprenta Universitaria, 1933, 18 pp. Apartado de la *Revista de Asistencia Social*, año II, N° 2, 1933.

En la literatura las descripciones del amamantamiento son escasas y en general aparecen idealizadas. Una extraordinaria escena del texto *Amasijo* (1963), de la escritora Marta Brunet, cuenta la historia de Melina, una mujer perteneciente a una familia acomodada, quien luego de un accidente, en el que muere su marido, queda sometida a una larga enfermedad que la postra, limitando profundamente su embarazo, que concluyó con una cesárea. El apoyo de la nurse o la «niñera campesina» era importante para Melina, para dedicarse por completo a la contemplación del niño, tendido a su lado y que tenía la fortuna de ser atendido, mimado y vestido con piezas de las casas especializadas de moda. La imposibilidad de contar con la salud y la energía para atender a su hijo frustraban a Melina, pero, a juicio del narrador, ella «en algo triunfaba»: pese a su lesión en la espalda, su capacidad de amamantar estaba intacta.

Era su momento glorioso aquel en que Benedicta o la nurse le presentaba al hijo, lo tendía a su lado y la boquita ávida empezaba a succionar, enterrada la naricilla en el seno, tironeándolo a veces impacientemente cuando la leche mermaba, y era el momento de pasarlo al otro lado, donde terminaba el hartazgo y se adormecía, se dormía al fin apegado a esa tibieza, mientras la madre, en una suerte de trance de gozo, lentamente le acariciaba la pelusa que crecía ensortijada, besaba la piel que de rojiza y rugosa iba haciéndose morena, ajustada contextura sin grasas, firme y agradable⁹⁶.

La historia de Melina es la de una mujer que se sobreponía a un estado corporal deteriorado en virtud del imperioso deseo de amamantar a su hijo. La escena refuerza la imagen de la lactancia como una instancia del vínculo íntimo entre madre e hijo, que garantizaba la nutrición de este último. Después de los cambios físicos que experimentaba el cuerpo de la embarazada, pasado el parto, las mamas pletóricas de leche que servían a la

⁹⁶ Arturo Baeza Gofí, «Labor que desempeña a favor del niño la Maternal, el Madre e Hijo», en VV.AA., «La asistencia privada en Chile», *Servicio Social*, año VI, 1932, N° 2-3, p. 217.

tarea del amamantamiento eran otro de los símbolos de la maternidad. Aquello explicaba las reiteradas recomendaciones citadas por cartillas y manuales de cómo cuidar los pechos y prepararlos para dicha tarea, y eran un ejemplo más de la tematización del cuerpo grávido.

No obstante ser una tarea ineludible del mandato biológico de la maternidad, algunas mujeres podían elegir si querían ejercerlo en virtud de su condición de clase. A inicios del siglo XX, las de clase alta podían optar por no dar pecho, en virtud de consideraciones estéticas, sociales y sanitarias, a diferencia de las más pobres que, en ocasiones, vendían su leche, convirtiéndose en nodrizas si sus cuerpos cansados y mal alimentados eran capaces de producirla. El cuerpo de la mujer recién parida, símbolo de la reproducción, también podía cumplir una función nutricia extensiva a hijos que no eran los propios al prestar auxilio a otras, transformándose en nodrizas o «amas de leche». La nodriza era aquella mujer que luego de parir a su hijo prestaba su cuerpo para amamantar a un recién nacido o lactante que no era el suyo, a cambio de dinero o ayuda. Un oficio de larga data que hacia fines del siglo XIX comenzaba a ser criticado públicamente por los médicos universitarios. Presentes unánimemente en los textos citados en este artículo, las enérgicas críticas médicas y ensayísticas al uso de nodrizas que reemplazaban a la madre biológica, cuestionaban la alteración del sagrado vínculo de alimentación entre madre y recién nacido.

Los fundamentos de estas críticas eran múltiples, pero se centraban en el creciente interés médico de que la lactancia materna se convirtiera en una práctica habitual entre todas las mujeres —sin atender a distinciones de clases o geográficas— y que se desarrollara en un contexto higiénico favorable. La leche materna como propiedad del recién nacido era uno de los principales predicamentos, develando de paso el creciente poder del hijo en el binomio social que completaba junto a su madre.

El «amamantamiento mercenario», como se lo denominaba, era, en buenas cuentas, el resultado de varias circunstancias que se explican más allá del eventual desinterés de algunas mujeres

por dar pecho. Ser nodriza era un antiguo oficio que daba cuenta de, al menos, dos realidades: primero, constituía una fuente de ingreso económico para mujeres, en su mayoría pobres y de contextos rurales, y segundo, la aceptación de la venta de leche suponía la existencia de una demanda entre mujeres que no tenían cómo amamantar o no querían hacerlo. Por lo demás, instituciones como la Casa de Huérfanos contaban con un servicio de «amas de leche» o «amas de cría» desde la Colonia: se trataba entonces de un servicio institucionalizado que, hasta las primeras décadas del siglo XX, se estimó la mejor alternativa alimenticia para los infantes abandonados⁹⁷.

Los conflictos aparejados a la aceptación de estos dos hechos, la compra y la venta de leche materna, estaban relacionados con la visión idealizada con que se intentaba persuadir a las mujeres de la conveniencia del amamantamiento que, junto al parir, eran entendidas como actividades emblemáticas de la maternidad. Es cierto que si una mujer paría un niño muerto o éste moría al poco de nacer, y ella contaba con leche materna, la opción de entregársela a otro niño que la requería —situación recreada en novelas o relatos de ficción— no necesariamente conllevaba un intercambio económico. Igualmente, si la madre del recién nacido moría en el parto o a los pocos días era probable que la leche de otra mujer fuera compartida con esa criatura. No obstante, lo cierto es que desde fines del siglo XIX, la reciprocidad femenina o el intercambio de leche por dinero era juzgado con aprensiones que descansaban en dos aspectos: el mandato social de que una mujer se debía a su hijo y el naciente debate de que la leche materna era propiedad y objeto de derecho del niño.

El desprestigio de esta actividad, sustentado en las críticas y campañas médicas que censuraban la venta de leche materna, alentó la desaparición paulatina de este oficio femenino en la primera mitad del siglo XX. Una prueba, ciertamente indirecta, es que durante el siglo XIX, entre los oficios consignados

⁹⁷ María Brunet, «Amasijo», *Obras completas*, Santiago, Zig-Zag, 1963, p. 805.

por los censos como servicio doméstico se contabilizó la presencia de 1.373 nodrizas en 1854 y 1.718 en 1885, cifra que descendió estrepitosamente a sólo 309 mujeres en 1920. Esta disminución parecería relacionarse con el desprestigio que cobró el oficio ante la persecución ideológica de que fue víctima por los médicos y que era transmitida en centros de salud, hospitales y consultas privadas.

No es menos importante el discurso político y jurídico que reforzaba explícitamente la idea de la propiedad que el hijo gozaba de la leche materna y el deber de las madres de proveerla. El imperativo de la sociedad por facilitar aquella función también se reforzó a inicios del siglo XX. Por ejemplo, en 1917 entró en vigencia la ley que obligaba a los talleres industriales que ocupaban a cincuenta o más mujeres mayores de dieciocho años a disponer de una sala «especialmente acondicionada para recibir en las horas de trabajo a los hijos de las obreras durante el primer año de edad». El valor del tiempo de amamantamiento no debía ser descontado en términos salariales y el derecho no podía ser renunciado; sin embargo, el cumplimiento de esta disposición era muy difícil en años de casi nula fiscalización.

¿Qué noticias aportan las fuentes sobre estas mujeres? ¿Cómo operaba la relación entre nodrizas, lactantes propios y ajenos? ¿Qué imagen y qué perfil tenemos de estas mujeres? Las trayectorias históricas de las «amas de leche» o nodrizas es una investigación local que aún está pendiente, pues lo cierto es que las críticas públicas, principalmente de orden sanitario, no necesariamente reflejaban la aceptación, extensión y conveniencia de sus servicios en la sociedad decimonónica y en las primeras décadas del siglo XX. Aquí recogemos algunas noticias dispersas en los textos que revisamos en la primera parte, y que sólo son los primeros resultados de una incipiente investigación del tema.

En su cartilla de consejos a las madres de 1877, sorprendentemente, el citado médico Wenceslao Hidalgo, planteaba la posibilidad de que la madre que no tenía «voluntad y vocación» renunciara al amamantamiento de su hijo: «De ninguna

manera, ni la familia, ni el marido mismo, se debe tratar de ejercer una gran violencia a este respecto, para obtener por fuerza lo que se solicita, y por una clase de presión moral...»⁹⁸. Sin embargo, esta actitud liberal del autor se modificaba drásticamente al plantear más adelante que la «madre no tiene el derecho de descargarse de este deber, sino cuando su salud puede sufrir o hay otras causas tan imperiosas como ésta; en todos los otros casos, la obligación es más estricta»⁹⁹. Ante casos excepcionales en que «por la escasez de fortuna o porque se quiere ocultar el niño que ha nacido», la nodriza era una alternativa ineludible. Entre las consideraciones físicas para elegir la mejor nodriza, se contaba la preferencia por aquellas de temperamento «sanguíneo», «pues las linfáticas o nerviosas» y aquellas «flacas», «débiles y que no tienen la suficiente resistencia para llegar al término de la lactancia» debían ser descartadas¹⁰⁰. Junto a la edad de la mujer, volumen y forma de los pechos, la relación entre emotividad y amamantamiento que preocupaba a Hidalgo revela la sólida creencia de que la psiquis femenina y la función reproductora o, en este caso, nutricia, estaba anclada en la corporalidad femenina:

Es un hecho probado que los niños que han tomado leche de una nodriza que ha tenido antes de dar de mamar una viva emoción, ya sea de cólera, sentimiento o de susto, lloran mucho después de que maman y son atacados de cólicos, de diarreas y algunas veces de convulsiones. Ha habido casos en que después de haber tenido una mujer un gran acceso de cólera, ha dado de mamar a un niño y éste ha muerto mamando¹⁰¹.

Un caso de aceptación, más que de reprobación del trabajo de «ama», proviene de la médico Ernestina Pérez, quien

⁹⁸ Véase René Salinas y Manuel Delgado V., «Los hijos del vicio y del pecado». La mortalidad de los niños abandonados (1750-1930), en *Proposiciones*, 19, 1990, pp. 44-54.

⁹⁹ Hidalgo, *op. cit.*, p. 80.

¹⁰⁰ Hidalgo, *op. cit.*, p. 83.

¹⁰¹ Hidalgo, *op. cit.*, p. 100.

señalaba, sin censuras previas, las cualidades que debían buscarse en una nodriza y que se resumían en lo que ella definía como «una mujer sana». Dicha categoría, bastante imprecisa, apuntaba a la presencia combinada de factores físicos y emocionales de variada índole, como por ejemplo que idealmente debía ser una mujer de veinte a treinta años, aunque no eran pocos los casos de mujeres de hasta cuarenta y cinco años que cumplían con este oficio satisfactoriamente. Igualmente indispensable era que la candidata a nodriza contara con «pechos bien conformados», que al momento de emplearse su «desembarazo no fuera más de dos a seis meses para que la leche no sea muy vieja»; que demostrara «dulzura de carácter» y, si era posible, dar preferencia a la candidata cuyo hijo había muerto, pues así la leche no sería objeto de disputa entre el recién nacido propio y el ajeno.

Así como la embarazada era objeto de consejos relacionados con la actividad física, también a la nodriza se le recomendaba evitar la ociosidad, realizar paseos diarios y ejercicio moderado, evitando cuidadosamente la alteración de su modo de vida. El control sanitario de estas mujeres debía estar en manos médicas, pues para la doctora Pérez sólo un facultativo detectarían eventuales enfermedades contagiosas para el niño¹⁰².

Respecto de la lactancia, el citado tratado homeopático de Enrique Miller reseñaba las dificultades clásicas de la lactancia y ofrecía sugerencias cuando se recurría a nodrizas, aún ampliamente aceptadas a fines del siglo XIX. Asimismo, brindaba una interesante reflexión sobre el momento más adecuado del destete infantil, que, a su juicio, debía producirse después de verificada la primera dentición de la criatura. Pero era de público conocimiento el escaso número de mujeres que mantenían activo este vínculo alimenticio hasta esa época, pues factores como la reaparición de los menstruos, la progresiva disminución del volumen de la leche, la presencia de un nuevo embarazo o el desarrollo de una «debilidad pronunciada» terminaban por

¹⁰² Pérez, *op. cit.*, p. 115.

obligar a la madre a suspenderlo¹⁰⁰. Esta observación es clave si pensamos en la relevancia que cobraba, a fines del siglo XIX, la vigilancia de la lactancia y las campañas retóricas dirigidas a reforzar esta obligación, salvo aquella circunstancia en que el amamantamiento ponía en peligro la vida de la madre o el hijo. Si era necesario insistir en que las mujeres debían amamantar, es legítimo preguntarse si esta tarea era menos extendida entre la población femenina o sólo era practicada por un breve tiempo. ¿Cuán cierto era que las mujeres acomodadas la evitaban en pos de objetivos estéticos y gracias a la ventaja de que podían comprar los servicios de una «ama de leche»? ¿Cuán extendida era la realidad de las mujeres pobres que contaban con las ventajas fisiológicas para producir leche o que, en caso de que sí la producían, terminaban por venderla en pos de los esquivos pesos que reunían? Datos como estos son los que interrogan respecto de la verdadera universalidad de la lactancia, argumento inexacto en virtud de la existencia, precisamente, de campañas y discursos dirigidos a la promoción del amamantamiento como función ineludible e intransferible de la madre.

Por su parte, Feliú Gana reconocía cuatro modalidades de lactancia, entre ellas la provista por un animal, es decir, aquella en que la criatura era allegada al cuerpo de la vaca o burra. Las otras eran las ya incluidas por diversas cartillas de fines del siglo XIX¹⁰¹: la realizada por la madre, lógica y conforme a las leyes de la naturaleza; la brindada por la nodriza, conocida como lactancia mercenaria, y la lactancia artificial, es decir, la de origen animal, provista por el biberón. Estricto con la dedicación al amamantamiento que la madre debía reservar a su hijo, este médico planteaba que aun cuando aquella padeciera de sífilis, debía lactar a su hijo, evitando así que se extendiera el contagio a una eventual nodriza. Por el interés de compartir con sus lectores las gratas sorpresas que su experiencia en la Maternidad San Agustín le había reportado en relación a esta experiencia, Feliú

¹⁰⁰ Pérez, *op. cit.*, pp. 49-50.

¹⁰¹ Miller, *op. cit.*, p. 352.

Gana narraba que en frecuentes ocasiones había sido testigo de la firme voluntad de las madres por sobreponerse a estados corporales y mentales deteriorados, todos superados frente al temor de entregar a su retoño a manos extrañas o a la alimentación artificial¹⁰². En el caso extremo de requerir a la nodriza, exhortaba a que el médico de la madre que la solicitaba sometiera a la candidata a un riguroso examen físico de las mamas, similar al recomendado en la actualidad para detectar presencia de cuerpo extraños: «Debe comprimirse suavemente con los dedos, como tratando de apretarlas, y fácilmente se apreciarán y se podrán contar las durezas que son las que constituyen las diferentes porciones de la verdadera glándula y las secretadoras de la leche»¹⁰³.

Con el cambio de siglo, los reparos a la actividad de las amas se hicieron reiterados en textos médicos de cierta influencia, como el de la médico Eva Quezada Acharán, quien, en un folleto dirigido a las clases de puericultura de las alumnas de la Escuela de la Sociedad de Instrucción Primaria, destinaba una lección específica sobre la actividad de las nodrizas. Quezada distinguía a las nodrizas de casa que se establecían en el domicilio del recién nacido al que amamantaban por dinero, de las de nodrizas de afuera que se llevaban a su propia casa al niño que se les confiaba. Ambas mujeres privaban al hijo propio del alimento que le era legítimo, pero en el caso de las primeras podían ser vigiladas, en tanto las segundas exhibían altos porcentajes de mortalidad de los párvulos que alimentaban, pues se creía que finalmente no recibían la leche que requerían o, en ocasiones, eran alimentados con «leche artificial» o, en el peor de los casos, con «alimentación prematura»¹⁰⁴. La venta de la leche materna sólo era justificable cuando los hijos de esas mujeres habían

¹⁰² Juan Edwin Espic, *Consejos a las madres de familia para atender a los niños*. Adaptación para Chile de los consejos de la Academia de París. A la Sociedad Protectora de la Infancia de Valparaíso, Santiago, Imprenta La opinión, 1895. E. Fernández Frías, *La salud de los niños o sea catecismo higiénico de la infancia*. Santiago, Imprenta Victoria, 1885. Miembro de la comisión investigadora de la mortalidad de los párvulos en Chile.

¹⁰³ Feliú Gana, *op. cit.*, pp. 84-85.

¹⁰⁴ Feliú Gana, *op. cit.*, p. 107.

muerto o cuando producían suficiente cantidad para alimentar a un segundo bebé. Entre las que contrataban los servicios de un «ama de leche», sólo aquellas que sufrían de una afección contagiosa grave, como tuberculosis, estaban eximidas de la condena social¹⁰⁸.

Junto a las malas condiciones higiénicas en que se podía practicar la lactancia mercenaria, elementos como la no recepción de la cantidad de leche que requería un niño o, derechamente, el engaño, condenaban esta actividad. Pero aún más sancionado era que el recurso de la nodriza no permitía que las madres establecieran el vínculo con sus retoños, y ellos con sus madres. El seno y el olor de la madre, la palabra afectuosa y la indefensión del hijo que no podía reclamar la leche que le pertenecía constituían elementos que hacían del amamantamiento una tarea inexcusable, que no podía ser transada monetariamente por la madre que al vender el preciado «licor blanco» despojaba al propio hijo, ni podía ser eludida por quien había parido.

Tan severo como sus coetáneos y aportando algunas noticias poco creíbles, Fuenzalida reforzaba la obligación que toda madre tenía con el amamantamiento de su propio hijo, pues en caso contrario se estaba frente a un hecho tan «anormal» como los «casos de mujeres que sin ser madres han secretado leche de sus senos con sólo colocarles un niño que les mame durante varios días. Más aun, se ha visto un padre que habiendo quedado viudo amamantó al recién nacido con leche de sus propios senos»¹⁰⁹. Los argumentos que sustentaban este mandato social, para Fuenzalida eran las propiedades de la leche materna: sus virtudes nutricionales y su capacidad de inmunizar al recién nacido ante ciertas enfermedades, como el coqueluche y la fiebre tifoidea. Pero también la razón moral, el derecho de propiedad del hijo sobre la leche materna era un argumento

¹⁰⁸ Eva Quezada Acharán, *Nociones elementales de puericultura para las clases del trabajo en las escuelas de la Sociedad de Instrucción Primaria de Santiago*. Imprenta y Casa Editorial de Ponce Hnos., 1908, pp. 46-47.

¹⁰⁹ Quezada Acharán, *op. cit.*, p. 49.

poderoso. Provocativa era la correlación que hacía este médico entre la negativa femenina de amamantar y la manifestación de enfermedades genitales y hasta de cáncer a las mamas, que Fuenzalida presentaba como un castigo de la naturaleza, afirmación que, por supuesto, no era acompañada de ninguna evidencia¹¹⁰. Su posición respecto de recurrir a los servicios de una nodriza ante la «caprichosa» sequedad de las mamas de la parturienta, le era sólo aceptable en lo que parecía una propuesta novedosa: si la nodriza llevaba a su propio hijo al hogar de la mujer que solicitaba sus servicios. Con esta estrategia se garantizaba la alimentación de ambos lactantes, toda vez que la mayor succión de la mama podía originar dos o más litros diarios de leche. Y si la ama no era capaz de proporcionar leche para ambos infantes, se debía asegurar una mama para cada uno¹¹¹. En ocasiones, también era viable que el hijo de la nodriza succionara el pecho de la madre que la requería, con el fin de estimular su secreción láctea, cuestión que podía resultar tan exitosa al nivel de prescindir de los servicios del ama.

Como una suerte de dar a conocer las dudas más frecuentes de las madres, Fuenzalida respondía que luego de pasado el parto, aun la puerpera que experimentaba una hemorragia intensa debía amamantar, cuidando de consumir el fierro recomendado por el médico. Tampoco debía ser un impedimento de la lactancia el caso de aquellas mujeres que comenzaban a menstruar, pese a las molestias que sufra el niño, como vómitos, diarrea o «ligero estado de excitación nerviosa». En un diálogo imaginario con una paciente, Fuenzalida ilustraba qué podía suceder si se producía un embarazo durante la lactancia y recomendaba que lo viable en estos casos era que si el niño tenía más de ocho meses de edad, se optara por implementar un régimen de alimentación mixta, para terminar finalmente con el artificial:

Doctor, estoy encinta nuevamente. Mi hijito sólo tiene tres, cuatro, cinco o seis meses de edad ¿Podré seguir dándole de mamar? Sí, señora, podrá Ud. seguir como antes,

¹¹⁰ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 143.

¹¹¹ Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p. 146.

no ofenda a las divinas leyes de la naturaleza pensando que Ud. pudo haber concebido, pudo haber recibido la misión de nutrir con sangre a un nuevo ser que se inicia en sus entrañas, dejando sin alimento a su hijito, que todavía no es capaz de adquirirlo por sí solo. No hay pues inconveniente alguno para que el niño mame leche de una madre encinta. Sólo puede presentarse la circunstancia que esa doble crianza a un hijo con sangre roja y a otro con sangre blanca, «leche», pueda perjudicar la salud de la madre. Ese problema lo resolverá el médico de familia¹¹².

*La quietud. Ya no puedo ir por los caminos;
tengo el rubor de mi ancha cintura y de la ojera profunda de mis ojos.
Pero traedme aquí, poned aquí a mi lado las macetas con flores
y tocad la cítara largamente. Quiero, para él, anegarme de hermosura.
Pongo rosas sobre mi vientre, digo sobre el que duerme estrofas eternas...
Que estoy tejiendo en este silencio, en esta quietud, un cuerpo,
un milagroso cuerpo con venas y rostro, y mirada y depurado corazón.*

Gabriela Mistral, 1922¹¹³

Pese al significativo conocimiento y control tecnológico que actualmente se tiene sobre el embarazo, el crecimiento de una nueva vida al interior del cuerpo femenino es una función fisiológica que aún sorprende y sobrecoge. Quizás para algunas mujeres la emoción que experimentan hoy en día sea similar a la de miles de mujeres hace cincuenta o cien años atrás, emoción que Gabriela Mistral retrata en su trabajo poético al visibilizar con similar intensidad a madres e hijos.

Las fuentes revisadas reparan en la preocupación fisiológica y estética del cuerpo grávido. Cambios corporales, rutinas y tratamientos son sistematizados en virtud de asegurar el cuidado de un estado excepcional en la vida femenina y no una enfermedad, salvo la opinión particular de algunos médicos. Las

¹¹² Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, pp. 146-7.

¹¹³ Extracto de poemas insertos en el texto de Fuenzalida Bravo, *op. cit.*, p.170.

recomendaciones prenatales daban cuenta de la progresiva apropiación de un campo científico, el de la medicina, donde especialidades como la obstetricia, la ginecología y la puericultura, concentradas en el diagnóstico y control de procesos fisiológicos femeninos, también eran testimonio de la intervención pública en la reproducción.

La preocupación por el embarazo presente en aquellas cartillas rotuladas como «consejos a las madres» a fines del siglo XIX, transitó hacia la consolidación del «control prenatal» como práctica altamente recomendable y luego obligatoria para las mujeres ligadas a las prestaciones médico-estatales, pero también para las de segmentos acomodados a mediados del siglo XX. Pese a que el protagonismo de los profesionales médicos y asistenciales era central en la época, un contenido estratégico de dicha transición fue el sutil fomento del autococimiento y autocuidado del cuerpo grávido por parte de las mujeres, que fue el antecedente remoto de una tendencia vigente en el Chile actual.

Si la vigilancia prenatal se entendía como la garantía de un sistemático cuidado del cuerpo de la embarazada en función del nacimiento de un niño saludable y vigoroso, lo que parece ser diferente es que el control prenatal de hoy es entendido como un instrumento que también debe vigilar, con similar convicción, la salud mental y física de la madre. El cuerpo grávido es un estado temporal; la madre puede volver a exhibir el cuerpo que tenía antes y su misión en el mundo no parece estar restringida únicamente a la reproducción de la especie.