

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

La Profesión Matrona a través de Manuales Escritos por Parteras Europeas del Siglo XVII

Dª. Carmen Martínez Rojo

2014



UNIVERSIDAD
DE
MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

LA PROFESIÓN MATRONA A TRAVÉS DE MANUALES ESCRITOS POR PARTERAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII

Carmen Martínez Rojo

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dr. José Siles González

Murcia, 2014

El Arte de la Partería es sin duda una de las más útiles y necesarias de todas las Artes, para el bienestar de la Humanidad (...)

The Art of Midwifry (Midwifery) is doubtless one of the most useful and necessary of all Arts, for the being and well-being of Mankind (...)

(Sharp, 1671/1999, p.99)

AGRADECIMIENTOS

Es cosa muy útil y necesaria el reclamar el valor de un homenaje; este trabajo no es sino un homenaje sincero a mis hermanas matronas.

Sin el honor de la graciosa protección de las venerables personas que me han acompañado, mis palabras no estarían más que en mi mente y es por ello que desearía mostrar mi infinita gratitud hacia ellos y ellas.

Para tal precioso fin, la virtuosa Sor Juana Inés de la Cruz (Nueva España, 1651), pareciera haberme regalado su poema titulado Teme que su afecto parezca gratitud y no fuerza. Venerable amiga: desde la admiración que le profeso emplearé sus muy preciosas palabras para mostrar mi más sincero agradecimiento hacia quienes han estado a mi lado en este camino:

A mis directores doña Mª Emilia Martínez Roche y don José Siles González y a mi muy querido director de espíritu don Lorenzo Abad Martínez. Gracias por su inmenso favor:

Ya que este favor excede
Tanto a todos, al lograrse,
Que no sólo no pagarse,
Mas ni agradecer se puede.

A todas las matronas sabias y generosas. A mi maestra:

Pues desde el dichoso día
Que vuestra belleza vi,
Tal del todo me rendí,
Que no me quedó acción mía.

A Joaquín, Carmen, Joaquín y Natalia. Mi familia.
A aquellos que me quisieron, me quieren y los que están por quererme:

Sólo quiero suplicaros
Que de mí recibáis hoy,
No sólo el alma que os doy,
Mas la que quisiera daros.

ÍNDICE GENERAL

FASE REFLEXIVA Y DE DISEÑO

CAPÍTULO I

SOBRE LA NECESIDAD, CONCEPTUALIZACIÓN Y ANTECEDENTES EN EL ESTUDIO DE LA PROFESIÓN MATRONA A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES DEL SIGLO XVII _____ 1

1.1 INTRODUCCIÓN _____ 3

1.1.1 Justificación de la investigación. _____ 7

1.1.2 Objetivos. _____ 8

1.1.3 Cuestiones de investigación e Hipótesis. _____ 9

1.1.4 Resumen de la investigación. _____ 10

1.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN _____ 13

1.2.1 Autores/as de referencia en el estudio de la profesión matrona y sus manuales. _____ 13

1.2.2 Marco Teórico y Conceptual. _____ 23

1.2.2.1 Sobre paradigmas y teorías: Hermenéutica e Historia Cultural de los Cuidados en el estudio de los manuales escritos por matronas. _____ 23

1.2.2.2 Sobre definiciones y conceptos centrales de la investigación. _____ 33

1.2.2.2.1 La influencia de ser mujer en la configuración de la matrona como profesión y la escritura de sus propios manuales. _____ 33

1.2.2.2.2 Conceptualizaciones en salud y cultura y su influencia en las matronas. _____ 38

1.2.2.2.3 Modelos médicos, matronas y socialización profesional. _____ 41

1.2.3 Sobre el contexto en el siglo XVII europeo y las matronas. _____ 49

1.2.4 Sobre la profesión matrona en la historia a través de los textos. _____ 63

1.2.4.1 Las matronas según los textos de la Antigüedad: los primeros manuales obstétricos. _____ 64

1.2.4.2 De la Edad Media al Renacimiento: el aislamiento de las matronas a saberes escritos. _____ 78

1.2.4.3 La Temprana Edad Moderna de la partería europea: las matronas y los manuales obstétricos en los siglos XVI-XVII. _____ 82

1.2.4.3.1 Las matronas europeas en los siglos XVI-XVII. _____ 84

1.2.4.3.2 Los manuales obstétricos escritos por médicos y matronas en los siglos XVI-XVII. _____ 102

1.2.4.4 Del siglo XVIII al XXI: pasado, presente y futuro de las matronas y los manuales obstétricos. 116

FASE ANALÍTICA

CAPÍTULO II

MÉTODO Y FUENTES EN EL ESTUDIO DE LA PROFESIÓN MATRONA A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES ESCRITOS EN EL SIGLO XVII

121

2.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 123

2.2 DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO 124

2.2.1 El objeto de estudio. 125

2.2.2 La muestra. 128

2.2.3 Fuentes de recogida de información. 133

2.2.4 Técnicas de recogida de información. 147

2.3 ANÁLISIS DOCUMENTAL 151

2.3.1 Estrategia básica de la investigación. 152

2.3.2 Construcción de los datos. 153

2.3.3 Interpretación de textos. 156

2.4 EL RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN 161

2.4.1 Suficiencia de datos/saturación. 161

2.4.2 Fiabilidad, validez, triangulación, inducción, generalizaciones. 162

2.4.3 Adecuación. 163

2.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 164

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS 164

FASE INFORMATIVA

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN SOBRE LA PROFESIÓN MATRONA A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES ESCRITOS EN EL SIGLO XVII _____ 167

3.1 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS DEL SIGLO XVII COMO UNIDAD FUNCIONAL DE LA PROFESIÓN MATRONA. PRIMERA CATEGORÍA _ 169

3.1.1 La singularidad de cuatro manuales escritos por matronas y un cirujano del siglo XVII. _____ 171

3.1.2 Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: influencia de las religiones en las creencias en salud sexual y reproductiva. _____ 200

3.1.3 Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: mujeres y matronas. _____ 217

3.1.4 Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: la estética de los cuidados en las matronas. _____ 236

3.1.5 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: identidad profesional, valores y cualidades de la buena matrona._____ 243

3.1.6 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en salud sexual y ginecológica de las mujeres. _____ 254

3.1.7 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en la gestación._____ 268

3.1.8 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el parto. _____ 283

3.1.9 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el puerperio. _____ 327

3.1.10 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados al recién nacido._____ 340

3.1.11 Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: remedios y matronas. _____ 347

3.1.12 La profesión matrona en la Europa de la Temprana Edad Moderna: licencias y docencia._____ 362

3.2 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL MARCO FUNCIONAL DOMICILIARIO. SEGUNDA CATEGORÍA _____ 385

3.2.1 Las matronas y los partos en los hogares europeos del siglo XVII: la excepción de las cortes y el Hôtel Dieu de París._____ 386

3.2.2 Las matronas y los utensilios e instrumentos en el ejercicio de la partería en la Temprana Edad Moderna europea. _____ 407

3.3 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL ELEMENTO FUNCIONAL: LAS MATRONAS Y SU RELACIÓN CON OTROS ACTORES DEL PARTO. TERCERA CATEGORÍA _____ 423

3.3.1 El perfil de las matronas de la Temprana Edad Moderna europea a través de la escritura de sus propios manuales. _____ 424

3.3.2 La lucha entre matronas, médicos y cirujanos a través de la escritura de manuales en el siglo XVII. _____ 439

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN _____ 459

4.1 Futuras líneas de investigación. _____ 484

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ 485

ANEXOS _____ 519

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Relación y clasificación de fuentes directas según los cinco autores seleccionados_____136

Figura 1. Contraportada *Observations* 1609 _____173
Figura 2. Portada *Observations* 1609 _____173
Figura 3. Portada *Observations* 1617 _____174
Figura 4. Contraportada *Observations* 1617 _____174
Figura 5. Retrato Louise Bourgeois. *Observations* _____176
Figura 6. Retrato María de Médicis. *Observations* _____176
Figura 7. Contraportada y presentación de la autora 1609 _____177
Figura 8. Portada *Midwives book* _____179
Figura 9. Grabado desplegable mujer embarazada _____180
Figura 10. Grabado desplegable posiciones fetales_____180
Figura 11. Contraportada. *The Compleat Midwife´s Companion* _____181
Figura 12. Portada. *The Compleat Midwife´s Companion* _____181
Figura 13. Grabado encabezamiento capítulo I_____182
Figura 14. Grabado mujer embarazada _____182
Figura 15. Grabado posiciones fetales _____182
Figura 16. Portada *Instruction familiere* _____187
Figura 17. Contraportada *Instruction familiere*_____187
Figura 18. Portada *Die Chur-Brandennburgische Hoff-Wehe Mutter* _____190
Figura 19. Lateral exterior *Die Chur-Brandennburgische Hoff-Wehe Mutter* _____190
Figura 20. Contraportada *Die Chur-Brandennburgische Hoff-Wehe Mutter* _____190
Figura 21. Detalle feto intraútero desplegable _____191
Figura 22. Detalle grabado a página completa de versión interna_____191
Figura 23. Detalle grabado lema en contraportada _____192

Figura 24. Grabado retrato Justina 192
Figura 25. Contraportada *The diseases of women* 198
Figura 26. Detalle descripción instrumentos 213
Figura 27. Maniobra distocia de hombros 319
Figura 28. Detalle grabado versión interna I 320
Figura 29. Detalle grabado versión interna II 320
Figura 30. Detalle grabado versión interna III 320
Figura 31. Detalle grabado maniobra de Siegemund I 321
Figura 32. Detalle grabado maniobra de Siegemund II 321
Figura 33. Detalle grabado maniobra de Siegemund III 321
Figura 34. Grabado tríptico contraportada 392
Figura 35. Detalle grabado intervención de cérvix 401
Figura 36. Grabado cama de partos e instrumentos 414
Figura 37. Instrumentos y explicación 417
Figura 38. Detalle grabado instrumento de diseño propio para versión interna 418

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Definición Internacional de Matrona de la ICM 521
Anexo 2. Mapa Europa siglo XVII 521
Anexo 3. Extracto de fragmentos originales de manuales seleccionados escritos en el siglo XVII- XVIII 522
Anexo 4. Fichas clasificación datos intra e intercaso 523
Anexo 5. Fotografías originales manual de Louise Bourgeois *Observations* 525
Anexo 6. Fotografías originales manual de Jane Sharp 525
Anexo 7. Fotografías originales manual Marguerite de la Marche 526
Anexo 8. Fotografías originales manual de Justina Siegemund 526
Anexo 9. Iconografía: Pintura Siglo XVII sobre interiores y habitaciones de parto en hogares europeos 527
Anexo 10. Iconografía: Hôtel Dieu de Paris 532
Anexo 11. La Obstetricia y sus instrumentos en la Temprana Edad Moderna europea a través de las imágenes compiladas por Witkowski (1887) 533

AVISO AL LECTOR

Queridas Hermanas Matronas:

Les dirijo estas palabras desde mi más sincera Admiración y con la intención de agradecerles su Generosidad, su Valentía y su gran Esfuerzo personal al escribir estos Magníficos Manuales de Atención a las Mujeres y sus Hijos para bien de toda la Humanidad.

Gracias por procurar que su Sabiduría como Matronas Expertísimas, perdurara hasta llegar a una Matrona como yo cuatro siglos más tarde para recoger ese testigo y transmitir ese saber a las matronas del futuro.

Gracias Louise, Jane, Marguerite y Justina por establecer una Red Global de Conocimientos que trascienda el tiempo y el espacio. Como Matrona hoy, les respeto y les agradezco su Entrega a la Profesión así como su Generosidad al traspasar un Legado del que también yo me considero heredera y que con orgullo pasará a través de las Generaciones de Matronas de todos los Tiempos.

Suya.

Carmen Martínez Rojo



FASE REFLEXIVA Y DE DISEÑO

CAPÍTULO I

SOBRE LA NECESIDAD, CONCEPTUALIZACIÓN Y ANTECEDENTES EN EL ESTUDIO DE LA PROFESIÓN MATRONA A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES DEL SIGLO XVII

1.1 INTRODUCCIÓN

Matronas, enfermeros/as, investigadores/as, docentes y profesionales asistenciales: éste es el perfil genérico del equipo investigador que propone el trabajo titulado *La profesión matrona a través de manuales escritos por parteras europeas del siglo XVII*.

En primer lugar nos presentaremos para que el lector pueda comprender desde donde se diseña y elabora este proyecto y las implicaciones en el mismo de nosotros/as como equipo investigador. Somos un grupo compuesto por dos directores de tesis; Mª Emilia Martínez Roche enfermera, matrona, pedagoga, profesora titular y Doctora por la Universidad de Murcia y José Siles González, enfermero, pedagogo y Doctor en Historia además de Catedrático de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias de la Salud en Alicante y por último este equipo se cierra con la doctoranda Carmen Martínez Rojo, enfermera, matrona profesional en Murcia y Máster en Sociedad y Cultura por la Universidad de Murcia.

Esto es lo que somos y éste es nuestro trabajo de investigación; la personalidad, formación, profesión, ideologías, aspiraciones, sentimientos y valores del grupo quedarán plasmados en él inevitablemente ya que ha convivido con nosotros/as durante años y ha formado parte de nuestras vidas.

En definitiva, el punto de partida de este estudio somos sin duda nosotros/as como equipo investigador y así proponemos un ejercicio reflexivo de autoconocimiento con objeto de dinamizar el progreso de la profesión matrona a través de la investigación científica de nuestras maestras del pasado. Tenemos en cierto modo el deber de contribuir al reconocimiento de aquellas matronas de todos los tiempos de las que tanto podemos aprender, y darles categoría de modelos profesionales que tan necesarios resultan en la consolidación de una disciplina científica.

INTRODUCCIÓN

Pero ¿cómo podemos acercarnos a las matronas del pasado y conocerlas? Y ¿para qué hacerlo?, ¿existen manuales escritos por matronas que se conserven en la actualidad?, ¿a qué épocas se remontan?, ¿qué contienen y qué importancia tuvieron para el desarrollo de la matrona como profesión?, ¿quiénes los escribieron y cómo fueron esas mujeres?, ¿por qué y para qué se escribieron?, ¿será que las matronas actuaron como movimiento crítico de su proceso profesionalizador a través de la escritura de manuales ante los cambios inminentes en su organización y desarrollo como disciplina? Y sobre todo ¿por qué como matronas y enfermeros/as tenemos tantas dudas en torno a estas cuestiones? De esta cantidad de preguntas sin respuesta, surge la iniciativa de plantear este trabajo de investigación a través del cual pretendemos conocernos más como colectivo, mediante el estudio de la profesión matrona en el siglo XVII, que será nuestro objeto de estudio, a través de los manuales escritos por las mismas matronas europeas. Conocer a las matronas del siglo XVII a través de sus manuales, es también conocer en parte a las matronas en su historia global; de hecho centramos la investigación precisamente en este siglo XVII europeo, por su trascendencia en la historia del desarrollo de la obstetricia, la partería y la medicina y por ser el siglo en el que se inició el movimiento de escritura de manuales por parte de mujeres matronas siendo éstas pioneras en la manera de visibilizarse y reivindicarse profesionalmente. Esta época, será sin duda un punto de inflexión en el camino de las matronas en su configuración profesional y para más pruebas poseemos sus testimonios reflejados y perpetuados a través de unos escritos que merecen categoría de referentes en la historia de las matronas.

Del estado de la cuestión, tras una intensa búsqueda y revisión bibliográfica, deducimos que el estudio y conocimiento de las matronas del siglo XVII europeo y su proceso profesionalizador es un tema escasamente tratado en el contexto español por

parte de las matronas y sin embargo ampliamente analizado desde contextos internacionales especialmente desde la Historia, existiendo historiadores sociales de la medicina que son verdaderos expertos en matronas del siglo XVII europeas, destacando las investigaciones de los años noventa del siglo XX. Entonces ¿por qué no estudiar como matronas y desde la disciplina enfermera en España, a través los manuales del siglo XVII, a las matronas y su proceso de profesionalización y dar nuestra propia visión?

Una vez decididos a investigar sobre matronas del siglo XVII a través de sus propios manuales, nuestros planteamientos serán una fusión entre paradigmas enfermeros y antropológicos resaltando el punto de encuentro de ambas disciplinas en la Hermenéutica que será el paradigma seleccionado en este trabajo y de éste se deriva el uso de la Historia Cultural de los Cuidados como teoría base para adentrarnos en el universo personal de las matronas expresado en sus manuales y crecer en el conocimiento profesional de las mismas. Y así, en la búsqueda de elaborar un trabajo en armonía con los paradigmas y teorías incorporadas, se eligieron métodos de investigación cualitativos, y se seleccionó una muestra de cinco manuales como fuentes directas; cuatro escritos exclusivamente por matronas y uno escrito por un cirujano, todos ellos actores sociales protagonistas del parto europeo del siglo XVII. Les presentamos pues a nuestras matronas escritoras y en parte protagonistas de este trabajo; Louise Bourgeois Boursier, Jane Sharp, Marguerite de la Marche y Justina Siegemund que más adelante tendrán el placer de conocer más profundamente a través del poder de sus palabras. Y les presentamos también a nuestro ilustre “actor secundario”, el cirujano François Mauriceau que nos ayudará a comprender cómo esas matronas del siglo XVII eran vistas por sus rivales profesionales y parte del resto de la sociedad europea.

A estos manuales seleccionados se les aplicaron técnicas cualitativas como la observación documental y el análisis de contenido para transformar los datos en categorías y éstas en resultados con sus consecuentes conclusiones. Se extrajeron tres grandes categorías para reorganizar los datos obtenidos, planteadas desde el análisis de las estructuras estables de las sociedades, propuestas por la Escuela de los Annales perteneciente a la rama de la historia estructural (Siles González, 2011); en este sentido sin duda consideramos a los propios manuales escritos por parteras en el siglo XVII europeo, como estructuras estables, base organizativa del colectivo de matronas y piedra angular de la investigación. En consecuencia, estos manuales seleccionados y su contenido así como la manera de intentar profesionalizar y cohesionar a las matronas como colectivo en torno a creencias, valores, sentimientos y competencias actuando como unidad funcional, sería nuestra primera categoría. La segunda categoría se centraría en la valoración de los lugares o espacios funcionales y utensilios utilizados en el desempeño de la partería por las matronas del siglo XVII y por último la tercera categoría se dedicaría a conocer y analizar la relación entre los distintos actores sociales y el papel desempeñado por los manuales seleccionados en la incipiente lucha establecida por el poder y control del parto entre estos actores sociales: matronas, médicos y cirujanos fundamentalmente.

En último lugar, se elaboró nuestro informe final de resultados, discutido con grandes expertos/as en partería europea de la Temprana Edad Moderna y se presentan las conclusiones obtenidas de la investigación de una manera científica, rigurosa y con carácter interpretativo que contestarán a los objetivos e hipótesis que el equipo de investigación plantea en los inicios del estudio y que se han ido reformulando relativamente de forma continua y dinámica.

Sin más, finalizamos este trabajo y al menos algunos de los interrogantes iniciales han quedado resueltos para este equipo investigador. Sin duda, quedan muchos otros por resolver, mucho más que saber y muchos más manuales que leer escritos por matronas para conocerlas y así conocernos.

1.1.1 Justificación de la investigación.

Nuestra justificación base para centrar el estudio de la profesión matrona en la Europa del siglo XVII a través de manuales escritos por ellas mismas, es la creencia en la necesidad que como ciencia tenemos de auto conocernos en nuestro pasado para un progreso futuro sólido de la profesión matrona. La búsqueda de modelos en una disciplina, es el punto de partida para anclar una filosofía profesional y las posteriores acciones prácticas de cuidados a las mujeres en su salud sexual y reproductiva que de ellas se derivan. Y en este sentido, qué mejores modelos podríamos encontrar que un grupo de mujeres liderando un movimiento crítico-profesionalizador de las matronas europeas, a través de la escritura de sus propios manuales en el siglo XVII, justo en el momento del inicio de la lucha por el control del parto entre médicos, cirujanos y matronas.

Aunque existe una creciente producción científica en torno a las matronas, hallamos un evidente déficit de conocimientos en el contexto español en lo que concierne al proceso de profesionalización de la matronería en lo que se refiere al análisis del mismo a través de los propios manuales escritos de las matronas de la Temprana Edad Moderna por varios motivos: en primer lugar por la escasez de manuales escritos por matronas y la dificultad de su acceso y por otro lado debido a la ausencia de traducciones al español de los mismos, lo que hace del tema un asunto poco tratado en la investigación enfermera y de las matronas españolas. Por lo tanto nuestra

investigación se justifica en el interés que personal y profesionalmente nos despiertan estas obras escritas por matronas y la curiosidad en el poder socializador profesional de los manuales en el colectivo y el por qué de su pérdida de relevancia a lo largo de la historia de la partería, siendo desde nuestro punto de vista joyas de incalculable valor para las matronas del presente y del futuro. Es casi una obligación recuperar y difundir estos escritos de matronas y lo que nos revelan del colectivo y otorgarles la relevancia y el valor de lo que son: los restos de unos primeros pasos en la lucha por la definición de la profesión matrona y una valiosa guía para dirigir los pasos del futuro.

1.1.2 Objetivos.

Objetivo general.

Conocer las características de la profesión matrona a través de los manuales escritos por parteras europeas del siglo XVII, valorando la incidencia de los mismos en el proceso de profesionalización de la partería.

Objetivos específicos.

- Identificar la incidencia de los manuales escritos por matronas en el siglo XVII en el proceso de socialización profesional de las mismas.
- Conocer y valorar la identidad doméstica en los orígenes de la profesión matrona en la Europa del siglo XVII, a través de los textos escritos por parteras derivada del vínculo cultural que establece la profesión matrona con las mujeres.
- Valorar tanto los contenidos dedicados a la crítica a la partería tradicional doméstica como aquellos otros que se ocupan del desarrollo profesional de la matrona a través de manuales escritos por matronas del siglo XVII.
- Establecer a través de los manuales escritos por matronas del siglo XVII, las bases ideológicas y prácticas de una partería humanista en la que se une ciencia y estética.

1.1.3 Cuestiones de investigación e Hipótesis.

Son muchas las preguntas que surgen en una investigación que gira en torno a una profesión esencialmente de mujeres como es el caso de las matronas. Sin embargo hemos filtrado y reformulado algunas de estas cuestiones para centrar los intereses reales de este trabajo y lo hemos hecho en torno a conocer el contenido de los manuales escritos por matronas en el siglo XVII preguntándonos sobre ¿qué características de la profesión matrona se pueden obtener a través del estudio y análisis de los textos escritos por matronas europeas del siglo XVII?, ¿qué incidencia tuvieron los manuales escritos por matronas europeas en el siglo XVII en el proceso de profesionalización de las mismas?, ¿qué aspectos culturales, estéticos, prácticos e ideológicos reflejan los textos escritos por matronas europeas del siglo XVII?, ¿cómo influirán estos aspectos transmitidos por los manuales en las matronas del futuro?

En base a estas preguntas de investigación, en el transcurso del trabajo han ido surgiendo hipótesis maduradas al ritmo del propio estudio y del mismo equipo investigador. Entre ellas nos planteamos si el inicio de la conciencia crítica en el contexto pre-profesional de las matronas como grupo se produce y desarrolla en países como Francia, Reino Unido y Alemania en el siglo XVII. Además nos cuestionamos si esta conciencia crítica de las matronas, tiene como consecuencia la escritura y edición de manuales que reflejaron las características de la profesión en el siglo XVII además de sus anhelos y reivindicaciones personales y colectivas. Del mismo modo nos interrogamos sobre el modo en que estos manuales escritos por matronas en el siglo XVII europeo, contribuyeron y si tuvieron una gran incidencia en el proceso de socialización de las mismas reflejando y compartiendo, creencias, técnicas, ideologías y sentimientos para cohesionar a las matronas en torno a valores profesionalizadores del colectivo.

1.1.4 Resumen de la investigación.

El trabajo de investigación se divide en tres bloques: el capítulo I versa sobre la utilidad, conceptualización y antecedentes en el estudio de la profesión matrona a través de la escritura de sus propios manuales en la Europa del siglo XVII, definiendo nuestras inquietudes y objetivos, reseñando a los autores/as referentes en nuestro estudio, haciendo un repaso al estado de la cuestión y a la opinión de grandes expertos/as sobre nuestro objeto de investigación, centrando los teorías y paradigmas asumidos y formulando aquellos conceptos nucleares vertebradores del trabajo. Realizaremos una revisión al contexto en el que se ancla la investigación, los manuales y matronas estudiados así como un repaso sobre la construcción de la profesión matrona a lo largo de la historia según los textos para conocer la influencia de los escritos de todos los tiempos y de sus autores/as, en la configuración del carácter profesional de la matrona. Haremos especial hincapié en el siglo XVII; en los manuales y en la partería europea de este siglo para contextualizar a nuestras matronas escritoras y comprenderlas a ellas y a sus palabras.

El segundo gran bloque corresponde al capítulo II, centrado en la descripción del método y fuentes utilizados para el estudio planteado, abordando aspectos como los métodos de investigación, técnicas o instrumentos utilizados, el análisis documental y procurando rigor a la investigación planteada desde una metodología cualitativa.

Seguidamente, presentamos un tercer capítulo que se centra en mostrar nuestros resultados discutidos con expertos/as en la materia, fruto del estudio en profundidad de los manuales escritos por matronas del siglo XVII.

Finalmente en el capítulo IV se recogen las conclusiones obtenidas por el equipo de investigación así como las posibles líneas de investigación futuras en torno al conocimiento de las obras científicas escritas por matronas.

Finalmente se presenta un listado de las referencias bibliográficas elaboradas siguiendo las normas de la American Psychological Association (2010) y anexos complementarios a este trabajo de investigación.

INTRODUCCIÓN

1.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.2.1 Autores/as de referencia en el estudio de la profesión matrona y sus manuales.

Los autores/as empleados como guía en este trabajo de investigación, han sido seleccionados, tras una exhaustiva y continua revisión bibliográfica, fundamentalmente desde tres disciplinas científicas fusionadas en nuestros planteamientos: en primer lugar la Enfermería y otras Ciencias de la Salud, especialmente desde aquella vertiente de producción historiográfica y del desarrollo profesional de la Enfermería y las matronas a lo largo de la historia y las sociedades. En segundo lugar, hemos recogido propuestas desde la Antropología, especialmente la Antropología Social y Cultural, Antropología de la Salud y del cuerpo e ideas desde la Antropología de Género sin las que no podríamos analizar por completo una profesión ejercida durante siglos por mujeres en exclusiva y siempre dirigida a las mujeres y sus familias. Finalmente, recogemos algunas de las valiosas investigaciones realizadas desde la Historia, especialmente aportadas por historiadores de género e historiadores sociales y culturales, que centraron su atención en la figura y legado de las matronas del pasado.

Desde la Enfermería y otras Ciencias de la Salud.

Desde la Enfermería como disciplina propia, hemos recogido las ideas de Margaret Newman (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991), que en 1984 asume el puesto de teórica en University of Minnesota. Nos resultan especialmente interesantes sus propuestas expuestas en la Teoría de Salud como Expansión de la Conciencia, a través de la cual considera a la enfermedad como una manifestación más de una totalidad del ser humano que sigue un patrón evolutivo con su entorno. También fueron importantes para nuestra investigación, las ideas elaboradas por Marie Françoise

Collière y su obra *Promover la vida* (Collière, 1993) en cuanto a su interés en estimular la conciencia enfermera y consolidarse como profesión para cuidar de forma integral a los seres humanos desde un marco profesional y holístico.

En cuanto a la Enfermería española actual, nuestro autor de referencia en lo que se refiere al estudio historiográfico y su orientación teórico-metodológica es José Siles González. Diversas publicaciones vertebran sus dos líneas de investigación: Historia de la Enfermería y Antropología de los cuidados. Su libro Historia de la Enfermería (Siles González, 2011), ha constituido una guía fundamental, junto a la publicación de numerosas investigaciones de la revista enfermera que dirige: *Cultura de los Cuidados*, orientada a contribuir al desarrollo del conocimiento histórico, antropológico, fenomenológico y teórico de los cuidados enfermeros. Así mismo, desde la Enfermería, nos resultaron muy interesantes algunos trabajos elaborados por miembros de GAIHE (Grupo Andaluz para la Investigación de la Historia de la Enfermería) y de los componentes del equipo de la revista *Híades (*Sevilla), especializada en el estudio de la Enfermería: Antonio Claret García Martínez y Manuel Jesús García Martínez (García Martínez, 2008, 2012), y Juan Ignacio Valle Racero (Valle Racero, 2000, 2002) que realizaron algunos estudios historiográficos de las matronas y la partería especialmente relevantes para nuestra investigación. Destacamos en esta vertiente científica, los trabajos de Linares Abad (2008, 2009) que han contribuido notablemente a aumentar el conocimiento de las matronas españolas en los últimos años, desde la relevancia otorgada a éstas y sus vivencias como protagonistas de su propia historia.

En cuanto a tesis doctorales en el contexto español, nos han resultado de utilidad la consulta de algunas como la de Ángela Torres Díaz (Torres Díaz, 2014*) Las matronas en Málaga y provincia (1900-1956). Estudio cualitativo en perspectiva historiográfica y de género* así como la de Silvia García Barrios titulada *Los Cuidadores del Hospital*

Civil de Málaga 1890-1940 (García Barrios, 2011), ambas pertenecientes al Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

Otra tesis interesante fue la escrita por Margalida Miró Bonet de la Universidad Illes Balears desde el Departament d`Infermeria i Fisioteràpia titulada ¿*Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)* en 2008 que nos orientó metodológicamente (Miró Bonet, 2008).

En cuanto al colectivo de matronas murcianas, destacamos las tesis realizadas por Mª Ángeles Castaño Molina titulada *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950*, de la Universidad de Murcia, Área de Antropología Social. Facultad Filosofía (Castaño Molina, 2009, 2014), la de José Manuel Hernández Garre titulada *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad,* elaborada en 2011 desde el Departamento de Filosofía de la Universidad de Murcia (Hernández Garre, 2011, 2012), la producida por José Arnau Sánchez en 2012 titulada *Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia* (Arnau Sánchez, 2012 ; Arnau Sánchez et al., 2012) así como la de Carmen Ballesteros Meseguer *Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia* (Ballesteros Meseguer, 2014), ambas pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Estos/as matronas son sin duda un modelo para esta investigación: todos ellos dirigidos por Mª Emilia Martínez Roche que es una auténtica dinamizadora en la formación de las matronas murcianas (Martínez Roche, 2005).

Ya desde el contexto internacional, existen estudios de referencia en el conocimiento de las matronas y su historia, como es el caso del libro publicado en 1997 en Londres por las matronas Jean Towler y Joan Bramall, titulado *Comadronas en la Historia y en la Sociedad*, obra sin duda de referencia en la historia de las matronas (Towler &Bramall, 1997).

De otro lado, son muchas las investigaciones elaboradas sobre las matronas y su historia desde una mirada médica incluyéndolas en pequeños apartados de la historia de la Medicina y la Obstetricia. En este campo destacamos la importante trayectoria del murciano José María López Piñero (López Piñero, 2000/2012), médico y catedrático de Historia de la Medicina. Este autor y sus planteamientos con un enfoque social para el estudio de la Historia de la Medicina, serán absolutamente imprescindibles en nuestro trabajo de investigación.

Ya centrados en trabajos médicos especializados en el mundo de la partería, reseñamos el trabajo realizado por Witkowski (1887), que es una impresionante compilación de la historia de los nacimientos en todos los pueblos *Histoire des Accouchements chez tous les peuples*, incidiendo en el poder de la cultura sobre la salud sexual y reproductiva de todas las eras y países. Por otro lado, utilizamos como guía de autores de manuales obstétricos imprescindibles, el libro elaborado en Alemania a principios del siglo XX por Fasbender (1906), que hace un exhaustivo repaso a las obras más relevantes de toda la historia.

Desde las Ciencias Sociales y Humanidades: Antropología.

Esta investigación, se fundamenta en una fusión de la Enfermería con la Antropología y asume conceptos derivados de la Antropología Social y Cultural desde figuras universales como Michel Foucault: gran pensador, psicólogo, teórico social y filósofo. En especial nos atraen sus ideas críticas que ponen en relieve la excesiva

medicalización de la vida diaria (Foucault, 1966, 1977), cuestionan a los sistemas médicos y su análisis del poder (Foucault, 1988) así como su estudio sobre la sexualidad (Foucault, 1976/2002, 1997). Otro pensador importante en nuestras reflexiones, es el sociólogo Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1995/2012) por su constructivismo estructuralista desde el que las realidades sociales son construcciones históricas de actores cotidianos. Destacamos su análisis de la reproducción de las jerarquías sociales y su concepto de violencia simbólica en la acción de dominación sobre otros, que sin duda serán ideas incluidas en nuestro trabajo. Además nos interesaron sus reflexiones con respecto a la consideración del lenguaje y las relaciones de comunicación como relaciones de poder simbólico de construcción cultural (Bourdieu, 2012).

Desde el contexto español uno de los autores referentes en Antropología Social y Cultural será Carmelo Lisón, Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad Complutense de Madrid y en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Oxford y catedrático emérito de Antropología Social en la Universidad Complutense de Madrid. Las ideas de Lisón en cuanto a sus propuestas hermenéuticas culturales han sido un punto guía importante en nuestra investigación (Lisón, 1992, 2000, 2007). Desde esa hermenéutica como planteamiento paradigmático, recurrimos a sus fundadores Heidegger y Gadamer. Heiddeger como teólogo y filólogo contribuye con su giro lingüístico a una nueva visión filosófica (Heidegger & Girardot, 1970) y a su vez Gadamer (Gadamer, 1960/2004) desde su obra *Verdad y Método*, da un nuevo giro a la hermenéutica y la consolida. Ambos, junto con Ricoeur (Ricoeur & Corona, 2002) filósofo y antropólogo francés, aportarán la base paradigmática a nuestro estudio.

Otro autor relevante para nuestro trabajo será el sociólogo Marcel Mauss y sus planteamientos desde la Antropología del cuerpo (Mauss, 1936). En el contexto español destacamos en este mismos campo a Mª Luz Esteban (Esteban, 2004, 2010), licenciada

en Medicina por la Universidad del País Vasco y Doctora en Antropología Social por la Universitat de Barcelona, cuyas líneas de investigación en relaciones e identidades de género, salud reproductiva, etnografía corporal , emociones y amor nos resultan muy provechosas e innovadoras.

Desde la Antropología del Género hemos encontrado propuestas muy sugerentes como las realizadas por Beatriz Moncó, antropóloga y Doctora por la Universidad Complutense y profesora titular de Antropología Social en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. En su libro *Antropología del Género* (Moncó, 2011), realiza una revisión de la historia del feminismo y la Antropología de Género y reseña cuales fueron las contribuciones de diversas autoras a la hoy consolidada perspectiva metodológica denominada perspectiva de género para el estudio de las realidades humanas, tan importante en nuestra investigación.

Con respecto a la Antropología de la salud y de la Medicina, fueron muy relevantes para esta investigación, las propuestas de Eduardo Menéndez (Menéndez, 1981, 1985, 2003, 2005) como antropólogo y Doctor de la Universidad de Buenos Aires, que han venido a cuestionar la hegemonía biomédica. Desde el contexto nacional tomamos como referentes a Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles con su libro *Medicina y Cultura: estudios entre la Antropología y la Medicina* (Perdiguero & Comelles, 2000).

Desde la producción historiográfica.

Sin duda hay dos autores que han influido en el enfoque histórico de nuestro trabajo de investigación: Chartier y Scott. Roger Chartier (Chartier, 1992, 1995) como historiador de la Escuela de los Annales y especialista en historia del libro, nos dirige hacia una mirada para el análisis de la cultura escrita, que será cruce entre crítica literaria, bibliografía e historia sociocultural y base metodológica para este trabajo,

estableciendo una relación íntima entre Filosofía, Sociología y Antropología. Por su parte será muy relevante en este estudio, la contribución de la historiadora americana Joan Scott (Scott, 1990) con su idea de considerar al género como una categoría de análisis histórico.

Los estudios históricos más relevantes sobre matronas seleccionados y que fueron sin duda un punto de partida para la aproximación a las matronas europeas y su experiencia escrita, fueron los de Teresa Ortiz (Ortiz Gómez, 1993, 1996, 1999a, 1999b, 2001a, 2001b, 2005, 2006, 2007; Ortiz, Birriel-Salcedo &Ortega, 2004) que como Catedrática de Historia de la Ciencia y miembro del Instituto de estudios de la Mujer de la Universidad de Granada y directora de la revista Dynamis, ha hecho una contribución al conocimiento de la historia de las matronas muy importante nacional e internacionalmente. Teresa Ortiz junto a Dolores Sánchez (1995) (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995) nos introducen la cuestión del valor de estos manuales de matronas europeas, que si bien son escasos, aportan una inmensa información de la profesión a través del estudio de pequeños fragmentos de sus obras escritas. Más tarde, Teresa Ortiz junto a Montserrat Cabré i Pairet, como Doctora en Historia medieval por la Universidad de Barcelona (Cabré i Pairet & Ortiz Gómez, 2001), editan un compendio titulado *Sanadoras, matronas y médicas en Europa* en el que participan expertas europeas sobre matronas de los siglos XVI y XVII, que en este trabajo de investigación fue un imprescindible.

Ya más centrados en la figura internacional de la matrona europea de los siglos XVI y XVII, encontramos investigaciones como las de Jane Donnison (Donnison, 1988), profesora de Administración Social en la Universidad Politécnica de Nordeste (Londres), especialista en Historia de las mujeres y experta en partería europea e inglesa que nos dibuja un perfil fiel de estas mujeres que trabajan y nos acerca a sus esfuerzos

por profesionalizar un oficio que en este momento les empieza a ser disputado por los hombres. De otro lado, una de las obras más relevantes para este estudio es el compendio editado en Londres por Hilary Marland (Marland, 1993; Marland & Rafferty, 1997), profesora de Historia en la Universidad de Warwick (UK) que centra sus investigaciones en la Historia social y cultural de la Medicina y la salud, particularmente en la Gran Bretaña moderna. En su libro *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe,* reúne a expertas de todo el mundo en matronas europeas de la Edad Moderna como son la propia Teresa Ortiz (Ortiz, 1993) en calidad de experta española, Merry E. Wiesner (Wiesner, 1993) como investigadora de las mujeres en Alemania y a David Harley (Harley, 1993), Ann Giardina Hess (Hess, 1993), Helen King (King, 1993) y Doreen Evenden (Evenden, 1993) como grandes conocedoras de la partería inglesa. Ésta última, Evenden, escribe un libro en el año 2000 desde la Universidad de Cambridge, referente para el estudio de las matronas inglesas del siglo XVII en cuanto a manera de regular la profesión en Londres a través del Estado-Iglesia, sus perfiles profesionales y personales y que es sin duda una obra esencial en nuestra investigación titulada *The midwives of seventeeth-century London* (Evenden, 2000).

Otros autores/as referentes en el estudio de las matronas europeas de la Temprana Edad Moderna, han sido el libro *History of Childbirth* del profesor emérito de Historia Moderna de la Universidad de París VIII, Jacques Gélis que se convirtió en experto en la historia del nacimiento y con sus originales afirmaciones ha captado nuestra atención sobre su estudio de las matronas (Gélis, 1991).

Ya centradas en la figura de las matronas escritoras seleccionadas, encontramos a una auténtica experta en el estudio de Louise Bourgeois: Wendy Perkins, que en 1996 publica su excelente libro titulado *Midwifery and Medicine in Early Modern France; Louise Bourgeois* (Perkins, 1996) haciendo un recorrido por su biografía, sus teorías

médicas, las relaciones con sus clientes y varones practicantes de partería y nos acerca a su práctica profesional a través del análisis de los manuales escritos por ella misma. Este libro será para esta investigación un modelo en cuanto a contenido y metodología por su gran rigor científico. Otras autoras importantes en el conocimiento de esta matrona francesa son Allison Klairmont-Lingo (Klairmont-Lingo, 2001) desde el departamento de Historia de la Universidad de Berkeley, que basa su trabajo en mujeres y Medicina. En la misma línea, Brigitte Sheridan (Sheridan, 2001), es otra investigadora fundamental en el análisis de la obra de Bourgeois como historiadora experta en género desde Massachusetts (EEUU), que a través del análisis de fragmentos de los manuales escritos por esta matrona, nos adentra en la comprensión de la dimensión de esta partera en la historia de las matronas. Otra investigadora sobre el tema francés es McTavish que desde Inglaterra, publica una serie de trabajos (McTavish, 2005, 2006a) analizando la figura de Bourgeois y sus textos así como de Marguerite de La Marche. Otros autores interesados en Bourgeois son los clásicos Allport (Allport, 1912) así como Gélis y Dunn entre otros muchos (Dunn, 2004b; Gélis, 2009).

Con respecto a Jane Sharp y su manual *The midwives book*, en el caso de esta matrona inglesa, el inicio de la investigación se centra en la traducción editada por Eliane Hobby que desde la Universidad de Loughborough (Inglaterra), trabaja en la actualidad sobre la Historia de los manuales obstétricos desde 1540-1720. Gracias a ella se edita *The midwives book*, escrito por Jane Sharp en 1671 desde la Universidad de Oxford en 1999 (Sharp, 1671/1999). Éste es sin duda uno de los documentos más importantes de la investigación. Un trabajo muy interesante sobre Sharp, es la tesis doctoral realizada por Dannie Leigh Chalk en 2009 en EEUU titulada *Managing midwives in Early Modern english literature*, que analiza la figura de la matrona a través de manuales obstétricos entre ellos el de Jane Sharp (Leigh Chalk, 2009). Otra

tesis doctoral muy cercana a nuestro estudio fue la titulada *Peter Chamberlen 17 th Century Royal Physician,* realizada por Desmond L. Potts en 2007 en Australia, que se detiene en el estudio de la figura de este cirujano del siglo XVII y de refilón analiza la figura de algunas de las matronas de la misma época (Potts, 2007). Otros trabajos centrados en el análisis de la obra de esta matrona inglesa, son los de Eve Keller que expone la crítica de Jane Sharp, a través del estudio de su manual, al conocimiento médico del siglo XVII inglés (Keller, 1995). También destacan los trabajos de Brockbank (Brockbank, 1958) y Bosanquet (Bosanquet, 2009a).

Sobre Justina Siegemund y su manual *The Court Midwife,* comenzamos el análisis de la figura y obra desde la propia fuente directa traducida y editada por Lynne Tatlock que elabora desde la Universidad de Chicago en 2005, un libro de incalculable valor para las matronas de todos los tiempos a través de la traducción del manuscrito en letra gótica del siglo XVII a un inglés actual. En la introducción del libro titulado *The Court Midwife,* nos revela un conocimiento integral de la vida, obra y contexto de esta partera alemana y es sin duda otro de los textos más importantes de este estudio (Siegemund, 1690/2005). Otro trabajo relevante para la partería germánica de la Edad Moderna, es la tesis doctoral elaborada desde Frankfurt por la profesora Sibylla Flügge (Flügge, 1998), experta en derecho que realiza en 1994 el Doctorado en *Sanadoras parteras y las mujeres; Derecho y realidad los siglos XV y XVI,* así como las investigaciones de Loytved desde la Universidad de Osnabrück, en la Baja Sajonia alemana, que edita un trabajo repasando la historia de la obstetricia y las matronas incluyendo a Justina Siegemund (Loytved, 2001). Existen otras investigaciones que analizan el manual *The court Midwife* como el realizado por Pulz (Pulz, 1994), los de Nava Blum (Blum, Lane, & Fee, 2010) y Klairtmont-Lingo (Klairmont-Lingo, 2006).

1.2.2 Marco Teórico y Conceptual.

1.2.2.1 Sobre paradigmas y teorías: Hermenéutica e Historia Cultural de los Cuidados en el estudio de los manuales escritos por matronas.

La presente investigación adopta como marco epistemológico la fusión de metaparadigmas enfermeros con paradigmas cercanos a la Antropología Social y Cultural en el punto en que confluyen, asumiendo una mirada hermenéutica.

Un paradigma debe ser entendido como una constelación de creencias, valores y técnicas compartidas por los miembros pertenecientes a una comunidad concreta, y que pueden ser determinados e identificados con relativa facilidad (Khun, 2013). En definitiva, mediante un paradigma se expresa cierta unidad científica, metodológica y sociológica desarrollada en un momento histórico concreto, cosa que a la Enfermería como disciplina no le ha resultado del todo fácil (Salas Iglesias, 2003) ya que sigue luchando por definir y clarificar su identidad profesional (Willetts & Clarke, 2014).

En los últimos veinte años, se han identificado una serie de criterios esenciales para el estudio de la Enfermería que ponen de relieve algunas discrepancias entre teóricas. Fawcett (2000), analiza desde posiciones post positivistas las propuestas paradigmáticas de King, Kim y Meleis manteniendo la tetralogía de conceptos: salud, persona, ambiente y cuidado como esencia de la Enfermería ya que éstos recogen las premisas de un metaparadigma como la identificación del campo de conocimiento, el mantenimiento de una perspectiva filosófica neutral y una proyección internacional.

De otro lado, Newman, Sime y Corcoran (1991), desde postulados fenomenológicos-constructivistas, manifestaron que el núcleo de la disciplina enfermera es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana. En ambas propuestas, el elemento básico del metaparadigma es el cuidado.

En este trabajo de investigación asumimos las ideas de Newman et al. (1991) en cuanto a que el estudio del cuidado se hace en base a las experiencias de salud miradas desde un punto de vista contextual y se fundamenta en realidades construidas específica y localmente, de manera subjetiva a través de métodos dialécticos y hermenéuticos. Para la Teoría de Salud como Expansión de la Conciencia de Newman, la salud es un proceso de transformación hacia una conciencia global y a través del uso de la conciencia hegeliana explicó la fusión entre salud y enfermedad conectándola con el entorno para una mejor comprensión global del fenómeno.

De este modo, los paradigmas enfermeros han transicionado desde un enfoque físico a uno social y humanístico siendo éste último el incorporado en nuestro trabajo (Durán de Villalobos, 2002; Fawcett, 2000; Newman et al., 1991).

Una disciplina crece y se desarrolla a través de la investigación científica, siendo el marco epistemológico de la Enfermería, el conocimiento generado a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar en respuesta a las necesidades de la práctica asistencial (Durán de Villalobos, 2002). En este sentido, a través de la Historia de la Enfermería encontramos un camino para generar conocimiento de las matronas y sus cuidados que será la base de un desarrollo disciplinar. Así, desde la historia de la Enfermería los paradigmas tal y como los plantea Siles González (2011), unen a una comunidad científica y la dota de modelos metodológicos para abordar los problemas de investigación y otorgar significado a la Enfermería en cada momento histórico.

Es origen de la disciplina enfermera, su carácter holístico en tanto en cuanto aspira a tratar y cuidar a los seres humanos como seres conectados a un contexto. En esta misma línea, desde de la Antropología Social y Cultural aparecen una serie de planteamientos interesantes en torno a la construcción de la disciplina científica enfermera, ya que esta Antropología se asienta sobre el evolucionismo cultural (Álvarez

Munárriz, 2007). Es este interés de la Antropología Social y Cultural, por destruir el absolutismo científico impuesto por Descartes en el siglo XVII, el que nos lleva a interesarnos en profundidad en ella. Muchos son los pensadores que afianzarán los postulados de la Antropología Cultural y su categoría de ciencia: superado el estructuralismo de Levi-Strauss, es el post estructuralismo con su "giro narrativo", el fontanal de las actuales corrientes de Antropología, y en concreto la hermenéutica cultural de Lisón (2007) y su rechazo del positivismo, es para este equipo investigador una propuesta clarividente en cuanto a la especificidad y al enfoque cualitativo como forma de estudio a partir del detalle. Con el modelo hermenéutico el objetivo a alcanzar no será "emic-etic"; el objetivo es la comprensión a través del diálogo. Es en esta nueva Antropología que es aleación de marxismo, feminismo, posmodernismo y estudios culturales (Fernández de Rota, 2007) en la que nos situamos para estructurar nuestro discurso y armarlo de reflexividad.

Desde la Antropología extraemos así mismo la idea del protagonismo del género como una categoría de análisis estructural en el estudio de las sociedades y en concreto de una profesión ejercida durante siglos mayoritariamente por mujeres y dirigida a las mujeres y sus familias. Esta influencia cultural de los seres humanos, adquiere tintes de diferencias si hablamos de la relación entre hombres y mujeres así como de la manera en que se reparten las tareas, los poderes, el estatus y las vidas en busca del tan anhelado equilibrio entre ambos.

Por consiguiente, proponemos el estudio de una profesión: la matrona a través de los ojos de las propias matronas y desde el que extraeremos un saber empírico, participativo, que nos es familiar, cualitativo, específico, particular, histórico y cambiante. Asumimos que la toma de conciencia del otro sin despersonalizarnos, es una cualidad transversal que cada vez toma un mayor impulso en la configuración de las

competencias profesionales de la matrona. En definitiva, el estudio del significado de lugares, espacios y tiempos es el núcleo de nuestros planteamientos de investigación así como asignar la importancia que merecen las narraciones de las protagonistas de la historia de las matronas: las propias matronas, ya que a través de la escritura se expresan sentimientos, creencias y valores que emergen del océano ínter subjetivo en el que navegan los cuidados (Siles González, 2014).

Concretamos entonces que de la fusión de la Enfermería y la Antropología surgen nuevas conceptualizaciones del cuidado desde perspectivas culturales en las que éste es mirado desde una cosmovisión que debe contemplar los aspectos socioculturales, los valores, las creencias, los modos de vida, las distintas concepciones de salud y enfermedad: en definitiva la diversidad cultural. Así surge una nueva Enfermería con tres pilares básicos: el identitario, el relacional y el histórico con objeto de conocernos para avanzar como disciplina científica (Valle Racero, 2002).

Partiendo así de que el punto de encuentro entre paradigmas antropológicos y enfermeros lo ubicamos en la hermenéutica, centremos pues qué entiende este equipo investigador por el paradigma hermenéutico y los motivos de su asunción en este trabajo. Etimológicamente hermenéutica proviene de (Hermes-techné) o el arte de Hermes (dios griego hijo de Zeus y Maya) o el arte del que interpreta, intermedia o da a conocer algo y surge del ámbito filosófico-teológico, concretamente del estudio de textos antiguos como la Biblia, aunque adquiere auge en el Renacimiento extendiendo su estudio a otros textos (Solano Ruiz, 2006; Cruz Villalobos, 2012). El paradigma hermenéutico o interpretativo se caracteriza por concebir el proceso de investigación como subjetivo: tanto por el investigador como por el objeto investigado (Siles González, 2011).

La hermenéutica cristaliza como filosofía a través de la obra *Verdad y Método* de Hans-Georg Gadamer (1960/ 2004). Previamente, sería Martin Heidegger el que iniciaría el camino hacia una filosofía propiamente hermenéutica (Heidegger & Girardot, 1970). El pensamiento de Heidegger, se desarrolla en las primeras décadas del siglo XX en contraposición al neokantismo y el vitalismo de Nietzsche y al mismo tiempo que la fenomenología de Husserl. Esta primera hermenéutica de Heidegger, critica la fenomenología y la reinterpreta oponiéndose a la idea de Husserl de que las cosas deben ser contempladas con una mirada neutral y descriptiva: por el contrario, para Heidegger el poner las cosas entre paréntesis sólo sirve para encubrir los prejuicios operantes en todas las definiciones que se basan en conceptos. Sin embargo la hermenéutica adquiere su identidad más firme, a través de las ideas de Gadamer que a este equipo investigador le resultan especialmente relevantes en cuanto a la comprensión de textos históricos. Para este autor, el que pretende comprender un texto siempre realiza proyecciones. Tan pronto aparece en el texto un primer sentido, el intérprete proyecta un sentido del todo, porque uno lee el texto inevitablemente desde determinadas expectativas. Así, para Gadamer y su hermenéutica, la interpretación de un texto se basa en las preconcepciones del lector que van siendo corregidas a medida que se comprueba su falta de adecuación a las cosas mismas. En definitiva, el que los prejuicios previos sean examinados para valorar su validez no significa que tengan que ser rechazados de antemano. Gadamer propone una mediación histórica a través del estudio de textos en la que, a través de la hermenéutica, se describe la comprensión como interpenetración entre tradición y la investigación histórica conformando un entramado denominado “conciencia de los efectos de la historia” que constituye una fusión entre tradiciones del pasado e investigaciones desde el presente en la que la relación entre sujeto y objeto es circular, y el texto debe ser comprendido como la

opinión de otro que debe ser corregida. En esta idea, la distancia al pasado no es un obstáculo para la comprensión sino mas bien una ventaja porque permite apreciar los efectos de la obra: lo que perdura, los prejuicios verdaderos y los injustificados.

En definitiva, se hace absolutamente necesario que las preguntas en esta investigación sean abiertas y los textos se encargarán de poner o no en cuestión las convicciones iniciales del equipo investigador: debemos aprender a interrogar a los textos y este cuestionamiento recíproco es lo que Gadamer denominó “fusión de horizontes”. Por consiguiente, la hermenéutica de Gadamer asume que a través de la concreción del caso particular se hace posible la interpretación de lo general y reivindica el lenguaje como medio universal de comprensión (de la Maza, 2005; Gadamer, 1960/2004; Heidegger & Girardot, 1970; Nietzsche, 1872/2000; Solano Ruiz, 2006).

Ricoeur será otro referente en el estudio de textos a través de la hermenéutica. Plantea el diálogo con los textos y el deber de preguntarnos ¿qué debemos hacer para comprender lo que el otro dice? Para este autor, el análisis del texto debe pasar por el denominado “arco hermenéutico”, que va desde una ingenua comprensión inicial (existencial), pasando por la explicación (exégesis) para llegar al saber comprensivo (re-lectura) (Ricoeur & Corona, 2002). En definitiva, para Ricoeur el carácter de la hermenéutica bien podría aunar el carácter descriptivo de la fenomenología y el interpretativo.

Aplicado a la Enfermería, el paradigma hermenéutico considera a la enfermera como agente e intérprete de la realidad del paciente y a éste como el encargado de comunicar la sensación subjetiva de su estado. El concepto de salud sería pues desde esta óptica situacional, subjetivo y elaborado interactivamente entre paciente-enfermera y generaría conocimiento práctico e interpretativo (Siles González, 2011). Para la

Enfermería, la filosofía hermenéutica favorece la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas, como principal núcleo para generar acciones de cuidados (Solano Ruiz, 2006).

En consecuencia, estos paradigmas vienen a clarificar el posterior proceso de selección de teorías, técnicas, métodos y modelos históricos (Siles González, 2011). Se define teoría científica como un intento organizado de otorgar sentido y ordenar la realidad. En este caso las teorías se definen en función de su capacidad de instrumentalizar las acciones de manera más operativa (Durán de Villalobos, 2002). Según Fawcett (1995), las teorías están conformadas por conceptos y proposiciones destinadas a explicar minuciosamente los fenómenos del metaparadigma: persona, salud y cuidado analizando las relaciones entre los cuatro elementos.

En nuestro trabajo la teoría asumida es la Historia Cultural de los Cuidados: este equipo investigador, plantea un estudio historiográfico enfocado desde la construcción social de la disciplina enfermera, extrayendo datos empíricos de la sociedad para el estudio del fenómeno humano. La Historia Cultural de la Enfermería, constituye un abordaje sintético que engloba la diversidad de las variables incidentes en la evolución histórica de los cuidados (Siles González, 2010). Dado que la Enfermería se puede considerar una rama especializada de la Historia Social (Siles González, 2011), definiremos el concepto según Kocka (2008): se entiende la Historia Social como aquella rama de la historia centrada en el estudio de hechos y estructuras sociales, considerando siempre la desigualdad como factor transversal del objeto de estudio, bien sea de género, étnicas, trabajo, etc. (Kocka, 2008; Kocka & Martínez, 1992; Siles González, 2010). Más tarde, la historia presta una mayor atención a la superestructura y da un giro hacia la conciencia subjetiva del fenómeno de estudio y se va introduciendo la investigación cualitativa en sus planteamientos y de este modo, la Historia Social se

va transformando en Historia Cultural (Siles González, 2010; Siles González & Solano Ruiz, 2011). A finales del siglo XX, la escuela de los Annales a través de Le Goff y Nora, adaptan métodos antropológicos introduciendo en la historia como objeto de estudio a las mentalidades e ideologías. A finales de los 80 surge una corriente en los Annales liderada por Chartier (Chartier, 1992, 1995; Siles González, 2000), que define la Historia Cultural, promoviendo el uso de métodos cualitativos y fuentes narrativas e iconográficas y de las dimensiones simbólicas de las mismas ya que el poder simbólico tiene potestad de consenso social y ejerce influencia vertebradora en la sociedad (Bourdieu, 1995/2012; Le Goff & Nora, 1979; Nora, 1989; Siles González, 2010).

De la vinculación de la Historia Cultural con los cuidados, proviene una de las bases teóricas centrales de esta investigación que será la definición de Historia Cultural de los Cuidados aportada por Siles González (2001), como la especialidad de la ciencia histórica que tiene por objeto el estudio del ser humano inmerso en su cultura a través del tiempo, considerando todos aquellos comportamientos, ideas, sentimientos, símbolos y significados acontecidos en un contexto social, económico familiar, laboral determinado y que están implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de salud en un grupo humano. En definitiva, se ocupa del proceso de construcción simbólica y axiológica de las representaciones sociales y su incidencia en la construcción de las realidades históricas de los cuidados. Desde esta teoría, los elementos superestructurales de la función cuidadora serían los valores y su simbología, ya que en cierto sentido la matrona es una profesión asociada al símbolo de la maternidad, cosa que ha influido en su proceso de profesionalización y del reparto de poderes (Siles González, 2001, 2010). Esta inclusión de los métodos cualitativos en la investigación de las matronas a través de la Historia Cultural, nos proporciona una nueva óptica desde las protagonistas de nuestra acción cuidadora: las matronas, las

mujeres y sus familias a través de sus propias percepciones que nos ayudarán a redefinir nuestros conceptos para armonizar este tándem profesional (Martínez Rojo & Rodríguez Portilla, 2011).

Por otro lado, desde la Historia Estructural se establecen postulados interpretativos de aquellos fenómenos estables y duraderos que serán vertebradores de las sociedades y los momentos históricos, cohesionando y estabilizando al conjunto de la sociedad. Desde esta perspectiva integrada en nuestro trabajo, las estructuras básicas para el estudio de la Historia de la Enfermería serían: la unidad funcional como estructura o institución socializadora básica, el marco funcional que identifica el lugar o marco contextual donde se prestarían los cuidados y el elemento funcional que otorga perfiles y protagonismo a los actores sociales que proporcionan esos cuidados (Siles González, 2011). Considerando estos planteamientos, esbozamos unas primeras ideas categorizadoras añadiendo a estas estructuras básicas para el estudio de la Historia de la Enfermería, el modelo para el análisis cultural que desde nuestra óptica resulta más pertinente y es el dialéctico construccionista-deconstruccionista basado en la dialéctica de Hegel y las teorías deconstruccionistas en el ámbito de la crítica literaria de Derrida. Este último denuncia la represión de la escritura por parte de la filosofía occidental y reivindica como labor filosófica la deconstrucción para demostrar cómo en lo reprimido, habita lo que la metafísica supone como fundante e incondicionado (Derrida, 1978, 1989; Villalobos, 2013). Este modelo categorizador construccionista-deconstruccionista será definido por Siles González (2005) y consta de varias fases ligado a la influencia del género en la profesionalización de la Enfermería. Se compone de una primera fase denominada proceso construccionista por el que se afirma la identidad de la mujer, en este caso de la mujer matrona, como ser vinculado a valores y símbolos integrados en el concepto de maternidad. De este modo, la matrona será una profesión íntimamente

unida a la identidad de la mujer y de la misma se generan unos estereotipos: devota, maternal, ignorante, bruja y por extensión sus prácticas fluctuarán durante siglos entre los cuidados domésticos sin profesionalizar y el espacio semipúblico. Como segunda fase del modelo aparece el proceso deconstruccionista que supone una negación de la fase anterior; aparece una toma de conciencia crítica de la injusticia que supone confinar a la mujer y a la matrona al ámbito doméstico en exclusiva alejándolas del mundo universitario hasta el siglo XX, para más tarde ser adoctrinadas y formadas por profesionales extrínsecos a su arte. Aparecen las primeras conciencias críticas pre-profesionales (Siles González, 2005), representadas en este trabajo de investigación por unas matronas que se reivindican a través de la escritura de sus propios manuales como algo más que mujeres que asisten a otras mujeres en secreto y abogan por una profesionalización de la partería. Por último aparece una fase que consiste en armonizar valores y sentimientos con el concepto de la profesionalización como una reinterpretación de los valores y símbolos de la primera fase construccionista para recuperar, en el caso de las matronas, esas cualidades y valores que por su inherencia tradicional al género, clásicamente las relegaba a espacios privados pero que sin embargo serían la base de una partería humanista que aunara ciencia y sentimiento ya que los valores y símbolos construidos en torno al hecho cultural de ser mujeres, se pueden reinterpretar de una manera positiva construyendo las matronas una identidad profesional propia como colectivo que se fundamente en una asistencia humanizada.

Por último utilizaremos en esta investigación, bases de las teorías estéticas para ahondar en el conocimiento de lo sensible y su interpretación desde la perspectiva enfermera, dando cabida al concepto de que el saber estético se fundamenta en la individualidad humana y en la universalidad de los sentimientos: la estética de los cuidados se ocupa de la parte de conocimiento sensible que deviene de la práctica de los

cuidados. Siles González y Solano (2011) definen estética como la ciencia que estudia e investiga el origen sistemático del sentimiento puro y su manifestación a través del arte. Al cuidar las matronas provocamos unos sentimientos en las mujeres y sus familias y a nosotras se nos despiertan otros sentimientos individuales y universales que regulan el conocimiento y dotan de forma los cuidados (Siles González, 2004, 2005, 2010, 2011).

1.2.2.2 Sobre definiciones y conceptos centrales de la investigación.

Sin duda en el estudio de la socialización de la profesión matrona a través de la escritura de sus propios manuales en el siglo XVII, hemos propuesto una serie de conceptos que a lo largo del trabajo sitúan las posturas e ideologías asumidas como equipo investigador y centran la atención sobre aquellas ideas que nos influyen a la hora de definirnos y concretar lo que nos ocupa investigar.

1.2.2.2.1 La influencia de ser mujer en la configuración de la matrona como profesión y la escritura de sus propios manuales.

Es muy obvio que la asistencia al parto ha sido un arte ejercido y dirigido mayoritariamente por y hacia las mujeres y sus familias y éste es sin duda un factor condicionante del desarrollo de la partería profesional y las propias matronas que la ostentaron hegemónicamente durante tantos siglos. A lo largo de nuestro trabajo, se entreverá ese peso que el género ejerce en la Historia en general y en la Historia de la partería muy en particular que repercutirá directamente en el modelo de escritura de manuales por parte de las matronas.

En este sentido y en el interés de clarificar qué entendemos por género, nos sumamos a las reflexiones planteadas por Castaño Molina (2009, p. 201) “La correcta

utilización del concepto de género tiene como principal función visualizar las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, basadas en la relación con su entorno social y político y desde la diferencia biológica."

Cuando Ann Oakley (1972) se planteó en su obra *Gender, sex and society*, cuáles eran las fuentes de las diferencias entre los sexos y si era la biología o la cultura la responsable de esas diferencias, quizá no se cuestionó que años después seguiríamos considerando este asunto como esencial en cualquier planteamiento de género y que las mujeres seguirían en el siglo XXI, en una continua negociación entre sí mismas y su definición cultural:

> Nuestra época tantea su realidad ante las posibilidades de un desorden radical- quizás el más profundo que haya enfrentado a nuestra especie-: la mujer *se* piensa. Esta auto-constitución en espacio de pensamiento desencadena una alteración sin precedentes en la noción-de-realidad de lo humano: (…) El punto de disyunción (…) está caracterizado por la emergencia de un *nuevo deseo*: el del pensamiento de la mujer que busca una identidad propia. (Lorite Mena, 2010, p.13).

De esta forma, el sexo es un término asociado a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, mientras el género es una cuestión de cultura y se refiere a una clasificación social en masculino y femenino (Kottak, 2011; Oakley, 1972). El género es por tanto una construcción densa que se mueve y atraviesa la organización social y solidifica en una estructura mental estable que determina la percepción del mundo (Sánchez, 2008).

Así podríamos definir la identidad de género según Esteban (2004), que lo hizo en base a autores como Bitler y Connell, como algo que se configura a partir de actos, discursos y representaciones simbólicas teniendo una base reflexiva corporal, material, física, aunque en interacción estrecha con el nivel ideológico de la experiencia y

caracterizándose por estar en mutación continua y desarrollarse no sólo durante la socialización sino durante toda la vida del individuo (Esteban, 2004).

Desde la Historia se ha construido clásicamente a las mujeres como “el otro” de los hombres, y mediante un proceso de naturalización se han originado roles, símbolos, valores y representaciones propios de mujeres (Moncó, 2011). En este sentido poco se cuestionó, y menos de una manera formal, las supuestas limitaciones de las mujeres hasta que un grupo de ellas pensaron y reivindicaron un nuevo orden social y una redefinición de sus papeles. Antes de la primera ola de feminismo a finales del siglo XIX, encontramos siglos de historia de las mujeres basadas en la discriminación por parte de los hombres y de las propias mujeres. Sin embargo, siempre han existido excepciones: en el siglo XV Christin de Pisan escribe contra la exaltación del amor cortesano y reivindicó la heroicidad de las mujeres de su época (Garay Montañés, 2008).

Desde la Antropología del Género se dan las bases filosóficas que han ido evolucionando con el paso de los años y abren nuevas formas de plantear el estudio de las relaciones entre mujeres y hombres en busca de posiciones equilibradamente factibles entre ambos. Los antropólogos evolucionistas expusieron el debate sobre la existencia de un sistema social de matriarcado, su significado cultural y el lugar de las mujeres en el mismo. Por otro lado, también se cuestionó desde el estudio etnográfico de pueblos cazadores-recolectores el peso biológico de la división sexual del trabajo y las desigualdades en los roles de hombres y mujeres que de ello se deriva. Así, en los años 70 del siglo XX la Antropología feminista teoriza y elabora una idea central en la Antropología de Género: los hombres y mujeres establecen entre sí relaciones de poder que han dado lugar a un sistema de dominación. Estudios más recientes, plantean el género como un elemento relacional por lo que a través de la categoría de género se

debe indagar sobre las funciones de la familia y su importancia como agente social para la educación en valores igualitarios de sus miembros (Moncó, 2011).

Algunas de las autoras que más relevancia adquieren en el estudio de las mujeres son Simone de Beauvoir que, desde la moral existencialista, nos transmitió una idea muy clara: somos aquello que elegimos ser y elegimos lo que somos. Para ella, la histórica invisibilidad de las mujeres y su escaso protagonismo social facilita la creación de un segundo sexo: el de las mujeres. Para ella maternidad y crianza es servidumbre ya que desde su punto de vista, la biología no puede determinar un destino de la mujer subordinado. No postula en contra de la maternidad sino más bien, pone de relieve sus costes y se muestra contraria a la obligatoriedad del deseo de las mujeres de realizarse únicamente a través de la maternidad (Beauvoir, 1949/1998; Moncó, 2011). En este sentido, Nancy Chodorow también expuso las funciones de la maternidad como origen de la subordinación femenina y se basó en el estudio articulado de lo psicológico, cultural y lo social para la comprensión de las adecuaciones de género y la manera en que mujeres crían a otras mujeres que reproduzcan sus mismos modelos (Chodorow, 1978/1999). Por su parte Margaret Mead, hizo una serie de aportaciones pre-género argumentando la construcción de los temperamentos sexuales a través de sus estudios etnográficos (Mead, 1935/2006; Moncó, 2011). Por otro lado, Levi-Strauss desde el estructuralismo vió a las mujeres como sujetos y a los hombres como agentes de cambio (Levi-Strauss, 1979) mientras que autoras como Annette Wiener (1992) ya conceden a la mujer la oportunidad de ser contemplada como persona. Finalmente, las ideas de Sherry Ortner (Ortner & Whitehead, 1981) nos resultan muy interesantes ya que plantea, el estatus secundario que de manera universal ha ostentado la mujer como hecho transcultural de todo tiempo y sociedad. También desde los postulados de

Michelle Rosaldo (1974), encontramos argumentos para explicar la menor relevancia social de las mujeres por su vinculación con lo privado.

Estos argumentos introducidos por las anteriores autoras han sido y son fuertemente criticados, cuestionados y rectificados incluso por ellas mismas, sin embargo ponen de relieve la necesidad de reconsiderar la conceptualización cultural del hecho de ser mujeres y hombres y abren un necesario debate que no debe atemperarse sino enriquecerse con nuevos postulados. De hecho, aunque las mujeres hoy han avanzado sin duda en el reconocimientos de derechos y van accediendo a espacios sociales o profesiones en las que son minoritarias, constantemente se ven en la necesidad de demostrar su pertinencia profesional y social (Del Valle et al., 2002).

Todas estas autoras y sus propuestas nos han influido sin duda a la hora de analizar el proceso de profesionalización de las matronas como mujeres inmersas en sus contextos.

Existe otra orientación ideológica que nos resulta muy valiosa en el análisis de las mujeres y su relación con los hombres, y es el abordaje realizado desde la Antropología del cuerpo por su íntima unión con lo social (Bourdieu, 1995/2012) y que en un principio consideró el cuerpo femenino como limitación, hasta concepciones más actuales y positivas que muestran el cuerpo de las mujeres como lugares de resistencia y contestación y abordan una sexualidad más compleja (Butler, 2002).

En consecuencia, derivado de este interés en el estudio de las mujeres y su relación con los hombres, se ha construido otro sujeto: las mujeres. Será éste un nuevo sujeto histórico, social, político, cultural y estratégico que necesitaba de una categoría sociológica y política para demostrar el carácter social de la exclusión y la dominación (Sánchez, 2008). Esta nueva historia de las mujeres, considera útil el género como categoría de análisis histórico, de manera que no sólo nos asomaría a temas nuevos de

estudio sino a una reconsideración crítica de las premisas y normativas de las grandes obras existentes (Scott, 1990). El género como categoría de análisis permite indagar en ese espacio de tensión que existe en la construcción de las realidades de hombres y mujeres (Sánchez, 2008). Tal y como afirman Prieto Ruz y Morales Gil (2010, p.7):

> Uno de los avances sociales más significativos en las sociedades modernas ha sido la incorporación de la perspectiva de género como intento de explicar las relaciones e interacciones que se dan entre hombres y mujeres, así como los distintos roles, comportamientos y posiciones asumidas en la sociedad como consecuencia de ello.

Se abren así nuevos horizontes en el estudio de la Historia a través de la historia de las mujeres: éstas serán protagonistas de facetas hasta ahora poco contempladas como las familias, el trabajo, la educación, el estudio de la maternidad, sexualidad y crianza a lo largo de los siglos. Desde esta perspectiva se abre de igual manera, una nueva forma de investigación para las matronas ya que ellas también se contemplarán como mujeres con sus familias que se educan, trabajan y asisten a otras mujeres y a sus familias inmersas en sus contextos.

1.2.2.2.2 Conceptualizaciones en salud y cultura y su influencia en las matronas.

El término salud es el origen y destino de la matrona y de todas las profesiones sanitarias y se puede definir desde parámetros de las Ciencias de la Salud aliados con conceptos derivados de la Antropología de la Salud en los que se redefine como un binomio salud-enfermedad-padecimiento, introduciendo aspectos subjetivos de la misma (Menéndez, 2003), que serán fundamentalmente los asumidos en este trabajo de investigación: la aleación de conceptos biomédicos y antropológicos de la salud.

Desde las Ciencias de la Salud y la Enfermería, la salud se define según la OMS como; "(…) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólamente la

ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948). Sin embargo las conceptualizaciones desde las Ciencias de la Salud, han incorporado elementos que van perfilando un sentido más holístico de la misma. Terris integra al concepto la capacidad de funcionamiento y Salleras Sanmartin (1985), define la influencia del entorno. En esta línea Dubós (1965), también anexiona, la influencia de la diversidad de las instituciones sociales y de las formas de vida de cada individuo.

De la salud se deriva el concepto más actual y específico de salud sexual y salud reproductiva que tan frecuentemente será utilizado en esta investigación. Dentro de la primera Estrategia de Salud Reproductiva mundial, la OMS recoge la definición de salud reproductiva aprobada por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994. Tradicionalmente al plantear el abordaje de los derechos y cuidados de las mujeres, éstos se han venido tratando a lo largo de la historia como un todo en el que la salud sexual y reproductiva se unían íntima y necesariamente. Sin embargo, desde concepciones más actuales, se aboga por atender a la salud sexual de forma autónoma y no presuponerla, concentrando toda la atención sanitaria en la salud reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). De este modo, definiremos en primer lugar la salud sexual que se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales ya que el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Las matronas necesitamos integrar ciencia médica, biología, afectividad psicología, socialización, comunicación, placer, deseo, ocio, continuidad vital, identidad y roles de género en nuestra conceptualización de la salud sexual (Gómez Fernández, 2010).

Por otra parte, la salud reproductiva se centra en la atención materno-infantil integral y transdisciplinar. Desde la Declaración de Fortaleza de Brasil (1985), se laboraron una serie propuestas que reforzarán los conceptos de embarazo, parto y

puerperio como fisiológicos. Así, la OMS (2004) hace referencia al documento Naciones Unidas (documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD) en el que se define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos de salud y enfermedad. En la actualidad, la atención materno-infantil se desarrolla desde conceptos humanizadores que integren a las familias en la reproducción, ofreciendo una atención sanitaria por parte de las matronas junto a otros profesionales, basada en el mejor conocimiento disponible y centrada en las necesidades de las mujeres y sus familias, orientada a promover una vivencia humana, íntima y lo más satisfactoria posible (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En otro orden de cosas, desde la Antropología Socio-cultural, el peso de la cultura se deja caer sobre la vida de los seres humanos para dotarla de especificidad. “Una cultura produce un grado de consistencia en el comportamiento y el pensamiento entre las personas que viven en una sociedad particular” (Kottak, 2011, p.5). En consecuencia la cultura se aprende, es simbólica ya que el pensamiento simbólico es único y fundamental para el aprendizaje cultural, toma en cuenta las necesidades biológicas naturales y enseña cómo expresarlas particularmente, está constituida por sistemas integrados y patrones, puede ser adaptativa o inadaptativa. En definitiva “La cultura lo abarca todo.” (Kottak, 2011, p.31).

Sin duda la cultura incide sobre la salud para remodelarla y redefinirla como una construcción cultural (Perdiguero & Comelles, 2000). Desde esta perspectiva, se redefine salud: como binomio salud-enfermedad y padecimiento incorporando las fundamentales opiniones del sujeto (Menéndez, 2003). Gracias a estas propuestas antropológicas podemos superar las dualidades exclusivas para definir a la

salud/enfermedad y perfeccionar la definición de ese proceso dinámico donde ambos conceptos están entrelazados (Pizza, 2007).

Otra cuestión interesante es cómo desde la Antropología, la interpretación cultural de la maternidad ha variado al ritmo que lo ha hecho la historia, la política, el derecho, la economía y la mujer. La maternidad se encuentra condicionada ampliamente por las formas sociales en las que se presenta y el hecho de considerar la maternidad como una cuestión social y cultural nos lleva a la comprensión de las múltiples formas en la vivencia del proceso biológico del embarazo.

En definitiva, la conceptualización en salud teniendo en cuenta la percepción de los sujetos a los que se dirigen las acciones de cuidados, será una base para las matronas de todos los tiempos: comprender el significado otorgado por las sociedades a los aspectos reproductivos y alinearse con las expectativas de las mujeres y sus familias constituye una premisa básica para la socialización de la profesión matrona.

1.2.2.2.3 Modelos médicos, matronas y socialización profesional.

Todas las sociedades se enfrentan con los problemas planteados por las enfermedades como fenómeno inherente a la condición humana. Los sistemas de salud y sus modelos médicos, están integrados por aquellas actividades, instituciones y profesionales destinados a luchar contra ellas como un fenómeno más de la cultura de cada tiempo, siendo la medicina un subsistema más del análisis socio-cultural. Así, a groso modo, pueden distinguirse dos grandes grupos de sistemas médicos: los empírico-creenciales, más propios de sociedades preurbanas, y los racionales o científicos más típicos de sociedades urbanas, sobre todo el científico desarrollado en la Europa Moderna occidental (López Piñero, 2000/2012). El componente cognitivo de los

sistemas médicos, hace alusión a las teorías en las etiologías de enfermedades, mientras que los componentes comportamentales de los sistemas médicos, se refieren a las interacciones sociales de los sanadores y la organización de las instituciones que a su vez serán las que suministren servicios médicos a la población (Barfield, 2001).

Según Perdiguero y Comelles (2000), la biomedicina como modelo médico, es una institución hegemónica en Occidente y se caracteriza por el predominio del determinismo biológico y del positivismo dualista que divide cuerpo y mente. La biomedicina tiene además el poder de dualizar cuestiones relevantes para el ser humano como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y corre el riesgo por su carácter biológico y científico-técnico de transformar en objetos las experiencias de corporeidad y sufrimiento. Desde la Antropología de la Salud, se cuestiona ese biologicismo radical; sin embargo a pesar de sus numerosas crisis, el modelo biomédico siempre ha encontrado la manera de sobrevivir e incluso expandirse gracias a la medicalización no sólo de padeceres, sino de comportamientos de la vida diaria (Menéndez, 2003). Ya Foucault (1966), nos habla en *El nacimiento de la clínica* de la medicalización como forma de poder del modelo médico sobre la sociedad: haciéndose imprescindibles, creando espacios para que la enfermedad circule libremente, “el vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones (…)” (Foucault, 1966/2007, prefacio).

El modelo biomédico ha divulgando la creencia de que cuanto más compleja es una sociedad más enferma está y cuanto más enferma está una sociedad, más fácilmente se controla por los poderes médicos (Menéndez, 1985, 2003, 2005). Surgen así desde la Antropología de la Salud, propuestas para la rehumanización de la asistencia y la

superación de la exclusión paternalista del paciente, considerando de nuevo a la medicina popular arrinconada por el modelo biomédico (Menéndez, 1981).

En este sentido, desde la revisión de este concepto de humanización en los cuidados de las matronas desde un punto de vista polisémico aunando aspectos técnicos, éticos y actitudinales (Biurrun & Goberna, 2013), las matronas nos encontramos hoy ante el reto de diseñar y administrar cuidados culturalmente competentes e integradores en materia de salud sexual y reproductiva a las mujeres y sus familias (Rodríguez Portilla & Martínez Rojo, 2011), valorando las necesidades y expectativas de las mismas en cuanto a las matronas como profesionales (Borrelli, 2014) y conociendo la importancia percibida de las relaciones establecidas con los profesionales que le atienden (Jenkins, Ford, Morris, Roberts, 2014).

De estos modelos médicos de atención a la salud, nacen las profesiones sanitarias configurándose de manera que puedan insertarse en ese modelo médico y cultural, construyendo identidades profesionales sexuadas asociadas a valores de género (Torres Díaz, 2014).

La idea de profesión ha estado ligada a factores como la evolución, forma organizativa y el desarrollo de las sociedades. Collière (1993), afirma que una profesión se crea alrededor de una creencia enfocada a regular el orden social y a determinar lo bueno o malo para el mantenimiento de ese orden. El trabajo es la única fuerza que produce agregación o difusión y acompaña al proceso evolutivo de las sociedades (Spencer, 1880). Desde concepciones sociológicas, el profesionalismo tiene su origen en las organizaciones primitivas políticas y eclesiásticas (Rodríguez Ávila, 2008) en cuyo seno las profesiones sanitarias nacerían por la inevitable necesidad de preservar la salud de la tribu y su perpetuación a través de la reproducción.

Los requisitos mínimos de una profesión, se basan en tener un conocimiento complejo que es incomprensible para el no profesional, una orientación de bienestar y progreso para la sociedad y poseer un control interno en la forma de su ejercicio. Además en el seno de las profesiones, adquieren una gran importancia los méritos obtenidos en el seno de la misma, se poseen altos valores de autonomía en su ejercicio, se tiene la capacidad de crear asociaciones profesionales, códigos éticos y deontológicos, altos niveles de formación y una titulación propia que las legitima para su ejercicio profesional (Durkheim, 1987; Rodríguez Ávila, 2008).

Dentro de las escuelas sociológicas del estudio de las profesiones, nos resultan en este trabajo de investigación, particularmente interesantes los planteamientos de la escuela evolutiva o funcionalista que sostienen la manera en que una profesión se caracteriza por tener unos atributos estructurales e ideológicos y ven a las profesiones como un proceso. Su paradigma es el proceso de profesionalización, es decir las etapas que hacen que una profesión se vaya configurando como tal. Los atributos estructurales hacen de la profesión una ocupación a tiempo completo y crean asociaciones y colegios para homogeneizar y buscar cohesión moral ante la sociedad. En cuanto a los atributos ideológicos, existen cuatro elementos que a lo largo de nuestro trabajo intentaremos corroborar la verificación de su cumplimiento para un mejor análisis del proceso de profesionalización de la matrona a través de la escritura de sus propios manuales en el siglo XVII. Éstos son la conciencia de colectivo, la creencia de servicio público, la autorregulación, la dedicación exclusiva y la autonomía (Rodríguez Ávila, 2008).

El trabajo que realizan los seres humanos es elemento base en la configuración de la identidad personal y social y los cambios en el desarrollo de las carreras profesionales, se entienden como procesos que conllevan formación, dedicación y avances; “(…) grados de compromiso con el trabajo.” (Del Valle et al., 2002, p. 81). En

el caso de las mujeres, el abandono de sus carreras profesionales por sus compromisos con las tareas domésticas, ha influido sin duda en el desarrollo de todas las profesiones femeninas y por extensión de la matrona.

El origen de las profesiones sanitarias se ubica para algunos autores en los chamanes o sanadores de las primitivas tribus (Kottak, 1994, 2006). Otros autores han considerado a la matrona como "bisagra" entre instituciones y saberes populares de algunos contextos concretos (Pizza, 2007).

Hoy, la guía que determina el contenido de la profesión viene definida por Conferencia Internacional de Matronas (CIM) que en el año 2002, define los conceptos clave de la partería mundial como son el fomento del autocuidado, respeto a la dignidad de las mujeres, sensibilidad a los valores culturales, promoción de los cuidados en salud y prevención de enfermedades (CMI, 2004; Seguranyes, 2004). Se establecen así una serie de competencias esenciales para las matronas, que llevan asociadas unos conocimientos y habilidades básicas indispensables (Soto, Montoya, de Mulder, Sánchez & Canovas, 2008). En España actualmente, es la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo, la guía de estas competencias que las matronas deben necesariamente poseer para ejercer la profesión (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Esta orden, presenta un perfil profesional polivalente con 22 competencias ampliamente desarrolladas que resumen las anteriores explicitadas en el RD 18/2008 de 8 de noviembre (Ministerio de la Presidencia, 2008). Estas competencias abarcan la asistencia de calidad en salud sexual y reproductiva reconociendo los derechos de las mujeres en esta materia.

Tradicionalmente se ha visto a las matronas como mujeres que comparten el hecho del nacimiento con la madre: de ahí que en España etimológicamente se les conociera como madrinas, del latín matrina. De la misma raíz latina de mater-matrix

(madre), se origina la denominación comadre y comadrona. Pero su denominación más utilizada fue partera: proveniente del término latín partus (Alarcón-Nivia, Sepulveda-Agudelo, & Alarcón- Amaya, 2011). En nuestro trabajo, utilizaremos la denominación matrona y partera indistintamente ya que en el siglo XVII y en el contexto internacional europeo, se eliminan las sutilezas entre ambos términos que posteriormente se acentuarían especialmente en el contexto español.

Hoy, se define a la matrona como una profesional que trabaja con las mujeres y sus familias tal y como viene recogida en la definición de la Confederación Internacional de Matronas de 2011 en Durban, desde una profesión de cuidados y de promoción de la salud implicando a las mujeres en el proceso (Confederación Internacional de Matronas, 2011) (*Anexo 1*. Definición Internacional de Matrona de la ICM). Las matronas de hoy se diversifican y se ocupan de las mujeres en todo su ciclo vital, se autogobiernan profesionalmente, investigan y realizan labores de gestión dentro de las instituciones (Rodríguez Portilla, Martínez Rojo, Soto Herrero & Martínez Román, 2012).

El acto de parir depende de la presión social y cultural donde las mutaciones durante siglos han sido extremadamente lentas (Laget, 1977). Así, las profesiones surgen y se deben a las sociedades y en nuestro estudio se hace especialmente relevante el concepto de socialización profesional para la comprensión de la evolución de la profesión matrona. Se define socialización como el proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan maneras de pensar, sentir y actuar esenciales para su eficaz participación en sociedad. Como vemos, es un proceso bidireccional entre el medio y el sujeto (Guil Bozal, Gil-Olarte Márquez, Mestre Navas, & Núñez Vázquez, 2006). En definitiva, por socialización se entiende a la asunción de valores, actitudes, técnicas, conocimientos y roles socio profesionales que otorgan a un grupo concreto un

lugar en la escala social de un momento y lugar determinado (Siles González & Solano Ruiz, 2011).

Se consideran agentes de socialización a las instituciones o individuos que pueden valorar el cumplimiento de las exigencias de la sociedad y disponen del poder para imponerlas. Obviamente el grupo primero y natural de socialización es la familia que realiza la socialización primaria junto con las escuelas y así se condicionan los posteriores roles sociales que pueden implicar desigualdades de poder entre el colectivo masculino y femenino (Del Valle et al., 2002).

Se define socialización profesional como el proceso por el cual las personas selectivamente, adquieren una serie de valores, actitudes, intereses, habilidades y conocimientos, en resumen la cultura propia del grupo del cual buscan formar parte como uno de sus miembros adquiriendo así una serie de roles sociales. Incluye la interiorización de identidades profesionales y un proceso individual de cambio de valores, normas y roles para adquirir los nuevos y específicos de esa profesión. La socialización profesional se ejerce en dos etapas fundamentalmente: la formación y la inclusión en el ambiente de trabajo con la consecuente adquisición de roles propios de la profesión, con las restricciones ambientales y culturales y en continua negociación con uno mismo (Merton, Reader, & Kendall, 1958; Shinyashiki, Costa, Trevizan, & René, 2006).

Nuestro autor de referencia en esta investigación sobre la conceptualización de la socialización profesional en el campo de la salud, es López Piñero (2000/2012), que aboga por un estudio social de la Medicina como parte de la denominada Historia total, cuyo análisis exige la reconstrucción de la compleja red de relaciones, condicionamientos y dependencias que la unen al resto de actividades humanas en sociedad y no como clásicamente se ha venido contando la Historia de la Medicina

internalista; únicamente basada en biografías y hazañas de médicos varones (Lindemann, 2010). La Historia de la Medicina ya no se trataría de una exposición de eventos del pasado, sino del análisis de los cambios experimentados por la Medicina y sobre todo aquellos aspectos derivados de la integración sociocultural de las diversas formas de medicina y el puente de unión con los demás aspectos de la cultura y el resto de actividades sociales. Existen un notable número de diversas formas de medicina y las actividades integradas en cada una de ellas se estudian como un conjunto de interrelaciones sociales o una fracción de pautas de comportamiento entendiéndolas como un sistema cultural (Green, 2008). En consecuencia, el estudio de cada sistema médico debe englobar la dinámica de la población, la economía, la estratificación social, las formas de poder político, la organización institucional y otros condicionantes de la sociedad a la que pertenece como valores y patrones de conducta relativos a la moral, religión y otros aspectos culturales (López Piñero, 2000/2012).

En cuanto a la identidad profesional, ésta se configura en base a unos sistemas de valores y creencias comunes intraprofesionales que cohesionan a los miembros pertenecientes a la misma. Las profesiones, como procesos socio-políticos, conquistan parcelas del mercado: el tener más conocimiento, orientación altruista y más autonomía incrementa el poder profesional frente a otras ocupaciones. Ese poder social hace que sean las profesiones las que definan los problemas de las sociedades, lo bueno y lo malo y cuáles son las soluciones a estos problemas (Rodríguez Ávila, 2008).

Finalmente, recogemos las ideas de Siles González y Solano Ruiz (2011), en cuanto a la utilidad del estudio de la socialización profesional a través de la Historia de la Enfermería. Se considera pues a la Historia de la Enfermería como un instrumento principal de socialización así como el mecanismo que regula el control de la dinámica social, económica, profesional, estética e ideológica del colectivo. La Enfermería entra

en la Historia cuando ésta última, se globaliza y adquiere conciencia de la importancia de la familia como estructura social básica y de la mujer como actriz social principal de la función socio sanitaria de la familia (Siles González, 2000).

1.2.3 Sobre el contexto en el siglo XVII europeo y las matronas.

Entender esta Europa del siglo XVII a través de la especificidad de sus modos solemnes y cotidianos, es nuestra declaración de intenciones mediante el análisis del contexto. De este modo, podremos concretar qué tipo de sociedad es la que rodea a un grupo de mujeres que despuntan como profesionales y son capaces de dejar una huella, a través de su faceta de escritoras, en la historia de la obstetricia. El estudio de estas mujeres y la relación que establecen con los hombres coetáneos en la distribución de poderes, redefinirá viejos problemas desde ópticas en las que tengan visibilidad como participantes activas de una historia que para ser completa, debe contemplar aspectos como la familia, la sexualidad, el trabajo y otras cuestiones que imprimen el carácter de las épocas y que clásicamente han sido subestimadas.

De este modo, nos interesa la historia Europea del siglo XVII en sus aspectos políticos y económicos pero también nos atrae el conocimiento de representaciones culturales, conceptos normativos, instituciones y formas de organización social determinantes para la identidad de unas mujeres que dibujan perfiles nuevos profesionales e intentar subsistir en una lucha por conservar el poder que ostentaron en el arte de partear (Scott, 1990).

La concepción mundial de la Historia, clásicamente se viene planteando desde perspectivas euro centristas (Deyon & Jacquart, 1980) y androcentristas. Desde esta mirada, asistimos en el siglo XVII al progreso lento pero firme de la civilización

europea y su supremacía tecnológica (Parker, 2013) y a la decadencia de Oriente (Mousnier, 1981) (*Anexo 2.* Mapa Europa siglo XVII).

El siglo XVII es el inicio de lo que algunos historiadores denominan la Primera Europa Moderna. Del mismo modo que el siglo XVI se caracteriza por la Reforma Protestante y el siglo XVIII lo hace por la Ilustración, el siglo XVII Europeo es reconocido por su falta de identidad global y por la etiqueta de siglo de crisis: crisis demográficas, económicas, sociales y largas guerras que junto con las grandes epidemias y los importantes cambios climáticos, denominados por Parker (2013) la pequeña edad de hielo, trajeron la desolación a la Temprana Edad Moderna.

Este territorio europeo es extremadamente diverso en todas sus estructuras: Inglaterra da forma a la Monarquía Institucional, se asiste a la decadencia del imperio sacrosanto español y Francia adquiere un protagonismo convirtiéndose en la primera potencia europea: Francia es el sol europeo del siglo XVII (Bergin, 2002).

En esta época de inestabilidades, las mujeres se ven influidas e influyen en la religión, la economía, la clase social, la política a través del parentesco y su peso en el nuevo mundo de la corte, las epidemias de peste y tuberculosis, la marcha y a veces muerte de sus maridos a las guerras y todo este global las arrastra en ocasiones a la vida pública y al trabajo extradoméstico (Duby & Perrot, 1991-1992; Lindemann, 2010).

Proponemos un repaso a aquellos aspectos contextuales que conformaron la identidad de un siglo clave para la historia de las matronas europeas: el siglo XVII.

Economía y política europea en el siglo XVII.

Todos los autores/as sin excepción, atribuyen a la depresión económica una importancia fundamental en las crisis del siglo XVII (Hobsbawm, 2010). De un siglo XVI de brillante desarrollo económico, se pasó a una época de estancamiento y morosidad (Deyon & Jacquart, 1980). Según Bergin (2002), uno de los orígenes de la

decadencia económica fue la disminución del flujo de plata y otros metales preciosos desde el Nuevo Mundo hacia el viejo continente, sumado a un escaso crecimiento industrial europeo. Esto derivó en una generalizada situación de pobreza que inquietaba a grandes franjas sociales y limitaba las capacidades de los gobiernos. Europa era el árbitro de un comercio mundial hacia el oeste, las Indias occidentales, pero también hacia el este, las Indias orientales ya que los europeos exportaban mercancías a cambio de monedas de plata y oro en el continente americano. Estas monedas eran a su vez exportadas a Asia de la que se obtenían especies, sedas y algodones (Cook & Walker, 2013). Reina así en Europa una mentalidad mercantilista en el siglo XVII. Sin embargo, lógicamente este comercio colonial, empieza a encontrar intermediarios americanos que se organizan para condicionar estos flujos comerciales (Deyon & Jacquart, 1980).

En definitiva, encontramos una Europa económicamente dividida en dos mitades claramente polarizadas: la Europa del oeste urbana y comercial y la Europa del este donde la propiedad de la tierra era todavía la llave del poder.

El ambiente de crisis se hace extensible demográficamente a consecuencia de la falta de alimentos, las guerras y las epidemias de peste bubónica, tifus y viruela que diezmaron la población de toda Europa (Lindemann, 2010). Por otro lado, el crecimiento de las ciudades amuralladas constituye un nuevo espacio para la vida de los pobres que acuden a ellas en busca de trabajo y vidas más prósperas y donde las mujeres tenían un abanico de posibilidades impensables en el campo, como trabajar y casarse.

Por otro lado, por el ejercicio de reafirmación de los territorios independientes y de los gobiernos de los mismos, reyes y ministros europeos toman conciencia de la indisolubilidad entre economía y política. Los súbditos de países en guerra, además de los horrores de las invasiones, se vieron afectados por los impuestos de manera que empujaron a parte de la población a la desesperación y el levantamiento contra sus

gobiernos y los sistemas fiscales. Hablan algunos autores/as de una crisis del Estado que incuba lentos cambios en las estructuras sociales (Deyon & Jacquart, 1980). La figura del rey, o de la reina si el azar y el parentesco así lo disponen, se convierte de este modo en el regulador oficial de la actividad económica europea. A pesar de este carácter crítico que domina la reputación del siglo XVII, Europa se convertirá lentamente en una potencia rica, fuerte, comerciante y construirá gobiernos más eficaces que en los siglos anteriores (Bergin, 2002).

Políticamente la primera década del siglo XVII, se caracteriza por la solución de conflictos arrastrados de siglos anteriores entre potencias occidentales. En la parte oriental, además de Hungría en su lucha turca entra en juego Rusia y su inestabilidad previa a la llegada de Miguel Romanov (1614). Por otro lado desde Praga, los protestantes de Bohemia abrieron un periodo de hostilidades: la llamada Guerra de los Treinta Años, que afectó a Alemania y a gran parte de Europa y finalizó con la Paz de Westfalia de 1648 (Parker, 2013). Estas guerras imperialistas europeas son otro claro motivo de crisis ya que se instauran a lo largo del siglo XVII sentimientos políticos dispares: por un lado el imperialismo abanderado por el Rey Sol francés, Luis XIV y el decadente imperio español y de otro lado Estados como el inglés que a través de la Revolución Inglesa de 1688, se abre a nuevas ideas constitucionales y eligen a su soberano Guillermo de Orange triunfando así la burguesía capitalista, los comerciantes londinenses y los aburguesados capitalistas agrícolas (Mousnier, 1981).

Alrededor de las monarquías se crean submundos en los que aparecen oportunidades en el mundo del poder, formal o informal, gracias a la fuerza del parentesco (Scott, 1990). Las monarquías españolas, francesas, inglesas, los principados alemanes y la Florencia ducal de finales del Renacimiento crean las cortes: espacios semipúblicos donde las mujeres adquieren protagonismo (Zemon Davis, 1992) tanto en

su papel de reinas, princesas, consortes, regentes, amantes, cortesanas, pintoras, músicas, escritoras y matronas.

En definitiva las matronas escritoras seleccionadas en nuestra investigación, viven en un clima urbano, hostil, diezmado por guerras, epidemias y algunas son parte de esas cortes y miembros de las élites de sus países en medio de una Europa en crisis y a la vez en crecimiento.

Sobre religiones en el siglo XVII europeo.

Según Bergin (2002), el siglo XVI deja como legado algo espinoso las guerras religiosas que perduran en el siglo XVII. Se materializa con la rivalidad entre Reforma Protestante y Contrarreforma Católica y se prolonga en este siglo denominado por algunos autores el siglo maldito (Parker, 2013).

Con todo esto, las casas reales y la nobleza difunden estos nuevos modelos religiosos por toda Europa a través de sus propios ejemplos. Pero estas nuevas religiones, necesitaron de modos más cotidianos para la extensión de sus redes entre las gentes más modestas europeas. Se entiende así que una manera muy certera de expansión protestante es el calado conseguido en la población a través de la alfabetización de sus mujeres: éstas aprendieron a leer las Biblias traducidas a lenguas vulgares y así pudieron transmitir las nuevas ideas reformistas a sus propios hijos. No obstante, las mujeres no encontraron igualdad en los nuevos grupos religiosos y tampoco longevidad en su protagonismo dentro de los mismos (Anderson & Zinsser, 2009).

Pero en definitiva, la religión reformista se acerca al pueblo y el pueblo responde a esa cercanía. Mientras, los católicos se cierran en banda alrededor del Concilio de Trento (1560) en el que se determina la naturaleza masculina como condición esencial del clero. Pero a su vez, se abre el abanico de posibilidades de las órdenes religiosas

femeninas católicas que cambian la clausura por la enseñanza y el cuidado a pobres y enfermos. Este es el caso de las Hermanas de la Caridad así como la Orden de la Visitación, fundada por San Francisco de Sales en 1616, que cuidan de enfermos y pobres (Anderson & Zinsser, 2009).

Como podemos suponer, existió una tensión más que aparente entre católicos y protestantes que se extendió en su intento de control de las vidas de sus gentes. Una manera de ejercer esa supervisión, fue a través del control reproductivo y de la figura de las matronas que contribuyeron a esa expansión religiosa y a contener a las religiones enemigas en cada uno de sus países: a veces católica y a veces protestante (Rieder, 2010).

En definitiva, este aperturismo religioso europeo fue todo menos tranquilo. Trajo consigo guerras, encarcelamientos y ejecuciones ligeras a humildes y poderosos, persecuciones, censuras culturales y destierros. Pero de esta convulsión nace una diversidad espiritual que como cualquier diversidad, al principio es de difícil digestión pero más adelante enriquece el semblante de la vieja Europa e imprime carácter específico a cada uno de los manuales escritos por matronas en el siglo XVII, seleccionados en esta investigación.

Mujer, educación, familia y trabajo en el siglo XVII europeo.

Desde finales del siglo XVI hasta el XVIII, la mujer sufrió una serie de cambios que le harían retroceder en sus libertades tanto en países católicos como protestantes: disminución de gremios femeninos, políticas matrimoniales más restrictivas, y mayores diferencias salariales entre hombres y mujeres (García Pérez, 2013).

Es evidente la profunda transformación que la condición femenina ha ido conociendo con respecto a su acercamiento a la enseñanza, el trabajo asalariado y por lo tanto a la esfera pública (Bourdieu, 1995/2012) aunque en este siglo XVII, la unión de

las mujeres con las cuestiones reproductivas es indisoluble y las tareas asociadas a las mismas le son asignadas automáticamente interrumpiendo esa poca presencia pública o profesional que pudiera realizar. Conceptualmente, las mujeres de los siglos XVI y XVII son consideradas física y moralmente más débiles que los hombres y menos racionales (Perry, 1996).

Si algo importante legó a la vida cultural europea el protestantismo, fue su iniciativa de alfabetizar a las mujeres y por extensión a más población general, apoyada más tarde por los católicos. Las mujeres perpetuaron en sus hijas este recién adquirido privilegio y se van creando sociedades con mujeres que leen, escriben y abren horizontes culturales (Anderson & Zinsser, 2009). Desde entonces las mujeres que leen y escriben, no se refugian únicamente en los conventos, sino que se hacen visibles y se extiende la cultura a estratos sociales menos favorecidos gracias a la labor de órdenes religiosas femeninas fundamentalmente católicas, que empiezan a educar a las niñas más pobres. Estas instituciones de caridad otorgaban a las niñas la posibilidad de aprender un oficio y ganarse honradamente la vida. Aún así, el lugar por antonomasia de educación de las niñas es la casa y sus madres serán las primitivas maestras que enseñen a leer y escribir a sus hijas y a desempeñar todo tipo de labores domésticas (Sonnet, 1992). Sin embargo las oportunidades educativas no eran iguales en hombres y mujeres y la educación superior estuvo vetada para las mujeres que eran escolarizadas, en el mejor de los casos, en escuelas de caridad y dirigidas a ocupaciones humildes proporcionando una educación superficial y dirigida a sus obligaciones como mujeres (Donnison, 1988).

La sociedad del XVII, responde a modelos de estamentos rígidos, jurídicamente poco equitativos y basados en un complejo “patrilineal-patrilocal” en el que la supremacía masculina se apoya entre otros factores en la guerra (Kottak, 2011, p.249).

El patriarcado describe un sistema político gobernado por hombres. Las familias patriarcales son las células de la población cuyos núcleos son evidentemente los padres de esa familia. Éstos son los responsable legales de la unidad familiar y de sus bienes. Así, las mujeres dependen primero de sus padres y más tarde lo hacen de sus maridos.

El matrimonio es una institución no sólo vinculada al amor y la reproducción sino que "(…) es una institución con otros roles y funciones significativos (…)" (Kottak, 2011, p.290). Los matrimonios del siglo XVII europeo, son en general acuerdos económicos entre familias y a la hora del casamiento, eran siempre más rentables los hijos, ya que las hijas de esa familia al casarse se llevaban la dote, es decir salía de la unidad familiar dinero. De las mujeres más humildes, se esperaba que trabajaran ellas mismas para obtener su dote. De este modo, se casaban menos las mujeres de clases medias altas, ya que las nobles no contraían matrimonio fuera de su casta debido a que el estatus de la pareja se determinaba por el del marido. Por otro lado, en las familias aristocráticas con demasiada prole femenina, sólo se podía dotar a una o dos hijas. El resto permanecía en la familia para no disgregar en exceso sus posesiones. La edad del matrimonio era avanzada y esto se explica por la necesidad de encontrar maridos adecuados en las clases altas y la necesidad de trabajar de las mujeres más pobres para conseguir una dote digna de un matrimonio. Sin embargo las clases altas tenían familias más numerosas.

Con respecto al trabajo de las mujeres en las sociedades preindustriales, se caracterizó por tres elementos definitorios: la discontinuidad en el mismo derivada de la idea de complementariedad a sus tareas domésticas, la irregularidad y por último la solidaridad entendida como una ayuda de las mujeres a la familia y vecinos como exigencia para el funcionamiento y supervivencia de la familia campesina (Ortega & Matilla, 1996).

Existe un empobrecimiento general del mundo rural y aparece así el trabajo extradoméstico rural o urbano como una necesidad en las mujeres pobres, pero no ligado al concepto contemporáneo de independencia en ningún caso. En este sentido, las mujeres pobres, que trabajaban desde niñas fuera de la casa familiar, empezaban su vida laboral entre los 10 y 12 años y tenían diversas ocupaciones entre las que destacaba como lugar más seguro, el trabajo en el servicio doméstico ya que vivían en el domicilio del empleador. En consecuencia, el grupo ocupacional femenino urbano más numeroso en la Europa del siglo XVII lo conforma el del servicio doméstico.

Aparecen así en el siglo XVII europeo una serie de oficios femeninos como son los relacionados con negocios de ropa y seda: costurera, fabricante de capas, sombrerera, bordadora. Son también oficios femeninos los servicios como lavandera y vendedora ambulante. Sin embargo está restringido el acceso de las mujeres en general a los gremios y únicamente acceden a sus privilegios y protecciones algunas viudas o hijas de miembros gremiales relevantes (Hufton, 1992).

Por otro lado, en las sociedades europeas del siglo XVII el tratamiento de las aguas y residuos es una cuestión incipiente y a este hecho vienen asociadas las guerras. Aparece una Europa de tifus, peste negra, peste bubónica, disentería, gripe, sarampión, raquitismo, escorbuto, paludismo y viruela (López Piñero, 2000/2012). Otro factor que aumenta la morbi mortalidad de las mujeres en su vida adulta fértil es el parto y el posparto, además de que el mundo médico las considera y trata de manera discriminatoria en base a cuestiones de género (Churchill, 2005).

Sin embargo el partear era un oficio femenino esencialmente en el siglo XVII europeo: al parto de ricos y pobres asistía una partera, la familia y amigos. En general, únicamente asistía un cirujano si el niño moría para su extracción. Los partos prolongados eran una causa frecuente de muerte junto a las distocias de presentación

fetales, deshidratación y roturas uterinas. No obstante, el monopolio de los partos se vio amenazado por la potencia de una ciencia legitimada y restringida a quienes la practicaban de manera empírica durante siglos: las matronas.

Ciencia y pensamiento en el siglo XVII europeo y las matronas.

La ilusión de Europa de no dejarse vencer por las crisis, se manifiesta en forma de revolución intelectual, de explosión científica proyectada en unos seres humanos que plantean ideas nuevas, aunque recientemente, esta clásica idea de la Revolución Científica se haya venido sustituyendo por los historiadores de la ciencia por una idea menos mítica y más progresiva (Lindemann, 2010).

Lo cierto es que en el siglo XVII europeo, se concreta una metodología investigadora universal combinando observación, experimentación, racionalización y matemáticas: el método científico (Deyon & Jacquart, 1980). Se deja atrás el modelo de ciencia del medioevo a través del Renacimiento y de sus científicos. Herederos de la revolución renacentista, en el siglo XVII aparecen genios que consolidan e impulsan una ciencia formal incipiente como Galileo (1564-1642) con su telescopio y Kepler (1571-1630) que se erigen como defensores científicos de la teoría heliocéntrica cósmica. Descartes (1596-1650) es un entusiasta del cientificismo y considerado padre de la filosofía moderna. El cartesianismo se difunde por toda Europa aunque será un incomprendido de la Iglesia católica. También aparecen publicadas tras su muerte las obras de Spinoza (1632-1677), que sostiene una doctrina de salvación por el conocimiento de Dios. Pascal (1623-1662) inicia el estudio de la teoría de la probabilidad. Newton (1642-1727) y Leibniz (1646-1716), consiguen aplicar el cálculo para el análisis del movimiento. En definitiva, el pensamiento de base renacentista que se asienta en el siglo XVII europeo, se cimenta en tres enfoques críticos: individualismo, relativismo y racionalismo. Se tambalea más que nunca el pensamiento

católico: la ciencia y los grandes viajes y descubrimientos hacen más crítica a la sociedad. Es el triunfo de la ciencia que nos distingue de los animales a través del racionalismo y margina el poder de la cultura como nexo humano y distingue tecnológicamente a Europa por delante del resto del mundo (Parker, 2013).

Además, el microscopio aparece como la puerta de entrada a un mundo desconocido que gobierna el hasta entonces mundo conocido y los descubrimientos médicos enriquecieron la asistencia de las mujeres, que hasta ese momento habían sido consideradas como entes humanos de segunda y por lo tanto se entendió innecesario su estudio y comprensión funcional.

En el debate sobre la inferioridad de las mujeres que se extiende durante el siglo XVII, la educación ocupó un lugar central para quienes defendieron las capacidades femeninas. En medio de ese debate, la Revolución Científica del siglo XVII, propicia una nueva mirada de confianza en las capacidades racionales humanas, pero sin embargo se extiende al siglo XVIII la idea de inferioridad ética y racional de las mujeres para justificar así su subordinación. A su vez, en los siglos XVII y XVIII, existe una gran avidez por conocer los nuevos descubrimientos científicos y por lo tanto la labor de difusión científica fue muy prolífica y el concepto de ciencia útil hace necesaria la elaboración de manuales en lenguas propias de cada país, bien originales o bien traducidos de otros países o de lengas cultas (Álvarez Lires, 2006).

En otro orden de cosas, en tanto en cuanto asumimos que la conceptualización de la salud es una construcción cultural ¿cómo se construye en el siglo XVII el proceso de salud y enfermedad? Desde el siglo VI al último cuarto del siglo XIX, es denominado el periodo de las grandes epidemias y se subdivide a su vez en dos etapas: la protagonizada por la peste (siglos VI-XVIII) y el cólera (XIX), separadas por una de transición dominada principalmente por la viruela. Por su puesto van a influir en el

proceso de salud-enfermedad su integración a las cambiantes condiciones socio-culturales de la Europa del siglo XVII y de otro lado, el peso de sus fundamentos mágicos y religiosos asociados al empirismo (López Piñero, 2000/2012).

El siglo XVII europeo es la cuna de las primeras corrientes de la medicina moderna resultantes de las ideas mercantilistas. Desde el Renacimiento se empiezan a valorar aquellos aspectos preventivos en las sociedades para evitar enfermedades y la organización de asistencia médica como responsabilidad del Estado. También en el Renacimiento, se empiezan a transformar la conceptualización social del denominado "socorro de los pobres", que asociaba la atención a los enfermos como caridad a los pobres. A partir del siglo XVI, la pobreza ya no es un valor positivo como en la Edad Media y se tendió a la secularización de la beneficencia y al control de la mendicidad. Se inicia así la separación entre hospitales y hospederías o albergues para pobres (López Piñero, 2006).

En este siglo XVII existen dos tendencias que condicionaron la asistencia en salud y a la obstetricia en particular: el ambientalismo hipocrático y el galenismo bajo medieval (Gélis, 2009). Las teorías hipocráticas devienen de los comienzos de la medicina griega clásica, y se recogen en la *Colección Hipocrática*: reunión de cincuenta y tres tratados atribuidos a Hipócrates de Cos, médico del siglo V a.C., siendo una de sus características principales el estudio de las enfermedades en relación con su ambiente. Esta tradición ambientalista, se combinó con la idea de que la enfermedad es un desequilibrio relacionado con la mezcla de los humores del organismo, elaborada bajo el concepto de cualidades o potencias y de la teoría de los cuatro elementos: la composición de todas las partes del cuerpo humano como mezcla de cuatro humores cardinales de cualidades opuestas como la sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema o pituita. El principio básico de la terapéutica hipocrática es la creencia en la fuerza

curativa de la naturaleza, que el médico se limita a favorecer mediante fármacos y dieta, entendida ésta como régimen de vida.

La otra corriente médica imperante en el siglo XVII europeo, fue la elaborada por Galeno de Pérgamo en el siglo II d. C., ofreciendo una sistemática del saber médico basado en la tradición hipocrática, en la filosofía de Aristóteles y en sus propias aportaciones originales. Planteó la fisiología y patología desde una perspectiva humoralista, confió en la capacidad discursiva de la razón, y mantuvo los principios básicos hipocráticos (López Piñero, 2000/2012). Para Galeno, el funcionamiento del cuerpo se basa en virtudes, operaciones y espíritus, entendiendo estos últimos como una materia sutil que hace funcionar a los órganos, siendo una "forma especial" de materia (Lindemann, 2010).

Estos dos modelos médicos serán la base científica asumida tanto por las matronas en sus manuales como por el resto de la ciencia médica del siglo XVII. Existen otras corrientes importantes desde el Renacimiento europeo, como serán el movimiento vesaliano desde el siglo XVI, basado en los postulados anatómicos de Vesalio y sus discípulos Realdo Colomo, Bartolommeo Eustacchio y Gabriele Falopio. Pero en general la corriente predominante será el galenismo renacentista abierto a novedades de los recientes descubrimientos anatómicos.

Además de la reinterpretación de los textos clásicos, se desarrolla el denominado Observatio, que consistirá en la conversión de la historia clínica en el inicio de la observación clínica individual moderna, atenida a hechos comprobables y asociadas a nuevas enfermedades no conocidas por los clásicos como la sífilis. Otras corrientes renovadoras desde el renacimiento médico, fue la rebelión iniciada por Paracelso en el siglo XVI. Este médico suizo, basó sus teorías en la creencia de que el origen del hombre se fundamentaba en la combinación de varios compuestos químicos: mercurio,

sulfuro y sal, frente a los cuatro humores de los galenistas con los que chocaron frontalmente. De la ordenación de esos tres elementos químicos, el ser humano según Paracelso obtenía una fuerza vital denominada “arqueo” (Wallis, 2007).

Por otro lado, a consecuencia de los nuevos planteamientos estatales en salud, los principales hospitales renacentistas europeos se convierten en el siglo XVII, no sólo en instituciones dedicadas a una asistencia médica organizada de los estratos sociales inferiores, sino también en escenarios iniciales para la enseñanza profesional y la puesta en marcha de innovaciones tecnológicas (López Piñero, 2000/2012).

Este nuevo periodo prolífico en desarrollo y descubrimientos, tuvo consecuencias para las matronas y su futuro de gran alcance, debido al naciente interés de la ciencia en el estudio de las mujeres y por la propiedad no traspasable del saber académico de los hombres. Comienza una filosofía masculina médica basada en el mecanicismo: si el cuerpo es una máquina, el parto es un proceso mecánico y ante él los hombres se encuentran más capacitados que las mujeres por su naturaleza práctica. Además este pensamiento armoniza a la perfección con los cambios de intervención instrumental en el parto que se consolidarán en el siglo XVIII.

En este contexto médico del siglo XVII europeo, la partería ejercida por matronas adquiere un carácter pre-profesional, en transición desde modelos empíricos a modelos más formales y regulares. Por consiguiente, la ciencia que actúa como reguladora de la profesión matrona en el siglo XVII, la capacita al tiempo con sus avances en anatomía y fisiología. Los médicos que tradicionalmente no se ocuparon de atender ni a niños ni a mujeres (Newton, 2010) sin embargo en el siglo XVII empiezan a interesarse en saber de las mujeres: de sus cuerpos, de su reproducción y de sus partos. Ese interés por los asuntos de mujeres, coloca a la medicina y a sus científicos en un

lugar predominante con el paso de los siglos y aleja a las mujeres matronas de los clásicos “asuntos de mujeres”.

1.2.4 Sobre la profesión matrona en la historia a través de los textos.

Es para este equipo investigador un misterio más que resuelto el silencio escrito que deja tras de sí la profesión matrona y el ejercicio de sus competencias a lo largo de toda la historia. Es a través de la tradición oral que las matronas han consolidado su presencia en la sociedad, mientras la historia escrita construida por los hombres, ha conformado y perpetuado una imagen de las matronas en la que ellas mismas han actuado como protagonistas de su historia en la asistencia a los partos pero no siempre como guionistas de su propia identidad como colectivo y como profesionales.

Este silencio de las matronas nos aporta la clave del desarrollo de una profesión indispensable por necesidad para las sociedades, claramente femenina durante la mayor parte de la historia de la humanidad y codiciada relativamente en función de la valoración que cada momento y cultura ha otorgado al hecho del nacimiento y la crianza. Pero a la vez una profesión reinterpretada y diseñada a través de escritos de personajes ajenos a ella siempre considerados sabios: médicos, cirujanos, filósofos, escritores, profetas, evangelistas y una multitud de hombres expertos que nos dan su propia visión de las matronas desde un exterior que puede, en no pocas ocasiones, ignorar los misterios del parto.

En definitiva, proponemos un repaso a lo largo de la historia de aquellos textos que nos dibujan la imagen de las matronas en una doble vertiente: aquellos relatos en los que aparecen matronas y nos revelan las formas y modos de las mismas, y por otro lado aquellos textos o manuales escritos para formar y regular a las matronas. Es en este último grupo de manuales obstétricos, en los que centraremos gran parte de nuestra

atención, especialmente en aquellas obras científicas elaboradas por matronas en el siglo XVII, por su valiosa e innovadora perspectiva sobre las matronas como naciente colectivo profesional.

1.2.4.1 Las matronas según los textos de la Antigüedad: los primeros manuales obstétricos.

No tenemos más que agradecer a estos hombres y mujeres del pasado el trabajo artístico y escrito legado a la humanidad sobre sus vidas, sus miedos, sus partos y sus muertes: testimonios de la construcción de un hombre que en primer lugar necesita desprenderse de su animalidad y ya como hombre, sobrevivir y perpetuarse (Bataille, Vicens, & Sarazin, 1997).

El Homo Sápiens del Paleolítico (50000-9000 a.C.) vive en condiciones climáticas extremas, es nómada y se establece en sociedades de cazadores-recolectores. Hablamos entonces de unas mujeres que se embarazan y paren en soledad, en conexión íntima con un mundo mágico. El hombre poco aporta en este proceso reproductivo, sin embargo Towler & Bramall (1997), afirman que los núcleos familiares nómadas-cazadores, se constituían de manera escueta y dispersa. En este caso sería razonable pensar que algunos hombres asistieran a sus mujeres en sus partos y las acompañaran.

Con la llegada del Neolítico y gracias al cambio climático acontecido en torno al 10000-8000 a.C., el hombre inicia una nueva organización social sedentaria agricultora-ganadera y establece nuevos conceptos de vida. El cuerpo va dando paso a la cultura, al simbolismo y las jerarquías sociales y sexuales. Es esta nueva forma organizativa, la que otorga el papel de asistencia en los partos a otras mujeres experimentadas de la misma tribu hacia el año 6000 a.C. Éstas serían los ancestros de las actuales matronas (O'dowd, Philipp, & Sciarra, 1994).

En ambas etapas de la prehistoria, es el grupo familiar la unidad estructural en la asistencia a los partos (García Martínez, 2008): en un principio unidad compuesta por hombre, mujer y prole y posteriormente, con los asentamientos neolíticos, conformada por sistemas sociales formales, apareciendo así la figura de la matrona. El parto forma parte de la vida de las mujeres y únicamente se asoman a esta esfera de lo privado otras mujeres experimentadas de la misma tribu.

Pero ¿cómo eran estas matronas de la prehistoria? Las parteras desprendían conocimientos místicos, intuitivos, religiosos y los rituales fueron parte de su práctica asistencial. Usaban infusiones de hierbas y raíces, conocían la naturaleza y transmitían sus saberes empíricos oralmente a otras matronas (O'dowd et al., 1994). Estas parteras asumían el riesgo de la muerte de la madre y el hijo como parte de la esencia humana. A través de restos arqueológicos, se han constatado numerosas muertes de mujeres jóvenes enterradas junto a sus hijos (Doležal, Kuželka & Zvěřina, 2007).

En definitiva, en los principios de la humanidad leemos, a través de relieves encontrados en cuevas, la importancia otorgada a la mujer como dadora de vida y su carácter de intimidad con las diosas madres. Leemos, a través de las estatuillas encontradas desde Siberia hasta el sudeste de Europa (29000-24000 a.C.) como la de Vêstonice, Willendorf, Laussel y Lespugue, la veneración de estos humanos por la fertilidad y concluimos, que si bien el parto en soledad en periodos nómadas o en compañía de un compañero sexual fueron los inicios lógicos de la asistencia al parto, la matrona surge como figura desde los primeros esbozos sociales, se liga a las mujeres y se recluye en la intimidad de las familias.

Siguiendo el hilo conductor de los textos, aparece la recopilación escrita más completa sobre la vida del pueblo hebreo. La Biblia es una grandiosa antología de experiencias e imaginarios de los pueblos hititas, asirios, babilonios y los

posteriormente llamados israelitas, que se divide en Antiguo Testamento o Tanaj y para los cristianos el Nuevo Testamento. A su vez, los cinco primero libros del Antiguo Testamento se conocen por el nombre de Pentateuco para los cristianos y la Torah para los judíos.

Este compendio de textos, es una reliquia que traduce la estructura social de unos pueblos neófitos en los que las matronas aparecen citadas, traduciendo en primer lugar su presencia oficial y más adelante sus características específicas como mujeres que desempeñaron una valiosa labor para sus comunidades.

Por otro lado, la Biblia es el referente conceptual de las mujeres hasta la actualidad en gran parte del mundo occidental. El pecado original de Eva y la traición de la mujer a Dios, es una mancha perpetuada en toda la especie humana (Miranda, 2009). En consecuencia, existe mucha curiosidad por el hecho de la procreación entre estos pueblos ya que se molestan en ilustrar y explicar sus experiencias obstétricas al detalle y de reinterpretar la vida sexual y reproductiva de las mujeres en lo que toca a sus menstruaciones, abortos y partos (Philip, 2006).

De otro lado, las características que definirían a las matronas según el Antiguo Testamento, las extraemos de relatos concretos del mismo en los que se nos habla de matronas destacadas como es el caso del parto de Raquel, en la que aparece una de las primeras referencias escritas sobre matronas en el año 1800 a.C. aproximadamente (García Martínez & García Martínez, 1998). En el Génesis (1.35:16-21), se relata el parto de Raquel y la muerte de ella en el transcurso del mismo, ántes de la cual la matrona le dice que no tema porque también tendrá este hijo. Este pasaje se interpreta en una doble vertiente: para Towler y Bramall (1997) traduce la competencia para realizar exploraciones vaginales de la matrona y detectar el sexo de un varón en presentación de nalgas y para Witkowski (1887) se manifiesta la presencia de una

industria de matronas, necesarias y respetables que recibían el nombre de Majalledeth. Éstas acudían a nacimientos de cierta gravedad ya que comúnmente la mujer hebrea paría sola como posteriormente lo haría la Virgen María.

Este perfil de mujer fuerte y autónoma de las hebreas, es reforzado por otras dos matronas Pua y Sipra que se revelan contra el mandato del Faraón de matar a todo recién nacido varón hebreo hacia el año 1600 a.C. y relatado en el libro del Éxodo. Cuando son interrogadas por el mismo por desobedecer su orden, éstas afirman que las mujeres hebreas no son como las egipcias y controlan el arte de partear y paren solas sin ayuda de las comadronas (Alarcón-Nivia et al., 2011). Sin duda no era un invento total de las matronas: ésta era una práctica habitual. Del pasaje se deduce según Towler & Bramall (1997) que el premio de Dios a estas matronas fue darles hijos, por lo tanto las matronas no siempre fueron mujeres ancianas, según nos dicta la lógica.

En Génesis 38 (1700 a. C.), aparece el relato de Tamar, en cinta del padre de su marido muerto, y la partera que la asiste en su parto gemelar (O'dowd et al., 1994). Las conclusiones que se extraen del relato son la presencia de una matrona competente en el manejo de partos distócicos, consciente de que el parto era gemelar antes de su inicio. Cuando aparece la mano del primer gemelo y le ata una cinta roja, indica buen criterio por no tirar de la extremidad, sin embargo el detalle se refiere más bien a temas de primogenitura, que a maniobras obstétricas. El pasaje no describe la realización por parte de la matrona de una versión interna, sino más bien es citado como primer caso de versión espontánea y la virtud de la partera consiste en dejar a la naturaleza actuar y no realizar maniobras intempestivas desordenadas (Towler & Bramall, 1997; Witkowski, 1887).

De la Biblia también extraemos elementos prácticos del arte de partear como las posiciones de parir, siendo la más frecuente el arrodillarse aunque también se deducen

otras como las adoptadas en sillas de parto, sobre dos piedras y de pie. También era frecuente el uso de remedios derivados de plantas como la mandrágora y la artemisa entre otras (Charmantier, 2010).

Resumiendo: la Biblia presentó a las matronas como mujeres algo sublimadas, valientes, necesarias, presentes socialmente y competentes en la asistencia a mujeres y siempre al servicio de Dios.

Para valorar como fueron las matronas egipcias poseemos datos desde sus escritos. Se calcula que los egipcios introducen la escritura hacia el 2000 a.C. a través del uso del papiro y la piedra. Este pueblo sabio, imaginativo e ingenuo nos lega sus pictogramas que nos permiten visualizar con facilidad su día a día en el que hombres y mujeres conviven adorando a una serie de deidades protectoras que no son más que una entelequia de sí mismos. Surge una mitología mágica asociada al hecho del nacimiento llena de amores incestuosos e infidelidades inverosímiles con una riqueza de diosas protectoras de la genitalidad femenina, maternidad y los nacimientos como Isis, que se embaraza de su hermano Osiris en el vientre materno, Mesknet protectora del parto, Hathor de las gestantes, Taurt diosa de la lactancia y el dios Bes que se entromete en un universo divino femenino. De igual manera, la diosa Heket se consideraba una de las comadronas que ayudaban a salir al sol cada día (Serrano Delgado, 2011).

Según Plata (2003b), la mujer egipcia gozaba de un elevado grado de independencia social, legal y sexual que le permitía acceder a los saberes médicos propiciando un elevado grado de competencia en la asistencia a partos y otros problemas ginecológicos. Así lo atestiguan el Papiro de Ebers (1550 a.C.), auténtico tratado ginecológico, donde se describen sistemas de diagnóstico de embarazo, aceleración del parto, cuidados del recién nacido y se reconoce a las parteras expertas como las encargadas de ejercer este oficio formal. Los Papiros de Lahun (1800 a.C.)

relatan tratamientos para enfermedades útero-vaginales así como métodos de diagnóstico de embarazo. El papiro de Westcar (en torno a 1700 a. C.), incluye fórmulas para el cálculo de la fecha de parto y describe el uso común de sillas de partos. Así mismo en el 1450 a.C., se escribe el papiro de Brugsch que versa sobre salud materno-infantil. Del estudio de estos papiros por algunos autores/as, sabemos cosas como que los egipcios creyeron en la comunicación anal, vaginal y uterina de las mujeres y emplearon remedios como la sangre menstrual, los dátiles o la cebolla para resolver la esterilidad (Jiménez Serrano, 2002).

En el Antiguo Egipto, las matronas eran oficialmente reconocidas por esta cultura como referentes en la asistencia a las mujeres. Esta afirmación está basada en variados testimonios visuales como los bajorrelieves del Templo de Luxor que muestran el parto de Mut-em-Ouat esposa de Tahout IV, sentada en un trono rodeada de parteras. Esto revela que además de arrodilladas, las mujeres también parían sentadas y el hecho de que los partos de la realeza eran asistidos por matronas (Hernández Garre, 2012). Esta idea se refuerza por el relieve del templo de Esna del parto de Cleopatra arrodillada, rodeada de cinco parteras que se pasan el recién nacido de mano en mano proporcionándole los primeros cuidados y trasmitiéndole los mejores augurios. Así mismo, existían una especie de casas de partos o también denominadas casas de la nodriza o Mammisi, cercanas a los templos en las cuales parían mujeres de clases sociales inferiores (Raynaud, 2008).

Así, las matronas según Egipto y sus pictogramas fuimos mujeres, expertas, con acceso a los saberes escritos, conocimientos farmacológicos y sobre la naturaleza, doctas en amuletos, encantamientos y cuya competencia ligaba la asistencia en el proceso de parto y puerperio con la magia y el conocimiento de los rituales adecuados

para atraer a las diosas protectoras y mitigar la resaca de una mortalidad materno-infantil desmesurada.

El pueblo griego que tantas contribuciones hizo a la cimentación de las actuales sociedades complejas modernas en cuanto a humanismo, filosofía, legislación, escritura y medicina tuvo sin embargo en cuanto a obstetricia poco protagonismo y se fundamentó en la sabiduría de los egipcios (Doležal et al., 2007; Towler & Bramall, 1997).

Merece la pena reseñar algunas de las historias mitológicas en lo referente a partos y nacimientos como indicio del carácter del pueblo griego. Para muestra de la extravagancia mitológica y de sus trastiendas, ni más ni menos que el nacimiento de Atenea por la proposición de que un varón diera a luz y el método utilizado para ello: sale tras un tremendo dolor de la cabeza de su padre Zeus. También existen formas de parto específicamente animales con las que sueñan los hombres, como muestra el relato del parto ovíparo gemelar de Leda. Entre las historias mitológicas, destaca el relato del parto gemelar de Leto que da a luz primero a Artemisa y ésta, recién nacida, es la que ayudará a su madre en el parto del segundo gemelo: Apolo. Por este motivo Artemisa es la deidad asociada a los partos y la diosa de la virginidad. Ella creía haber sido elegida por las Moiras para ser comadrona por la precocidad de su don en el manejo del arte obstétrico. Otras diosas protectoras del parto eran Ilitia hija de Hera y Eros y la diosa Tegea que personifica a las mujeres de parto, siempre representada de rodillas, traduciendo la postura habitual de los nacimientos en Grecia (Guirand, 1965). Esta mitología, es un reflejo de la personalidad de este pueblo que se caracterizó entre otras cosas por una diversidad sexual bastante característica (Davis, 2008).

Las mujeres desde el pensamiento médico griego, fueron imaginadas como biológicamente inferiores y esta filosofía se vendría a consolidar con los planteamientos

dualistas de Aristóteles (King & Rabil, 2005). En cuanto a la figura de las matronas, existen dos etapas claramente definidas en la civilización griega en cada una de las cuales han actuado como elemento estructural los textos médicos-filosóficos que dinamizaron la práctica obstétrica, la alejaron de la magia de antaño y la acercaron más a los saberes de los hombres.

En una primera etapa, hacia el año 500 a.C., las matronas o "maiai" disfrutaron de un estatus elevado, fueron reconocidas como profesionales y recibieron honores públicos. Es de sobra conocido que la madre de Sócrates, Phainarité era matrona y que el arte de la partería era denominado Mayéutica. De la semejanza entre la partería y la filosofía, decide llamar a su teoría filosófica Mayéutica a través de la cual la verdad se hallará exclusivamente en el interior de uno mismo. En este periodo de vida publica legal, las matronas según las leyes de Atenas debían ser madres y estar en edad no reproductiva. A su vez existieron dos tipos de parteras: unas altamente cualificadas y que intervenían en partos distócicos solas o en compañía de médicos hombres o mujeres, y otras dedicadas únicamente a la atención de partos normales (Towler & Bramall, 1997). Según Plata (2003b), estas matronas controlaban el embarazo, daban recomendaciones higiénico-dietéticas, prescribían afrodisíacos, anticonceptivos, inducían abortos y hasta arreglaban casamientos. Usaban la artemisa como acelerador del parto, la respiración para el control del dolor, masajes y tactos vaginales (Van Arsdall, 2012). Sin embargo, estas matronas pre-hipocráticas todavía arrastran el peso de la magia y las supersticiones y en este contexto aparece Hipócrates y sus escritos médicos, que conforman el Corpus Hipocraticum y regirán el destino de la Medicina hasta el siglo XVIII. Los escritos de Hipócrates incluyen descripciones de partos normales y la restricción del uso de instrumentos a la extracción de fetos muertos (Drife, 2002). De entre los tratados hipocráticos nos interesa señalar el volumen IV de

Tratados Ginecológicos, que a su vez versa sobre las enfermedades de las mujeres, esterilidad, enfermedades de las vírgenes, superfetación, escisión del feto y sobre la naturaleza de la mujer. De los escritos hipocráticos surgen ideas que perdurarán durante siglos como la recomendación de agitar el cuerpo si se desea un aborto voluntario, el origen del parto por el hambre del feto, la utilidad de los baños de vapor, las versiones externas y alumbramientos manuales (Doležal et al., 2007). Según Witkowski (1887), Hipócrates creía que la continencia sexual durante la gestación hacía los partos más fáciles y propone remedios de la época para acelerar el expulsivo, introduciendo en la vagina una tela que contenga pepino y leche de mujer diluida en vino con tres erizos de mar o piel de serpiente. Defiende que el recién nacido no debe ser amamantado por su madre sino por nodriza hasta 25- 30 días tras el parto, tiempo necesario para purgar el calostro al que se atribuyen efectos nocivos para el neonato. Por primera vez habla de los partos en la cama o sobre una mesa y describe la curiosa técnica de la sucusión hipocrática, en la que la mujer tendida en la cama es sujetada por cuatro mujeres, dos de las piernas y dos de los brazos, se le levanta en peso y se le zarandea hacia abajo o se sacude contra el suelo una mesa en posición vertical a la que previamente se ha atado una mujer en trabajo de parto.

Del mismo modo, Platón nos relata que en su República ideal las nodrizas deberían ser un bien común. También se refiere a las prácticas abortivas que de hecho parecieran haber sido la principal ocupación de las matronas griegas (Witkowski, 1887). Precisamente, gracias a las recetas abortivas conocemos a las matronas Olimpia de Tebas, Lais de Atenas, Salpe, Sotira, Empiria, Basila y Aspasia (Jori Biscamps, 1947). Se han conservado algunos fragmentos de estas recetas abortivas en el Tetrabiblos de Aecio (Lascaratos, Tsiamis, & Kostakis, 2003) y en el libro erótico escrito por Elefantis que según O´Dowd et al. (1994) era matrona.

Por otro lado, las ideas de Aristóteles en torno a la medicina obstétrica también influyen en la configuración del arte de partear como una nueva ciencia.

Más tarde, hacia el año 300 a. C con la creciente formalización de la partería a cargo de médicos y filósofos que transmiten saberes escritos, se inicia una segunda etapa para las matronas en la que la actitud hacia ellas cambia completamente prohibiendo su presencia en la esfera pública. De esta situación, aparece la figura de Agnodike que, leyenda o realidad, traduce la dramática situación de persecución de una partera que solicitó formarse en la medicina de Herófilo y ejercer libremente la profesión (Pamo-Reyna, 2007). Para ello se hizo pasar por hombre y sólo desvelaba su sexo a sus clientes. En el juicio que se le realizó acusándole de intrusismo profesional, las matronas de Atenas salieron en su defensa y consiguieron que al menos se autorizara a tres mujeres a ejercer el arte de partear en Atenas (Towler & Bramall, 1997). De este modo Agnodike es considerada un icono de participación decidida y activa en la obstetricia antigua (Alarcón-Nivia et al., 2011).

En definitiva la matrona en la civilización griega, se ve sorprendida por la ciencia y a pesar de los límites públicos que empieza a asumir, sigue presente en los nacimientos domésticos y comienza a ser segregada de los saberes escritos por los hombres expertos que los producen.

Las matronas en Roma estuvieron influidas según Conde Fernández (2011), por la cultura romana que viene a favorecer de nuevo el papel público de las mujeres en el mundo de la medicina en general, ya que algunas escuelas médicas estuvieron abiertas a mujeres.

En la mitología romana, también heredada de Grecia y más tarde en la religión cristiana, aparecen una serie de deidades asociadas al nacimiento que nos orientan de la visión romana de la matrona. Juno Lucina fue la principal diosa protectora de los partos.

Resulta muy interesante el análisis del relato del parto de Alcmena de un hijo de Zeus, en el que aparece la figura de la diosa Lucina asistiendo como matrona avisada por la celosa esposa de Zeus, Hera. Ésta, solicita a la matrona Lucina que le dificulte aún más el parto a la amante de su esposo cuya duración ya es de siete días y siete noches. Esta matrona así lo hace a través de una serie de prácticas relatadas por Ovidio en su obra *Metamorfosis*. A través del relato, se nos muestra una actitud poco ética de la partera para con la mujer y revela los secretos de éstas para dificultar un parto, entre los que se encontraba cruzarle las piernas a las mujeres. En casos de partos laboriosos, se le ofrecía a la diosa Lucina pasteles, dinero, ovejas o según Séneca incluso vaquillas. Lucina adopta varios nombres según la especialización de su protección como Fluonia que previene hemorragias posparto, Ossipaga forma al feto, Opigena del expulsivo, Alémona del embrión y Pártula como fiel acompañante en el parto.

Mas tarde el cristianismo nos arrastra hacia la continuación de este sistema de protección a la maternidad a través de sus santos: San Honorio, Santa Librada, San Oyan, San Jacinto, San Bernardo, San Carlos Borromeo, San Francisco de Sales, San Ramón Nonato y un larga lista de santidades que se consideran en la actualidad como protectores del buen parto en el mundo cristiano (Witkowski, 1887).

Pero ¿cómo eran y qué funciones realizaban las matronas romanas? Parece ser que no gozaban exactamente de buena reputación. Las parteras, que eran llamadas obstetrix, procedían de Anatolia, Grecia y Egipto y gran parte de las prácticas médicas en Roma eran realizadas por esclavos (Doležal et al., 2007; Witkowski, 1887). La primera mención escrita de un autor latino a las matronas, la realiza Plauto en su obra *El soldado fanfarrón*, donde el héroe Pyrgopolinice dice que la partera se quejó de que no se le pagó lo suficiente (Witkowski, 1887). De este relato se obtienen valiosas conclusiones: la presencia pública y oficialmente reconocida de las matronas y la

remuneración formal del oficio que la alejan de los ámbitos domésticos exclusivos anteriores.

En Roma existieron las obstetrices, las obstetrix o parteras, las adstetrices o ayudantes de las parteras y las sagae de donde proviene la palabra sage-femme (matrona en francés) ligadas a la magia y a los abortos. Estas matronas, al igual que las griegas, permanecían en las casas de las mujeres asistidas hasta el quinto día y antes de su marcha se celebraba una ceremonia en la que todos los presentes en el parto se reunían y se lavaban con solemnidad las manos incluyendo a la partera y finalizaba con una gran fiesta y reparto de regalos. Durante la asistencia a los nacimientos, las matronas asumían como propia la organización de rituales para invocar la protección de las diosas protectoras con guirnaldas y coronas de flores, y colocando en el muslo de las parturientas minerales tipo la piedra del águila para facilitar el parto. Las matronas hacían uso de otros remedios de la época para mitigar el dolor de parto como untar el ombligo de las gestantes con veneno de víbora o grasa de anguila haciendo uso de los conocimientos sobre las propiedades de hierbas y otros remedios (Totelin, 2014).

Según Valle Racero (2002) y Conde Fernández (2011), las matronas romanas tenían alguna formación específica y no se elaboró una ocupación femenina por razones de corporativismo de género en exclusiva. Por otro lado gracias a Séneca, sabemos que las matronas eran consultadas como expertas y peritos para resolver problemas legales en temas de certificaciones de nacimientos, virginidades, impotencias y violaciones, lo que les otorgaba en este caso un estatus social elevado. Surgen matronas romanas muy conocidas como la famosa matrona Scribonia Attice en cuya tumba en el cementerio de Ostia, aparece un relieve de ella asistiendo un nacimiento en una silla de partos (Ackerknecht, 1976). Además de Paula, la matrona de fe cristiana, es ampliamente conocida la referencia en el relato de Petronio en su *Satyricon* en los capítulos 111 y

112 a la matrona de Éfeso. El relato comienza alabando a la matrona por su fama de honesta, para después hacer una crítica feroz a las mujeres por su frialdad. En el caso de esta matrona, frialdad al sustituir a su marido muerto por un soldado que conoce en el mismo cementerio en el que vela su cuerpo. Petronio utiliza a una matrona para retratar a una mujer volátil, según la Iglesia Católica reinterpretará siglos después, o como un alegato a la vida como prefieren interpretar otros autores (Sánchez, 2005).

En cuanto a los manuales obstétricos y ginecológicos de esta época, la presencia de la mujer en la medicina académica hace que haya abundantes referencias a escritos elaborados por mujeres como Olimpia Lais y Cleopatra: médica romana que escribe su obra llamada *Harmonia Gyneacorum*, que algunos autores/as citan como el modelo seguido posteriormente por Sorano de Éfeso para escribir el tratado más importante sobre obstetricia y ginecología hasta la Edad Moderna. Sin embargo, han pasado a la historia con mucha más contundencia los escritos de Cornelio Celsus, que traduce los textos de Hipócrates y es el autor de *De res medica*. El séptimo de sus 8 volúmenes, lo dedica a la obstetricia y ginecología en especial los capítulos 28 y 29. También han pasado a la historia los escritos de Plinius describiendo con minuciosidad los rituales y remedios que debían acompañar a las mujeres para facilitar sus partos, como la colocación de la placenta de un perro en el muslo de la parturienta o una pluma de buitre bajo sus piernas (Doležal et al., 2007; Fasbender, 1906). Otros autores como Philumenos o Rufus de Éfeso, también aportaron sus ideas, pero es Sorano de Éfeso el autor que mayor huella dejará en la historia de la obstetricia. Vive en el siglo II d.C., era griego y desde esta formación transcultural, se traslada a Roma y allí escribe su gran obra en griego *Gynaikéion Peri* o *El arte obstétrico* (Todman, 2007). Pero si algo nos interesa de Sorano, es el manual elaborado específicamente para la formación de las matronas titulado *De morbis mullierium* del que obtenemos una imagen exacta de lo que

las matronas deben saber, hacer y ser en Roma según Sorano y la ciencia (Piper, 2010). La matrona se solía formar teóricamente, por lo que debía saber leer, se adiestraría con una médica académica y debía dominar la farmacología, la quirúrgica y el conocimiento sobre plantas (Donnison, 1988; Linares Abad, 2009). Entre los utensilios de trabajo de las matronas, eran imprescindibles según Sorano paños para envolver al bebé, una esponja suave, una pieza de lino para colocarla en la mano y proteger el periné y vendajes para envolver al niño. Aconseja el cuidado de las mujeres en el embarazo a través de ejercicio y respiraciones, la forma adecuada de cortar y cuidar el cordón umbilical y recomienda que los partos deben ser asistidos por las maias (matronas) en sillas de partos que generalmente necesitan de la ayuda de tres personas: una para sujetar a la mujer por detrás, otra con funciones de volante y la última que aplicará presión hacia abajo en el vientre de la parturienta si fuera necesario (Conde Fernández, 2011; Doležal et al., 2007). Además, Sorano escribe sobre los problemas psicológicos y psiquiátricos de la puérpera, elaborando una mirada holística a la salud de las mujeres (Gómez Alcalde, 2002).

Según Witkowski (1887), Sorano de Éfeso dice que cuando los médicos sean llamados a un parto difícil, éstos le preguntarán a la partera la naturaleza del problema. De esta afirmación se deducen varias cuestiones: las matronas romanas eran las encargadas de la asistencia a los partos normales y únicamente solicitaban la asistencia de médicos en casos complicados y por otra parte traduce una cierta confianza entre médico-partera que le hace preguntarle cuál es la naturaleza del problema para una resolución pronta y efectiva trabajando en equipo.

Más tarde, otros escritos adquieren relevancia como los realizados por Moschion en el siglo VI d.C. que, inspirado por Sorano, compiló un breve tratado de instrucción para las parteras y tradujo al latín las obras de Sorano (Doležal et al., 2007). Por último

los escritos de Galeno, acaban de diseñar el futuro de una medicina que se sostiene y se enseña hasta bien entrado el siglo XVII y asienta la idea de que la matrona debe ser regulada por la ciencia médica y a la vez la dota de contenido racional y puja por la alfabetización relativa de las mujeres que la practican. Sin embargo la ciencia pide a cambio un peaje por la semi inclusión de la partería en la ciencia formal: el control relativo del arte de partear y el diseño de la matrona perfecta desde los ojos de expertos, ajenos a la práctica de la misma.

Esta ciencia greco-romana se expande posteriormente al mundo bizantino, árabe y por extensión a parte de Europa con especial influencia en España. Destacan autores como Oribasius, Paulus de Aegina, Serapión, Ali ben Abbas y en especial Rhazes que dedica sus escritos a las parteras definiendo las tareas de éstas, Abulcasis y Avicenna que compiló *El Canon de la Medicina* (Fasbender, 1906; Plata, 2003b). Éstos estuvieron algo limitados por la prohibición del Corán de atender partos a médicos varones, aunque algunos autores/as aseguran que estos médicos ya utilizaban el fórceps.

1.2.4.2 De la Edad Media al Renacimiento: el aislamiento de las matronas a saberes escritos.

Hasta el siglo XV Europa se regirá por una fuerza cohesionadora culturalmente: el cristianismo, que se expande reprimiendo toda forma de progreso científico e involuciona la matronería. Se les prohíbe a las mujeres el acceso a las enseñanzas médicas formales (Donnison, 1988) y la obstetricia sigue adelante básicamente en su forma oral de transmisión y asentándose sobre una base empírica hasta la llegada de la Edad Moderna (Broomhall, 2012). Los saberes más formales y teóricos se recluyen en los monasterios hasta que en el siglo XIII, empiezan a tomar forma las primeras Universidades de Medicina. Los asuntos femeninos eran poco codiciados por la ciencia,

y cirujanos y parteras son escindidos del mundo de la medicina más académica. En virtud de la pureza y el pudor de las mujeres, se consolidó el patrón femenino de asistencia al parto (Hernández Garre, 2012).

En este contexto, las parteras medievales eran en cierto sentido despreciadas por el cristianismo, pero consideradas necesarias por la exigencia de que los "asuntos de mujeres" fueran atendidos por ellas mismas. Por lo tanto existe una ambivalencia por parte del poder eclesiástico hacia ellas: por un lado disfrutan de pequeños privilegios como salarios estatales cuando comienza la regulación de la profesión, y por otro lado sufren una descarnada persecución, en ocasiones mortal por su asociación con la brujería (Ackerknecht, 1976; Ehrenreich, 2010). Del conocimiento empírico de las parteras en temas de naturaleza, sexualidad y partos proviene su unión con la brujería. Las matronas en España, tras el Concilio de Toledo en 1324, son catalogadas con facilidad como enfermas, locas, poseídas y se convierten en blanco de torturas y condenas diversas. El hecho de ser mujeres, también es considerado factor de riesgo de brujería por la debilidad ante todo tipo de tentaciones diabólicas. Para muestra, una reseña del famoso *Malleus Maleficarum* de 1486 escrito por dos monjes dominicos, donde se explicita que nadie es más peligrosa y perniciosa para la fe Católica que las parteras (Marsá González, 2009).

Pero ¿cómo sería este oficio tan escondido pero tan presente? Según Witkowski (1887) El libro de la Taille de 1292 (París), nos detalla que el arte de la partería estaba sometido a muchos impuestos y su ejercicio era poco rentable y en él únicamente se cita el nombre de dos parteras, de lo que deducimos su presencia oficiosa y escasa.

En la Edad Media, existe un intento de regular la profesión matrona que en España se hace a través de las Ordenanzas de Madrigal de 1448, donde se determina que las parteras debían ser examinadas por los alcaldes. Pero es en el reinado de los Reyes

Católicos a finales del siglo XV, cuando a través del Protomedicato se regula la actividad profesional de las matronas formalmente, aunque este organismo poco hizo por su consolidación como profesión (Gallego Caminero, Miró Bonet, de Sant Jordi, & Gastaldo, 2005; Ortiz Gómez, 1996). Esta regulación de la matrona por los poderes públicos, se combinó con el férreo control eclesiástico: Iglesia y Gobiernos nos juzgaron como capaces o incapaces para partear.

Poco se sabe de las características personales que definirían el perfil de las matronas europeas de la Edad Media: eran por lo general mujeres casadas o viudas de edad madura y que hubieran parido sus propios hijos como experiencia indispensable. Existen documentos, como los estudiados por García Martínez (2012), que nos muestran una imagen de cómo fueron las parteras medievales a través de cartas públicas de partos, libros de visitas pastorales o autos de fe. Estas matronas estuvieron recluidas en el ámbito más estrictamente doméstico y a la vez tuvieron algo de presencia pública ya que fueron las matronas de las cortes como María Oto (427), la Herradera partera de Isabel la Católica y Marguerite Cobbe que asiste al nacimiento de Eduardo V de Inglaterra (1470) (Valle Racero, 2002). Sin embargo, también hubo matronas como la llamada Perette, que fue condenada a la pena capital en Francia aunque le fuera conmutada por ser una matrona habilidosa y morirá posteriormente en 1411 (O'dowd et al., 1994).

En todo este universo de religiones, aparece un reducto científico y docente en el siglo XI-XII, que alegra a una Europa recluida en los conventos: la Escuela de Salerno. De ella surgen figuras relevantes como Trótula y las damas de Salerno (Linares Abad, 2009). Según diversos autores/as, Trótula fue probablemente una médica aunque es posible que también fuera comadrona. Murió en 1097 y de ella se ha puesto en duda todo, hasta su género. Pero el hecho es que escribe una obra importante llamada

Passionibus Mulierum, en la que se habla de múltiples aspectos en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Elabora entre otros tratados, uno sobre ginecología titulado *Las enfermedades de las mujeres antes, durante y después del parto* (Doležal et al., 2007). En sus obras, inspiradas en Sorano, nos detalla aspectos como la sutura correcta del periné y una adecuada protección del mismo, habla de los cuidados en el parto como baños, masajes, deambulación, limpieza y describe el uso del opio para el dolor. Sin duda, junto con la abadesa Hildegarda de Bingen, conforman el núcleo de conocimientos escritos sobre los cuidados de las mujeres en la Edad Media (Green, 2001). Recientemente, historiadores sociales de la medicina, nos han hecho reflexionar sobre si estas obras de Trótula estarían realmente dirigidas a las mujeres y al interés en sus cuidados o más bien fueron un medio de dar a conocer un mundo oculto hasta entonces por los hombres y la ciencia (Turner, 2009).

Existen otros autores medievales renombrados en obstetricia como Albertus Magnus, Bernard de Gordon, Guy de Chauliac, Peter de la Cerlata, Benivieni, Savonarola y Alex Benedictus. Todos ellos médicos que escriben sobre partos y mujeres (Fasbender, 1906).

Sin embargo, todos los manuales hasta ahora manuscritos con preciosismo, pasan a ser de uso más común con el invento de Gutenberg en Alemania en 1445: la imprenta. Éste cambia la concepción de cultura para minorías y extiende relativamente los saberes entre fronteras y clases sociales. A la vez comienza una nueva corriente de humanismo que abre de nuevo puertas y ventanas a la anatomía, las astrología, la medicina y al resto de ciencias. El Renacimiento, a través de Universidades como Padua, Bolonia y Venecia abren paso al conocimiento médico, redescubre la anatomía, nos ilustra con ella al resto de ciencias y otorga a la medicina un saber y un poder del

que beben otras disciplinas como las matronas, que más tarde asumirán este conocimiento teórico como base indispensable para su futura profesión.

1.2.4.3 La Temprana Edad Moderna de la partería europea: las matronas y los manuales obstétricos en los siglos XVI-XVII.

Tras la oscuridad medieval, a través de la luz del conocimiento, se considera al siglo XVI como el del renacimiento de la obstetricia que se libera del pensamiento más estrictamente escolástico y elabora trabajos científicos médicos que se difunden a velocidades antes desconocidas por la humanidad. Es reveladora, la despreocupación de la ciencia por lo femenino en todos sus ámbitos a lo largo de los siglos, que se traduce en la inexistencia de avances en el parto y en su estudio formal que, desde Sorano, experimentará un estancamiento preceptivo y desmesurado (Conde Fernández, 2011). El siglo XVII se presenta pues como uno de los periodos más importantes de la historia de la obstetricia y origen de un profundo cambio de la misma (Gélis, 2009).

El siglo XVI con sus reformas religiosas, contribuye a abrir las mentes de unas matronas que hasta ahora se recluían ruborizadas en los ámbitos domésticos para ejercer. El conocimiento teórico de los médicos universitarios, impregna en parte positivamente al proyecto de profesión de las matronas, que poco a poco van tomando conciencia de la necesidad de formarse, regularse, oficializarse y reivindicarse como profesionales referentes en cuanto a la asistencia a los partos. Sin embargo, a medida que avanza el siglo XVII, se acentúa más la brecha entre los cirujanos, que comienzan a interesarse por la asistencia a los partos de fetos vivos, y las matronas que ven amenazada su hegemonía en la asistencia a los nacimientos.

La cuestión es clara: si a lo largo de la historia las matronas hemos sido vistas y pensadas desde los ojos de los saberes de hombres expertos, al fin llega la hora en que

estos hombres, que se preocuparon por formarnos y diseñarnos a través de sus manuales escritos, deciden colonizar esta rama médica que hasta ahora era tierra inhóspita por el desprecio natural o cultural a todas las cuestiones femeninas por el mundo de la ciencia. Pero ¿fue este interés un asunto económico, de estatus o simplemente una lucha de poder y de género con las mujeres parteras que tan calladamente ejercían su oficio desde los comienzos de la humanidad? El caso es que en la Temprana Edad Moderna europea, estas parteras expertas vivirán en una ambivalencia con respecto a los hombres que amenazan su hegemonía profesional: valoraron su saber universitario y se reconocieron ignorantes en cuanto a teoría anatómica y técnicas quirúrgicas más específicas, pero a la vez se reivindicaron como expertas en partos a través de una práctica adquirida experimentalmente y vetada a varones a través de siglos (Perkins, 1996).

Este juego de poderes por adjudicarse la hegemonía del parto entre hombres y mujeres se libra también a través de los textos, que si bien inicialmente y mayoritariamente son elaborados por médicos, son contestados sin embargo por una minoría elitista de matronas europeas, que comprenden rápidamente el poder de la palabra escrita para la trasmisión del saber, la reafirmación del estatus público y la pertinencia en la reivindicación de su arte como profesión. A través de la elaboración de unos pocos manuales obstétricos escritos por matronas para matronas, podemos observar todo de la partería y sus protagonistas. Son para nosotras un pequeño tesoro poco valorado. A través de los ojos de las matronas veremos por primera vez a las matronas, a las mujeres y a todo lo que rodea en esta etapa a la salud sexual y reproductiva para conformar por primera vez una imagen de las matronas real y propia; sin intermediarios.

1.2.4.3.1 Las matronas europeas en los siglos XVI-XVII.

Según Flecha García (2006), en las últimas décadas los estudios sobre igualdad han documentado la constante oposición histórica al acceso de las mujeres a una instrucción, a la consecución de títulos académicos y trabajos profesionales semejantes a los de los hombres: quedaron excluidas de los procesos de definición de la cultura porque se les concebía como "lo otro". En consecuencia, el concepto de cultura hizo que únicamente lo erudito formara parte de la transmisión de saberes ligados a los hombres mientras los saberes de las mujeres se desestimaron y presentaron como dependientes de la naturaleza, espontáneos o fueron relegados a espacios sin trascendencia social. Sin embargo, los manuales escritos por matronas del siglo XVII, son una muestra de las evidentes diferencias individuales en el proyecto formativo de cada mujer en cada época y nos revelan la voluntad clara y el movimiento de algunas de estas mujeres por participar en el saber teórico y que a la vez se les reconociera el saber empírico adquirido en su relación con otras matronas y mujeres.

Para algunos autores/as, la partería moderna surge a finales del siglo XVII en Francia, asociada al movimiento de capacitación de las matronas supervisado y asociado a médicos o cirujanos que moverá la partería en el siglo XVIII, hacia un dominio masculino asociado a una posterior reducción de mortalidad materno infantil (De Brouwere, 2007). El arte de partear como oficio, comienza en el siglo XVII a trasformarse en profesión debido a las ideas mercantilistas y poblacionistas que determinan la entrada del parto en la esfera de lo público y la consideración del mismo como un asunto de los Estados (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995). Esto comportaba necesariamente una regulación de esa nueva profesión, una mayor elaboración teórica y un estatus social más elevado a cambio de la entrada masiva de cirujanos que se encargarían de los aspectos más públicos de la remodelación del antiguo oficio: la

docencia y la representación del nuevo poder científico-técnico y comenzarían a considerar los hospitales como sus espacios idílicos donde recluirse a ejercer ese poder. En definitiva para algunos autores/as, el siglo XVII es el punto de inflexión del interés de la medicina por la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Hernández Garre, 2012).

Nos encontramos entonces en un contexto en el que la partería se dirige a la profesionalización: hablaríamos así de una matronería pre-profesionalizada en el siglo XVII europeo. El Estado, que empieza a revelarse como el mayor accionista europeo del control de las matronas, actúa en cierto modo mostrando el reflejo de su interés a largo plazo por el control de las mujeres que cobrará sentido con el paso de los siglos si se analiza el modo de construcción y consolidación de poder desde el género. Como política hacia las mujeres, se enfatizó la diferencia sexual en el sentido de dominación y control de las mujeres (Scott, 1990).

En estos siglos en los que prima la tipología mujer-útero, es cierto que ni cirujanos ni comadronas eran grandes sabios en cuanto al conocimiento de las mujeres y su anatomía, pero la apertura de la partería al conocimiento científico de la época la liberó del monopolio exclusivo de matronas que vivían mayoritariamente de la práctica y la superstición y continuaban siendo asociadas en ocasiones al perfil de la bruja. Así sucedió con la matrona alemana de la cuidad de Nördling, Barbara Lierheimer, que en 1590 fue torturada hasta la muerte por brujería (Ehrenreich, 2010). Se han identificado múltiples personajes a través de estudios historiográficos como el elaborado por Perry (1996), desde documentos del Santo Oficio español, en el que identifica a Ana Linda apresada por la Inquisición en 1645, acusada de hechicería a los 97 años y que representaba la sabiduría tradicional del mundo femenino. Este tipo de personajes, ilustran una combinación muy corriente en el siglo XVII del trabajo curativo de las

mujeres con el mundo de la magia y la superstición derivadas del cisma en que la cultura oficial insistía: una medicina de libros y sabios practicada por hombres y una medicina basada en la experiencia y en la creencia en fuerzas sobrenaturales asociada a mujeres. El pecado de las parteras no era pues su ignorancia tanto como su poder y sus conocimientos sobre el control del cuerpo y la reproducción de las mujeres.

No obstante, en el siglo XV en países como Alemania, Francia, Holanda, Suiza e Italia, los médicos inician un movimiento para organizar, regular y formar a las comadronas partiendo de unos conocimientos basados en la lectura de libros clásicos y ninguna experiencia en la asistencia a partos (Conde Fernández, 2011; Donnison, 1988). Estos intentos por regular la profesión a través de la dispensación de licencias, se organiza en Europa alrededor de las grandes instituciones de poder: la Iglesia en Inglaterra y el Estado y los organismos municipales con participación de médicos en Francia y Alemania (Evenden, 2000). Según Bergin (2002), en 1630 los ingresos procedentes de la venta de títulos y oficios ascendían aproximadamente a una cuarta parte de los ingresos del Estado: en este sentido Francia es el ejemplo más llamativo y estudiado en la venta de títulos y oficios.

Surge entonces un cambio cuantitativo y cualitativo en la formación de las matronas, que poco a poco se introducen en el conocimiento anatómico más básico gracias a que los manuales escritos para ellas se traducen de las lenguas cultas a las vernáculas (Valle Racero, 2002). Así, las propias matronas tomaron conciencia de la necesidad de formarse, titularse y significarse entre aquellas que seguían ejerciendo desde la ignorancia teórica clásica, y en ocasiones son ellas mismas las que reivindican a los poderes públicos una reglamentación que las clasifique y las capacite para el ejercicio de la partería. Como ejemplo de este interés de las matronas por oficializarse,

Valle Racero (2002) cita a Marta Rodrígues, Juana de la Chica o Mariana de la Fuente que intentaron en 1653 oficializar su ejercicio profesional en España.

Pero seamos realistas ¿quiénes definían los estándares de calidad que capacitaban a las matronas? ¿cuáles eran los verdaderos intereses que se movían en torno a la regulación de las matronas europeas de la Temprana Edad Moderna? Estos exámenes para obtener licencias eran controlados por las autoridades locales, médicas y eclesiásticas y eran una forma de negocio y manejo de poder además de asegurar la expansión de las nuevas religiones (Evenden, 2000). Los exámenes eran a menudo sobre moral y religión más que sobre conocimientos científicos, y era obvio que ni obispos ni médicos podían instruir en la asistencia a partos a las matronas, ya que ninguno de ellos conocía el arte en su sentido pragmático. Con frecuencia era la esposa del alcalde la que determinaba quién sería la partera local (Doležal et al., 2007). En otras ocasiones y más al inicio del siglo XVI especialmente en el Reino Unido, eran los Obispos los encargados de tramitar licencias (Mortimer, 2004) para matronas como por ejemplo la de Eleaonor Pead que emite el Obispado de Canterbury en 1567 en presencia de ocho mujeres expertas comadronas (Forbes, 1962) y la de Helen Perkins, expedida por el Obispado de Londres en 1686. Sin embargo, conforme avanza el siglo XVI y entrando en el XVII, existe una lucha externa de amor y odio entre civiles y clero por el control de las matronas y el privilegio de otorgar sus licencias: los médicos-cirujanos contra los obispos. Peter Chamberlen contra Cromwell en su traducción inglesa (O'dowd et al., 1994; Potts, 2007).

Entonces la regulación ¿trae buenos augurios a una profesión escondida o nos subyuga a las matronas a otras formas externas de control y de poder? Algunos autores/as afirman que era más el interés de las autoridades por controlar que por formar a las matronas y sobre todo por asegurarse de que ejercían una partería doméstica sin

intrusismo en otros ámbitos médicos ni de distocias obstétricas (Anderson, Zinsser, & Camprodón, 1992). Además, estos intentos por oficializar a las matronas llevaron un ritmo flemático ya que muchas de ellas siguieron ejerciendo clandestinamente sin formación y ofreciendo una resistencia a las matronas tituladas y a toda forma de control normativo. En esta línea, encontramos los estudios de García Martínez (2008) que, a través de fuentes documentales, identifica en Sevilla en los siglos XVII y XVIII a 100 parteras de las cuales 79 no cumplían ningún requisito legal, 15 presentaron a las autoridades algún certificado de formación y 6 asistieron al parto de manera ocasional no teniendo este oficio como forma de vida. Como ejemplo inglés se conocen numerosos nombres de matronas que fueron procesadas y castigadas por ejercer sin licencia como Agnes Marshall o Agnes Hobson, Elizabeth Harrison (1691), Joane Munday (1662) y otras muchas (Forbes, 1962).

Las matronas en ocasiones realizaban un juramento al ser capacitadas como el citado por Towler &Bramall (1997) de Eleanor Pead del 26 de agosto de 1567, en el que promete no permitir trampas de parentesco ni filiación de los hijos nacidos, no utilizar ningún tipo de brujería ni matar al hijo de ninguna mujer, ni desmembrarlo ni permitir que nadie lo hiciera en su presencia. Más tarde en el siglo XVII, las comadronas inglesas debían además jurar que no emplearían medicinas para abortar ni inducir partos prematuros, no extorsionarían para conseguir pagos adicionales, no se aliarían con las mujeres para ocultar “cosas oscuras”, guardarían los secretos de la mujer, tratarían con respeto al recién nacido muerto, denunciarían a cualquier matrona que ejerciera sin licencia, serían justas con las otras comadronas y no emplearían ayudantes no cualificadas además de ser honestas y virtuosas (Harley, 1993; Perkins, 1996).

En definitiva, la profesionalización de las matronas a través de un camino normativo fundamentalmente externo, nos aleja de la imagen de bruja y nos acerca a la

imagen de mujer devota y casta al servicio de su comunidad y de las leyes imperantes pero bajo control institucional. Según Smith (2012), una de las principales razones del declive de oportunidades para practicar la medicina para las mujeres fue el incremento de regulación y profesionalización de la medicina moderna y la asunción de ideas médicas, religiosas y legales sobre las mujeres. En consecuencia, el profesionalismo se ligó básicamente a los hombres en el siglo XVII europeo.

Las matronas de la Temprana Edad Moderna europea, se asomaron de soslayo a la ciencia, asistieron al mercadeo con el acceso a la profesión que necesariamente necesitaba emerger públicamente y por ello se sometieron a esta forma de visibilidad asignada por hombres expertos. A cambio, éstos comienzan a anhelar el sitio profesional de las matronas, que hasta ahora les había sido vetado por cuestiones de género y mientras tanto las matronas tituladas se movieron entre la ignorancia más propia de mujeres y la ciencia más propia de los hombres: estuvieron en la mitad del camino.

Es obvio que hablar de matronas en la Europa de los siglos XVI y XVII es hablar de matronas expertas en partos y otras dolencias asociadas a las mujeres y a los niños (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995). Según Conde Fernández (2011), aunque las matronas eran reconocidas por su labor pública, ocupaban lugares notables en actividades religiosas y era claro su poder social, no conformaban un grupo profesional organizado ni se cohesionaban a través de identidades colectivas, aunque sí era clara su sólida conciencia profesional individual. Además, no ha resultado fácil a los historiadores saber quién era matrona debido a que un gran número de mujeres ejercían en base a la solidaridad de género pero no se consideraban así mismas como profesionales ya que no estaban licenciadas y aunque lo estuviesen muchas de ellas no ejercieron a tiempo completo (Harley, 1993). Las matronas europeas del siglo XVII,

conforman un grupo heterogéneo por la influencia específica de cada país de origen e incluso dentro del mismo país, por la variedad de tipos de mujeres que ejercen la profesión y de escenarios en los que se desarrolla la partería. La profesión tiene variopintas denominaciones según el país en que se practica y éstas traducen la interpretación simplificada que esa sociedad hace de un oficio; en Alemania se denominan Hebammen traducido como parteras elevadoras, Nabelmutter relacionado con el cordón umbilical, Wehemutter relacionado con el dolor y Bademutter relacionadas con el agua. Las matronas se llaman comadres en países de habla hispana y son las que están junto a la madre. En Reino Unido midwife, junto a las esposas o mujeres y únicamente en Francia hacen referencia a su sabiduría denominándolas sage-femme, implicando una función médica más amplia (Donnison, 1988).

Las matronas europeas del siglo XVII, se caracterizaron por una gran diversidad entre los países del oeste y el este en términos de competencias, situación socioeconómica, educación, entrenamiento y cualificación así como en su función pública e imagen. Existe así mismo, una gran diferencia entre matronas urbanas y rurales (Marland, 1993). En este cajón desastre de matronas, algunas ejercen por motivos vocacionales y de generosidad de género y otras lo hacen como un oficio remunerado. Algunas tienen formación teórica y las más son denominadas por ellas mismas y por sus supervisores “matronas ignorantes” y en realidad lo son: un gran número, no saben ni leer ni escribir y no reciben ningún tipo de formación teórica en partos. Algunas gozaron de un estatus social reconocido y otras realizaron trabajos más clandestinos y recurrieron a las matronas más experimentadas en casos de distocias. Pero todas ellas tienen algo en común: fueron mujeres y como tales, desde su posición más o menos ventajosa, no tuvieron acceso a las Universidades ni al estatus y la profesionalización automática que ésta designaba (Wiesner, 1993). El hecho de que

hubiera una escasa formación regulada para la matrona, no quiere decir necesariamente que el conocimiento de estas fuera escaso: su experiencia era de incalculable valor y su formación con matronas expertas mejor de lo que clásicamente se había asumido (Evenden, 1993; King, 1993).

Por consiguiente, las parteras se mueven entre el espacio público y el espacio privado en la asistencia al parto (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995). Se mueven entre lo formal y lo informal entre lo profesional y la afición.

Las competencias de las matronas en el siglo XVII europeo eran muy diversas: la atención a los partos era de dominio femenino. Las parteras ejercían su labor y sólo avisaban a otras matronas expertas o a los cirujanos y médicos en condiciones extremas y los cirujanos eran en general, los encargados de la extracción de fetos muertos a través de embriotomías. Ese manejo de los instrumentos, les diferenciaba de la práctica de las matronas y fue el que poco a poco les otorgó notabilidad y poderes públicos iniciándose el denominado proceso de medicalización del parto (Donnison, 1988; Evenden, 2000; Perkins, 1996), aunque se sabe que a las matronas de los siglos XVI-XVII les era más que familiar el uso de esos instrumentos así como la extracción de fetos muertos en caso de urgencia vital de la madre (Marland, 1993).

Las matronas atendían a las mujeres en sus domicilios, eran avisadas en momentos muy diversos y encontraban a menudo sorpresas a su llegada: mujeres de parto durante días, fetos muertos y madres en peligro de perder sus vidas junto a las de sus hijos. Era una profesión dura, de multiparidades extremas, distocias frecuentes, recursos nulos, higiene nefasta y exposición total de las parteras que dedican su vida a ir de casa en casa con el peligro, la exposición personal y la responsabilidad que la asistencia a partos siempre ha implicado (McTavish, 2006a).

Excepción a estos escenarios domésticos europeos asistenciales de las matronas, los constituyen los partos en las cortes como espacios semipúblicos y algunas maternidades, destinadas a clases sociales inferiores, que son un embrión de la profesionalización de la partería hospitalaria actual, como es el caso del Hôtel Dieu de París en el que a partir de 1500, se crea una plantilla de matronas, estudiantes de matronas, cirujanos y médicos para una asistencia multiprofesional hospitalaria (McHugh, 2006).

Pero las matronas de los siglos XVI y XVII no sólo se dedicaron a hacer partos; ejercen otras funciones heredadas del pasado como sus labores médico-legales-religiosas (Ackerknecht, 1976) y empiezan a aspirar a algunas del futuro como la docencia a las matronas, la gestión en algunas maternidades hospitalarias y la producción literaria de manuales obstétricos. Las funciones como peritos legales de las parteras, están ampliamente reconocidas a través del estudio de documentos elaborados por órganos jurisdiccionales que requerían en Francia, desde los años 1234 al 1677, el testimonio de una matrona o un tribunal compuesto por médicos y matronas para permitir el divorcio únicamente consentido en caso de impotencia.

Otra de las competencias, y quizás la que más poder cultural otorga a las matronas, es la del bautismo de emergencia extra o intraútero. La necesidad imperiosa del bautismo antes de la muerte de la criatura en casos extremos, es un mandato por parte de las autoridades eclesiásticas. Únicamente en estos contados casos, se capacita a las mujeres profesionales para la administración del sagrado sacramento (Carmona González & Saiz Puente, 2010; Perkins, 1996). Los obispos actúan como supervisores de una práctica asistencial obstétrica en la que recomiendan las cesáreas postmortem para intentar salvar la vidas de los recién nacidos pero sobre todo para bautizarlos antes de su muerte. Así lo reafirman los Sínodos de Colonia en 1528 y de Cambrai en 1550,

que recomiendan colocar una caña en la boca de la mujer a forma de cánula y otra en la vagina para preservar vivo al niño tras la muerte de la madre mientras era avisado el cirujano. Sin embargo, estas prácticas radicales encontraban un fuerte rechazo popular por lo sangriento de la propuesta por parte de las matronas (Witkowski, 1887).

Por lo tanto, estas parteras de los siglos XVI-XVII se ven influidas en su asistencia por las ideas imperantes sobre las mujeres, el cuerpo y la sexualidad femenina hasta ahora tema tabú para las ciencias. Eran épocas de sangrías frecuentes a las mujeres embarazadas, se creía que el baño era perjudicial por la permeabilidad de la piel y producía hidropesía, imbecilidad y abortos. La histeria tenía origen uterino y era una invención asociada al género (Chiang, 2012; Matthews Grieco, 1992). Las parteras aceptan la cultura médica en la que viven así como la norma de hacer guardar cama a las puérperas nueve días, en analogía a los meses de gestación, y de que el calostro es perjudicial para el recién nacido por su potencial humoral (Sparey, 2012). Aconsejan el inicio de la lactancia materna con nodriza y el vaciado de la mama de la madre en esos días con una pipeta especial llamada tutoir (Witkowski, 1887). Las ideas médicas derivadas de las teorías humorales y galénicas, impregnan a las matronas más formadas y todas ellas, las doctas y las ignorantes, ejercen sus funciones influidas fuertemente por las distintas Iglesias y siempre acorde a sus preceptos (Evenden, 2000).

Por lo tanto, las competencias de las parteras europeas de los siglos XVI-XVII son además de las clásicas heredadas a través de los siglos como la atención al parto y al recién nacido otras que comportaron un rol socioprofesional público asociado a un estatus elevado.

Parteras europeas destacadas.

Las matronas del siglo XVII europeo, fueron parte de un sistema de proveedores de salud popular y eran consideradas por quienes las convocaban como mujeres sabias que unían experiencia con religión, superstición, remedios populares, astrología y todos aquellos elementos que transferían el poder de curar (Lindemann, 2010). Pero de entre esta inmensa mayoría de matronas poco capacitadas, que no son más que un producto de su contexto y su género, aparece una élite de matronas pertenecientes a clases sociales medias-altas, bien casadas o bien enviudadas, con influencias y poder social, con un estatus envidiable, una formación teórica sólida y una envidiada experiencia profesional en partos, que se destacan del resto de sus colegas matronas e incluso las menosprecian por su ignorancia e intentan llevarlas por el camino de la profesionalización y la ciencia con el objetivo de no perder su preponderancia en la asistencia a los partos.

Las matronas del siglo XVII europeo en general, eran frecuentemente acusadas de la alta mortalidad materno-infantil, de intrusismo, de infanticidio, de ignorancia y la mayoría han sido olvidadas (Bosanquet, 2009b). Por su parte, las matronas más poderosas se sintieron invadidas e injustamente incluidas en estas generalizaciones y respondieron por todas las que no tenían el poder de hacerse oír. Pero ¿cómo podía un grupo minoritario como las matronas legalizar un sistema de conocimientos y prácticas frente a un grupo masivo de hombres que desde hace siglos dominan el conocimiento y la ciencia médica? En el momento en que la importancia de las matronas y su papel en el nacimiento fueron puestos en cuestión por la ciencia médica, emerge en Europa un grupo de mujeres que poseían una formación amplia y formal en partería que exigen formación para todas las matronas y además participar ellas mismas en esa capacitación de sus colegas. Fueron mujeres trabajadoras, orgullosas de su profesión y dotadas de

capacidades especiales culturalmente exigidas como la fuerza, la paciencia y la empatía (Marland, 1993). Cada una de ellas, se ve influida por un contexto determinado que modela sus vidas y su manera de llegar, ejercer y vivir la profesión de matrona. Veamos cómo son sus países, cómo se ejercía la partería en los siglo XVI-XVII en Francia, Alemania y Reino Unido y de qué contextos surgen unas matronas como Louise Bourgeois, Jane Sharp, Marguerite de la Marche y Justina Siegemund, que son las autoras de los manuales analizados en este trabajo de investigación.

En la Francia católica de los siglos XVI-XVII, encontramos a la profesión matrona en sus inicios regulares: la designación de matronas era realizada por autoridades municipales más que eclesiásticas y los Estatutos de París (1560), describen y normativizan el ejercicio asistencial. Así que estas matronas francesas, en concreto las de París, según la legislación vigente habían de superar un examen evaluado por un tribunal compuesto por un médico universitario, dos cirujanos y dos matronas expertas. Más tarde, debían presentar un informe en el Prevost de París, Lieutenant Criminel o en el Procureur du Roy en el Chatelet, prestar un juramento y una semana después, se emitía una carta capacitándolas para ejercer en la ciudad de París y sus afueras. Estas matronas profesionales, tenían la obligación de denunciar a aquellas matronas que ejercieran sin licencia actuando como un auto mecanismo de control para las autoridades municipales.

Con respecto a la formación de las matronas de Francia en los siglos XVI-XVII, se alternaron dos modelos: la formación empírica con matronas expertas y el modelo formativo del Hôtel Dieu de París. Aunque en sus inicios contaba con unas pésimas condiciones higiénicas, el Hôtel Dieu de París fue lugar de referencia y difusión para toda Europa de un nuevo modelo formativo promovido y dirigido por los cirujanos obstetras (McHugh, 2006). Así, en el Hôtel Dieu, los hombres entran en contacto con

los partos y tienen la opción de aprender de las matronas expertas que llevan el hospital. De este modo y sin darse cuenta, las matronas francesas asisten al nacimiento de una figura masculina denominada hombres-matronas que reemplazarán a principios del siglo XVIII a las mujeres matronas a través de la incipiente medicalización del parto mediante la normalización del uso de instrumentos como el fórceps (Donnison, 1988; Perkins, 1996).

En esta Francia aparece la figura de Louise Bourgeois Boursier, una mujer enérgica, directa y sin concesiones: sin duda una matrona excepcional en su tiempo, ahora y siempre y una de las pioneras de la obstetricia moderna (Gélis, 2009; Hernández Garre, 2012). Gracias a su trabajo en la corte, hace una gran clientela en París. Fue educada en la teoría médica humoral además de una escritora de éxito. Nace en 1563 en una familia acomodada y parece ser que recibe una educación básica. En 1584, contrae matrimonio con Martin Boursier, un cirujano-barbero bien situado del ejército real (Sheridan, 2001) y discípulo de Ambroise Paré, primer cirujano del rey. A través de sus libros, sabemos que en octubre de 1589 tenía tres hijos y una vida relativamente confortable. Parece que sobre 1594, tras la marcha de su marido como cirujano de guerra, se acerca a la partería como forma de generar ingresos para mantener a su familia. La manera en la que se formó no está del todo clara: ella misma dice que empezó estudiando los escritos de Paré y es posible que entre 1594-1598 trabajara con una matrona experta, aunque ella no hace mención directa a esto. Pasa su examen oficial en 1598, aunque con la oposición de alguna de las matronas expertas que configuraron su tribunal: Madame Dupuis desconfiaba de Louise por su cercanía marital con los cirujanos (Gélis, 2009). Se convierte en matrona real en 1601 y atiende los 6 partos de María de Médicis incluido el del rey Luis XIII en 1601 hasta 1610 y pasa a ser una matrona rica, poderosa y envidiada. Estuvo probablemente al servicio de la corte

durante 26 años hasta 1627, año en que acontece la muerte puerperal de María de Borbón-Montpensier, de la que fue acusada. Aunque la autopsia realizada no la implicaba directamente, más tarde fue acusada formalmente probablemente por Charles Guillemeau que era el primer cirujano del rey. Muere en 1636 a los 73 años y pasa sus últimos días defendiéndose de esta degradación profesional con humillación pública incluida, escribiendo sobre su profesión y aconsejando a una de sus hijas que también se convirtió en matrona (Dunn, 2004b; Gélis, 2009; Perkins, 1996; Sheridan, 1999).

Otra matrona reputada francesa en estos siglos es Marguerite de la Marche du Tertre (1638-1706) matrona del Hôtel Dieu de París, destacada colaboradora en la formación de las matronas y matrona jefe durante muchos años tras su predecesora madame Bally en 1670. Se casa con Monsieur de la Marche y destacó por su vocación docente hasta que en 1686, se retira por su delicado estado de salud a su ciudad natal Orleans y se dedica a reflexionar y escribir hasta su muerte (Hernández Garre, 2012).

En definitiva, las matronas francesas fueron más conscientes de la necesidad de profesionalización de las parteras influidas por el desarrollo de la obstetricia en Francia y evolucionaron en su inclusión científica a un ritmo muy superior al del resto de Europa. Por lo tanto estas sages-femmes, a pesar de la amenaza a su hegemonía, en el siglo XVII siguen siendo muy respetadas por los obstetras que son conscientes del valor de lo aprendido de ellas (O'dowd et al., 1994).

La partería desarrollada en la Inglaterra de los siglos XVI y XVII va desde el control férreo inicial de las autoridades eclesiásticas por la regularización del colectivo de matronas, muchas veces en connivencia con las propias matronas, hasta el siglo XVII en el que el control médico empieza a ganar terreno sobre la normativización de las matronas a través de la instrumentalización del parto y la incorporación de los hombres-matronas denominados men-midwives en el escenario ordinario del parto. La

incorporación de los cirujanos a la partería en Reino Unido, fue algo más tímida y lenta que en Francia y viene de mano del obstetra William Harvey y de la familia Chamberlen a quienes se les atribuye la invención y la trasmisión del secreto de los fórceps. Peter Chamberlen propone un primer esquema formal para la educación civil de las matronas que preside él mismo sin éxito (Potts, 2007).

Por su parte, las matronas inglesas provenían de todas las clases sociales y por ello sus características definitorias eran muy diversas: algunas incorporaban teoría a su práctica, otras no y en la consideración de su autoridad profesional intervinieron muchos factores como su estado social y civil. Pero a pesar de todo, en el siglo XVII las parteras londinenses contaban con el apoyo de las mujeres y poseían clientas en amplios espectros sociales (Drife, 2002; Evenden, 2000; Marland, 1993; Thomas, 2009).

Otras matronas inglesas reputadas fueron Alice Massey, que asiste a Elizabeth de York en 1603, Anne Halkett que ejerce de cirujana, partera y doctora en el ejército del rey de Escocia, Elizabeth Gaynsforde, Johane Hammulden, Jane Scarisbrycke licenciada en 1578, Alice Dennis matrona real que atiende a Ana de Dinamarca, esposa de James I, Margaret Mercer, la hija de Willughby instruida por su padre, Mrs Labany matrona real de Mary de Modena esposa del rey James II y otra matrona real Mrs Wilkins (Aveling, 1872). Pero de entre estas matronas inglesas merece mención especial Elizabeth Cellier. Esta matrona se hace más conocida por sus movimientos políticos, calificados de traición, por los que le fueron imputados cargos en abril de 1680 contra el rey Carlos II. Se declara no culpable y se defiende a sí misma de manera competente ya que fue declarada inocente pero condenada a una multa de una guinea que se niega a pagar ofreciendo a cambio sus servicios como matrona al tribunal. Cellier publica un libro titulado *Malice Defeated*, sobre su acusación y juicio posterior. Según sus propias palabras, nace y crece en el seno de una familia protestante, aunque

reconoce abiertamente que en su vida adulta pertenece a la Iglesia católica y relata pasajes de su vida en la prisión que no debió ser nada fácil. Por la publicación de este libro fue arrestada y juzgada de nuevo por libelo. Fue encarcelada y el día en que tendría lugar su escarnio público finge una enfermedad y más tarde se finge embarazada y de parto. Al final la sentencia es ejecutada y es llevada de nuevo a prisión. Su vida personal también es muy controvertida: tras veinte años de matrimonio se le adjudica como amante a un hombre italiano y al sirviente negro de éste. Con ambos mantiene relaciones y pare como resultado un niño mulato. Algunos autores afirman que se casó por segunda vez y su marido huyó de ella a Barbados y Mr Cellier sería su tercer marido. Parece efectivamente que la biografía de Cellier estuviera escrita por alguno de sus numerosos enemigos (Aveling, 1872; O'dowd et al., 1994).

Pero la primera matrona inglesa que se atreve a iluminar a sus colegas a través de escritos fue Jane Sharp. Ella se describe a sí misma como profesional en partos con una experiencia de 30 años y se sabe que fue una experta en astrología. Poco más se ha recogido de la vida de Jane Sharp: es un misterio. No sabemos si tuvo hijos ni sabemos a ciencia cierta donde nació aunque algunos autores/as aseguran que en el oeste de Inglaterra. De su obra se desprende su dedicación a la partería, su alto conocimiento de otros textos obstétricos clásicos y contemporáneos, su carácter piadoso, devoto y su dominio de la teoría médica imperante en este siglo XVII. Era toda una erudita.

Estas matronas destacadas entre sus colegas londinenses, se caracterizaron por su lucha para la instauración de la matronería como profesión y el interés en la participación en la formación de sus propias alumnas de matrona para tener voz y voto en el futuro de la profesión. Pero en 1654, el Colegio de Médicos de Londres negó la petición de Elizabeth Cellier, Jane Sharp y Hetser Shaw, de constituirse como gremio

para asegurar la educación de las matronas, arrinconándolas en los aspectos públicos y formales de la profesión (Anderson et al., 1992; Potts, 2007).

La partería en la Alemania o más bien en los territorios germánicos de la Temprana Edad Moderna, viene presidida por la reticencia de las mujeres y del conjunto de la sociedad a la intromisión de los cirujanos en la asistencia a los partos. El famoso caso en 1522 del Dr Wertt, que en Hamburgo fue quemado en la hoguera por disfrazarse de mujer para presenciar partos y estudiarlos, traduce la intransigencia de los alemanes en el siglo XVI a la intromisión masculina en la asistencia a los partos que rodeaban de tabúes y secretos femeninos (Conde Fernández, 2011). De esta época son los Códigos de Bamberg (1507) y Carolina (1533), así como las disposiciones de Basilea (1530) en las que se especifican algunas de las funciones de las matronas (Ackerknecht, 1976).

Sin embargo, Alemania es pionera en formación de matronas y ya en el siglo XVII regulan ordinariamente la naciente profesión matrona a través de los ayuntamientos que nombran matronas asalariadas. En general, los Consejos de las grandes ciudades nombraban a tres matronas para servir dentro de la ciudad amurallada y otras tantas para la atención extramuros, e introdujeron mejoras desde finales del XVI promocionando un sistema de formación de las matronas que desemboca en una supervisión médica muy clara en el siglo XVII a través del denominado Stadtphysicus (el médico municipal) y el Stadtaccoucheur (hombre matrona u obstetra) que examinarán a las aprendices de parteras y les impartirán lecciones de anatomía.

En este contexto de transición entre la supremacía del género femenino en la asistencia a los partos y la inclusión de los hombres, aparecen matronas destacadas que desempeñaron su labor entre los siglos XVII y XVIII como son Anna Martha Priebs, Catharina Ehrlich, Christina Hempel, Johanna Regina Wagner, Anna María Rein, y Catherina Schrader que atendió unos 4000 partos casi todos sin ninguna intervención

(Dunn, 2004a; Robilliard, 2007). También conocemos a otras matronas como Margarita Fuss hija de una nodriza y Ana Isabel Horenburgin (Cruz y Hermida, 2007). Pero entre todas ellas se destaca por méritos propios Justina Siegemund. Nace en el seno de una familia de pastores luteranos, lo que facilita su aprendizaje a leer y a escribir. Nació el 26 de diciembre de 1636 en Rohnstock (Polonia) que entonces era territorio germano. Vive en un mundo violento propio de la Europa Central del XVII. Silesia, su ciudad, es un territorio conocido por fomentar una cultura de libros. El 10 de octubre de 1655 con 19 años, se casa con Christian Siegemund un funcionario. Su matrimonio duró 42 años aunque podrían haber vivido separados desde 1673 y nunca tuvieron hijos. Su éxito en la profesión de matrona le permitió una movilidad social alta fuera de los confines domésticos. Ella describió en su autobiografía su sufrimiento por una enfermedad ginecológica a los 20 años que le produjo una esterilidad permanente. Debido a que cayó en manos de "matronas ignorantes", éstas le hicieron pensar que estaba embarazada y esta traumática experiencia le animó a leer libros de obstetricia. Tres años después, ella acude a la llamada desesperada de una matrona con una presentación de brazo y su éxito en este caso le hizo alcanzar una fama que fue acrecentando con su habilidad. Estuvo 12 años trabajando y adquiriendo experiencia entre los pobres, que no le pagaban por sus servicios y nunca esperó ganarse la vida de matrona ya que su marido la mantenía convenientemente. En ninguna parte menciona que recibiera una formación formal como la requerida en algunas ciudades germanas: fue una matrona extremadamente hábil pero autodidacta. A consecuencia de su gran fama, fue nombrada comadrona principal de la ciudad de Liegnitz y después de tratar exitosamente a mujeres de la alta sociedad, es convocada en el año 1683 y acepta el puesto de matrona en Berlín en la corte de Frederick William, Elector de Brandenburgo.

También se creó enemigos, fundamentalmente médicos y cirujanos, que la acusaron de prácticas temerarias de las que se defendió de una manera valiente e inteligente como ella misma era. También se le conocen contiendas con otras matronas como la que mantuvo con Elske Blanker, la anterior matrona de la corte de Brandenburgo.

Muere en noviembre de 1705 tras ayudar a nacer a 6200 niños, tal y como dijo el diácono de Berlín que ofició su funeral. Dejó un legado de incalculable valor para la historia de las matronas (McTavish, 2006b; Siegemund, 1690/2005).

1.2.4.3.2 Los manuales obstétricos escritos por médicos y matronas en los siglos XVI-XVII.

El siglo XVI es considerado por diversos autores/as como el del despegue de los cirujanos como rama médica. Desde esta perspectiva, en los siglos XVI y XVII se lanzan discursos con un carácter determinista y una fuerte carga de predicación moral dirigidos a la conquista del arte obstétrico y ginecológico lo que supuso necesariamente un arrinconamiento de las matronas como profesionales autónomas. Estas ideas de liderazgo médico, se asientan en conocimientos teóricos y anatómicos pero carecen de un conocimiento empírico ya que por cuestiones de género los hombres no eran aptos para conocer y tratar los secretos de las mujeres hasta entonces. Sin embargo los médicos y en especial los cirujanos, no se resignaron a esta exclusión de género y lanzaron una campaña de escritos a través de los que se reafirmaron como cabezas visibles del arte de partear. En definitiva, la ciencia se acerca a la salud de las mujeres y las libera en cierto modo del oscurantismo para someterlas a una nueva forma de control

científico a través de su conocimiento: las saca a la luz y las controla a través de la medicina.

A principios del siglo XVI, una serie de médicos de los países de la Europa del Este produjeron manuales escritos para matronas y mujeres embarazadas, pero probablemente su auge en los siglos posteriores se asocie más bien al incipiente crecimiento de la figura de los men-midwives y el mercado del parto que se generó a su alrededor (Donnison, 1988). Por otro lado los textos pretendieron formar a las matronas, controlarlas y fueron un medio excelente para difundir y elaborar estereotipos sobre ellas como ignorantes, imprudentes y deshonestas además de despreciar sus conocimientos empíricos que en el fondo envidiaban. Estos manuales obstétricos dirigidos a matronas, en muchas ocasiones contienen ciencia, anatomía, remedios populares mágicos, moralidad sexual y familiar e ideas sobre género (Berriot, 2003; McTavish, 2006a; Valle Racero, 2002).

Los manuales escritos por médicos y cirujanos en los siglos XVI-XVII.

Desde la teoría sociológica del constructivismo social, se ha considerado a la ciencia como una actividad social y cultural dependiente de su tiempo y lugar donde se genera e influida por la subjetividad de quienes construyen ese conocimiento y sus discursos, por lo que la pretendida universalidad e infalibilidad científica se ve influida por diversos factores contextuales (Sánchez, 2008).

El humanismo proveyó de materiales muy efectivos, como los tratados sobre matrimonios, familia o educación de las mujeres, para la consolidación de cierta misoginia heredada de la filosofía escolástica y algunas de la leyes elaboradas en Grecia y Roma y en el pasado cristiano pero también sirvieron para difundir cierto tímido

aperturismo en la construcción cultural de la naturaleza de las mujeres (King & Rabil, 2005).

Existen diversos autores/as que han analizado el proceso de construcción femenina desarrollado a lo largo de la historia, desembocando en unas mujeres asociadas a lo doméstico a través del análisis de determinadas obras relevantes escritas por hombres y la manera en que éstos contribuyeron a la conceptualización de paradigmas genéricos de masculinidad y feminidad al convertir a los textos escritos como forma de propaganda de la ideología burguesa (Franco Rubio, 2008). Siguiendo este modelo, los médicos universitarios difunden sus descubrimientos a través de sus escritos en lenguas vulgares, lo que les otorga un poder sobre el conocimiento del cuerpo de las mujeres que les hace merecedores de ser los maestros teóricos de las matronas. Por su parte los cirujanos, comenzarán a explotar su certero manejo de las afecciones externas, heridas, fracturas, su habilidad en el manejo de instrumentos y consiguen algo más de notoriedad en el escalafón médico (Terrada, 2002).

Según King (2007), una auténtica experta en manuales obstétricos dedicados a la salud de las mujeres desde el Renacimiento, estos textos han contribuido enormemente a la consolidación normativa de las conceptualizaciones en base al sexo y género entre hombres y mujeres. En el siglo XVI, eran médicos universitarios los encargados de escribir sobre partos sin embargo en el siglo XVII, se consolida la presencia de cirujanos escritores o men-midwives, que a través de manuales y panfletos desplazan a las matronas de la asistencia la parto y se imponen como referente asistencial en el siglo XVIII (Furdell, 2008; Greenlees, 2008; King, 2007).

Existe una producción prolífica de manuales escritos por médicos y cirujanos en los siglos XVI y XVII. Entre ellos se encuentran algunos textos que serán los pilares básicos sobre los que se asentará la nueva ciencia de la partería. En primer lugar aparece

la obra del alemán Eucharius Roesslin publicada en 1513 llamada *Der Swangern Frauen und Hebamen Rossgarten.* Roesslin era el médico de la ciudad de Frankfurt y el encargado de supervisar a las comadronas de la ciudad. Esta obra, conocida popularmente como Rössengarten, constituye un manual de tránsito de la obstetricia medieval a la nueva ciencia del Renacimiento y supuso un primer acercamiento de las matronas a los textos obstétricos y una aproximación a la formación de las matronas a través de manuales dirigidos específicamente a ellas. El libro fue escrito en alemán y publicado en Worms. Posteriormente sería traducido por su hijo en 1532 al latín con el nombre de *De Partum Homini* y más tarde se traduciría a todas las lenguas europeas. En el caso de Inglaterra, se tradujo en 1540 desde el latín con el título *The Byrth of Mankinde* por Richard Jonas (Keller, 1995). El libro presenta ilustraciones muy llamativas de las posiciones fetales y se supone basado en la obra de Sorano y Mosquion. Pero si algo nos interesa de la obra, es la accesibilidad de la misma por las matronas a quienes va dirigida fundamentalmente: les da consejos prácticos de la utilidad de las sillas de parto usadas en Francia y Alemania y explicita que el papel de la matrona es el de esperar junto a la mujer, aunque también imparte consejos prácticos como el beneficio del control en las respiraciones y la utilidad de empujar el abdomen de la madre hacia abajo aunque nunca excesivamente pronto, los cuidados del recién nacido como el corte del cordón umbilical y recomienda el uso de remedios como el aceite de almendras para untar las manos de las matronas, el polvo de ceniza de terneros quemados o de concha de caracol o polvo de plomo rojo mezclado con vino para el muñón tras la caída del cordón umbilical (Conde Fernández, 2011; Doležal et al., 2007; O'dowd et al., 1994; Plata, 2003b; Witkowski, 1887).

Aquí en España, aparece en 1541 el libro publicado por Damiá Carbó i Malferit, que constituye el primer libro obstétrico en castellano, con el título de *Libro del arte de*

las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Carbó perteneció a una saga de cirujanos mallorquines, y obtuvo su titulo de Artes y Medicina en Valencia. Como el resto de médicos de su época, se duda de que tuviese ningún tipo de experiencia en la asistencia a partos. Su propósito era instruir a las parteras hablando de los cuidados que éstas debían administrar a las mujeres y a sus hijos en el proceso de gestación, parto, crianza y les adjudica el papel de la asistencia a los partos por cuestiones morales aconsejándoles se alejen de sortilegios y magias que tanto aborrece la Santa Madre Iglesia. Es un libro de poca carga científica pero que transmite fielmente la cultura del parto en el siglo XVI (Gallego Caminero et al., 2005; Garrido, Folguera, Ortega, & Segura, 1997). Posteriormente aparecen excelentes tratados de anatomía como el publicado en latín en el siglo XVI por Andrés Vesalio *Humano Corporis Fabrica*. En éste se basan obras como las del cirujano y obstetra suizo Jacob Rueff, que publica en alemán una primera obra-guía para las matronas en 1554, que posteriormente se traduciría en 1580 como *De Conceptu et generatione hominis*, resultando una versión mejorada del texto de Roesslin por su experiencia práctica (Doležal et al., 2007; Drife, 2002; Fasbender, 1906).

Quizás uno de los más destacados escritores del siglo XVI sea Ambroise Paré (1510-1590), cirujano militar francés que carecía de estudios universitarios y se inició en la cirugía como aprendiz de barbero (López Piñero, 2000/2012). Además de participar en la formación de las matronas en el Hôtel Dieu de París, Paré escribe numerosas obras sobre anatomía, fue cirujano de la corte francesa, y en 1573 publica un tratado cuya segunda parte dedica a la reproducción humana titulada *De la generation de l´homme, et manière d´extraire les enfans hors de la mère* (…) que incluye un tratado sobre partos de monstruos en los que su imaginación no tiene medida. Estas obras fueron posteriormente traducidas al latín por su discípulo Jacques

Guillemeau. Su legado incluye la realización y descripción de versiones internas y mezcla ciencia con creencias populares recomendando remedios como la artemisa el eneldo o las semillas de lino para acelerar los nacimientos así como el uso de la silla de partos.

Otros manuales son reseñables para las matronas como el escrito por Scipione Mercurio, que en 1596 escribe en Venecia *La Comare o ricoglitrice* de calidad científica superior a sus contemporáneos. Otros textos interesantes para las matronas son los escritos por Luis Lobera de Ávila *Tratado sobre partos* en 1551 y Francisco Núñez *Libro del parto humano* en 1580.

Ya en el siglo XVII los médicos realizan grandes descubrimientos consolidando su capacidad docente y divulgándolos a través de sus escritos como los de Marcello Malpigi (1628-1694), Robert Hooke (1635-1704), Jan Swammerdam (1638-1680) Antony van Leeuwenhoek (1632-1723) que visualiza los espermatozoides, Thomas Bartholini (1616-1680), Fallopio (1523-1562) disecciona el cuerpo humano, Morgani (1682-1771) y Renier De Graaf (1641-1673) que describe la fisiología y anatomía de los testículos además de la fisiología ovárica (Conde Fernández, 2011; Doležal et al., 2007; Drife, 2002; Witkowski, 1887). Todos estos descubrimientos entre finales del XVII y principios del XVIII, revolucionan el saber obstétrico-ginecológico y son la base de obras como las del francés François Mauriceau, que fue uno de los cirujanos obstetras más importantes de Europa. En 1668, publica su tratado *Traité des maladies des femmes Grosses et accouchées* y más tarde un segundo tratado en 1695 titulado *Observations sur la Grossesse et l'accouchement des femmes, et sur leurs maladies, et celles des enfans nouveau-nez* (...) (Mauriceau, 1668/1727; Mauriceau, 1695/1728). La base anatomofisiológica de las obras de Mauriceau son limitadas, sin embargo la experiencia adquirida en la asistencia a partos en el Hôtel Dieu se refleja claramente. La obstetricia

en Francia se desarrolla notablemente y surgen otros autores importantes como Cosme Viardel que publica en 1674 *Observations sur la pratique des acouchemens naturels, contre nature et monstreux. (…)* (Viardel, 1674) o Pau Portal cirujano del Hôtel Dieu que publica en 1685 su libro *La Practique des Accouchemens soutenue dún grand Nombre d`observaciones(…)* (Portal, 1685). También destacan Philippe Peu con su obra en 1694 *La Practique des Accouchemens* (Peu, 1694), Pierre Amand, Pierre Dionis que era primo de Mauriceau y cirujano real y escribe *Traité general des accouchemens qui instruit de tout ce quil faire pou être habile accoucheur,* que se publicará más tarde en 1718 (Dionis, 1718). En esta misma época, en 1715 publica Guillaume Mauquest de la Motte su tratado *Traité complet des accouchemens naturels, no naturels et contre nature*. De la Motte no tuvo piedad en su ataque a las matronas e incluso a otros cirujanos que realizaban malas praxis como sangrar a las embarazadas en exceso y abandonarlas ante partos dificultosos.

Ya fuera de Francia, destacan otros obstetras como el holandés Hendrik van Deventer que en 1701 publica su *Nueva luz para las parteras* ejerciendo una fuerte influencia sobre las mismas. En Alemania se destaca Rodrigo de Castro que en 1603 publica su libro *De universa Medicina Mulierum*. En Inglaterra, además de la familia Chamberlen, que se disputan la autoria del fórceps con Palfyne, aparecen figuras de grandes científicos como William Harvey (1558-1657), que define un nuevo sistema circulatorio basado en los pensamientos de Servet y también escribe sobre obstetricia y ginecología e intenta rescatar en el siglo XVII a las matronas de la oscuridad a través de la formación. Su discípulo y amigo, que ejerce de hombre-partero Percival Willoughby escribe un libro en el siglo XVII que incluye unos 150 casos clínicos, destinados a la formación de médicos y matronas que no se publicará hasta 1863 llamado *Observations on Midwifery. A Country Midwife´s Opusculum*. Willoughby aconseja a las matronas a

nivel práctico: prefiere la posición arrodillada para parir y alumbrar si las mujeres están fuertes y en la cama si están débiles. Su hija fue matrona y se ganó la confianza entre ellas a pesar de su crítica a las "matronas ignorantes" (Doležal et al., 2007; Drife, 2002; Fasbender, 1906; Witkowski, 1887).

Aunque los manuales se publicitaron como dirigidos a matronas en particular y mujeres en general, es una realidad que la mayoría de ellas (incluidas las matronas) eran analfabetas. Estos manuales, pretendidamente docentes escondieron intenciones de control sobre las matronas y de difusión de estereotipos negativos que promocionaron al tiempo la figura de los hombres que los escribieron y se construyó una historia de la partería en base a sus afirmaciones y al silencio de las matronas (Evenden, 2000).

Los manuales escritos por matronas en los siglos XVI-XVII.

La dificultad que a lo largo de la historia han encontrado las mujeres en su acceso a saberes definidos como cultos, ha hecho que apenas pudieran contribuir a la elaboración de la cultura dominante de todas las épocas. Esto sin embargo no impidió que en medio de circunstancias adversas, elaboraran estrategias y tuvieran la capacidad para encontrar rendijas por donde introducirse y sobrevivir sin dejar de crear y de transmitir su saber (Flecha García, 2006). Según King y Rabil (2005), una mujer escritora en la Temprana Edad Moderna europea, fue en sí misma una muestra viva de reivindicación de la dignidad de las mujeres. Las causas argüidas por estos autores/as para la escasez de mujeres escritoras en la época que nos ocupa, serían tres; su dificultad en el acceso a la educación, la manera en que fueron excluidas de los roles públicos y por último la cultura del silencio imperante, ligando la falta de silencio con la falta de caridad.

La escritura de manuales obstétricos, especialmente en el siglo XVII por parte de las matronas, supuso casi un gesto de descaro de unas mujeres que cronológicamente no estaban en el sitio ni en la profesión ni en el género correcto. Algunas mujeres, empezaron a preocuparse por la educación científica propia y de las de su mismo sexo y para ello se escribieron obras específicas para la educación de las mujeres en el ámbito científico (Álvarez Lires, 2006).

A lo largo de toda la historia, la producción literaria de las mujeres ha sido escasa y mediocre, en sintonía con la formación recibida. El escaso discurso femenino no podía asumir representar al poder y supuso una cierta transgresión al otorgarle carácter público a las palabras escritas por mujeres ya que su misma existencia rompía con el régimen de restricciones que las instituciones de la época imponían a las mujeres (Perry, 1996). Sin embargo, desde la Edad Media pueden encontrarse un grupo de obras escritas por mujeres en las que subyace una reflexión no exenta de protesta más o menos sutil de la posición de subordinación femenina como fue el caso de Christine de Pizan, Teresa de Cartagena, Olympia de Gouges y Mary Wollstonecraft entre otras (Moncó, 2011) además de humanistas como Isotta Nogarola, Cassandra Fedele, Laura Cereta y Olympia Morata que escribieron sobre “asuntos de mujeres” (King & Rabil, 2005).

Aquellas mujeres que lograban escribir, eran consideradas por la sociedad general como una extravagancia, una excepción a la norma y como tales eran consentidas. Por otra parte, el tipo de literatura que usualmente producían las mujeres del siglo XVII era aquella a la que tenían acceso como lectoras: libros sobre moral y religión y de escaso valor científico.

Entre este grupo de mujeres escritoras, encontramos a nuestras matronas protagonistas que traspasan las barreras de la moralidad y escriben a cerca de su saber

empírico y teórico en especial para sus colegas matronas y producen obras de carácter práctico, poco pretenciosas y muy reivindicativas pero con cierto aire científico (Dulong, 1992). Las matronas escriben sobre salud y son pioneras en esta tipografía de escritura técnica femenina que revoluciona el panorama literario y obstétrico. Es admirable la manera en que unas mujeres en franca minoría ante el proceso de ocupación de los cirujanos en el arte de partear desde la ciencia, plantearon una resistencia pacífica y contundente como la producción de libros que documentaran sus saberes y los propagaran entre las matronas y médicos por el progreso de la naciente profesión matrona.

La contribución de las matronas europeas occidentales entre los siglos XVII y XVIII según Ortiz Gómez y Sánchez (1995), no fue abundante pero sí relevante en su reinterpretación para la historia de la obstetricia y las matronas: se cuentan unas catorce obras de matronas europeas frente a unas 300 de médicos y cirujanos sobre la misma materia. Pero muchas, la mayoría, guardaron sus secretos y sólo los transmitieron oralmente (Blum et al., 2010).

En consecuencia, las matronas crean su propio estilo de producción literaria: en general sus libros son de fácil lectura, con un claro objetivo instructivo, en ocasiones son diálogos entre matronas de preguntas y respuestas y si algo se destaca en sus planteamientos, es la presentación de casos clínicos resueltos exitosamente por ellas con objeto de reafirmarse como profesionales referentes (McTavish, 2006a). Este modo de producir ciencia a través de manuales prácticos, se hizo popular y fue posteriormente seguido por otros cirujanos de la época y alcanzará una amplia difusión en el último cuarto del siglo XVIII.

Por su parte las matronas, siguen una clara estrategia a la hora de escribir sus manuales que define los rasgos de su identidad como autoras: manifiestan un estricto

respeto estético por la jerarquía profesional que las situaba por debajo de los cirujanos y a éstos por debajo de los médicos. Al final consiguen producir unas obras que les proporcionan credibilidad y aunque en ocasiones a algunas se les ha negado su autoría, consiguen voz. En este sentido, para demostrar su identidad y conocimientos en sus libros aparecen sus retratos, sus certificaciones y licencias así como los testimonios de expertísimos doctores, profesores universitarios y personajes ilustres de la corte que les acreditan y avalan en su obra. Con la publicación de sus manuales las matronas trascienden de los espacios domésticos, se reivindican y se desmarcan de una inmensa mayoría de "matronas ignorantes" que ejercen desde el más absoluto oscurantismo y entristecen el deseado proceso de profesionalización. Los libros cosecharon un éxito importante, se difundieron rápidamente y se tradujeron a varios idiomas, pero obviamente no fueron suficiente resistencia y perdieron relevancia con el paso de los siglos (Lay, 2000; McTavish, 2006a; Ortiz Gómez & Sánchez, 1995).

Las matronas francesas según MacTavish (2006a), escriben unos pocos tratados de obstetricia entre 1550 y 1730 aunque algunos se mantuvieran inéditos. Con mucho, el más famoso de estos textos fue el publicado por Louise Bourgeois Boursier en 1609 *Observations diverses sur la Sterilité, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies et des femmes, et enfants nouveaux naiz* (Bourgeois, 1609a). Este texto tiene el honor de ser el primero publicado por una mujer matrona sobre obstetricia en lengua vulgar. En él, demuestra su amplia experiencia como asistente en partos normales y distócicos, y de él se deduce su amplia formación en anatomía y su colaboración práctica con los cirujanos. Este primer volumen de *Observations* se continúa con un segundo libro de *Observations* publicado en 1617 (Bourgeois, 1617) que contiene *Instruction à ma fille*, y un tercer libro de *Observations* en 1626 (Perkins, 1996). Además publica otras obras como *Récit véritable de la naissance de Messeigneurs et*

Dames les Enfans de France (…) en 1625 (Bourgeois, 1625, 1625/2000). En 1627, tras la muerte de María de Borbón Montpensier de la que es acusada, publica *Apologie de Louyse Bourgeois dite Boursier sage femme de la Royne Mere du Roy & de feu Madame. Contre le rapport des medecins.* (Bourgeois, 1627), defendiéndose de la falsa acusación y atacando ferozmente por su ignorancia y falta de integridad a los médicos firmantes de la autopsia que la inculpaban indirectamente, lo que acabó definitivamente con su vida pública. Y por último en 1635 publica *Recueil de Secrets Choisis et Éprouvés pour diverses maladies (…)* (Bourgeois, 1635/1710) un año antes de su muerte que es una compilación de 280 recetas a modo de tratamientos médicos para una amplia gama de enfermedades (Fasbender, 1906; Gélis, 2009).

Siguiendo la estela de Bourgeois aparece en Francia la figura de Marguerite de la Marche du Tertre (1638-1706). En 1677, publica un libro muy interesante para la docencia de matronas en forma de preguntas-respuestas entre maestra y alumna titulado *Instruction familiere et utile aux Sages-Femmes pour bien pratiquer les Accouchemens, Faite par Demandes et Réponfes* (de La Marche, 1677/1710a; McTavish, 2006a).

Del mismo modo, en Reino Unido también se editan obras escritas por matronas como la publicada en 1656 por cuatro matronas titulada *The compleat Midwife´s Practice* (T.C., 1656). De las cuatro autoras se conoce el nombre de dos de ellas: Diana Ireland que obtuvo su licencia en 1638 y Catherine Turner en 1632. El libro se escribe según palabras de sus autoras, para prevenir prácticas desafortunadas y en él son muy críticas con otros textos escritos por cirujanos y médicos, en especial con el elaborado por Culpeper *A directory for Midwives* en 1651 (Culpeper, 1651/2010) que califican como el más “desesperadamente deficiente” de todos. El libro de las matronas inglesas, contiene información de consejos de salud para las mujeres embarazadas como no dormir más de nueve horas diarias, omitir las relaciones sexuales durante los cuatro

primeros meses y realizar ejercicio moderado. El libro contiene un apartado en el que se denuncia la mala praxis de algunos hombres-matronas y reivindican su sitio en la asistencia al parto. Más tarde en 1680, se publica *The complete Midwives Practice Enlarged* escrito por cuatro matronas de St. Martin in the Fields, licenciadas en 1662 llamadas Raquel Coles, Jane Davis, Mary Stuart y Margaret Hall (Evenden, 2000).

Pero de entre las matronas inglesas destaca el trabajo escrito de Jane Sharp que en 1671, publica en Londres su tratado *The Midwives Book or the whole Art of Midwifery discovered* (Sharp, 1671), del que ella misma dice que va dirigido a sus hermanas matronas y a las propias mujeres para aconsejarles en los cuidados de las mujeres en su proceso de concepción, crianza, parto y cuidados al recién nacido (Sharp, 1671/1999). Existen cuatro ediciones del libro, la última de ellas publicada en 1725 (Sharp, 1671/1724, 1671/1725).

Ya en Alemania, encontramos la figura de Catherina Schrader (1656–1746), que si bien no publica directamente un manual obstétrico al uso, sí fue recolectando a lo largo de su ejercicio profesional una serie de escritos o a modo de notas de diario, que más tarde se publicarían con el nombre de *The Memory Boeck van de Vrouwens* en 1710, con la intención de elaborar una guía para sus sucesoras matronas e incluso para su propia hija y basándose en una amplia experiencia. Además nos muestra 122 casos clínicos interesantes y su resolución dejando clara su opción de recibir con agrado en las habitaciones y las casas donde había un parto, la presencia de familiares, vecinos y amigos acompañando a la parturienta (Dunn, 2004a; Marland, 1993). Igualmente, conocemos a otra matrona que publica en 1700 una obra llamada Ana Isabel Horenburgin, hija de cirujano castrense de enseñanza autodidacta, que tras enviudar ejerce como comadrona del Estado en Brunschweig y escribe *Enseñanzas para las comadronas* editado en Hanover (Cruz y Hermida, 2007).

Pero si una figura destaca como matrona alemana es la gran Justina Siegemund, que tras desempeñar su labor en la corte de Brandenburgo y otras cortes afines europeas, es animada por varias personalidades a publicar toda su sabiduría a través de un manual. Entre otras, recibe el aliento de Mary II reina de Inglaterra, Escocia e Irlanda que le alienta en la producción de la obra y posterior publicación de su manual. Una vez decidida a su publicación, busca respaldo formal que acredite la cientificidad de su obra y tiene la inteligencia de enviarla a la Universidad de Frankfurt para su revisión por los facultativos profesores de la misma y posteriormente se publica en 1690 con el título *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin*, que posteriormente conoceremos coloquialmente por el nombre asignado en su traducción inglesa *The Court Midwife* (Siegemund, 1690/1723, 1690/1741, 1690/2005). La obra tiene un peso en la comunidad científica que sobrevive el paso de los siglos y refleja aspectos autobiográficos. Su impacto clínico fue importante, aparecerán ediciones posteriores y numerosas traducciones de esta obra que será reconocida como el primer manual publicado por una matrona alemana (Blum et al., 2010a; Conde Fernández, 2011) y aparecerá en siete ediciones posteriores en la Edad Moderna que en general fueron bien aceptados (McTavish, 2006b).

En definitiva, los libros de estas mujeres y matronas son una reliquia que transparentan una profesión pensada desde ellas mismas y nos aportan una visión propia del arte de partear que miramos desde el futuro con asombro y admiración.

Inevitablemente rendimos pleitesía a este grupo de mujeres que rompen estereotipos y empujan al oficio a ser profesión y plantean novedades conceptuales y asistenciales algunas de las cuales resisten muy dignamente el paso de los siglos.

1.2.4.4 Del siglo XVIII al XXI: pasado, presente y futuro de las matronas y los manuales obstétricos.

El siglo XVIII fue un periodo de grandes cambios para la partería influido por un contexto de mejoras agrarias y movimientos hacia la industrialización y urbanización así como el incremento de la población (Donnison, 1988). Entre los siglos XVIII y XIX asistimos a la consolidación de la presencia de cirujanos en la asistencia a partos normales además de a partos distócicos. En general, la comunidad científica a partir del siglo XVIII reconoce a la partería como disciplina médica, hecho que vino consolidado por la incorporación de los cirujanos a la Universidades médicas. Dicha unificación entre médicos universitarios y cirujanos propicia un auge de la obstetricia primero y posteriormente de la ginecología médica y un consecuente desplazamiento de las matronas a la asistencia a clases sociales inferiores incapaces de pagar honorarios médicos. Sin embargo los hombres también encontrarán cierta resistencia entre los de su género por usurpar el trabajo de parteras como “vendimiadores de vientres” y entre las propias mujeres pudorosas ante ojos de varones asistentes y suspicacias de maridos celosos. Pero la ciencia gana la partida a la moralidad y los importantes descubrimientos en fisiología, histología y anatomía reafirman la supremacía médica, que asume por completo la formación y regulación de la profesión matrona (Conde Fernández, 2011; Plata, 2003a).

Desde la Ilustración hasta la actualidad, las matronas se verán influidas por grandes obstetras como William Hunter (1718-1783), de carácter transigente con las matronas inglesas todo lo contrario que su discípulo Smellie (1697-1763) conocido por sus ataques feroces a las mismas. Otras figuras destacadas serán Jean Luis Baudelocque (1746-1810), Michaelis (1798-1848), Litzman (1815-1890), Naegele (1778-1835), Kilian (1800-1863), Laennec (1781-1826), Simpson (1811-1870) y posteriormente

personalidades como Caldero Barcya, hacen de la obstetricia una ciencia que no tiene nada que envidiar al resto de especialidades médicas (Doležal et al., 2007; Fasbender, 1906). Esta consolidación de los obstetras, viene acompañada de una enorme producción de manuales que reafirman su poder y de una escasa producción por parte de las matronas que elaboran menos obras con el paso de los años, hasta finales del siglo XX y XXI en los que resurge su protagonismo en la formación de las matronas y en la producción científica que será difundida a través de revistas sanitarias, en menor proporción a través de la publicación de libros y en un creciente número de publicaciones de tesis doctorales (Martínez Roche, 2005; Valle Racero, 2002).

Desde el siglo XVIII encontramos matronas ilustres formadas en las maternidades hospitalarias que se resisten a dejar de plasmar sus saberes por escrito, como la inglesa Sarah Stone que publica en 1737 *Complete Practice of Midwifery* (Stone, 1737) tras 35 años de experiencia y tuvo una hija a la que enseñó el arte de la partería y ella a su vez fue hija de la célebre matrona Mrs Colmes. Ella misma en su libro declara haber asistido como mínimo trescientos niños anualmente y alerta contra el peligro de los men-midwives (Alarcón-Nivia et al., 2011; Bosanquet, 2009b; Cruz y Hermida, 2007). Otras matronas inglesas destacadas fueron María Kennon, que atendió a la reina en el nacimiento del Rey Jorge III en 1738, Elizabeth Blackwell que nace en 1712 y fue alumna de Smellie y se dedica al estudio botánico publicando en 1736 un libro titulado *Curious Herbal* y abandonando más tarde la profesión de matrona. Otra matrona reputada fue Joanne Drapper, comadrona que asiste el parto de Jorge IV en 1762. Clarence Maddox fue muy célebre en el siglo XVIII así como lo fueron J.Thackswaite, Mrs Nix, Mrs Newbi , Mrs Fletcher, L.Brown, Mrs Bizzol, Mrs Hopkins, A. Fox y C. Charles que formaron una élite de matronas y elevaron el prestigio de la profesión en Londres. También encontramos referencias de matronas del

siglo XVIII como Elizabeth Phillips, que se traslada a América, F. Simpson otra aventajada alumna de Smellie y Elizabeth Nihell formada en el Hôtel Dieu, famosa por sus ataques a los hombres-parteros y que publica en 1760 el libro *A Treatise on the Art of Midwifery* (Nihell, 1760). Otras matronas inglesas reputadas fueron Margaret Stephen que en 1795 publica su libro *Domestic Midwife: Or, the Best Means of Preventing Danger in Child-birth, Considered by Margaret Stephen (…)* (Stephen, 1795/2010) considerado uno de los mejores libros escritos por una matrona. Otro libro interesante es el escrito por Martha Mears en 1797 *The Pupil of Nature; Or Candid Advice to the Fair Sex* (Mears, 1797), en la que empieza a ser más condescendiente con sus colegas los obstetras (Aveling, 1872; Cruz y Hermida, 2007).

Con respecto a las matronas francesas se destacan Marguerite Boursier du Coudray que ostentó el título de comadrona de París. Fue especialmente relevante su papel en la docencia de matronas a través de un maniquí de su propia invención. En 1759 escribe un destacable libro *Abbrégé de l'art des accouchemens: dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique* (Le Boursier Du Coudray, 1759/1785). Posteriormente Madame Coutanceau, discípula de la anterior fue cofundadora y directora de la Maternidad Pública de Burdeos y publica en 1794 *Elements de L`Art d`accouuchements a favor des eléves sages femmes d la generalité de guienne* y posteriormente publicaría *Instruction theórique et practique a láusage des eleves de l´auteur*. Otra figura reputada es María Ana Victoria Boivin (1773- 1841), que fue una de las comadronas Parisinas más destacadas y escribe con 39 años *Memorial de l´Art des accouchements (…)* (Boivin, 1812) en el que destaca su estudio sobre la mola. Boivin vivió una fuerte rivalidad con una colega contemporánea llamada Marie Louise Lachapelle, que será una de las matronas más importantes de Europa y referente histórico universal. Hija de médico y matrona y esposa de cirujano. Enviuda

precozmente y desde entonces ejerce la partería. Es nombrada Jefa de Comadronas del Hôtel Dieu y asistió a la corte francesa. Se forma bajo la influencia de Boudelocque y en 1821 escribe su emblemática *Practique des accouchements ou memories et observations chisies sur les points plus importants de l`Arte des parturicions* (Lachapelle, 1821). La obra se publica siete años después de su muerte y su contenido es de altísimo valor científico. Otras matronas francesas reconocidas ya en el siglo XIX fueron Madame Touchard y Madame Mitoneau.

En Italia destaca la figura de Teresa Ployant que ostenta cargos importantes en el Hospital de Incurables de Nápoles y escribe en 1790 *Breve compendio de l'arte ostetricia (…)* (Ortiz Gómez & Sánchez, 1995; Ployant, 1790).

Ya en España en el siglo XVIII destacan matronas como Luisa Rosado que desde 1768 vive en la corte y ejerce en el real Colegio de Niños Desamparados. Fue una de las primeras matronas profesionales que se anunciaron a través de cartelería autorizada por el propio rey Carlos III. Durante este periodo (1868-1870), se crean dos escuelas de matronas en Madrid: la primera se conoció con el nombre de Escuela especial de obstetricia para señoras o Enseñanza de Matronas en la que destaca la figura de la matrona Francisca Iracheta, profesora de la escuela que escribe en 1870 el libro *Examen de las matronas conforme son y conforme deben ser* y es considerado el primer libro escrito por una matrona española dirigido a matronas. Unos años más tarde, en 1875 Pilar Jáuregui de Lasbennes sigue los pasos de Iracheta y como profesora en partos abre una escuela de matronas en Madrid (Alarcón-Nivia et al., 2011; Cruz y Hermida, 2007; Ortiz Gómez, 2001b).

Ya a mediados del siglo XX, toda Europa se rinde a los pies de la medicalización de la vida y los partos y éstos pasan a formar parte de una esfera radicalmente pública y hospitalaria dominada por médicos obstetras en su inmensa

mayoría hombres en el pasado aunque en la actualidad se invierta esta predominancia de género y ejercida por unas matronas mayoritariamente mujeres que se forman y trabajan después de muchos siglos de domicilios en los hospitales. Aparecen los colegios profesionales, las escuelas de matronas se adscriben a las Universidades y las asociaciones. En Europa hoy, el hospital es nuestro centro de referencia formativo y asistencial, aunque en algunos países del norte de Europa asistimos al retorno del deseo de algunas mujeres de regresar a sus casas para parir y los sistemas sanitarios se abren a nuevos modelos de asistencia humanizada.

En definitiva, las matronas hemos recorrido un camino de profesionalización que ha pasado por la emisión de nuestra propia difusión científica escrita creciente y sin embargo no exenta de sus condicionamientos a los que como colectivo seguimos haciendo frente con el movimiento de las matronas hacia la elaboración de su propio saber escrito.



FASE

ANALÍTICA

CAPÍTULO II

MÉTODO Y FUENTES

EN EL ESTUDIO DE LA PROFESIÓN MATRONA

A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES

ESCRITOS EN EL SIGLO XVII

2.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La metodología coherente al paradigma hermenéutico y la teoría de la Historia Cultural de los Cuidados seleccionados en este trabajo, es la cualitativa ya que el enfoque cualitativo nos permitió comprender e interpretar como equipo investigador los fenómenos que experimentaron las matronas del siglo XVII como seres humanos al cuidar y ser cuidadas (Triviño & Sanhueza, 2005).

Para el desarrollo de la actividad investigadora enfermera es necesario organizar el modo. A la manera determinada de estructurar el proceso de investigación se le denomina método y su carácter es necesariamente dinámico. Además, nuestro método determinó las operaciones intelectuales por las que, a través de la disciplina enfermera, trataríamos de alcanzar las verdades y precisaríamos los pasos de nuestra investigación por lo que nos situó a medio camino entre la especificidad de la técnica y la abstracción de los paradigmas (Siles González, 2011; Taylor & Bogdan, 1987).

La especialización del método en la investigación en Historia de la Enfermería estará, al igual que en el resto de investigaciones históricas, en continuo movimiento para adaptarse a la vida que reflejan. Siguiendo las ideas de Topoloski (1981), las fases a groso modo asumidas en el método de esta investigación fueron: la definición del problema, que en nuestro caso es el estudio del proceso de socialización profesional de las matronas en el siglo XVII a través de la escritura de sus propios manuales, en segundo lugar diseñamos un proyecto anclado en la lectura de algunos de esos manuales escritos por las propias matronas del siglo XVII, seleccionando y recogiéndolos, y tras ser leídos y analizados, dieron como producto la elaboración de un informe validado de resultados (Siles González, 2011; Topolski, 1976, 1981).

A través de esta metodología cualitativa, indagamos en situaciones de la vida cotidiana de las matronas intentando dar sentido o interpretando fenómenos en los

términos del significado que las personas les otorgaron y del funcionamiento organizacional y movimientos sociales conectándolos con su contexto, dándole forma a una historiografía específica del pasado y a la historia del presente (Aróstegui, 2004).

Así, en cuanto a nuestro rol como equipo investigador desde la distancia de siglos y debido a la interacción establecida con las matronas escritoras, la metodología cualitativa nos permitió elaborar resultados descriptivos y analíticos considerando como datos primarios las palabras y comportamientos que estos escritos nos trasladan de las mismas autoras. De este modo, asumimos en este trabajo los rasgos fundamentales de la investigación cualitativa que muestran su interés por el significado, la interpretación, la importancia del contexto y procesos incluyendo la estrategia inductiva y hermenéutica (Maxwell, 2013; Taylor & Bogdan, 1987; Vasilachis de Gialdino, 2006).

En definitiva, las decisiones tomadas en el transcurso del trabajo se vinculan profundamente con el perfil del equipo investigador; con nuestras biografías, trayectorias, inquietudes profesionales y compromisos desde nuestro contexto histórico del siglo XXI (Denzin & Lincoln, 2013), ligado a la influencia antropológica en esta investigación enfermera.

2.2 **DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO**

El diseño del trabajo de campo fue flexible de manera que propusimos una sistematización que no nos inmovilizara en exceso. Las técnicas utilizadas, constituyen los medios más concretos de tratar los problemas que estuvieron en concordancia con el método seleccionado y se caracterizaron por una alta especialización. Las técnicas que armonizaron con el método cualitativo seleccionado, son las denominadas técnicas cualitativas que serán las empleadas en este trabajo de investigación (Siles González, 2011; Taylor & Bogdan, 1987).

2.2.1 El objeto de estudio.

Definición del objeto de estudio.

El objeto de estudio de este trabajo de investigación es el colectivo profesional de matronas, en concreto de parteras europeas del siglo XVII.

Puntualizaremos el modo en que este equipo investigador denomina en este estudio al colectivo analizado como matronas y parteras utilizando ambos términos como sinónimos. Esta decisión es fruto de la reflexión surgida tras la revisión del estado de la cuestión y se apoya en varios principios; el primero de ellos es el ubicar a las matronas del siglo XVII europeo en un contexto pre-profesional en el que éstas solo se encuentran en los comienzos de su regulación a través de licencias y formación y existe una gran parte del colectivo que carece de las mismas. Además, la denominación que las propias matronas y cirujanos utilizan en sus libros para distinguirlas es la de “matronas ignorantes” y así hemos querido conservar la expresión para diferenciarlas de las matronas licenciadas. Otro de los elementos que nos decidió a utilizar el término partera como sinónimos de matrona, surge de la búsqueda en archivos y bases de datos de documentos españoles del siglo XVII. A través del término matrona no obtuvimos prácticamente ningún resultado. Sin embargo, al observar que algunos expertos/as en partería denominan regularmente a las matronas españolas como parteras en el siglo XVII y en épocas aledañas, utilizamos el término y obtuvimos unos resultados muy amplios entre los que aparecen documentos oficiales como edictos, leyes y documentos punitivos del Santo Oficio español en los que la nomenclatura de la profesional que asiste partos es partera de manera dominante. En definitiva, decidimos distanciarnos de las diferencias conceptuales entre los términos matrona-partera que son el resultado de una evolución histórica profesional posterior a la época contemplada en este trabajo.

Es muy obvia la influencia de nuestro perfil de equipo investigador como enfermeros/as, matronas e investigadores/as para volcar nuestro interés en el estudio del desarrollo profesional de la matrona a través de un análisis historiográfico, por las repercusiones que este conocimiento podría tener desde nuestro punto de vista, en el presente y futuro de la profesión matrona.

Proceso de selección del objeto de investigación.

El estudio se basó en conocer las experiencias, conocimientos, sentimientos, valores, creencias y símbolos de la profesión matrona a través de las propias palabras y vivencias expresadas de las parteras, escritas en sus manuales y cómo éstos influyeron en el proceso de socialización profesional de las mismas en el siglo XVII.

En esta dirección, el objeto de estudio se especificó más al centrar la investigación entre los años 1609 y 1690 como rango de fechas seleccionado y contextualizar las obras escritas en el siglo XVII europeo. La fecha de inicio es incuestionable, ya que el primer manual conocido escrito por una matrona europea, está fechado en 1609 en París, elaborado por Louise Bourgeois y por añadidura se conservan varios ejemplares accesibles de la obra. Con respecto al límite superior del rango establecido en las fechas de inclusión, se seleccionó el manual de 1690 elaborado por Justina Siegemund por ser el último al que tuvimos acceso escrito por una matrona en el siglo XVII y datado antes de los importantes cambios que a nivel internacional los historiadores/as afirman sufrió la partería y la asistencia obstétrica fechados en el primer tercio del siglo XVIII, según obtuvimos de una meticulosa revisión del estado de la cuestión.

Para fijar con precisión el objeto de nuestro análisis, partimos de la situación en la que tuvimos claro que nuestro objeto de estudio era la profesión matrona y su estudio al detalle del proceso de socioprofesionalización. Desde este punto, al inicio de la

investigación no se conocía exactamente qué textos podrían sernos de más utilidad para el estudio de la profesión matrona, poniendo como premisa básica que fueran escritos por matronas en exclusiva.

Así, iniciamos una búsqueda de textos accesibles y concluimos que el inicio de la actividad de la escritura de las matronas en 1609 por su fácil acceso era sin duda el punto de partida y dado que había una gran dispersión geográfica del origen de los textos quisimos centrarnos en el siglo XVII europeo (1609-1690) y se encontraron textos que cubrieron sobradamente nuestras expectativas y las ampliaron.

Ámbito del estudio: contexto del objeto de estudio.

El lugar del estudio se extendió básicamente a la Europa del siglo XVII, aunque se contemplaron de manera más superficial los antecedentes contextuales del siglo XVI y XVIII por su influencia sobre los manuales seleccionados y la profesión matrona. En definitiva, el lugar en el que se ubicó la investigación es en la Europa de la Temprana Edad Moderna entre 1609-1690 y se centró en los países emergentes y punteros en el desarrollo de la partería, seleccionados según la procedencia de cada uno de los manuales estudiados que fueron en total cinco: cuatro escritos por matronas y uno cuya autoría corresponde a un cirujano.

Estos países fueron Francia como cabeza del cambio y del movimiento de la nueva obstetricia europea, del que escogimos tres manuales, Reino Unido del que seleccionamos un manual y Alemania o más bien territorios germánicos, de los que elegimos un último manual.

Las matronas europeas del siglo XVII a las que analizamos a través de sus manuales, desempeñaron su labor en las principales capitales europeas: París (Bourgeois y de La Marche además del cirujano Mauriceau), Londres (Sharp) y Leipzig-Brandenburgo y Berlín (Siegemund), por lo que el contexto fue básicamente

urbano y las matronas que escribieron sus manuales son denominadas expertas y al servicio de la corte, por lo que proponemos un análisis de las matronas europeas del siglo XVII a través testimonios vertidos desde unas profesionales en situación privilegiada y en definitiva una élite de matronas. Estas parteras hablaron de sí mismas y de otras matronas y nos ayudarán a entender como esa élite veía la profesión y qué anhelaban para su futuro y el de sus "hermanas matronas".

Los permisos de acceso a los manuales van implícitos a través de la publicación por editoriales y la digitalización de los mismos, en tanto en cuanto esta investigación no compite con las empresas editoriales en su explotación comercial de las obras.

2.2.2 La muestra.

Aplicando el sistema de muestreo cualitativo, pretendimos seleccionar aquellos manuales escritos por matronas europeas de la Temprana Edad Moderna, para así intentar comprender los discursos que quisieron transmitir y las posiciones ocupadas en las estructuras sociales en las que estuvieron inmersas y así reconstruir e interpretar la dinámica de las prácticas y hablas de los sujetos dentro de su red vincular que será la base configuradora de motivaciones, discursos y opiniones de las matronas.

Como equipo investigador cualitativo, hemos ido decidiendo a medida que el trabajo avanzaba, a partir de una muestra previsible, cuáles serían los alcances de la muestra seleccionada, atendiendo a la adecuación del material y su calidad más que a la cantidad intuida desde un principio como muy escasa. Por consiguiente, en nuestro caso la representatividad de la muestra, no radica en el número sino en las posibilidades que los textos seleccionados nos transmitieron de establecer configuraciones subjetivas de los valores, creencias y motivaciones de las matronas del siglo XVII como colectivo profesional (Serbia, 2007).

Para seleccionar la muestra tomamos las fechas entre 1600-1699 (siglo XVII) como unidades de muestreo y elegimos los manuales escritos por matronas en función de su fecha de publicación, quedando seleccionados finalmente cuatro manuales entre 1609-1690. Posteriormente añadimos a la muestra un quinto manual escrito por un cirujano, también en el siglo del siglo XVII por su interés para la triangulación de datos con los aportados por las matronas para una comprensión más global de nuestro objeto de estudio.

La asimetría de género de la muestra seleccionada (cuatro mujeres y un hombre), se explica en base al interés por centrar el foco de atención en este trabajo de investigación, hacia las matronas como colectivo en el siglo XVII y hacerlo desde el punto de vista de las matronas. Éste era un colectivo exclusivamente femenino y controlaba casi hegemónicamente el parto de fetos vivos. La inclusión de un cirujano en la muestra, tiene como fin triangular los datos de las matronas, y elegimos un solo manual por su protagonismo, de momento solo incipiente, en el mundo de los partos y para otorgar el máximo protagonismo en la escritura de su propia historia a las matronas.

Con respecto al sistema de muestreo se realizó en dos fases: en primer lugar efectuamos una exhaustiva búsqueda de obras escritas por matronas en el siglo XVII y en una segunda fase seleccionamos uno de los muchos manuales elaborados en el siglo XVII por cirujanos. Como sistema de muestreo de la primera fase se escogió uno no probabilístico y no aleatorio (Flick, 2007; Patton, 1990) que se sustenta en el criterio de conveniencia o por oportunidad (Cohen, Manion, & Morrison, 2011), haciendo alusión a que elegimos aquellos libros, utilizando como criterios de inclusión que hubieran sido escritos en Europa entre 1600 y 1699, su autoría estuviera asignada a matronas mujeres en exclusiva y cuyo texto estuviera íntegramente disponible. Obviamente estuvimos

condicionadas por la escasa cantidad de la producción literaria de matronas y la dificultad para hacernos con los manuales. En definitiva, seleccionamos algunos de los libros escritos por matronas que ofrecieron el acceso a texto completo para su posterior análisis de contenido: éstos fueron cuatro manuales.

Como segunda fase se utilizó un sistema de muestreo de nuevo no probabilístico y no aleatorio por conveniencia, para seleccionar la obra y edición más accesible y fácil de procesar del personaje elegido en base a la previa revisión bibliográfica y por consejo de expertos/as en la historia de la obstetricia, como contraste a los manuales de matronas. Tuvimos claro que François Mauriceau sería el cirujano señalado ya que cumplía todos los criterios de inclusión de las matronas para que el manual fuera lo más próximo a los escritos por éstas y a favor de cierta homogeneidad de la muestra. Fue elaborado en Europa, entre 1600 y 1699 y en lo único que difería de los seleccionados escritos por matronas, es por lo que precisamente nos interesó: su autoría por un hombre cirujano. De este modo, nos decantamos por el primer manual publicado en 1668 por Mauriceau, debido al enorme peso de su figura en la Historia de la Obstetricia europea moderna y la accesibilidad del manual.

En definitiva, la muestra final de la investigación la compusieron **cinco manuales del siglo XVII europeo**: cuatro escritos exclusivamente por matronas y uno elaborado por un cirujano entre 1609-1690 que reseñamos a continuación por orden cronológico de su elaboración y publicación en el caso de las matronas y por último el libro del cirujano seleccionado:

Autora: Louise Bourgeois Boursier.

Categoría profesional: matrona titulada de la ciudad de París. Matrona de la corte francesa.

País de origen: Francia (París).

Título: OBSERVATIONS DIVERSES SVR LA ſterilité, perte de fruict, foecondité accouchements, & maladies des femmes & enfans nouueaux naiz.

Año de publicación: 1609

Idioma de la fuente: francés del siglo XVII.

Páginas: 121 más índice, dedicatorias y tablas finales.

Autora: Jane Sharp

Categoría profesional: matrona titulada de la ciudad de Londres.

País de origen: Reino Unido (Londres).

Título: THE MIDWIVES BOOK Or the Whole Art of Midwifry Discovered.

Año de publicación: 1671

Idioma de la fuente: inglés del siglo XVII.

Páginas: 244 (edic.1725).

Autora: Marguerite de La Marche du Tertre

Categoría profesional: matrona titulada del Hôtel Dieu de París, jefa de matronas Hôtel Dieu.

Título: INSTRUCTION FAMILIERE ET UTILE AUX SAGES-FEMMES Pour bien practiquer LES ACCOUCHEMENS, Faite par Demandes & Rèponſes.

País de origen: Francia (París).

Año de publicación: escrito en 1677 y publicado en 1710.

Idioma de la fuente: francés del siglo XVII.

Páginas: 127 incluidas tablas finales.

Autora: Justina Siegemund

Categoría profesional: matrona titulada de la ciudad de Leipzig. Matrona de la corte Brandenburgo.

Título: Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin.

País de Origen: Alemania (territorios germánicos).

Año de publicación: 1690

Idioma de la fuente: alemán con letra gótica del siglo XVII.

Páginas: 260 más tablas finales.

Autor: François Mauriceau

Categoría profesional: cirujano responsable del Hôtel Dieu de París.

Título: Les Maladies des Femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et véritable Méthode de les bien aider en leurs accouchemens naturels, & les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre-nature, & aux indispositions des enfans nouveau-nés (...)

País de origen: Francia (París).

Año de publicación: 1668

Idioma de la fuente: francés del siglo XVII.

Páginas: 373 más tablas finales.

Estos cinco manuales han sido publicados a lo largo de los siglos en diferentes ediciones, formatos, idiomas y países hasta la actualidad. En nuestro estudio se utilizaron un total de **quince** de esas ediciones, sobre las que se emplearon diferentes técnicas de investigación, en función de las características y el formato de cada una de ellas, para la obtención de información relevante para nuestro objeto de estudio. Las quince ediciones seleccionadas, sus características y las técnicas empleadas sobre cada una de ellas las detallaremos posteriormente dentro de la tipología de las fuentes.

2.2.3 Fuentes de recogida de información.

La búsqueda de conocimiento e información constituye un proceso al que se le denomina heurística (Siles González, 2011). Las fuentes históricas según Topolski citado en Siles González (2011), serían el conocimiento de los materiales históricos, su distribución así como el modo de encontrarlos y reunirlos.

El análisis de fuentes escritas por autoras matronas mujeres, lleva implícito el descubrimiento que para este equipo investigador supuso la transición de la relativa marginalidad e invisibilidad ligada a los tradicionales testimonios orales, íntimamente unidos a la historia profesional de las matronas, a la entrada en una condición cultural superior como autoras que escribieron para perpetuarse. Sus libros revelaron el paso de una cultura de oralidad primaria a una secundaria con un poder expansivo arrollador (Denzin & Lincoln, 2013).

Las fuentes etnográficas para la Historia Cultural, presentan los fenómenos en su narratividad (oral, escrita e iconográfica). El carácter narrativo de los manuales seleccionados, las iconografías y los escritos, nos obligan a este equipo investigador a la consideración de los hechos, los valores, sentimientos y creencias incidentes en la forma cómo se presentan los acontecimientos. También en el caso de las matronas del siglo XVII, las fuentes narrativas nos permitieron llegar a profundizar en el pensamiento y sentimientos de las matronas de forma paralela a la observación de los acontecimientos más evidentes tales como sus comportamientos.

Se utilizaron los criterios de Aróstegui (2001a, 2001b) y Siles González (2011) para la clasificación de nuestras fuentes eligiendo como tipología, las fuentes históricas posicionales que las clasifican como fuentes directas e indirectas:

Fuentes Directas: en este trabajo de investigación los propios manuales escritos por matronas son documentos relacionados directamente con el objeto de estudio y

escritos por los actores sociales protagonistas: las matronas y un cirujano del siglo XVII. Nos informan sin mediación alguna sobre nuestras preguntas de investigación. A su vez se subdividen en:

1. Fuentes directas escritas por matronas del siglo XVII.

1.1. Fuentes directas originales sin traducir.

1.1.1. Manuales originales en formato digitalizado: Algunos manuales como el de Louise Bourgeois (1609) y Siegemund (1690), están disponibles gratuitamente en su versión original y en el año de publicación original en la red. Otros manuales se encuentran accesibles en su formato original gratuito pero en ediciones posteriores como el de La Marche (1677/1710b) y otros están asequibles en publicaciones posteriores previo pago en edición impresa (1671/1725) de una copia digitalizada, como es el caso del manual de Jane Sharp. Las obras originales digitalizadas están disponibles y accesibles a través de algunas Universidades como la Complutense de Madrid, Universidad de Gante o Universidad de Dresden y desde la Biblioteca Estatal de Baviera que tienen vínculos con Google Books o directamente desde el buscador Google Books.

1.1.2. Manuales originales en formato impreso: tuvimos acceso a través de los valiosos fondos de la Wellcome Library (Londres) a varios de los manuales originales en diferentes ediciones en su Sala de Materiales Raros que posteriormente concretaremos.

1.2 Fuentes directas traducidas/revisadas y accesadas a través de la compra de los libros vía Internet:

Autora: Jane Sharp Título: The midwives book, or The whole art of midwifry discovered Editado y revisado: Eliane Hobby Universidad de Oxford Año: 1671/1999 Idioma: Inglés actual	Autora: Justina Siegemund Título: The Court Midwife Editado, revisado y traducido: Lynne Tatlock . Universidad de Chicago Año: 1690/2005 Idioma: Inglés actual

2. Fuente directa escrita por cirujano original traducida.

Manual accesado digitalmente desde la Biblioteca Estatal de Baviera, en su edición traducida al inglés en el siglo XVIII:

Autor: François Mauriceau Título: The Diseases of Women with Child , And in Child-Bed Traducido: Hugh Chamberlen Año: 1668/1727 Idioma: Inglés siglo XVIII

A modo de resumen, presentamos la tabla 1 que agrupa las fuentes directas y su modo de acceso así como las técnicas empleadas sobre ellas en esta investigación:

Tabla 1
Relación y clasificación de fuentes directas según los cinco autores/as seleccionados

AUTORA LOUISE BOURGEOIS BOURSIER	**TÍTULO**	**FORMATO** Fuentes directas	**IDIOMA**	**EDITOR**	**UBICACIÓN**	**PROCEDENCIA**	**ACCESADO**	**TÉCNICA**
	Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz	Manual original digitalizado	Francés siglo XVII	Saugrain, París, 1609	gratis online http://books.google.es/books?id=RNtEAAAAcAAJ Digitalizado: 9/11/2010	Universidad de Gante	Febrero 2013	observación documental
	Obseruations diuerses sur la sterilité perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz	Manual original digitalizado	Francés siglo XVII	chez Iean Dechoury, París, 1609/1630	gratis online http://books.google.es/books?id=Kbo36_Y7MVoC Dgilitalizado: 28/9/2010	Universidad Complutense de Madrid	2012-2013	observación documental y análisis de contenido
	Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz	Manual original libro	Francés siglo XVII	Saugrain, París, 1609	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental
	Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz	Manual original libro	Francés siglo XVII	Saugrain, París, 1617	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental

AUTORA JANE SHARP	**TÍTULO**	**FORMATO** Fuentes directas	**IDIOMA**	**EDITOR**	**UBICACIÓN**	**PROCEDENCIA**	**ACCESADO**	**TÉCNICA**
	The Compleat Midwife's Companion: Or, the Art of Midwifry Improv'd.	Manual original digitalizado	Inglés siglo XVII	Cuarta edición,Marsall Londres, 1671/1725	No disponible gratuita online pero sí disponible su compra impresa vía Internet.	British Library	Comprado Mayo 2013	observación documental
	The midwives book or, The whole art of midwifry discovered: Directing childbearing women how to behave themselves in their conception, breeding, bearing, and nursing of children.	Manual original libro	Inglés siglo XVII	Simon, Londres, 1671	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental
	The Compleat Midwife's Companion: Or, the Art of Midwifry Improv'd.	Manual original libro	Inglés siglo XVII	Marsall, Londres, 1671/1724	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental
	The midwives book, or, The whole art of midwifry discovered	Manual traducido y revisado Formato libro	Inglés actual	Eliane, Hobby, 1671/1999 Oxford University			2012-2013	análisis de contenido

AUTORA	TÍTULO	FORMATO	IDIOMA	EDITOR	UBICACIÓN	PROCEDENCIA	ACCESADO	TÉCNICA
MARGUERITE DE LA MARCHE		Fuentes directas						
	Instruction familiere et utile aux sages-femmes pour bien pratiquer les accouchemens, faite par demandes et réſponses.	Manual original digitalizado	Francés siglo XVII	Laurent d'Houry, París, 1677/1710.	Gratuito online http://books.google.es/books?id=xqg6t0CDoGkC Digitalizado: 15/02/2011	Universidad Complutense de Madrid	2013	observación documental y análisis de contenido
	Instruction familiere et utile aux sages-femmes pour bien pratiquer les accouchemens, faite par demandes et réſponses.	Manual original libro	Francés siglo XVII	Laurent d'Houry, París, 1677/1710.	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental

AUTORA	TÍTULO	FORMATO	IDIOMA	EDITOR	UBICACIÓN	PROCEDENCIA	ACCESADO	TÉCNICA
JUSTINA SIEGEMUND		Fuentes directas						
	Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin.	Manual original digitalizado	Alemán siglo XVII	Brandenburgo, 1690	Gratuito online http://digital.slub-dresden.de/ppn323764851	Universidad Dresden	Enero 2013	observación documental
	Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin.	Manual original digitalizado	Alemán siglo XVII	Rudiger 1690/1723	Gratuito online http://books.google.es/books?id=5nNEAAAAcAAJ&printsec	Universidad de Gante	Febrero 2013	Observación documental
	Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin.	Manual original libro	Alemán siglo XVII	Rudiger, 1690/1741	Sala Materiales Raros Wellcome Library (Londres)		21/8/2013	observación documental
	The Court Midwife	Manual traducido y revisado	Inglés actual	Lynne Tatlock, 1690/2005			2012-2013	Análisis de contenido

AUTOR FRANÇOIS MAURICEAU	**TÍTULO**	**FORMATO** Fuentes directas	**IDIOMA**	**EDITOR**	**UBICACIÓN**	**PROCEDENCIA**	**ACCESADO**	**TÉCNICA**
	The Diseases of Women with Child , And in Child-Bed	Manual original digitalizado	Inglés siglo XVII	Traductor: Hugh, Chamberlen Editor: T. Cox, Londres, 1668/1727	Gratuito online http://books.google.es/books?id=CJ8_AAAAcAAJ	Biblioteca Estatal de Baviera	2013	observación documental y análisis de contenido

En resumen se utilizaron en esta investigación un total de **15 manuales** como fuentes directas sobre los que se aplicaron las técnicas correspondientes según sus formatos: estos quince libros se corresponden con las diversas ediciones y versiones de los cinco textos seleccionados en la muestra inicial.

El tiempo empleado para seleccionar, buscar y conseguir las fuentes directas tuvo dos fases: una primera desde enero de 2011 en la que se tanteó en la búsqueda de la existencia de manuales accesibles de matronas y cerciorarnos de la viabilidad del proyecto, hasta aproximadamente marzo de 2011. Posteriormente se decide iniciar la investigación, y se continuó con el proceso de búsqueda y consecución de las mismas, con un punto de inflexión importante en enero de 2012, tras la decisión de incluir el manual del cirujano Mauriceau como punto de triangulación y aumentar la muestra. Este periodo se prolongó hasta agosto de 2013, cuando tuvimos oportunidad de viajar a Londres y poder investigar con los manuales, tocarlos, olerlos y fotografiarlos en una toma de conciencia global de la importancia del trabajo escrito de las matronas seleccionadas.

Estrategia de búsqueda de las fuentes directas.

El primer paso de la estrategia de búsqueda de las fuentes directas, fue realizar una selección y recopilación de fuentes originales directas en catálogos que revisaran los fondos de las más importantes bibliotecas españolas e internacionales. Comenzamos por los catálogos de Redes de Bibliotecas utilizando el nombre de las matronas y el cirujano seleccionados desde la categoría de autor. Puntualizaremos que en el caso de Louise Bourgeois, fue necesario introducir en ocasiones el apellido Boursier para distinguirla de la famosa artista Louise Bourgeois que nos enturbiaba la búsqueda:

- **CSIC (Catálogo Colectivo de la Red de Bibliotecas del CSIC)**
  - Louise Bourgeois: aparece una obra de 1609 de *Observations* en papel para préstamo de un mes en Biblioteca M-CCHS.
  - Jane Sharp: encontramos una copia de 1671 que no se presta y un acceso digital al texto completo previa suscripción (enlace a la página web EEBO Early English Books Online).
  - Justina Siegemund: localizamos la edición traducida y revisada de 2005 con un enlace directo online previa suscripción.
  - Marguerite de la Marche: obtuvimos silencio.
  - François Mauriceau: conseguimos 8 ediciones de su primer manual, de ellas las tres versiones traducidas al inglés tenían enlaces directos al texto completo online previa suscripción (enlace a la página web EEBO Early English Books Online).
- **REBIUN (Red de Bibliotecas Universitarias Españolas): Catálogo Colectivo de REBIUN**

Fue sin duda el catálogo fundamental en la búsqueda de fuentes directas en esta investigación:

- Louise Bourgeois: obtuvimos 5 obras de esta matrona a las que se facilitaba su acceso en dos modalidades:
  - Para préstamo: localización Universidad Complutense de Madrid.
  - Digitalizados: en “ver catálogo” enlaza con la página de la propia Complutense que a su vez conecta con Google Books a una edición digitalizada gratuita.

Las obras encontradas fueron: dos ejemplares de *Observations* de 1617, un ejemplar de *Observations* de 1609/1652, y **una edición de 1609/1630** del mismo manual que finalmente fue la seleccionada en formato digital para el análisis de contenido. Además apareció en esta búsqueda, otra obra diferente de la elegida de esta matrona de 1635/1653 *Recueil des secrets (…).*

- Jane Sharp: obtuvimos dos resultados:
  - Un ejemplar de *The compleat midwife's companion* de 1671/1725 (recurso electrónico de acceso a texto completo pero restringido): Universidad de Sevilla.
  - Un ejemplar de *The midwives book* (…) de 1671 con acceso electrónico previa suscripción (enlace a la página web EEBO Early English Books Online): Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Justina Siegemund: aparece la misma edición traducida y revisada de 1690/2005.
- Marguerite de la Marche: obtuvimos silencio aunque a través del titulo del manual de La Marche, obtuvimos un resultado con enlace directo a Google Books gratuito.
- François Mauriceau: conseguimos 36 resultados del mismo manual.

– **OCLC: WorldCat**

Este catálogo internacional, nos resultó muy útil para obtener un amplio listado de referencias bibliográficas de todo el mundo y completar todos los datos bibliográficos relativos a las fuentes:

- Louise Bourgeois: tras reseleccionar entre varias autoras del mismo nombre, obtuvimos alrededor de 58 resultados que estuvieron relacionados con la matrona.
- Jane Sharp: 4 resultados asociados a la matrona.
- Justina Siegemund: conseguimos 24 resultados.
- Marguerite de la Marche: 9 resultados de esta partera.
- François Mauriceau: aparecieron 284 resultados del autor.

– **GOOGLE BOOKS**

Herramienta extremadamente útil en esta investigación. Una vez observado el vínculo que algunas Universidades españolas como la Complutense de Madrid e internacionales como la Universidad de Gante y de Baviera establecen con este buscador online, accedimos a todos los manuales seleccionados en edición digital así como a las que únicamente estuvieron disponibles en formato libro comprado a través del mismo de manera gratuita o previo pago de su edición impresa. La herramienta es extremadamente sencilla: se teclea nombre de autora o títulos de las obras y se revisan resultados y se eligen las ediciones digitalizadas gratuitas que mejores herramientas de tratamiento de textos presentan.

Tras comprar las dos ediciones de los manuales traducidas y revisadas encontradas de Sharp y Siegemund, obtuvimos el resto de muestra para el análisis de contenido de Google Books de manera gratuita a través de manuales digitalizados.

– **WELLCOME LIBRARY**

Merece en esta investigación una mención especial la prestigiosa Biblioteca Wellcome de Londres, aunque si bien no es la única en poseer ejemplares de toda nuestra muestra seleccionada (también era éste el caso de la British Library de Londres),

sí fue la que más accesible nos parecía en cuanto a burocracia se refiere y en efecto así fue: se hizo la reserva de los manuales online y a la mañana siguiente estuvieron a nuestra entera disposición para trabajar con ellos el tiempo que precisamos.

El equipo investigador agradece a la Wellcome Library su amabilidad, su valiosa labor de conservación y su espíritu abierto para compartir con el mundo sus valiosas colecciones.

Fuentes Indirectas: nos informan sobre las matronas y nuestro objeto de estudio a través de otras personas expertas, documentos como libros especializados en matronas y partería del siglo XVII además de numerosos artículos.

El tiempo empleado en la búsqueda de fuentes indirectas fue desde el inicio de la investigación en enero de 2011 hasta finalizar la tesis en un proceso continuo y circular.

Estrategia de búsqueda de las fuentes indirectas.

Es una base indispensable para sustentar esta investigación, la búsqueda y estudio de la producción científica relacionada con nuestro objeto de estudio y sobre todas aquellas bases teóricas y metodológicas en las que nos apoyamos para elaborar nuestro trabajo. El conocimiento científico generado en base a expertos/as es una parte fundamental de cualquier tesis doctoral ya que en nuestro caso existen auténticos especialistas que han encauzado nuestros pasos en el conocimiento histórico de las matronas del siglo XVII europeo.

En la estrategia de búsqueda de las fuentes indirectas, seguimos unas fases que toman como punto de partida nuestra pregunta de investigación: el proceso de socialización profesional de las matronas a través de sus propios manuales escritos en el siglo XVII y a partir de ella se eligieron los conceptos clave para poder seleccionar

aquellos términos que mejor resumen las ideas originales surgidas de nuestra pregunta de investigación. Uno de nuestros objetivos básicos de la búsqueda bibliográfica, fue la obtención de información necesaria y adecuada a nuestro estudio, es decir que fuera pertinente, relevante y respondiera a nuestras preguntas informándonos adecuadamente.

Estas palabras clave o descriptores han sido seleccionadas, del lenguaje libre (castellano/inglés) o bien a través de un lenguaje controlado mediante el uso de Tesauro MeSH (Medical Subject Heading) cuyos términos fueron traducidos al vocabulario estructurado en castellano mediante el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Una vez identificados los conceptos, éstos fueron combinados con los operadores boleanos para filtrar, ampliar y concretar la búsqueda eliminando la información que no interesara (AND, OR, NOT) así como (Y, O, NO) cuando se trató de bases de datos españolas que nos permitieron el uso de estos operadores en castellano. Para ampliar la información recuperada en la búsqueda, se utilizaron recursos como el uso de sinónimos de las palabras claves así como truncamientos de los descriptores.

Los términos del Tesauro MeSH utilizados en la búsqueda fueron: Nurse Midiwives (subheadings: education, history, legislation and jurisprudence and organization and administration); Midwifery (subheadings: classification, education, history, legislation, jurisprudence, organization and administration); Women (subheadings: education, history); Gender Identity (subheadings: history); Competence professional (subheadings: education); Interprofessional relations (subheadings: history); Parturition (subheadings: history, instrumentation, nursing); Childbirth at home (subheadings: history, instrumentation); Reproductive health (subheadings: history); Pregnancy (subheadings: history); Postpartum period (subheadings: history); Breast Feeding (subheadings: history); Anthropology Cultural (subheading: nursing), Medicalization (subheadings: history), Social Change (subheadings: history).

A partir de estos términos se realizó una búsqueda de las traducciones de los anteriores descriptores correspondientes en castellano al vocabulario según DeCS: Enfermera obstétrica/matronas (calificadores: educación, legislación y jurisprudencia, tendencias, historia); Tocología (calificadores: educación, historia, legislación y jurisprudencia, normas, recursos humanos, instrumentación); Mujeres (calificadores: educación, historia); Identidad de Género; Competencia Profesional; Relaciones Interprofesionales; Parto; Parto Domiciliario (calificadores: historia, Enfermería); Salud Reproductiva (calificadores: legislación y jurisprudencia, historia); Periodo Postparto; Lactancia Materna (calificadores: historia); Antropología Cultural; Medicalización (calificadores: historia, instrumentación); Cambio Social (calificadores: historia).

Estas palabras claves fueron cruzadas con otros descriptores de manera transversal con el objetivo de contextualizar histórica y socialmente la investigación: en concreto se utilizaron los términos 17 th century (siglo XVII) y History (historia) para centrar más los resultados en el momento histórico de nuestra investigación. Además se consideró imprescindible en nuestra búsqueda el uso como descriptores de términos libres tales como el nombre propio de las matronas autoras de la muestra de manuales seleccionados, que nos proporcionó acceso a información especializada de su vida y obras encontrando los trabajos más concretos y útiles para nuestro objeto de estudio. Éstos fueron; Louise Bourgeois Boursier; Jane Sharp; Justina Siegemund; Marguerite de la Marche.

Los recursos de información utilizados en nuestra búsqueda de fuentes indirectas se dividen en:

CATÁLOGOS: para localización de fuentes

- CATÁLOGOS DE BIBLIOTECAS UNIVERSITARIAS
  - Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) (Instituto de Salud Carlos III)
  - Biblioteca Virtual Miguel Cervantes
- CATÁLOGOS DE REDES DE BIBLIOTECAS
  - CSIC (Catálogo Colectivo de la Red de Bibliotecas del CSIC)
  - REBIUN (Red de Bibliotecas Universitarias Españolas)
  - OCLC: WorldCat (Catálogo bibliográfico de todo el mundo)
- CATÁLOGOS DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS
  - Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos II (ISCIII), Portal de revistas científicas
  - Catálogo de Publicaciones Periódicas de REBIUN
  - Catálogo Colectivo de Publicaciones Periódicas (Biblioteca Nacional de España)
  - EDINA-SUNCAT (Catálogo colectivo de revistas del Reino Unido)

BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICAS: Bibliográficas, de datos textuales y de datos mixtas

- Cochrane Library/ Biblioteca Cochrane Plus
- CINHAL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature)
- EMBASE (producida por ELSEVIER)
- IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)
- IME (Índice Médico Español)
- PubMed/MEDLINE
- CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex)
- LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
- SciELO (Scientific Electronic Library Online)
- Instituto Joanna Briggs (JBI COnNECT+)
- ISOC (Bases de Datos del CSIC en Ciencias Sociales y Humanidades)
- Google Académico (Scholar)
- Google Books

REPOSITORIOS: sistema de almacenamiento abierto y multidisciplinar

- RECOLECTA (Recolector de Ciencia Abierta)
- Dialnet (Difusión de Alertas en la Red)
- Digital CSIC
- Pubmed Central

RECURSOS CON TESIS DOCTORALES

- TESEO
- Tesis Doctorales en Red (TDR)
- Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD)
- Cyberthéses

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN: Publicaciones o páginas web de Organismos Oficiales:

- Ministerio de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Servicio Murciano de Salud: Murcia+salud
- Federación de Asociación de Matronas de España (FAME)
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)
- International Confederation of Midwives (ICM)
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)
- Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)

2.2.4 Técnicas de recogida de información.

Este trabajo de investigación, utiliza técnicas observacionales y narrativas histórico-etnográficas y se fundamenta en la importancia otorgada a "(…) las narraciones en las que se relatan hechos, circunstancias, creencias y sentimientos implicados en situaciones de vida-salud-enfermedad." (Siles González, 2014, p.9), que transparentan el carácter humanista asumido en el presente estudio enfermero.

Entre las técnicas cualitativas existentes, dimos prioridad a aquellas que nos permitieran transformar los hechos históricos en datos categórico-conceptuales. Se emplearon en esta investigación fundamentalmente dos tipos de técnicas en investigación histórica propuestas por Aróstegui (2001a) y Siles González (2011): la observación documental y el análisis de contenido.

La observación documental.

La observación documental se realizó mediante el acercamiento a las fuentes directas a través de dos medios: primeramente se tuvo acceso a parte de los manuales a través de Internet por su valiosísimo proceso de digitalización. A través de bibliotecas

como la Estatal de Baviera y los fondos de Universidades como la Complutense de Madrid, Gante y Dresden y a través de Google Books.

Por otro lado, tuvimos la oportunidad de observar la realidad histórica a través de la palpación y observación directa de los manuales originales en formato libro impreso que fue un paso revelador para la comprensión global de la grandiosidad de la obra escrita.

Pudimos comprobar en primera persona, este tipo de indicadores formales o materiales de los libros tan importantes para su análisis como son su formato, tamaño, cubiertas, iconografía y una serie de detalles que traducen los valores otorgados a la obra socialmente y a su vez provocan unas expectativas en el lector antes de su lectura (Chartier, 1992, 1995). El tamaño, el color, la textura y el olor de los libros del siglo XVII, ha sido sin duda un paso fundamental en la toma de conciencia de la realidad de las obras y su transcendencia histórica.

Se solicitó la inspección de los manuales a la Sala de Materiales Raros de la Wellcome Library (Londres) previa reserva de los manuales vía Internet. La sala de materiales raros constaba de una mesa con unos cojines y cuñas de corcho donde depositar los manuales y unas cintas de plomo para evitar tocar o apoyar las manos en exceso sobre el papel y se nos permitió trabajar con los textos todo el tiempo necesario bajo la mirada de una responsable de sala así como hacer fotografías y las anotaciones necesarias. Los libros se presentaron cada uno en una caja de conservación convenientemente referenciada de la cual los extrajimos personalmente y manejamos con todo el cuidado posible; encontramos unas páginas húmedas y delicadas que en algunos desplegables se deshacían.

Comprendimos en la Wellcome Library que estábamos estudiando a unas matronas que de verdad existieron y de verdad legaron unas auténticas joyas y como tal se conservan.

Técnicas textuales-filológicas de los manuales como el análisis de contenido.

El análisis de contenido utilizado en nuestra investigación, se basa en la lectura sistemática, objetiva, replicable y válida como instrumento de recogida de información y aunque aquí se exponga como técnica, su auge hace que más adelante se retome en el análisis de datos como una auténtica corriente de pensamiento (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Para que nuestra lectura científica fuera completa seguimos las recomendaciones de Siles González (2011) y adoptando el modelo de Aróstegui (2001a), realizamos dos lecturas para completar el análisis de contenido: una lectura directa del texto al pie de la letra y una segunda de lo que soterradamente las matronas quisieron transmitir a través de sus manuales en cuanto a la socioprofesionalización del colectivo en plena lucha por el poder del parto en el siglo XVII.

Por otro lado, intentamos extraer informaciones sobre las autoras así como de los supuestos receptores de sus libros. Finalmente analizamos en los textos los códigos utilizados por las matronas y los canales de transmisión.

En definitiva nuestra intención ha sido comprender la globalidad del texto a través de la realización de inferencias del texto en su contexto y de este modo a través de las situaciones personales de las matronas del siglo XVII, podemos entender las realidades sociales en las que están inmersas y así utilizamos el análisis de contenido como técnica en su vertiente metodológica más cualitativa y recogimos aquellos tipos

de significados más relevantes para nuestro objeto de estudio. Estos tipos de significado fueron el sentido simbólico de algunas afirmaciones, prestando especial atención a los casos clínicos de los manuales de matronas, que transmiten una variedad de significados a veces un poco contradictorios y teniendo en cuenta que nuestras expectativas como equipo investigador se han ido adaptando a los manuales y a las intenciones de sus autoras (Chartier, 1995; Siles González, 2011).

Concretamente los textos utilizados para el análisis de contenido en este trabajo fueron los siguientes:

- Louise Bourgeois Boursier (*Observations (…)*, 1609/1630 edición digitalizada): No se localizaron textos traducidos ni revisados al inglés de este manual por lo que decidimos realizar el análisis de contenido desde el libro digitalizado original francés en su edición de 1609/1630, ya que Google Books ofrecía en esta edición una serie de herramientas que multiplicaban las posibilidades del tratamiento y manejo de los textos.

- Jane Sharp (*The midwives book (…)*, 1671/1999, edición impresa): se utilizó el excelente trabajo de la fuente directa traducida al inglés y revisada en Oxford en 1999.

- De La Marche (*Instruction (…)* 1677/1710b): tampoco se encontraron textos traducidos al inglés ni revisados, por lo que se escogió la fuente digitalizada original en francés de 1677/1710 ya que Google Books ofrecía en esta edición una serie de herramientas que multiplicaban las posibilidades del tratamiento y manejo de los textos.

– Justina Siegemund (*The Court Midwife*, 1690/2005, edición impresa): se manejó el excelente trabajo de la fuente directa traducida al inglés y revisada en Chicago 2005.

– François Mauriceau (*The Disease (…),* 1688/1727): utilizamos una fuente digitalizada traducida al inglés de 1688/1727, ya que Google Books ofrecía en esta edición una serie de herramientas que multiplicaban las posibilidades del tratamiento y manejo de los textos.

En resumen para el análisis de contenido se seleccionaron aquellas versiones traducidas al inglés actual y revisadas de las que dispusimos. En su defecto, se utilizaron obras traducidas al inglés del siglo XVII. Por último incorporamos obras sin traducir directamente desde los manuales originales franceses ya que no se encuentran actualmente traducidos al inglés. No se localizaron ediciones de ninguno de los textos seleccionados traducidos al español.

2.3 **ANÁLISIS DOCUMENTAL**

El análisis documental es un proceso circular y se define como el conjunto de fundamentos teóricos, técnicas y procedimientos utilizados para garantizar la fiabilidad y adecuación de las fuentes históricas utilizadas (Siles González, 2011). Dado el carácter interpretativo del estudio, estamos muy influidos por los postulados teóricos (Gálvez Toro, 2003) y proponemos, simplemente explicar cómo en esta investigación se transformaron los datos en interpretaciones que se sustentaran científicamente.

A través del análisis documental perseguimos tres objetivos: buscar significado a fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar nuestras hipótesis y ampliar la comprensión de la profesión matrona como una realidad total.

Las fases del análisis de datos cualitativo es denominado análisis en progreso y sigue un esquema en espiral en el que se retrocede una y otra vez a los datos para dar consistencia a las teorías siendo un proceso dinámico (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Este proceso será inductivo. El equipo investigador se posicionó delante de esta investigación aportando unas expectativas y nos situamos desde una distancia que no nos permitió interaccionar directamente con las informantes, aunque coincidimos con Gadamer (1960/2004) en que esta distancia no necesariamente es un aspecto negativo para nuestro trabajo.

Para el análisis documental seguimos las recomendaciones de Aróstegui (2001a) citadas por Siles González (2011) además de las directrices de Flick (2007):

2.3.1 Estrategia básica de la investigación.

De la lectura de los manuales buscamos específicamente los datos acerca de nuestro objeto de estudio desde dos vertientes: los datos explícitos además de aquellos datos más subjetivos y sutiles que son de gran valor para el estudio de las matronas.

Las matronas como autoras dejaron en sus manuales datos manifiestos y ocultos de manera consciente e inconsciente con estrategias expresivas en las que a veces su mensaje coincide con su intención. Para entresacar este tipo de datos, utilizamos la estrategia denominada del “Lector” por la que simplemente nos centramos en leer lo escrito por las parteras. Sin embargo, las matronas en sus manuales utilizaron también un modo instrumental en sus textos por el cual el sentido de su mensaje no siempre coincide con lo que ellas dicen querer transmitir y para descubrir estos datos el equipo investigador utilizó la estrategia de “Contraespía” a través de la cual se manifiestan contenidos que, en el propio intento de ocultamiento de las autoras, sacan a la luz a nuestros ojos ideas reveladoras de sus realidades (Siles González, 2011, p.87). Las

matronas dicen mucho más de lo que dicen sus palabras: el obviar temas o actores sociales es por ejemplo una declaración de intenciones y las contradicciones en sus mensajes revelan sus críticas veladas y traducen en ocasiones más que las palabras textuales.

2.3.2 Construcción de los datos.

Según propone Siles González (2011) la unidad de registro serán todos los datos contenidos en los manuales analizados. Derivado del análisis de contenido como técnica empleada, se buscaron las posibilidades inferenciales de los datos obtenidos centrándonos en un tipo de análisis de los datos temático que buscara el sentido de las palabras de las matronas y el análisis de temas en función de categorías, aunque apoyados en la hermenéutica-dialéctica nos despegamos en cierto sentido del formalismo del análisis de contenido, acogiéndonos a las premisas de autocomprensión de los datos, y mirando a nuestro objeto de estudio desde sus representaciones sociales y el análisis de relaciones (Amezcua & Gálvez Toro, 2002; De Souza Minayo, 1997; Gadamer, 1960/2004).

Huberman, Miles, Denman, & Haro (2000), proponen tres subprocesos vinculados entre sí para el análisis de datos cualitativo: la reducción de datos, la presentación de esos datos y la elaboración y verificación de conclusiones.

Con respecto a la reducción de datos, tras la recogida de los mismos nos dispusimos a realizar una ordenación y redisposición por la abundancia de información obtenida para facilitar un posterior proceso de extracción y verificación de conclusiones (Gálvez Toro, 2003). Para la reducción de datos se empleó un proceso de categorización. La categorización consiste en reducir la cantidad de datos potencialmente obtenibles en los manuales agrupándolos en grandes categorías

exhaustivas, excluyentes, significativas, precisas, claras y replicables. Por medio criterios temáticos, elaborados en base a las teorías dialécticas previamente seleccionadas, se segmentó la información obtenida. Una vez segmentada la información se clasificó en categorías. Estas categorías en un primer momento fueron pensadas en base a la información obtenida del proceso de elaboración del estado de conocimiento y a través de lo sugerido por la bibliografía específica de nuestro objeto de estudio. Estas primeras categorías predefinidas, a medida que avanzamos en la lectura de los manuales, algunas fueron suprimidas y sustituidas por otras emergentes en función de las características de los datos hallados en los manuales, resultando finalmente un sistema de categorías mixto (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2007).

El proceso de categorización incluyó dos fases: una primera en la que elaboramos las categorías basándonos en propuestas desde la Historia Estructural en la que se determinan los fenómenos estables en la sociedad susceptibles de investigar (Siles González, 2011) en base a las cuales surgieron tres categorías principales en esta investigación: la primera centrada en el poder de los manuales como elemento estructural o unidad funcional del colectivo de matronas y el contenido que transmiten, la segunda dedicada al marco funcional en que se desempeña la labor de las matronas del siglo XVII y por último el estudio de los actores sociales que intervienen en la escena de la asistencia a las mujeres en su salud sexual y reproductiva del siglo XVII europeo. Las subcategorías se fueron configurando de manera emergente. Una vez construido el mapa de categorías se empleó dentro de cada categoría y subcategoría el modelo dialéctico construccionista-deconstruccionista para poner de relieve los estereotipos en torno a las matronas del siglo XVII y así comprobar si son asumidos y/o rebatidos por éstas a través de sus manuales, además de poner en relieve aquellos

aspectos propuestos por ellas como estables y profesionalizadores para el colectivo de matronas.

Una segunda fase de la categorización fue la codificación o inserción de una palabra más un número e iniciales a cada categoría-subcategoría, además del uso de colores para un manejo del texto más ágil y de tipografías distintas.

De la unión de la categorización de cada manual y la codificación aparece la clasificación que intentamos fuera precisa, consistente, fiable y válida. Ésta es la propuesta de clasificación de la información obtenida de los textos para su posterior análisis en nuestro trabajo de investigación, procurando no perder información de la obtenida sino agruparla para su manejo más eficaz (Hernández Sampieri et al., 2007; Siles González, 2011).

Así nuestras categorías y subcategorías fueron las siguientes:

PRIMERA CATEGORÍA **CÓDIGO: (1Ma) MANUALES**
(1Ma) LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS DEL SIGLO XVII COMO UNIDAD FUNCIONAL DE LA PROFESIÓN MATRONA **(1.1Ma) La singularidad de cuatro manuales escritos por matronas y un cirujano del siglo XVII** **(1.2Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: influencia de las religiones en las creencias en salud sexual y reproductiva** **(1.3Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: mujeres y matronas** **(1.4Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: la estética de los cuidados en las matronas** **(1.5Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: identidad profesional, valores y cualidades de la buena matrona** **(1.6Ma)Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en salud sexual y ginecológica de las mujeres.** **(1.7Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en la gestación.** **(1.8Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el parto.** **(1.9Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el puerperio.** **(1.10Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados al recién nacido.** **(1.11Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: remedios y matronas.** **(1.12Ma) La profesión matrona en la Europa de la Temprana Edad Moderna: licencias y docencia.**

SEGUNDA CATEGORÍA CÓDIGO: (2Lu) LUGARES Y UTENSILIOS
(2Lu) LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL MARCO FUNCIONAL DOMICILIARIO (2.1Lu) Las matronas y los partos en los hogares europeos del siglo XVII: la excepción de las cortes y el Hôtel Dieu de París (2.2Lu) Las matronas y los utensilios e instrumentos en el ejercicio de la partería en la Temprana Edad Moderna europea.

TERCERA CATEGORÍA CÓDIGO: (3As) ACTORES SOCIALES
(3As) LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL ELEMENTO FUNCIONAL: LAS MATRONAS Y SU RELACIÓN CON OTROS ACTORES DEL PARTO (3.1As) El perfil de las matronas de la Temprana Edad Moderna europea a través de la escritura de sus propios manuales. (3.2 As) La lucha entre matronas, médicos y cirujanos a través de la escritura de manuales en el siglo XVII

El tiempo empleado en la lectura de manuales, su categorización y reorganización fue aproximadamente desde marzo de 2011 hasta junio de 2013.

2.3.3 Interpretación de textos.

Siguiendo los criterios de complejidad en la clasificación en el análisis de datos cualitativos de Hammersley y Atkinson (1995), nuestra investigación es de corte interpretativo a partir de las anteriores propuestas teóricas reseñadas, ya que pretendimos comprender algunos rasgos sociales que trascienden a la muestra seleccionada (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Las investigaciones basadas en textos, como ésta, se fundamentan en la interactividad entre lector-escritor-vividor siendo una característica propia de la naturaleza hermenéutica (Siles González, 2001). Según Chartier (1995), los juicios sobre escritos deben interpretarse desde la pluralidad de aptitudes y expectativas de los lectores: de este modo el lector se encuentra inscrito en el texto y a su vez el texto se inscribe de diversas formas en cada lector. Los manuales fueron para el equipo investigador una herramienta básica de identificación de situaciones relacionadas con la

salud sexual y reproductiva de las mujeres y de la profesión matrona, para una posterior interpretación hermenéutica, intentando entender las experiencias de las matronas en su práctica profesional tal y como fueron vividas por ellas o al menos narradas por ellas (Siles González, 2001) y el peso de la escritura de sus manuales en su socialización profesional. Tal y como afirma Solano Ruiz (2012), de la interpretación de las narraciones en primera persona de las protagonistas y sus experiencias vividas obtendremos un conocimiento holístico de aquello que investigamos y cuidamos.

Por otro lado, tuvimos en cuenta enmarcar bien el contexto en el que estos textos se escribieron y las matronas vivieron: en consecuencia intentamos relacionar cada información y categoría con el conocimiento de esos aspectos contextuales para proporcionar la máxima calidad al análisis cualitativo (Hernández Sampieri et al., 2007).

En el proceso de interpretación de los manuales de matronas a través del análisis de contenido, intervienen los sistemas de creencias, mitos y símbolos de las matronas autoras y los de este equipo investigador con respecto a la socialización profesional del colectivo de matronas. De ahí que nuestra interpretación sea propia y se haya basado en el contexto como sistema de referencia para analizar la información sobre la que se puedan realizar inferencias y generar conocimiento sobre la profesión matrona y el momento histórico que vivieron en el siglo XVII europeo. Del mismo modo, intentamos cumplir uno de los objetivos del análisis de contenido que es la formulación de inferencias volviendo a nuestra prueba de hipótesis desde los datos obtenidos para su verificación o rechazo. El análisis de contenido se convierte en nuestra investigación en el método base para el análisis de nuestros manuales ya que pone énfasis en el sentido total del texto (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Para el análisis de la información categorizada, se utilizó el método de resumir el análisis de contenido en cada subcategoría omitiendo los pasajes menos relevantes y escogiendo fragmentos textuales altamente significativos, relacionados con nuestras preguntas de investigación y agrupando de nuevo aquellos fragmentos de los cinco manuales similares realizando una nueva reagrupación previa a la elaboración de los informes de resultados (Flick, 2007).

Para el tratamiento de los datos se consideró este sistema de reducción y categorización de datos desde una doble vertiente: primero se realizó intracaso, es decir cada uno de los manuales se categorizó siguiendo criterios temáticos y una vez categorizado se realizó una comparativa entre categorías del mismo manual para su comprensión global. Para cada libro se elaboró un fichero en formato Word 2003 para almacenamiento de datos que fueron transcritos textualmente ya categorizados y traducidos, reflejando exhaustivamente la página referencial de cada dato extraído, incluyendo todas las categorías y subcategorías anteriormente reseñadas (*Anexo 4.* Fichas clasificación datos inter e intracaso).

Posteriormente se realizó un análisis intercategorial entre los cinco manuales es decir intercasos, lo que permitió extender la validez interna relacionando las categorías de los cinco manuales para posteriormente elaborar un informe de resultados discutido y unas conclusiones más refinadas (Amezcua & Gálvez Toro, 2002). Se relacionaron entre sí cada uno de los cinco ficheros de categorización de datos producto del análisis de contenido temático de cada uno de los manuales.

En el análisis e interpretación de los datos en el libro del cirujano Mauriceau, intentamos aplicar lo que Perry (1996) denominó “subtexto” (Perry, 1996, p. 59) en documentos históricos, que consiste en buscar la experiencia femenina a través de las

palabras expresadas por los hombres para describir el mundo y así exponer la visión del rival más poderoso del colectivo de matronas en el siglo XVII francés.

Toda la información clasificada y empleada en la investigación fue traducida por el equipo investigador al español y los fragmentos presentados en los resultados de manera textual, fueron posteriormente revisados por traductores jurados de inglés y una filóloga de francés. Hicimos especial hincapié en el cuidadoso manejo del lenguaje francés de los manuales seleccionados que se referenciarán tal y como se escribieron en el siglo XVII, con las particularidades gramaticales implícitas, distanciándose del francés actual en algunos aspectos y suponiendo una labor ardua en su traducción.

En la escritura de resultados se utilizaron citas textuales referenciadas de los manuales seleccionados y estudiados para apuntalar nuestros argumentos y posteriores conclusiones. Elegimos situar los fragmentos textuales más relevantes para el equipo investigador en primer lugar en castellano seguidos del fragmento original en su idioma, para facilitar al lector la comprensión última y evitar disrupciones en la lectura de resultados. Los fragmentos se citaron de manera textual (traducidos/originales), respetando las particularidades gramaticales de la lengua del siglo XVII como por ejemplo el empleo de letras mayúsculas para enfatizar la importancia de determinadas palabras o la aparición de caracteres como la "*ſ*" sustituyendo en determinadas ocasiones a la letra "s" actual o la "u" en lugar de la "v" propias de la gramática de la Temprana Edad Moderna.

Para referirnos a las matronas autoras de los manuales seleccionados en el informe final, lo haremos por su apellido fundamentalmente aunque conforme avanzó el relato de resultados y discusión fueron designadas en más ocasiones por su nombre de pila, sin duda por la confianza adquirida con ellas a través de la gestión y el manejo de

sus palabras. Sin pretenderlo les fuimos denominando de una manera más cercana. Estas denominaciones son:

- Louise Bourgeois; Bourgeois; Louise.
- Jane Sharp; Sharp; Jane.
- Marguerite de La Marche; de la Marche; Marguerite.
- Justina Siegemund; Siegemund; Justina.
- François Mauriceau; Mauriceau.

Además en el relato de resultados y discusión se conservan expresiones extraídas de los manuales empleadas por las matronas para referirse a otras parteras como “hermanas matronas” para conservar ese carácter corporativista que difundieron o “matronas ignorantes” para clasificar a la parte del colectivo sin capacitación formal o “sabios doctores” que aportan sin duda información de la relación entre actores sociales del parto.

En definitiva, intentamos ser lo más fieles posibles a los textos originales tanto gramatical como comprensivamente. El tipo de grafía con la que trabajamos desde los manuales originales del siglo XVII, se expone en el Anexo 3 (*Anexo 3.* Extracto de fragmentos originales de manuales seleccionados escritos en el siglo XVII-XVIII) para facilitar la posterior comprensión de los resultados de esta investigación.

Por otro lado, contemplamos en el análisis de contenido el estilo literario, ya que cada estilo comporta una serie de códigos indispensables para su comprensión. En nuestro caso el estilo de todos los manuales analizados es científico mezclado con el narrativo-documental ya que pertenecen a una rama científica como la partería, pero emplean técnicas biográficas sobre todo plasmadas en la resolución de casos clínicos que nos hablan directamente de ellas y de su contexto social y médico. Algunas de las

obras tienen tintes autobiográficos marcados pero no es una tónica general de la muestra.

Dado el corte humanístico de nuestra investigación, los datos científicos nos resultaron muy útiles como matronas, sin embargo es la parte narrativa-documental de los manuales la que nos aportó una información más completa del carácter de la profesión matrona en la Europa del siglo XVII, ya que los textos expresan en primera persona las vivencias, expectativas, miedos, conocimientos y esperanzas de las matronas desde su mirada lo que constituye un material de primera para la investigación antropológica de los cuidados (Siles González, 2001).

Por último, analizamos como parte del análisis de contenido la iconografía de los manuales que les confieren una identidad propia e ilustran los saberes de las matronas de la Temprana Edad Moderna europea (Siles González, 2011) para sumergir al lector en el contexto a través de una comprensión visual del universo de la matrona estudiada en el siglo XVII europeo.

El tiempo utilizado en la fase de escritura del informe de resultados e interpretación de los manuales abarcó aproximadamente desde junio hasta diciembre de 2013.

2.4 EL RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 Suficiencia de datos/saturación.

Con la lectura de los manuales escritos por matronas y del estudio de la gran cantidad de fuentes indirectas, obtuvimos la certeza de una saturación de los datos que nos permitieron contestar con creces nuestras preguntas de investigación y profundizar en el conocimiento de nuestro objeto de estudio (Hernández Sampieri et al., 2007).

2.4.2 Fiabilidad, validez, triangulación, inducción, generalizaciones.

La fiabilidad engloba los conceptos de veracidad, autenticidad y objetividad y se comprueba mediante la aplicación de instrumentos que verifiquen la autenticidad como el análisis de historia de las fuentes y su datación. Para que nuestra investigación sea fiable depuramos la información de manera coherente internamente, contrastándola con información externa de otros autores/as especialistas en nuestro objeto de estudio y por último aseguramos una correcta contextualización a través de técnicas de clasificación de los manuales obtenidos por países, autoras y fechas (Siles González, 2011).

En definitiva la fiabilidad, siguiendo ideas de Kirk & Miller (1986) citados por Flick (2007), se reduce a la capacidad de explicar la génesis de los datos y la diferenciación entre los datos subjetivos de las matronas escritoras y nuestras afirmaciones más personales, además de explicitar los procedimientos en el campo y con los textos en cuanto a la formación y la comprobación de datos a través de la documentación de todo el proceso metodológico utilizado.

En cuanto a la validez, podríamos decir que se trata de si hemos construido un conocimiento congruente y basado realmente en las construcciones de las matronas expresadas a través de sus manuales y hasta donde esta afinidad es transparente a los demás. Para ello en el informe final de resultados nos resultó muy útil la discusión de nuestras afirmaciones con los fragmentos textuales de las matronas y de otros autores/as que percibieron o no las mismas interpretaciones que el equipo investigador así como las inferencias al contexto (Flick, 2007).

En esta investigación, intentamos asegurar la validez interna y la fiabilidad adecuando nuestras categorías analíticas y los hallazgos derivados de ellas a nuestro objeto de estudio (Gálvez Toro, 2003).

En cuanto a la triangulación empleada en la investigación fue una triangulación de datos: para ello incluimos un manual en la muestra escrito por un cirujano de la misma época, haciéndolo partícipe en la investigación puesto que nos interesó comparar saberes, teorías, percepciones, conceptualizaciones en torno a la matrona y su visión de la misma así como su enfoque de la naciente lucha por el poder de la asistencia al parto de cirujanos del que Mauriceau fue la cabeza visible en el siglo XVII europeo. El manual de Mauriceau, además de ir dirigido a las matronas y cirujanos de París, es un compendio de estereotipos de las matronas francesas y como tal una fuente relevante en la investigación.

El proceso cualitativo seguido fue inductivo y en cuanto a las generalizaciones de los conceptos construidos y las relaciones establecidas a través de nuestra investigación, que en general se estudian en un contexto muy concreto, en determinadas ocasiones con la visión desde el siglo XXI, vimos ciertos aspectos de nuestro estudio que sobreviven con independencia del contexto y serán fundamentales en el proceso de socialización profesional de la matrona. Nuestro objetivo en este trabajo de investigación no es realizar una generalización masiva del conocimiento obtenido, sin embargo y siendo muy conscientes de las diferencias tecnológicas, de género y en general contextuales, inferenciaremos con prudencia ciertos aspectos que desde nuestro punto de vista son fundacionales de una partería humanista moderna y actual.

2.4.3 Adecuación.

La adecuación está relacionada con la coherencia que este análisis documental realizado debe tener en relación a los aspectos teóricos y conceptuales planteados. Desde este prisma, los documentos más interesantes para responder a las preguntas de investigación en torno a las matronas del siglo XVII y su socialización son sin duda los

manuales escritos por ellas mismas en el periodo seleccionado. De otro lado, la interpretación de esas fuentes fue realizada en base paradigmas hermenéuticos interpretativos y la teoría de la Historia Cultural de los cuidados.

2.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Algunas de nuestras limitaciones fueron a la vez ventajas: la distancia histórica de siglos que nos separan de los manuales nos ha obligado a mantener siempre una perspectiva contextual muy rigurosa para no reinterpretar con ojos del presente y correr el riesgo de sesgar descontextualizando. Igualmente por el perfil del equipo investigador, creamos unas expectativas que sublimaron antes de su lectura el contenido de los manuales, que posteriormente hemos ido certificando en la mayoría de los casos y matizando en otras ocasiones.

Así mismo, hemos buscado una información relevante para nuestro objeto de estudio e inevitablemente nos dejamos seducir por el contenido práctico y asistencial de los manuales teniendo que recordar que aquellos aspectos culturales y sociales que rodeaban a la profesión matrona eran tan importantes como saber resolver una distocia de presentación fetal.

Pero sin duda, encontramos dos limitaciones importantes en el transcurso de la investigación: la dificultad para localizar manuales escritos por matronas a los que pudiéramos tener acceso y por otra parte la falta de traducción al idioma español de ninguno de los textos que sin duda nos habría permitido captar todavía más matices en los escritos de las matronas.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se plantea siguiendo las recomendaciones de la American Psychologist Association *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct* del

año 2002, en sus principios generales de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia, respeto a los Derechos Humanos y a la dignidad.

En el trabajo hemos aplicado una mirada ética a lo largo de todo el proceso adquiriendo un compromiso respetuoso con las autores/as estudiados, sus palabras e ideas, a través de una citación rigurosa al extremo y pagando por la adquisición de algunos de los manuales los derechos de sus autores y traductores. Todas las fuentes utilizadas están disponibles a través de la red gratuitamente o se pueden conseguir con facilidad previo pago de su precio en mercado.

Nuestro estudio implica así mismo un tratamiento responsable de los manuales y fuentes indirectas empleadas respetando su autoría y su mérito científico, siendo uno de nuestros propósitos contribuir a proyectar la imagen y memoria de estas ilustres matronas a través de su valioso legado escrito.

El uso respetuoso y la citación escrupulosa ha sido nuestra filosofía en el tratamiento de los manuales seleccionados. Todos los fragmentos utilizados incluyen nombre del autor o autora, página y los datos editoriales correspondientes sin alterar su gramática, puntuación ni significado.

El equipo investigador declara la ausencia total de ningún tipo de financiación ni fines lucrativos del trabajo realizado que se centra exclusivamente en motivos científicos y no compite en ningún caso con la explotación de las obras seleccionadas y referenciadas. Con este propósito, nuestra sistemática de citación de fragmentos de los manuales seleccionados, incluyen los requisitos legales pertinentes por tratarse exclusivamente de fragmentos y no de obras completas, cumpliendo una función ilustrativa y aplicándose con medida justificada.

Las imágenes incluidas en el trabajo y designadas como “material original”, fueron obtenidas por el equipo investigador de los manuales originales del siglo XVII, con la autorización de la Wellcome Library, en su Sala de Materiales Raros a cuyos fondos pertenecen los libros investigados.



FASE

INFORMATIVA

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SOBRE LA PROFESIÓN MATRONA

A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MANUALES

ESCRITOS EN EL SIGLO XVII

3.1 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS DEL SIGLO XVII COMO UNIDAD FUNCIONAL DE LA PROFESIÓN MATRONA. (PRIMERA CATEGORÍA CÓDIGO: (1Ma) MANUALES).

En el análisis del proceso de construcción de la profesión matrona, existen a lo largo de la historia una serie de elementos constitutivos de cuyo estudio obtenemos premisas que dirigen a las matronas en el camino profesionalizador en el arte de la partería. Entre los mismos se encuentra sin duda, la producción literaria de un material científico-narrativo a través de la escritura de manuales por parte de las matronas, que hasta el siglo XVII, desempeñaron su labor marcadas por un predominante carácter doméstico ligado a su obvia unión con el hecho cultural de ser mujeres. Sin embargo este grupo de mujeres, matronas y escritoras europeas, vienen a revolucionar las concepciones clásicas del diseño externalizado de la profesión matrona y se reivindican a través de sus obras como elementos clave para materializar el punto de partida de una nueva partería que se desprenda de aspectos que lacran su carácter de ciencia, incorporando aquellos elementos que le otorgarían reconocimiento formal y social.

El lenguaje posee un poder simbólico como constructo cultural, del que la religión y la política han sacado provecho para explotar sus efectos ideológicos (Bourdieu, 2012). Por lo tanto estudiar a las matronas a través de sus palabras escritas nos mostrará mucho de sus individualidades pero también de la influencia sobre sus palabras de sus culturas y las instituciones de poder. Por consiguiente, sus objetivos, ambiciones, reivindicaciones, anhelos, sufrimientos, críticas y ante todo sus saberes, encuentran un vehículo de transmisión tan novedoso y duradero como es la producción de manuales obstétricos. De la lectura y relectura reflexiva, intensa y crítica (Siles González, 2001) de los mismos, espiamos sin pudor la experiencia humana y profesional de unas mujeres sabias, generosas y orgullosas de su profesión.

El poder de la palabra es tan arrollador que es producto no perecedero. En este sentido, la Historia Estructural vinculada a la Escuela de los Annales, nos propone una perspectiva desde la que orientar el estudio historiográfico de la profesión matrona a través del análisis de aquellas estructuras más estables derivadas de las relaciones más profundamente sentidas por las matronas como colectivo profesional y que revelan las características de un tiempo histórico y social. Estas unidades estructurales funcionales pretenden transmitir conceptos de organización, normativas, cohesión, estabilidad y reforzar la identidad colectiva del grupo de matronas hasta ahora tan disperso en individualismos domésticos. Por extensión, estas estructuras estables trasmiten a la sociedad lo que somos y lo que queremos ser como profesión (Siles González, 2011).

En este sentido, no hay duda de que estos manuales escritos por matronas en el siglo XVII, se nos presentan como una unidad estructural y funcional buscando cohesionar a las matronas como grupo profesional; transmitir creencias, sentimientos, valores, actitudes, ciencia y conocimiento de matronas para matronas y marcar la pauta de su convivencia profesional. Además estos libros, buscaron una socialización y visibilización del colectivo de matronas en vías de profesionalización de la mano de ellas mismas como modelos.

Según Collière (1993), una profesión se compone de un grupo de personas que han conseguido una cualificación reglada y un estatus a través de una formación. Pues bien, estas premisas profesionalizadoras se imprimen en estos manuales y traducen aspiraciones de unas mujeres que se convierten en pioneras.

Esa tradición oral que las matronas perpetuaron durante siglos como forma única de transmisión de saber se rompe: aparecen nuevas formas de comunicación y construcción de memoria colectiva, otorgando identidad a este grupo profesional tan disperso en el siglo XVII europeo. Del mismo modo, también es nuevo el intento de

participación de las matronas en el control sobre la creación y gestión de esta identidad colectiva que durante siglos fue marcada exclusivamente por los hombres sabios de cada época.

Por lo tanto la escritura de manuales constituye una auténtica revolución para las matronas que intentan acercarse a la ciencia. A la vez, la legitimación de la producción literaria como estructura funcional de las matronas, se verifica con la comprobación del establecimiento de ese anhelo de orden social, científico y jerárquico de una profesión que se encuentra en sus inicios. En este sentido, se ampara y respalda en las normativas vigentes y en aquellos poderes reales y élites que pueden otorgarle el sitio en sociedad merecido (Siles González, 2011). Es decir, las matronas hacen uso de mecanismos integradores en sus obras, para hacerse hueco en un mundo de saberes escritos perteneciente exclusivamente a los hombres.

Así los manuales escritos por matronas en el siglo XVII, se presentan como unidad estructural por derecho propio y consolidan el arranque de una partería en un contexto pre-profesional y ejercen una labor de difusión y cohesión inestimable entre las matronas europeas.

3.1.1 (1.1Ma) La singularidad de cuatro manuales escritos por matronas y un cirujano del siglo XVII.

Tras la publicación en lenguas vulgares de los primeros manuales obstétricos en el siglo XVI para el adoctrinamiento de las matronas escritos por los “sabios doctores”, como ellas mismas denominan a estos médicos universitarios, aparece el que es considerado el primer manual escrito por una matrona europea en francés (Gallego Caminero et al., 2005). Los manuales de partería, ocuparon en el siglo XVII una posición especial en lo que a transmisión de conocimiento “oficial” médico se refiere:

estuvieron dirigidos a audiencias alfabetizadas pero no necesariamente escolarizadas y funcionaron como paso intermedio del conocimiento transferido por los textos en latín que representaron la autoridad científica clásicamente. Pero en efecto, este traspaso de conocimientos no fue exclusivamente pasivo, sino que mostró un carácter trasformador y persuasivo por el control del parto y el cuerpo humano (Keller, 1995).

Según Mc Tavish (2005), entre los años 1550 y 1730 se producen en Francia 23 tratados obstétricos originales, excluyendo las traducciones de obras de otros países, escritos por médicos universitarios, hombres-matronas o cirujanos y matronas. En esta línea de difusión del conocimiento en partería, la matrona Louise Bourgeois Boursier se aclama a sí misma a través del manual *Observations* como la primera mujer que escribe sobre el arte de la partería al menos en lengua vulgar (Dunn, 2004b; Gélis, 2009; Perkins, 1996) coincidiendo estos expertos/as con nuestros resultados "(…) soy la primera mujer en mi arte que toma pluma en mano para describir el conocimiento que Dios me ha dado, (…)"/"(…) ie ſois la premiere femme de mon art qui mette la plume en main pour deſcrire la cognnoiſſance que Dieu m`en a donée, (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.n.p.).

En efecto, Louise escribe su primer manual *Observations diverſes sur la ſterilité perte de fruict foecondité àccouchements et Maladies des femmes et enfants nouveaux naiz* (Bourgeois, 1609a), publicado en París en 1609. Permanecerá en la memoria del colectivo de matronas como una obra excepcional porque es mucho más que un manual de consejos prácticos, ya que contiene el análisis de problemas e irregularidades asociadas a cada etapa de la concepción, embarazo y problemas ginecológicos y del recién nacido además de los cuidados en partos normales y distócicos. Aunque el libro no se trata exactamente de un tratado médico, sí sitúa el tema del nacimiento y las enfermedades de las mujeres en el marco de la teoría

tradicional académica (Perkins, 1996). Para nuestro trabajo se realizó el análisis de la obra *Observations* de cuatro de sus ediciones: la primera y original de 1609 en formato digitalizado y la segunda a través de la inspección de la obra original depositada en la Wellcome Library (Bourgeois, 1609a,1609b), a las cuales se les aplicó la técnica de observación documental. Tras nuestra revisión del manual original de la Wellcome Library, podemos afirmar que el libro de Louise de 1609 (Bourgeois, 1609a), era de tamaño pequeño (17x10cm) y presentó un aspecto medieval con tapas amarillas envejecidas y de estructura muy frágil que no permitió abrir el libro con amplitud dificultando su lectura. Sus hojas, humedecidas y de consistencia muy fina, estaban arrugadas. Sus tapas eran semiduras y en el lateral presentaba una inscripción que pareciera haber sido caligrafiada a mano, algo borrosa pudiendo corresponder ésta al nombre de la autora. Se distingue con claridad las palabras “de Boursi” coincidiendo con el apellido de casada de Louise: Boursier. En definitiva al tocar esta obra tan bella pero tan endeble, establecimos un contacto directo con el principio del siglo XVII y se hizo realidad su grandeza por conseguir sobrevivir hasta hoy. Tomamos conciencia de lo efímero del papel y nos gratificamos del trabajo de conservación y

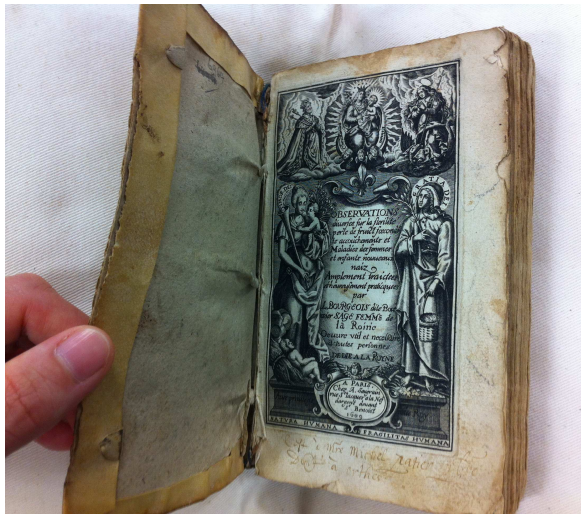


Figura 1. Contraportada Observations 1609. Bourgeois,1609a. Material original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 2. Portada Observations 1609. Bourgeois, 1609a. Material original. Libro depositado Wellcome Library

mantenimiento de los expertos de la Wellcome Library. (*Anexo 5*. Fotografías originales manual de Louise Bourgeois. *Observations).*

La tercera edición de *Observations* inspeccionada visualmente, fue la de 1617 a través de la obra original depositada en la Wellcome Library (Bourgeois, 1617). Ésta lucía un mejor estado de conservación general y la presentación externa era diferente. Las medidas eran prácticamente las mismas que en la primera edición (16.5x10 cm), pero la apariencia era mucho más moderna con unas tapas duras en color marrón oscuro, aunque en este ejemplar la tapa delantera aparecía deteriorada. A pesar de esto último, el estado de conservación de la obra era bueno, y permitió un análisis de su interior más detallado. Este ejemplar fue publicado junto con otra obra de Bourgeois en la que incluía las *Instrucciones a mi hija*.

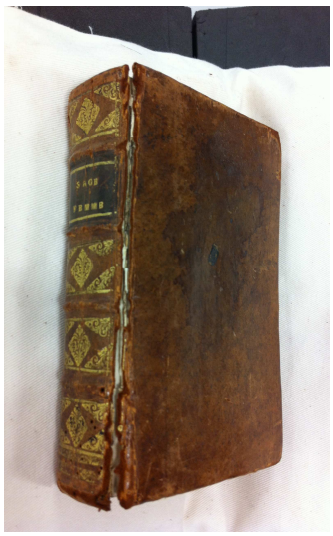


Figura 3. Portada Observations 1617. Bourgeois, 1617. Material original. Libro depositado Wellcome Library

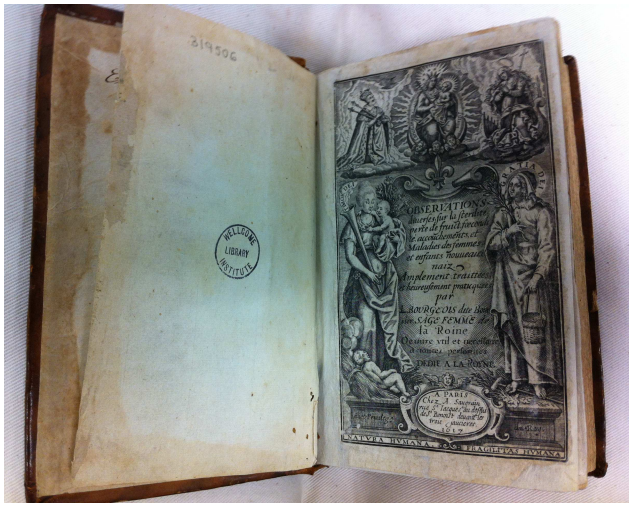


Figura 4. Contraportada Observations 1617. Bourgeois, 1617. Material original. Libro depositado Wellcome Library

El manual *Observations* sigue vigente por su sentido común y su contenido exhaustivo en salud sexual y reproductiva de las mujeres: de hecho, comparado con alguno de los textos analizados, resulta de un valor científico superior al de alguno de los escritos de matronas elaborados posteriormente. En efecto coincidimos con la idea de Donnison (1988) tras leer los cuatro manuales analizados y podemos afirmar que el manual de Bourgeois, transmite con un poder aplastante

algunos conceptos básicos de una partería imperecedera que sobrelleva el paso de los siglos con una naturalidad sorprendente.

En cuarto lugar analizamos el manual *Observations* en la edición digital de 1609/1630 (de 158 páginas más índice). Éste fue el seleccionado para aplicar la técnica de análisis de contenido y transmite el carácter de su autora: una mujer inusualmente educada, ambiciosa e inserta por derecho conyugal, en una estructura médica jerarquizada (Perkins, 1996). Añadimos la sensación que nos transmite a este equipo investigador de valentía, al afrontar la aventura desconocida de escribir y el orgullo individualista exhibido de ser una matrona titulada y experimentada. De hecho alardea insistentemente sobre su experiencia profesional. Sabe de su punto fuerte: la práctica, y tiene la inteligencia de apuntalar sus ideas con la fuerza de su maestría "(…) a más de dos mil mujeres que yo he asistido en su parto (…)"/"(…) en plus de deux mille femmes que i`ay accouchées (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.126).

En esta misma línea, el libro comienza tras la contraportada con una dedicatoria a los murmuradores, escoltada en la página siguiente por un retrato de la reina María de Médicis, gran valedora de Bourgeois como matrona de su corte (Gélis, 2009). En dicho parabién, enfatiza su poder como experta matrona a quines tuvieran la tentación de criticar sus escritos "A LOS QUE CRITICAN (…) Mi práctica no es el lenguaje, son verdaderos efectos (…)"/"AV MESDISANT (…) Ma practtique n`e*f*t un langage, Ce *f*ont veritables effects (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.n.p.). Bourgeois hace un aviso de inicio y según vimos tras el análisis de su manual, no nos miente: el suyo es un libro basado en la fuerza de su experiencia aunque sin desdeñar su saber en ciencia médica. En efecto su texto no es palabrería; es saber práctico. El fragmento traduce a la vez, desde nuestro punto de vista, la necesidad de reafirmar su derecho a escribir como mujer, explicitando la autoconciencia de ser una mujer excepcional entre las mujeres y

las matronas de su tiempo, anticipando esa presencia de murmuradores o lo que es lo mismo; dando por sentado la presencia de críticas a su manual inherentes a su condición de mujer y matrona.

Tras la dedicatoria a la reina, aparece un retrato de la propia Bourgeois, ya que según Ortiz Gómez y Sánchez (1995), algunas obras escritas por matronas fueron cuestionadas incluso poniendo en duda su autoría. El grabado nos muestra a una mujer elegante y traduce un estatus social elevado a la vez que da una imagen de austeridad si se compara con el retrato de la enjoyada reina María de Médicis. Bourgeois aparece con tocado en la cabeza y limpia de joyas a excepción de una cruz que revela anticipadamente su carácter piadoso y devoto cristiano. En el retrato aparece su edad, sabemos por esta razón que era una mujer de edad media cuando escribe el libro “45 años”/“Aagee de 45 ans” (Bourgeois, 1609/1630, p.n.p.).


AV LECTEVR.

MY Lecteur, ceſt enfant de mon eſprit, creature des merites de la plus grande Roine que le ciel ait fait naiſtre, ne s'eſt'elle point à tes yeux pour ſe faire admirer en la vanité de ſon langage, comme font pluſieurs de ce temps. Il te dit pour vne de ſes maximes veritables qu'il n'a point le fil d'vne Ariadne pour te conduire auec vn plaiſir doucement trompeur, parmy les contours d'vn labyrinthe de paroles. Auſſi ne luy ay-ie donné pour tout fard que la verité, pour raiſon que l'experience, ny pour teſmoin que tout noſtre ſexe, qui reſſentant en ſoy-meſme ce que i'en eſcry ne dementira iamais ma plume. C'eſt pourquoy ie franchy aſſeurement les barrieres de toute apprehenſion & l'expoſe à toutes les bouraſques que l'enuie, mere de la meſdiſance, & capitale enne-

Figura 5. Retrato Louise Bourgeois. Observations. Bourgeois, 1617, p.n.p. Material original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 6. Retrato María de Médicis. Observations. Bourgeois, 1609a, p.n.p. Material original. Libro depositado Wellcome Library

A continuación dedica unas palabras a su lector, expresando el sentimiento de que el libro es como un hijo de su espíritu y nuevamente agradece el apoyo de la reina para la elaboración del mismo y promete que de su pluma no saldrá ni una sola mentira.

Por otro lado, establece muy claramente el que dice es el objetivo del libro: enseñar a las matronas lo que la medicina puede aportarles e ilustrarlas desde su propia práctica asistencial y su saber teórico. En particular, introduce algunos conceptos sobre género reivindicando la presencia de las mujeres en la asistencia al parto. Son pinceladas introductorias del carácter reivindicativo del libro.

Por último, como legitimación del manual, se exponen una serie de dedicatorias a las élites de París de los Siglos XVI y XVII reafirmando la pertinencia de la obra, como a la propia reina de nuevo a la que dedica un soneto, a insignes mujeres de la aristocracia vinculadas a la corte de María de Médicis y por último a los más ilustres médicos como Monsieur Dv Lavrens, Consejero y primer médico del rey y a los seis médicos reales restantes. Por último, dedica unas palabras a dos profesores de la Facultad de Medicina de París. En la edición de 1609, aparece posteriormente otra dedicatoria explicitando detalles más técnicos sobre la impresión del libro, suprimidas en la edición de 1630.

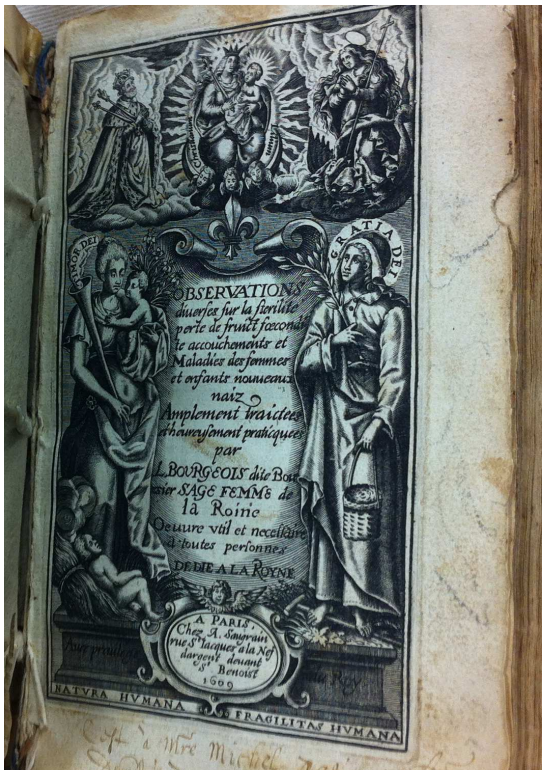


Figura 7. Contraportada y presentación de la autora. Observations 1609. Bourgeois, 1609a. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

Sin más, comienza un manual con su presentación como matrona de la reina cuyo nombre es Louise Bourgeois, aunque explicita es llamada Boursier por el apellido de su marido. El libro finaliza con una tabla a modo de índice de los 50 capítulos y sus correspondientes páginas. El manual no incluye imágenes, salvo la contraportada y los retratos anteriormente reseñados y únicamente cita a un autor y a un libro que le suponemos como modelo, debido a la

vinculación de su marido como discípulo de Ambroise Paré "(…) Paré en el libro de la generación, habla de tres ampollas (…)"/"(…) Paré au Liure de la generation, parlant des trois ampoules (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.18). El libro citado es *De la generación de l´homme et d´maniere extraire les enfants hors du ventre de la mere (…)* publicado en 1573 y tal y como afirma Gélis (2009), su cita en el manual revela la gran admiración que Louise sentía por Paré. El resto de referencias a otros autores las hace llamándoles de forma inespecífica "los Antiguos".

Así, tuvimos ante este equipo investigador un manual que resiste magníficamente el paso de los siglos, reivindica aspectos profesionalizadores para las matronas, ejerce crítica desapiadada a "matronas ignorantes" y cirujanos poco cualificados. Aborda muy variadas cuestiones en salud sexual y reproductiva de las mujeres y del recién nacido y por otro lado, ofrece gran cantidad de remedios para solucionar, al modo de la época, enfermedades propias de mujeres y niños.

De la misma manera, para la comprensión del contenido de este manual de 1609, tendremos en cuenta el estilo literario de esta fuente directa escrita en francés antiguo, hecho que dificultó en un principio el acceso a la fuente. Sin embargo, el idioma francés escrito y hablado es esencialmente el mismo desde finales del siglo XVII, siglo en el que no se escatimaron en esfuerzos oficiales para estabilizar y uniformar el francés como lengua cuya institucionalización fue llevada a cabo por la Academia Francesa con fines políticos y colonialistas. Pero más allá de las particularidades gramaticales, el manual *Observations* presenta un estilo en cuanto a contenido de carácter científico-narrativo-documental (Siles González, 2011). Científico porque la obra pretende la difusión de conocimiento, la formación de profesionales y enfatizar la figura de saber de la propia Bourgeois. Sin embargo, algunos autores/as lo han considerado de estilo pseudo científico tal y como afirman Ortiz Gómez y Sánchez (1995) por su fácil lectura

y su lenguaje accesible reafirmando la poca instrucción de las matronas a quienes fundamentalmente se dirigía y por quienes debía ser comprendido.

El carácter narrativo-documental del manual viene denotado por la referencia en primera persona y la ejemplarización de sus afirmaciones con su experiencia propia y el relato de casos clínicos en los que pone en práctica sus saberes. Este carácter narrativo-documental, realza la naturalidad de la información y permite enfocar el estudio desde una perspectiva holística. Por lo tanto el uso de la antropología narrativa en este trabajo de investigación nos "(…) permite conocer, comprender, analizar y reflexionar sobre las experiencias relacionales acontecidas en los procesos (…) de cuidados, sociales y laborales sin renunciar a los elementos menos visibles o evidentes de los mismos: creencias, valores y sentimientos (Siles González, 2014, p.13).

En realidad, la serie de relatos de casos clínicos incluidos en el manual *Observations,* se centran no tanto en las clientes como en la propia Bourgeois y en ensalzar su figura profesional a través de los consejos revelados, los procedimientos y técnicas realizados y todo ello sugiere que se aclama así misma como una autoridad en la materia (Gélis, 2009; McTavish, 2006a; Perkins, 1996). En cierto modo, el texto también presenta en el estilo tintes autobiográficos aunque más velados. En resumen, hay en el manual seleccionado de Bourgeois una mezcla de saber y aventuras, de ciencia y experiencia, de conceptos eternos y anecdóticos.

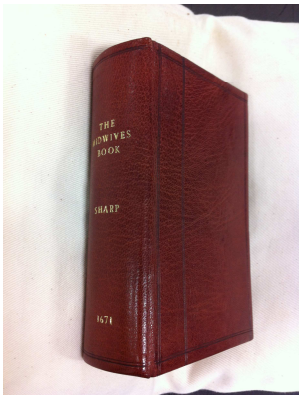


Figura 8. Portada. Midwives book. Sharp, 1671. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

El segundo manual analizado fue el escrito por Jane Sharp en 1671 titulado *The midwives book,* a través del estudio de varias de sus ediciones. En primer lugar se realizó una inspección visual de la obra original de 1671 depositada en la

Wellcome Library (Sharp, 1671) y de otra edición posterior de 1724 (Sharp, 1671/1724). Del mismo modo se llevó a cabo una observación documental de la publicación de 1725 en formato digital (Sharp, 1671/1725). Por último se empleó para el análisis de contenido y categorización, la impresión elaborada por Eliane Hobby en colaboración con la Universidad de Oxford de la obra de 1671 (Sharp, 1671/1999) que contiene de la página 7 a la 300. De la observación documental de la obra original en su primera edición, podemos afirmar que se trató de un ejemplar de tapas restauradas que nos transportó en su interior al sabor original de 1671.

Sus medidas (15,5 x 9,5 cm) eran estándar y similares al resto de obras analizadas. El estado de conservación del ejemplar era excelente. Lo más curioso visualmente del interior del manual, fueron los dos grabados desplegables, de los cuales el primero de anatomía femenina, presentó dificultades en su extensión por la fragilidad del papel (Sharp, 1671, p. 165), mientras el segundo de las posiciones fetales fue fácil de fotografiar (Sharp, 1671, pp. 198-199).



Figura 9. Grabado desplegable mujer embarazada. Elaborado por John Dunstall. Midwives book. Sharp, 1671, p.165. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 10. Grabado desplegable posiciones fetales. Elaborado por John Dunstall. Midwives book. Sharp, 1671, pp.198-199. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

En segundo lugar, se examinó a través de observación documental, la misma obra de Sharp en dos ediciones posteriores: una a través de la inspección del original depositado en la Wellcome Library de 1724 (Sharp, 1671/1724) y otra mediante el análisis de la edición digitalizada de 1725 (Sharp, 1671/1725), ambas tituladas *The Compleat Midwife's Companion: or, the Art of Midwifry Improv'd. Directing Child-bearing Women how to Order themselves in their Conception, Breeding, Bearing, and Nursing of Children (…).*

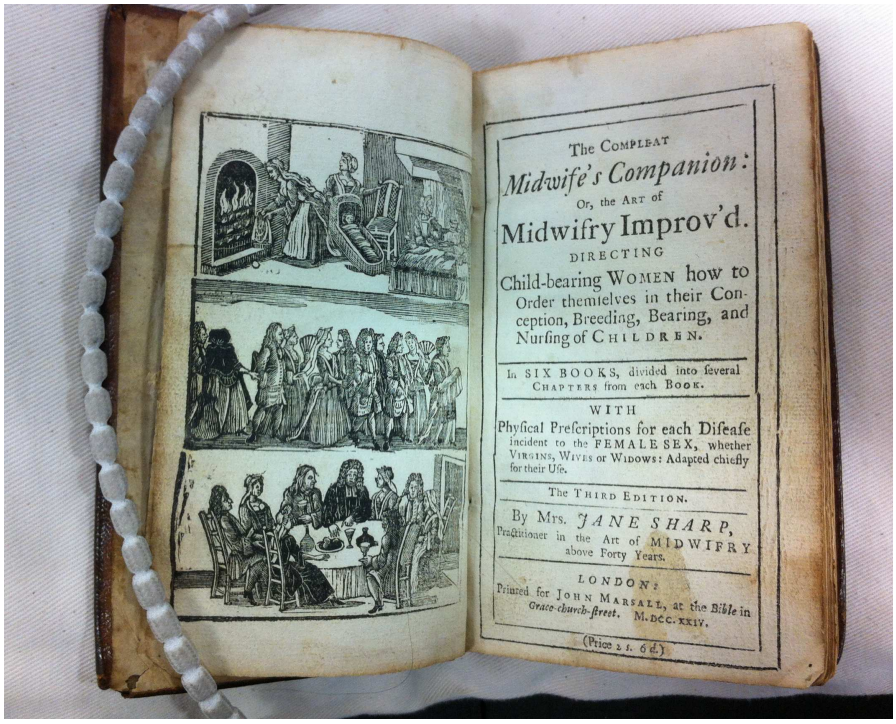
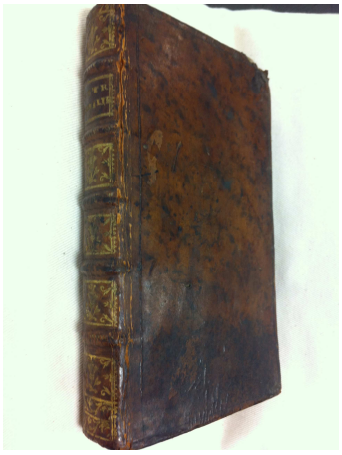

The Compleat
Midwife's Companion:
Or, the Art of
Midwifry Improv'd.
DIRECTING
Child-bearing Women how to Order themselves in their Conception, Breeding, Bearing, and Nurſing of Children.
In SIX BOOKS, divided into ſeveral Chapters from each Book.
WITH
Phyſical Preſcriptions for each Diſeaſe incident to the FEMALE SEX, whether Virgins, Wives or Widows: Adapted chiefly for their Uſe.
The Third Edition.
By Mrs. JANE SHARP,
Practitioner in the Art of MIDWIFRY above Forty Years.
LONDON:
Printed for John Marſall, at the Bible in Grace-church-ſtreet. M.DCC.XXIV.
(Price 2 s. 6 d.)

Figura 11. Contraportada. The Compleat Midwife´s Companion. Sharp, 1671/1724. Material original. Libro depositado Wellcome Library



Una de las diferencias entre estas ediciones y la primera de 1671 es el título: sin bien la diferencia es más aparente que real ya que la contraportada del manual original, incluye los términos que luego se extraerán en portada de las publicaciones posteriores.

Figura 12. Portada. The compleat midwife's companion. Sharp, 1671/1724. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

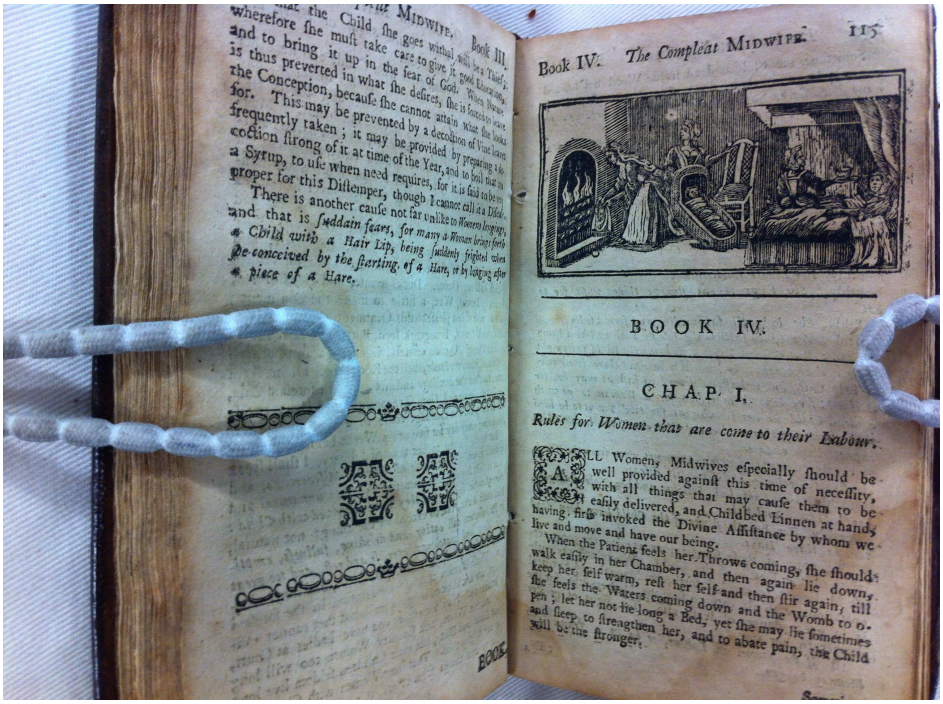


*Figura 13.*Grabado encabezamiento capítulo I. The Compleat Midwife's Companion. Sharp, 1671/1724, pp. 114-115. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

De la inspección visual de la obra original de 1671/1724 (15,5 x 9cm) de tapas duras originales marrón oscuro, extrajimos la sensación de un trabajo más elaborado. Como vemos es una obra mejor decorada que la primera edición sobre todo por el tríptico del inicio que otorga a la obra un encanto iconográfico superior a la edición anterior y que posteriormente se desglosará para encabezar los apartados más destacados del libro. El ejemplar analizado, presentó un estado de conservación bueno, con la tapa algo deteriorada, olor a humedad al pasar sus hojas y los mismos grabados que en la obra original pero no desplegables, aspecto más práctico del libro pero que sin duda le resta algo de encanto.

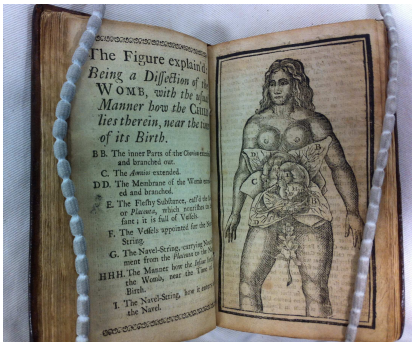


Figura 14. Grabado mujer embarazada. The Compleat Midwife's Companion. Sharp, 1671/1724. Material Original. Libro depositado Wellcome Library.



*Figura 15.*Grabado posiciones fetales. The Compleat Midwife's Companion. Sharp, 1671/1724. Material Original. Libro depositado Wellcome Library.

Según Barber (2013), Bosanquet (2009a), Brockbank (1958), Donnison (1988) y Keller (1995), éste es el primer manual inglés para matronas escrito por una mujer matrona y se convertiría en el más popular de los escritos en la época (Leigh Chalk, 2009). Existen autores/as que le otorgan un apelativo casi heroico al papel del manual de Sharp, en cuanto a que posibilitó el acceso de las matronas al monopolio masculino de saberes teóricos. Del mismo modo algunos autores/as aseveran que el manual de Sharp, estaría basado en el de Peter Chamberlen más que en el de William Harvey (Potts, 2007) que fueron los referentes contemporáneos cirujanos ingleses (*Anexo 6.* Fotografías originales manual de Jane Sharp).

En definitiva el título *The midwives book* es, en sí mismo una declaración de intenciones; es el libro de las matronas, dirigido a la formación de las matronas y de cómo éstas deben comportarse con las mujeres "En su Concepción, Cría, Parto y Cuidados del niño."/ "In their Conception, Breeding, Bearing and Nursing of children." (Sharp, 1671/1999, p.n.p.), según extrajimos del análisis de contenido realizado a la obra traducida y revisada de Sharp.

El manual de Sharp presenta una estructura similar a cualquier tratado clásico y actual de obstetricia y se divide en seis pequeños libros de los cuales prácticamente los tres primeros, están dedicados a nociones de anatomía, a las que esta matrona otorgó una importancia extrema, incluyendo lecciones sobre embriología, esterilidad y embarazo, parto normal así como el manejo de embarazos y partos de riesgo. Como Leigh Chalk (2009) afirma, parece que este interés implica la idea de la convicción de Sharp de que los hombres tradicionalmente dificultaron el acceso de las mujeres al estudio de la anatomía difundiéndola a través de textos inaccesibles para las matronas. Ella se propuso solucionar este aislamiento y su libro es una compilación teórica de los saberes en anatomía desde la antigüedad hasta su presente, exponiendo conocimientos

obtenidos de la traducción de textos de otros países. Estamos completamente de acuerdo con la afirmación de Bosanquet (2009a) de que Sharp era una erudita, y la de Donnison (1988) de que fue una mujer muy leída y viajada como así lo demuestra su libro y muestran nuestros resultados “He realizado un gran esfuerzo en la traducción de todos los libros, ya sea del Francés, Alemán, o Italiano de esta clase.”/“I have been at Great Cost in Translations for all Books, either French, Dutch, or Italian of this Kind.” (Sharp, 1671/1999, p.n.p.).

La contraportada sigue con la presentación de la autora de la que se dice “Por Mrs. Jane Sharp, profesional en el Arte de la PARTERÍA más de treinta años.”/ “By Mrs. Jane Sharp Practitioner in the Art of MIDWIFRY above thirty years.” (Sharp, 1671/1999, p.n.p.). Por lo tanto se resaltan dos aspectos de la escritora que la legitiman: es una profesional y su experiencia es más que dilatada. A continuación aparece una dedicatoria de la obra a Ellenour Talbutt admirando su virtud y su piedad. Probablemente, era una vecina de Sharp, y este cumplido desaparece en la edición de 1725.

Seguidamente aparece una referencia a las matronas de Inglaterra destapando un carácter corporativista y con aspiraciones de asociación: son sus hermanas a las que invita a reflexionar sobre los peligros que corren las mujeres si son asistidas por “matronas ignorantes” para acabar ofreciéndoles su saber teórico y su experiencia.

Antes de comenzar el texto aparece un índice de los seis libros contenidos en el mismo, sin presentar dedicatorias a personalidades de la élite ni más preámbulos. Por último, acaba con un glosario médico que facilita la comprensión de términos muy específicos que en las ediciones posteriores desaparece.

En definitiva, nos encontramos con un manual escrito por una estudiosa y leída matrona, que realza la necesidad de las matronas del estudio de la anatomía y aporta en

menor medida la manera de ejercer cuidados y remedios en el embarazo, parto y puerperio además de abordar ampliamente en la última parte del libro problemas ginecológicos, de crianza y enfermedades del recién nacido, al tiempo que introduce reivindicaciones de género en la asistencia a los partos.

Con respecto al estilo literario del manual de Sharp, corresponde al igual que el de Bourgeois, al científico-analítico-documental, sin embargo se diferencia del anterior en la predominancia del estilo científico sobre el narrativo-documental. Es un tratado muy de ciencia y poco de experiencia y paradójicamente por este motivo según nuestros resultados, resiste peor el paso del tiempo. Sharp escribió en un estilo conciso y retórico (Leigh Chalk, 2009) y según Donnison (1988), aunque el manual de Sharp contiene elementos muy valiosos, está lleno de supersticiones heredadas de la ciencia propia de la época y por ese motivo tiene menos valor científico que el manual de Bourgeois y mucho menos que el escrito por Justina Siegemund cuyo método de versión interna en presentaciones de brazo, aún lleva su nombre (Tatlock, 2005).

Por consiguiente, la caducidad del manual de Sharp va asociada a su carácter más científico y menos empírico. Por otro lado, la manera de escribir de Sharp es muy semejante a los tratados europeos que ella conoce, lee y traduce. Un ejemplo de este estilo son las continuas citas de otros autores para avalar sus afirmaciones, especialmente en los primeros libros del manual dedicados a la anatomía: desde la Biblia al inicio del manual, pasando por Galeno al que cita al menos en cinco ocasiones y dos de sus obras: *De anatomicis administrationibus* (Sharp, 1671/1999, pp.26,49,55,56,94) y *De usu partium corporis humani* (Sharp, 1671/1999, p.37). Cita también a los anatomistas Realdo Colomo y su *De re anatómica* (1559) y a Vesalio con su obra *De humani corporis fabrica* (1543) (Sharp, 1671/1999, p.36). Referencia a otros médicos relevantes como John Farnel y André du Laurens profesor de Medicina en la

Universidad de Montpellier (Sharp, 1671/1999, p.43). Los clásicos son recurrentes entre sus menciones como es el caso de Hipócrates al que cita en numerosas páginas (Sharp, 1671/1999, p.51,59,68,83) y nombra una de sus obras dentro del texto *De Natura Pueri* (Sharp, 1671/1999, p.60). Aparecen más clásicos como Aristóteles con su *De Generatione animalium* (Sharp, 1671/1999, p.52,89,91) y Empédocles, Asclépiades y Ptolomeo (Sharp, 1671/1999, p.58), además de Paracelsus (Sharp, 1671/1999, p.95) y otro médico: el árabe Avicena (Sharp, 1671/1999, p.59,97). Pero si a alguien reseña de una manera insistente es a Nicholas Culpeper y su obra publicada en Londres en el año 1651, (Culpeper, 1651/2010) al que se considera como uno de los más radicales impulsores de la reforma médica a través de la escritura de su manual, aunque él mismo reconociera que carecía de experiencia en la asistencia a partos (Evenden, 2000).

En definitiva, el libro es ciencia del siglo XVII y antología de ciencia clásica que no se abstrae de supersticiones y creencias populares, mitológicas y astrológicas (Brockbank, 1958). El texto se resume en el poder de la ciencia sobre la experiencia y constituyó un medio de publicitación de su saber teórico y coincidimos con la afirmación de Leigh Chalk (2009) en que a través de su manual, reforzó su maestría y su pertinencia como experta en partos con derecho a enseñar e informar al lector. Jane Sharp cree en la ciencia y en la necesidad de que la generalidad de las matronas tenga acceso a ella y en este sentido acaba su manual con unas palabras reveladoras de su espíritu docente:

> Así, con la bendición de Dios Todopoderoso, he recorrido con grandes esfuerzos y empeño todos los Deberes de las Matronas, y lo que se requiere tanto para la Madre como para la Nodriza y el Niño; deseando que pueda ser útil lo que he escrito, que beneficie a otros, como he encontrado que es beneficioso para Mí en mi larga Práctica de la Partería. Solo a Dios sea toda la Alabanza y la Gloria, Amén.

> Thus by the blessing of Almighty God, I have with great pains and endeavour run through all the parts of the Midwives Duty; and what is required both for the Mother, the Nurse and the Infant; desiring that it may be as useful for the end I have written it, to profit others, as I have found it beneficial to Me in my long Practice of Midwifery. To God alone be all Praise and Glory, Amen. (Sharp, 1671/1999, p. 300).

En definitiva, tal y como afirma Keller (1995), el manual de Sharp constituyó una retórica resistencia al modelo médico Galénico imperante, y desestabilizó en cierta medida la incipiente construcción de la autoridad médica en la asistencia a las mujeres.

El siguiente manual analizado fue escrito por Marguerite de La Marche 1677/1710, titulado *Instruction familiere et utile aux sages-femmes pour bien pratiquer les accouchemens, faite par Demandes et Réponſes*. Para su estudio se utilizó un formato digital de 1677/1710 (de la Marche, 1677/1710b) y se realizó una inspección visual de un original de 1677/1710 depositado en la Wellcome Library (de La Marche, 1677/1710a). Éste era un ejemplar tipo en tamaño y grosor (16,5 x 10,5 cm), de tapa marrón oscura dura, bien conservado pero con hojas bastante marcadas por la humedad, publicado junto a otra obra de Louise Bourgeois.



Figura 16. Portada Instruction familiere. De la Marche, 1677/1710a. Material Original. Libro depositado Wellcome Library.

En la contraportada se especifica que es escrito por esta matrona, convenientemente titulada por la Villa de París y el Hôtel Dieu. En las páginas siguientes, la propia autora pide respaldo a una de las personalidades más influyentes de París: Me*ff*iere Guillaume de Lamoignon que entre sus títulos ostenta el cargo

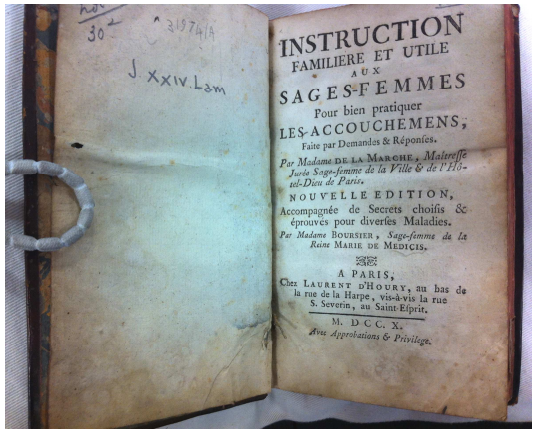


*Figura 17.*Contraportada Instruction familiere. de la Marche, 1677/1710a. Material Original. Libro depositado Wellcome Library.

de presidente de la corte parlamentaria "(…) es de mi interés suplicarle a usted el honor de su protección (…)"/ "(…) de mon intere$f$t de vous supplier de l`honorer de votre protection (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.). De La Marche promete en las siguientes páginas preliminares, servir humildemente a este protector con respeto y sumisión si obtiene este respaldo institucional que la legitime en la aventura de publicación del manual. En este gesto, deducimos se reconoce a sí misma como una excepción a la norma como matrona escritora.

Posteriormente sigue con unas palabras que la matrona llama aviso, a modo de introducción al lector. En ellas reconoce lo excepcional de una mujer escribiendo libros y su intención de no dar lecciones al público ni a los señores administradores del Hôtel Dieu, sino instruir a las aprendices de matrona a través de su experiencia práctica, ella desea "(…) y enseñarles practicando mi manera de trabajar (…)"/ "(…) & de leur montrer en pratiquant ma maniere de travailler (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p. n.p.).

Desde el principio ejerce una crítica a los manuales que presentan densas explicaciones sobre anatomía que ella considera inútiles para las matronas. Únicamente abordará en el manual las cuestiones anatómicas más asociadas a la reproducción y de una manera muy superficial. Hace hincapié en el poder de la práctica en el arte de las sages-femmes y nos ofrece sus observaciones en forma de preguntas-respuestas formuladas por ella misma en un formato muy breve en cada una de las cuestiones plantadas.

Sigue el manual con un par de ilustraciones de matrices dobles y sus correspondientes explicaciones. Sin más comienza el texto de 127 páginas, incluidas las tablas finales, aclarando que el libro contiene "(…) todas las cosas principales que una Matrona debe saber para el ejercicio de su Arte."/ "(…) toutes les cho$f$es principales

qu´une Sage-femme doit ſçavoir pour l`exercice de ſon Art." (de La Marche, 1677/1710b, p.A.).

El libro es corto, concreto y conciso y finaliza con una extensa tabla de contenidos. El manual es el más breve y menos conocido de los analizados y sigue la estela de Bourgeois aunque queda algo lejano (*Anexo 7.* Fotografías originales manual Marguerite de la Marche).

En cuanto al análisis de estilo literario es como el resto de carácter científico-narrativo-documental, con un predominio claro del científico en lo que respecta a la docencia. Es un libro para estudiantes de matrona dirigido a la formación de las alumnas adscritas al programa formativo del Hôtel Dieu, en el que las matronas conviven con naturalidad con los obstetras que dirigen la maternidad. Este modelo docente, impregna la obra de carácter menos reivindicativa que el resto y más acomodada a la presencia de los hombres en la asistencia al parto.

El último manual estudiado, será el elaborado en Alemania por Justina Siegemund. El análisis en profundidad de su obra y posterior categorización, se realizó de la primera publicación de 1690 a través del trabajo traducido al inglés, de la Universidad de Chicago en 2005 (contiene de la página 36 a la 240) (Siegemund, 1690/2005), y contrastándolo visualmente con una edición digital de 1690 (Siegemund, 1690), otra posterior del manual original depositado en la Wellcome library de 1741 (Siegemund, 1690/1741) y una de 1723 digitalizada, con objeto de integrar el conjunto de una obra escrita originalmente en letra gótica alemana del siglo XVII (Siegemund, 1690/1723). De la observación documental de la obra original de la Wellcome Library, pudimos sacar muchas conclusiones.

En primer lugar se trató de una obra de mayor tamaño que el resto (21,5 x 16 cm) y mayor grosor, de tapas con gran espesor y duras de color marrón oscuro que le

confieren un aspecto de gran compendio de manera que antes de abrirlo ya parece una gran obra y nos creó grandes expectativas como lectores por su diseño formal exterior e interior (Chartier, 1992, 1995).



Figura 18. Portada. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Material Original.
Libro depositado Wellcome Library



Figura 19. Lateral exterior. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Material Original.
Libro depositado Wellcome Library.

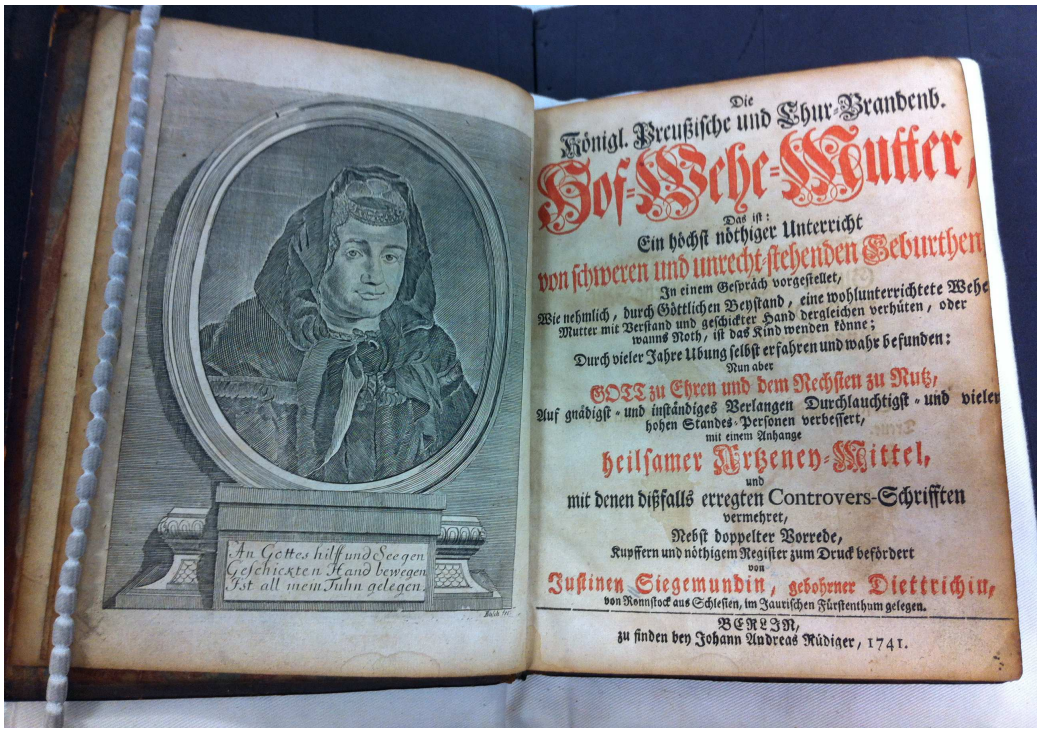


Figura 20. Contraportada. Die Chur Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

El ejemplar estaba magníficamente conservado y al abrirlo la contraportada era imponente; a un lado un grabado con la imagen de Justina y al otro el título en letras góticas negras intercaladas con letras rojas: es el único manual que incorpora el color en su interior. Es un libro caro en su elaboración, muy ornamentado y contiene grabados de una calidad suprema realizados por Samuel Blesendorf en Berlín e incorpora detalles de grabados de Regnier de Graaf y Govard Bidloo, dos de los principales ilustradores médicos de la época (Blum et al., 2010).



Figura 21. Detalle feto intraútero desplegable. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Grabado extraído por Siegemund del libro *Anatomia humani corporis* (1685) elaborado por Govard Bidloo. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 22. Detalle grabado a página completa de versión interna. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. nº17-nº18. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

La mayoría de grabados fueron elaborados a página completa, resultando una obra fuera de lo común. Desde nuestro punto de vista sería el punto álgido de la elaboración de manuales en el siglo XVII por parte de una matrona. Éste no es un modesto manual de tamaño, grosor y contenido reducido. Es un volumen imponente y grandioso. Sin duda un auténtico tesoro y como asegura Blum et al. (2010) y Klairmont-Lingo (2006) es considerado el primer texto médico alemán escrito por una mujer que costeó ella misma, editado en la imprenta de la corte de Brandenburgo localizada en el castillo del Elector en Cölln (Tatlock, 2005).

En el grabado del retrato del inicio, aparece en las ediciones originales una inscripción que constituye toda una declaración de intenciones que en la versión traducida se recupera para iniciar el manual "Confiando en la gracia de Dios, Aplicando mi mano hábil, Aliando actos devotos."/ "On gracious God relying, My skillful hand applying, Devoted deeds allying." (Siegemund, 1690/2005, p.n.p.).



Figura 23. Detalle grabado lema en contraportada. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

Éstos son los pilares de su obra: su famosa habilidad, y la creencia del carácter devoto de su profesión. El retrato muestra a una mujer de edad avanzada y su imagen refleja austeridad por la ropa oscura, el tocado y la ausencia de ningún tipo de joya u ornamento. Ya en la página siguiente, aparecen unas palabras que justifican la pertinencia de la obra y la califican y resumen a modo de sinopsis como un


Figura 24. Grabado retrato Justina. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

manual altamente necesario para la asistencia de partos dificultosos. La página explica que el libro se narra en forma de conversación de entre maestra y alumna, para bien formar a las matronas y ayudarles a prevenir con inteligencia y mano hábil las distocias y si éstas aparecieran, la manera de resolverlas prácticamente. Todo reforzado por el peso de su amplia experiencia "(…) basado en muchos años de experiencia práctica y comprobado como cierto."/ "(…) based on many years of practical experience and found to be true." (Siegemund, 1690/2005, p.n.p.). La página se cierra con la presentación de la matrona de la que dice es llamada Dittrich, por su apellido de soltera, nacida en Rohnstock (Silesia) y que tiene el honor de servir en la corte de Brandenburgo (*Anexo 8.* Fotografías originales manual Justina Siegemund).

En la página siguiente aparece una cita bíblica: Éxodo 1:20-21: "(…) y Dios hizo bien a las parteras: y el pueblo se multiplicó, y se corroboraron en gran manera (…) Y por haber las matronas temido a Dios, él les hizo casas." Siegemund interpreta este pasaje con estas palabras "Es decir, las bendijo en su profesión y recompensó su lealtad."/ "That is, He blessed them in their profession and rewarded their loyalty." (Siegemund, 1690/2005, p.n.p.). Esta manera de comenzar el tratado, nos adelanta el significado otorgado por Siegemund a su profesión: la vive como un mandato divino del que se siente absolutamente orgullosa.

A continuación comienzan en la edición de 2005, una serie de dedicatorias a egregias mujeres y autoridades del electorado reafirmando su estatus y legitimando la validez de su tratado. Entre ellas aparece Lady Sophie Charlotte, esposa de Frederick de Brandenburgo cabeza de la corte de los territorios germanos. Del mismo modo, se dirige a mujeres renombradas de otras cortes europeas como Lady Anna Sophia, princesa de Dinamarca y Noruega en cuya corte también ofrece sus servicios como matrona. Aparece una dedicatoria a la Reina Mary de Gran Bretaña, Francia e Irlanda a la que

considera su mayor valedora para materializar la publicación del manual y le dice "(…) si su vuestro gracioso mandato de imprimir este libro no estuviera aún en mi mente."/ "(…) if your most gracious command to have this book printed were not still on my mind." (Siegemund, 1690/2005, p.38). En la misma línea, aparecen otras dedicatorias a personalidades de cortes donde nunca ha estado, como a Lady Amalia a la que sirvió un año antes, para que diera difusión a su libro en aquellos territorios sobre los que estas ilustres mujeres ejercían su poder. Sin duda un excelente ejercicio de publicidad. En definitiva argumenta que el promocionar su libro, supondría a estas mujeres de la élite destacar y glorificar sus nombres por la utilidad que el libro ostenta para el bien parir de las mujeres.

Más tarde, aparecen una serie de avales escritos por hombres relevantes sobre la obra, como el mismo Frederick III como elector de Prusia y Brandenburgo; éste dice del manual que está acreditado por profesores de la Universidad de Frankfurt y otros médicos alemanes. En resumen, el jefe de la corte respalda la escritura de una mujer y la legitima de manera incuestionable.

Tras las palabras reforzadoras, Siegemund añade unas notas para bien disponer al lector en las que inserta fragmentos autobiográficos, introduce pensamientos transgresores y justifica su oportunidad de ser una buena matrona sin haber parido a sus propios hijos. Igualmente nos explica cómo llega al mundo de la partería tras una nefasta experiencia personal con "matronas ignorantes". Nos relata su llegada a la corte y la manera en que se hace célebre en un arte que nunca pensó en ejercer como profesión, si no hubiera sido por mandato divino "(…) nunca me habría decidido a hacer una profesión de ello (…)"/ "(…) I never would have resolved to make a profession of it (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.48). Nos argumenta los motivos que le llevaron a escribir tras numerosos viajes y asistir a muchas mujeres y éstos son que le

resultaba un pasatiempo fácil anotar sus observaciones y experiencias en partos dificultosos y en último lugar expresó su deseo de servir al bien común, a la formación de las matronas y al bienestar de las mujeres que sufren en sus partos:

> (…) mi único propósito en este trabajo y con estos gastos es servir al bien común, y en especial iluminar a las matronas (...) y de ese modo ayudar a las mujeres que sufren en su parto. No me quejaré aquí de la gran ignorancia que se percibe en muchas matronas (…)
> (…) my sole purpose in this work and with these expenditures to serve the common weal, and especially to enlighten midwives (…) and thereby help suffering women in their travail. I will not complain here of the gross ignorance one perceives in many midwives (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.54).

Por último recibe acreditación de la corte y de los médicos profesores de la Universidad de Brandenburgo, argumentando éstos que el libro no contiene nada contra la fe cristiana, estando libre de supersticiones y aceptándolo por describir aspectos sobre la práctica en partos muy útiles para las matronas que deben leerlo y agradecerlo.

Sin más comienza un libro en forma de conversación entre una alumna imaginaria llamada Christina, cuyo nombre revela su devoción a Cristo (Tatlock, 2005) y una maestra llamada Justina como era el nombre de la propia matrona. Este estilo literario a través del diálogo fue un recurso común en el humanismo y en autores como Erasmo, pero un diseño inusual en los textos médicos (Klairmont-Lingo, 2006).

Según nuestros resultados, el manual se divide en dos partes: una primera en la que a través del diálogo se instruye a la alumna en la atención y prevención de partos dificultosos. Se incluyen una serie de testimonios de mujeres atendidas por Justina para respaldar su labor asistencial con la satisfacción de sus clientas y defenderse en numerosos litigios a los que se enfrentó con médicos y cirujanos que la acusaron de innumerables asuntos. Por último, el libro presenta una segunda parte compuesta por un

cuestionario de 86 preguntas realizadas a Christina y su contestación a modo de examen. Finaliza el manual con una tabla de contenidos y un glosario de términos.

En definitiva se trata de un elegante manual, ilustrado maravillosamente y con estilo literario científico-narrativo documental, con predominio de la parte narrativa-documental: el libro nos dice mucho sobre ella misma, su biografía, sus sufrimientos por la esterilidad, sus problemas con la justicia y la lucha que conllevó el hecho de ser cuestionada por médicos y cirujanos por ejercer su profesión. Este libro nos habla de ella y su vivencia de la partería por eso está escrito en primera persona.

Por otro lado, desde el punto de vista científico, es absolutamente práctico y se refuerza en la fuerza de su experiencia. Precisamente por este motivo, resultan más que contemporáneas algunas de sus afirmaciones ya que se independizan mucho más de las teorías humorales y galénicas médicas que impregnan las obras anteriores, coincidiendo nuestros resultados con la afirmación de Tatlock (2005) en este sentido. Por otro lado, desde el punto de vista científico, el tratado enfatiza el poder y el interés de la formación de las matronas y por ello el planteamiento es estrictamente docente y como resultado nos encontramos con una obra de fácil lectura, práctica e imperecedera. Muchos autores/as afirman que se trata de una obra de alto valor científico para el mundo de la obstetricia (Fasbender, 1906; Krasnianin & Semczuk, 2006).

Sin embargo el manual está escrito por una maestra en partos, no entra en valoraciones morales, ni en cuestiones de género y no toca otros aspectos de la salud sexual y reproductiva como problemas ginecológicos y otros aspectos de los cuidados de las mujeres y la crianza de los hijos. Es un libro sobre partos dificultosos: concreto, práctico y sensorial, tal y como ella se muestra personalmente. En esta idea coinciden las afirmaciones de Klairmont-Lingo (2006): el texto de Siegmund difiere del de Bourgeois y Sharp en no centrarse en demostrar sus conocimientos de los escritos

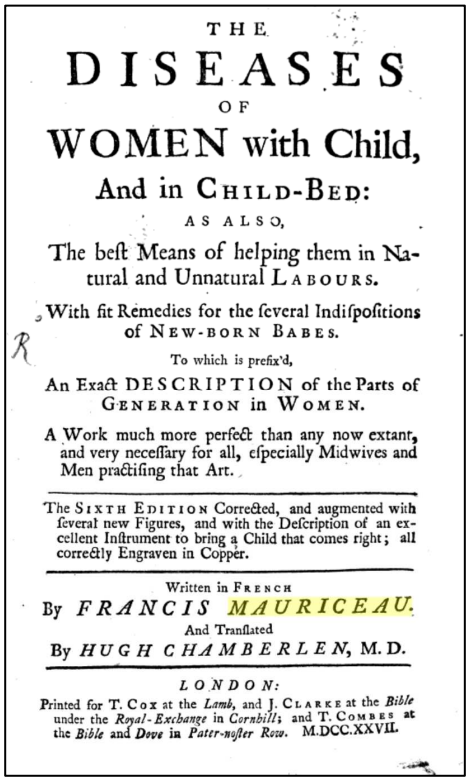
clásicos obstétricos sino que prácticamente no los discute y se centra en presentar una especie de protocolos o guías de actuación clínica en partos dificultosos.

Podemos afirmar así, que el estilo científico-narrativo-documental es el punto común de los cuatro manuales analizados, influidos cada uno por la personalidad de sus autoras, sus países de origen y los años de publicación. Pero además, los libros de obstetricia escritos por matronas y cirujanos del siglo XVII europeo, coinciden en algunos aspectos: están repletos de narrativas de culpa que se ponen de relieve en la sucesión de casos clínicos y ofrecen consejos muy prácticos de cómo evitar esa culpa y están dirigidos a una renegociación de las jerarquías médicas con las que matronas y cirujanos no acababan de conformarse (McTavish, 2006a).

Desde el punto de vista científico podemos reseñar que el manual de Bourgeois por pionero y el Siegemund por imperecedero son los que más peso acumulan en la comunidad científica. Sin embargo, el manual de Sharp nos aportará otro tipo de información muy valiosa como es el pensamiento social, cultural y científico del siglo XVII y nos guiará en la comprensión global de las obras estudiadas y la profesión matrona. Cada uno de los cuatro tratados aporta luz del pensamiento de las matronas sobre la profesión y de sus aspiraciones futuras para la partería.

Por ultimo se realizó un análisis de contenido del manual escrito por François Mauriceau en 1668, titulado en la versión original *Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées*, un libro de carácter científico muy respetable incluso en la actualidad y que fue posteriormente traducido a muchas lenguas y difundido por toda Europa. La edición analizada es la publicada en 1727 y traducida al inglés por Hugh Chamberlen con el título Diseases of Women with Child and in Chil-bed, en formato digitalizado (Mauriceau, 1668/1727).

El manual es un alegato a la pertinencia de los cirujanos en el mundo de la obstetricia a través de una comparativa constante entre cirujanos y matronas en la que éstas últimas, ejemplifican en el libro todo tipo de supersticiones, ignorancia y mala praxis obstétrica: las matronas representan para Mauriceau un recurso literario constante para el apoyo a una explicación científica previa de lo que no se debe hacer.



THE
DISEASES
OF
WOMEN with Child,
And in CHILD-BED:
AS ALSO,
The best Means of helping them in Natural and Unnatural LABOURS.
With fit Remedies for the several Indispositions of NEW-BORN BABES.
To which is prefix'd,
An Exact DESCRIPTION of the Parts of GENERATION in WOMEN.
A Work much more perfect than any now extant, and very necessary for all, especially Midwives and Men practising that Art.
The SIXTH EDITION Corrected, and augmented with several new Figures, and with the Description of an excellent Instrument to bring a Child that comes right; all correctly Engraven in Copper.
Written in FRENCH
By *FRANCIS MAURICEAU.*
And Translated
By *HUGH CHAMBERLEN*, M.D.
LONDON:
Printed for T. COX at the *Lamb*, and J. CLARKE at the *Bible* under the *Royal-Exchange* in *Cornhill*; and T. COMBES at the *Bible* and *Dove* in *Pater-noster Row*. M.DCC.XXVII.

Figura 25: Contraportada. The diseases of women. Mauriceau, 1668/1727. Depositado en Biblioteca Estatal de Baviera.
Digitalizado 19 noviembre 2009.

Se trata de un manual extenso de 373 páginas más las tablas finales y en sus comienzos especifica que va dirigido a cirujanos jóvenes de París y a las matronas "(…) las Matronas pueden encontrar en él [el libro] lo que deben saber, para mejor ejercicio de su Arte (…)"/ "(…) Midwives may find therein what they ought to know the better to exercise their Art (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.vi).

El libro, es uno de los primeros manuales escritos por un hombre cirujano con experiencia amplia en la asistencia a partos y por lo tanto se aleja de los textos previos de algunos de sus colegas médicos que nunca vieron tan si quiera un parto. Como director del Hôtel Dieu, Mauriceau desempeña su cargo ocupándose de la asistencia a los partos más dificultosos partiendo de lo aprendido de las matronas que sostenían la maternidad y habla y escribe con conocimiento de causa. Es una obra por lo tanto, lógica, con sentido común y basada en la experiencia y la ciencia. Él mismo se reivindica en este sentido como experto en partos, título que hasta ahora fue patrimonio

exclusivo de las parteras "(…)[existen libros de] otros Autores eruditos (…) pero sólo sepa que la mayor parte de ellos nunca han practicado lo que se comprometen a enseñar (…)"/ "(…) other learned Authors (…) but only acquaint you that the moſt part of them (having never practiſed what they undertake to teach) (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.ix). Efectivamente, para Mauriceau es muy lícito leer a otros autores, pero se molesta en remarcar que la mayoría de ellos no pueden enseñar lo que nunca han practicado: para él son como geógrafos describiendo países que nunca han visto.

El libro es todo un tratado de obstetricia y ginecología con imágenes y figuras explicativas, en el que se hace referencia continuamente a autores clásicos y de manera muy especial a Galeno y sobre todo a Hipócrates del que asume ampliamente sus teorías humorales. También hace referencia autores más contemporáneos como Paré y Guillemeau.

Es un libro extremadamente valioso en nuestra investigación para la triangulación de datos, ya que aporta una extensa información de las actividades realizadas por las matronas siempre enfocadas desde una visión negativista, construyendo unos estereotipos de las parteras de su época que nos traducen la lucha abierta en Francia por el control de los partos.

Finaliza el libro con la tranquilidad de haber cumplido con lo que él considera un deber: compartir sus conocimientos sobre las enfermedades de las mujeres con el fin de que la ciencia ayude a los profesionales a asistir correctamente a las madres y sus hijos.

El estilo del manual es, al igual que el de las matronas, científico-narrativo documental ya que expone casos clínicos y situaciones personales que nos dicen mucho de su manera de pensar acerca de las matronas europeas del siglo XVII.

3.1.2 (1.2Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: influencia de las religiones en las creencias en salud sexual y reproductiva.

Desde un pensamiento sociohistórico y antropológico, al considerar los manuales escritos por parteras como elementos vertebradores (Siles González, 2011) de la profesión matrona desde sus comienzos en 1609 con el de Bourgeois hasta la actualidad, nos disponemos a desglosar cuáles son las creencias que transmiten y analizarlas, así como estudiar la manera en que unifican a las matronas como colectivo profesional. Del mismo modo es nuestro objetivo analizar los estereotipos asociados a la salud sexual y reproductiva y la manera en que algunos de éstos son asumidos por las matronas a la vez que otros son criticados por ellas mismas.

Según la Real Academia de la Lengua Española, una creencia es un asentimiento firme y la conformidad con algo. Ese algo se cree seguro y se le da un crédito absoluto hasta casi considerarlo doctrina. Estas creencias son un producto más del proceso de enculturación que pasan de generación a generación “Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante aprendizaje, que forman y guían las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas.” (Kottak, 2011, p.29).

Según Collière (1993) una profesión basa sus ideologías, que a su vez determinan sus comportamientos, en las creencias y éstas son las que orientan los cuidados y filosofías que actúan sobre la práctica de las matronas y se derivan de las costumbres moldeadoras de nuestras personalidades. En definitiva, cualquier creencia es un hábito, una costumbre a la que se adhiere un grupo y a través de ellas las personas que lo integran, representan la permanencia, la estabilidad y la continuidad de ese grupo. Verdaderamente los libros son sin duda un elemento difusor de la manera de pensar y vivir en sociedad, y son reflejo de una cultura y época determinada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Europa de la Temprana Edad Moderna, la separación entre la sociedad laica y la religiosa es difusa, la relación entre lo pagano y lo sagrado es minúscula (Van Gennep, 1909/2008), aunque los Estados comienzan a surgir con fuerza como motor de control de la vida de las gentes. Según Foucault (1977), la medicina moderna es una medicina social que se desenvuelve en una sociedad capitalista desde finales del siglo XVIII, determinando su estructuración en tres formas: la medicina del Estado surgida en Alemania a finales del siglo XVII, más tarde la medicina urbana originada en Francia y por último la medicina de la fuerza laboral propia de Inglaterra. El siglo XVII europeo, se escapa a esta medicalización masiva de la vida cotidiana de la que habla Foucault y viene más bien impregnado por la fuerza del control de las Iglesias europeas, heredada de la Edad Media, en la que se desarrolla una medicina de carácter más individualista y de dimensiones colectivas muy discretas. En este tipo de sistema de salud, individual-popular y semiformal, las creencias en torno a la salud marcan el paso de los cuidados ofrecidos por las matronas a las mujeres y sus hijos. Desde nuestra perspectiva, las creencias sobre salud sexual y reproductiva que los manuales transmiten de matrona a matrona vienen impregnados en parte de conceptos impuestos por las instituciones y los hombres que las dominan: la Iglesia y los Estados de manera más incipiente.

En consecuencia, el parto y lo que rodea a las mujeres, viene definido por una serie de reglas de comportamiento elaboradas en base a creencias interiores culturales e individuales inmersas y derivadas de un orden social, trascendiendo del ámbito biológico y convirtiéndose en un fenómeno social y cultural con características propias que otorga significado a su propia existencia (Medina & Mayca, 2006).

Hablemos pues de creencias transmitidas en los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII; sobre las mujeres y su salud sexual y reproductiva y de la influencia que las religiones ejercen sobre éstas. Qué cree como cierto la sociedad, las

matronas y las propias mujeres y la crítica realizada por estas parteras a algunas de estas creencias marcadas por el cisma religioso.

Desde que en 1517 el agustino alemán Martín Lutero, tuvo la osadía de exponer en sus 95 Tesis en Wittenberg, las reformas necesarias para limpiar el debate sobre el mercantilismo de las almas cristianas a través de las indulgencias, Europa se ve envuelta en un proceso de Reforma Protestante, rompiendo la hegemonía del modelo Católico Romano tradicional. Estos movimientos religiosos adquieren características diferenciadas en Europa: el Luteranismo alemán, el Calvinismo en Francia y Suiza y el Anglicanismo promovido por Enrique VIII en Inglaterra (Anderson & Zinsser, 2009). Por otro lado aparece la Contrarreforma, impulsada por el Papa Pío IV en 1560, como aspiración de renovación cristiana, pero que más tarde sirvió para frenar el avance de las doctrinas protestantes. De este modo, mientras Europa se abre a nuevas ideas, España unida a Hispanoamérica y posteriormente Francia con Luis XIV, se conocerán en el mundo entero por su empeño en unificar las ideas religiosas alrededor del Cristianismo y por su espíritu intransigente con otros grupos culturales (Pastor, 1992). Existe por lo tanto un ambiente aperturista, que no abierto, impregnado de tensión a lo largo de toda Europa.

Por otro lado los modelos clásicos de mujer y maternidad elaborados por las religiones europeas moldean las creencias más íntimas de las matronas que escriben y trabajan. El arquetipo católico de mujer arrastra la herencia del pensamiento de Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, y se reafirma en la idea del carácter lascivo-tentador así como en la inferioridad de las mujeres en base al llamado “orden natural” de las cosas. Estas ideas son adoptadas sin pudor por el propio Lutero, Calvino y los discípulos de ambos como John Knox. Para los protestantes como para los católicos, la familia es una unidad patriarcal en la que la mujer voluntariamente se debe a su marido

pero ante todo al deber de sus hijos. El prototipo de familia es pues, el del padre cabeza de familia preocupado por sus subordinados, incluyendo mujer e hijos, que le deben obediencia (Flügge, 1998). El parto es reinterpretado desde las religiones europeas, como un honor concedido a las mujeres y un camino para la redención tras su pecado original de serie. En definitiva, en su concepción en lo que toca a mujeres y salud sexual y reproductiva, católicos y protestantes son más iguales de lo que ambos les gustaría reconocer.

Lógicamente, cada una de nuestras matronas se verá influida en su escritura por la religión de sus países: Cristiana las francesas Bourgeois y de La Marche, Luterana en la Alemania de Siegemund (su padre fue pastor luterano) y Anglicana en la Inglaterra de Sharp.

Es obvio que la Iglesia ejerció poder y control sobre las matronas europeas, especialmente en Inglaterra, donde las licencias eran otorgadas por la Iglesia Anglicana. La cercanía de las matronas a los obispos y a sus preceptos, les aseguraba la consecución de licencias expedidas por los mismos (Evenden, 2000). Mientras, en Francia y Alemania el Estado ejerció un fuerte control sobre las parteras por delante de la Iglesia. A su vez estas matronas, llevaron implícito en su profesión el ser un referente en la cultura de las mujeres, actuando en ocasiones como vigilantes de la moralidad y conciliadoras, contribuyendo a la expansión de las religiones y el poder de la Iglesia (Harley, 1993).

Historiadores de la partería de la Temprana Edad Moderna, han sugerido tradicionalmente cinco razones por las que la Iglesia se interesó por las matronas: la primera en lo que concierne a la administración del rito del bautismo para expansión de la Iglesia, segunda la preocupación por la brujería, tercera la ansiedad con el tema de parentescos e identificación de bastardos, cuarta la asociación de la partería con la

Medicina y los Estados y el control sobre la población y por último asegurar la competencia de las matronas que ejercerían en la asistencia a los partos. La Iglesia inglesa adopta así la postura de la defensa de las matronas y controla sus funciones, a las que reconoce expertas en partos por cuestiones de género. Las sitúa bajo su manto y establece una lucha con la clase médica por el adoctrinamiento de las parteras en los siglos XVI-XVII (Evenden, 2000).

El trabajo de matrona, que era muy diferente dependiendo de la clase social de matronas y clientas, implicaba en el siglo XVII una relación estrecha con las autoridades estatales o parroquiales y con la comunidad femenina a la que las matronas debían controlar sexual y reproductivamente a través de sus saberes (Thomas, 2003).

El inicio del manual de Sharp y de Siegemund, son muy similares ya que ambas hacen referencia a la cita bíblica de Éxodo I y a las matronas de Israel, para dar comienzo a sus manuales: refuerzan así el sentido de la existencia de la profesión matrona y la legitiman por mandato divino. Dios dispone que deben existir las matronas y quiénes deben ser esas matronas y les premia por el cumplimiento de su deber con las mujeres y sus hijos “Su fidelidad encontrará no solo una recompensa entre los hombres, sino con Dios (…)”/ “Her fidelity shall find not only a reward here from man, but God (…)” (Sharp, 1671/1999, p.II).

Sin embargo existen autores como Leigh Chalk (2009) que afirman cómo del texto de Sharp, se deriva la idea de que la partería se justifica en su existencia por sí misma. Según la interpretación de este autor, es una cuestión de género lo que Dios impone en la profesión matrona: es un arte de mujeres para mujeres.

La Biblia es citada en multitud de ocasiones a lo largo de los manuales analizados para ejemplificar conceptos obstétricos; Sharp en la página 131 cita los partos de Tamar y de Raquel (Génesis 38 y 35 respectivamente) para reforzar su

explicación sobre distocias y mal posiciones fetales en partos únicos y gemelares y referencia en la página 60, cómo Abel es concebido por Eva a través de superfetación (Génesis 4.2) para explicar la gemelaridad y así un largo etcétera (Sharp, 1671/1999).

De esta manera deducimos que la Biblia es un texto referente para algunas de las matronas en la escritura de sus manuales, sin embargo las parteras superan las barreras de la religión y se acercan a la ciencia, leen ciencia e intentan escribir ciencia y ésta supone una de las primeras rupturas con el estereotipo de mujeres alfabetizadas gracias a la religión únicamente con fines expansivos religiosos. En este sentido, en los libros aparecen numerosas referencias a escritos en obstetricia de todas las épocas, especialmente en el manual de Sharp en el que cita a más de 20 autores clásicos y contemporáneos de los que conoce en profundidad sus ideas sobre obstetricia y ginecología.

No obstante aparecen en los manuales de matronas del siglo XVII, creencias que nacen de las religiones y algunas de ellas se conservan hoy. La conceptualización de las mujeres desde las Iglesias Católicas y Protestantes, difunde una visión de las mismas asociadas al pecado y al carácter voluble y lascivo del temperamento femenino. Por otro lado, existe en la Contrarreforma una serie de medidas disciplinares específicamente orientadas a reconducir las conductas femeninas a través de medios como la literatura moral, dirigida específicamente a moldear los comportamientos de las mujeres. Por medio del matrimonio que las liga a sus obligaciones reproductivas y de educación a sus hijos, las encaminan por un camino de bien prediseñado. Desde las religiones, las mujeres son entendidas como un concepto imaginado con una personalidad inventada más que como un ser social: son entendidas como las herederas de Eva y de su fragilidad, sexualidad, culpabilidad y soberbia que fue su primer pecado según San Agustín. Así, las mujeres serían “de natural” pecadoras y peligrosas para los hombres

además de inferiores e imperfectas; su capacidad de seducción hipnotiza al hombre y serían fuente de alteración del orden familiar y social. De otro lado, aparece en el Nuevo Testamento una dualidad para la configuración de las mujeres en base a los modelos de la virgen María como representación inalcanzable de pureza y virginidad y María Magdalena como pecadora arrepentida y heredera directa de Eva. Sin embargo, en este sentido Luteranos, Calivinistas y Sacramentarios disentirían de la cualidad ejemplificadora de los santos y los tratarían más como mitos (Candau Chacón, 2008), aunque no por ello desligaron de las mujeres su carácter de pecadoras. Desde la Reforma Protestante y su alejamiento a la veneración de santos, se elabora una visión de la mujer un tanto contradictoria que de una parte critica el culto a María como idolatría y sin embargo adopta sin pudor el modelo Mariano Católico-Romano como ideal a seguir para las mujeres protestantes (Deifelt, 2003).

La idea del pecado original de la mujer y el castigo divino con el dolor del parto para expiarlo, aparece recogido sobre todo en uno de los manuales estudiados "(…) porque Dios lo puso sobre Eva [el pecado original] por probar el fruto prohibido (…) así el dolor en el parto nació como una maldición."/ "(…) because God laid it upon Eve for tasting the forbidden fruit (…) but the sorrow to bring forth that was laid as a curse." (Sharp, 1671/1999, pp.75-76).

Al hilo de lo anteriormente expuesto, todas las matronas sabemos que los partos son dolorosos pero no todos provocan el mismo sufrimiento ni el mismo tiempo y Sharp como matrona también lo sabía. En este sentido, dijo injustamente en su manual que únicamente sienten poco dolor en el parto las prostitutas, haciendo un juicio severo equiparando dolor y virtuosidad:

> (…) y si algunas [mujeres] sienten poco dolor son comúnmente las prostitutas que están tan acostumbradas que casi no lo reconocen (…) pero ellas un día darán cuenta de ello si

> siguen impenitentes y serán condenadas al castigo del infierno, que supera con creces a todos los dolores de Parto (…)
>
> (…) and if any feel but a little pain it is commonly harlots who are so used to it that they make little reckoning of it (…) but they will one day give an account for it if they continue impenitent an be condemned to a torment of hell which far surpasses all pains in Child birth(…) (Sharp, 1671/1999, pp.131-132).

La misma Sharp afirma en su manual que a consecuencia de este pecado original, las mujeres se debilitan con la lascivia y les acusa de tener deseos sexuales durante la gestación, hecho que condena. En definitiva, es el pecado original el que otorga defectos a las mujeres según el manual de Sharp y el que define su rol en la sociedad.

Pero este pensamiento de las mujeres y el dolor del parto asociado al pecado, no es secundado por las matronas francesas Bourgeois y de La Marche en sus manuales y Siegemund tampoco las apoya de esta manera apasionada. Coincidimos en este sentido con las afirmaciones de Perkins (1996) de que los textos de Bourgeois no son moralizantes ni didácticos en temática religiosa: son textos muy concretos con objetivos muy laicos que si bien se ven influidos por las religiones, como cualquier ámbito de la vida cultural del siglo XVII, no son libros con fines religiosos y que deliberadamente pretenden escindirse de las interpretaciones únicas religiosas en determinadas cuestiones de salud.

Sin embargo, estas matronas en sus manuales asumen en parte el papel pasivo de las mujeres en sociedad asignado por la cultura, aunque ellas mismas con su profesión remunerada semipública y su osadía de escribir, rompen de nuevo el estereotipo de mujer resignada al dolor y al parto exclusivamente. Las matronas de la muestra estudiada trascienden a la maldición de Dios; paren con dolor pero superan el rol

exclusivo del matrimonio y crianza de los hijos con sus profesiones fuera de sus domicilios.

Por otro lado, las religiones no sólo transmitieron ideas negativas sobre las mujeres, también de ellas se deriva la idea de las mujeres como dadoras de vida y elementos algo pasivos pero necesarios en el milagro de la concepción, como así quedó reflejado en alguno de los manuales estudiados "(…) la matriz es el receptáculo y lugar que está dedicado para recibir la vida en forma de sangre (…)"/ "(…) la matrice eſt receptacle, & lieu dedié pour receuoir la vie du ſang (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.2). En consecuencia, se trasmite a través de los manuales que la mujer es receptora de la semilla masculina y parte necesaria para el mandato divino de la reproducción coincidiendo en lo afirmado por Perkins (1996), que expone cómo el útero era concebido desde la teoría de Bourgeois, como lugar reservado para recibir la vida y expeler la sangre sobrante del cuerpo y cuya característica principal es el calor natural y la capacidad de cierto movimiento uterino, adhiriéndose a las teorías de Hipócrates. Sin embargo Bourgeois adopta las teorías galénicas en cuanto a la afirmación de que la mujer tiene su propia semilla participante activa y necesaria en el proceso reproductivo.

El control de las Iglesias sobre la partería, actúa sobre las matronas sobrecargando el embarazo y parto con valores teológicos y morales que ellas mismas asumen y transmiten como elementos indispensables de su socialización profesional (Flügge, 1998). Al igual que las prácticas realizadas en la asistencia al parto son más objetivables en su estudio, es más duro penetrar en el universo mental de estas mujeres que paren y asisten partos en el siglo XVII: sus aprensiones, su fatalismo y evaluar el peso de los tabúes, los miedos ancestrales y la glorificación del sufrimiento que les impregna por influjo de las Iglesias (Laget, 1977).

En este sentido aparecen una serie de patologías relacionadas con la reproducción a las que, por un lado se les atribuyen en los manuales investigados origen divino y por otro lado se intentan explicar desde la ciencia. Éste es el caso de la esterilidad ya que entre sus múltiples causas, Sharp nombra las de origen divino:

> Admito que a veces Dios es la causa de la esterilidad ya que les obstruye el útero (…) tenemos multitud de ejemplos en las Escrituras de ello [de mujeres estériles] (…) La Oración es entonces el remedio principal a su esterilidad (…)
> I grant that sometimes God is the cause of barrenness, who shuts up the womb (…) we have multitudes of examples in Scripture for it (…) Prayer is then the chief remedy of their barrenness (…) (Sharp, 1671/1999, p.137).

Aunque no sólo las matronas refuerzan sus explicaciones sobre la esterilidad con la Biblia: el mismo Mauriceau cita el capítulo 16 del Génesis y habla de Sara (esposa de Abraham) en su manual (Mauriceau, 1668/1727, p.4).

Acorde a estos pensamientos, Sharp transmitió a sus "hermanas matronas" que la esterilidad condiciona la legalidad de un matrimonio ya que no completa el mandato divino de la multiplicación de la especie "(…) y este tipo de matrimonios no son legales por las Leyes de Dios o del hombre, porque procrear y tener hijos es uno de los principales fines del matrimonio (…)"/ "(…) and such marriages are not lawful by the Laws of God or man, because that procreating and bearing children is one of the chief ends of marriage (…)" (Sharp, 1671/1999, p.127).

En contraste a Jane Sharp, el resto de las matronas que abordan el tema de la esterilidad en sus manuales, le otorgan causas más terrenales como Bourgeois y de La Marche, rompiendo con la idea del origen divino como causa única y aportando otras muchas etiologías desde las teorías científicas dominantes, en las que más adelante profundizaremos y acercando más la partería a la ciencia médica. Por otro lado, la

misma Justina Siegemund nunca tuvo hijos y es muy probable que disintiera de la idea del matrimonio no legitimado sin descendencia.

Otra de las patologías en la que la mano de Dios interviene, como vimos en alguno de los manuales de parteras del XVII, es el aborto. Según Bourgeois, el aborto impide la perfección de Dios y condena abiertamente aquellas personas que lo practiquen o ayuden a practicarlos porque van contra Dios. Para esta matrona los fetos son creados a imagen y semejanza divina y las mujeres que penosamente se ven abocadas al aborto voluntario, serán castigadas y conocerán la venganza divina porque según ella son igual que ladrones y se les condenaba incluso a la pena capital:

> (…) se le da muerte ejemplar [a la mujer que abortara a voluntad] y aquellas que no se hacen castigar en este mundo, acaso piensan que pueden evitar la Justicia de Dios. No, no; ellas se equivocan, es justo y riguroso (…)
>
> (…) on la fait mourir exemplairement, & celles qui ne ſont punies en ce monde, penſent elles éviter la Iuſtice de Dieu. Non, non; elles ſe trompent, il eſt iuſte & rigoureux (…) (Bourgeois, 1609/1630, p.19).

Del mismo modo, todos los manuales investigados hablan de las malformaciones fetales que en ocasiones se denominan científicamente como monstruos. Del manual inglés se desprende la idea de la mano etiológica de Dios como correctivo a los pecados de los padres, siendo este castigo, la etiología principal de las malformaciones fetales:

> Sobre cuáles serían las causas de las Concepciones Monstruosas, ha turbado a muchos grandes hombres Instruidos. (…) En todas estas causas [de las malformaciones fetales] no debemos excluir la venganza divina (...) Dios puede castigar al mundo con este tipo de castigos graves, justamente por nuestros pecados.
>
> What should be the causes of Monstrous Conceptions hath troubled many great Learned men. (…) In all such causes we must not exclude the Divine vengeance (…) God can punish the world with such grievous punishments, and that justly for our sins." (Sharp, 1671/1999, p.91).

Sin embargo añadimos que la misma Sharp y el resto de matronas, describen otras etiologías de las malformaciones fetales como la conjunción de los astros o simplemente fallos de naturaleza procreativa. De hecho, ya en el manual de de La Marche no se nombra a Dios entre las causas del aborto, esterilidad, malformaciones fetales ni otros problemas en la salud de las mujeres.

En definitiva es obvio el carácter piadoso de las matronas reflejado a lo largo de los manuales repitiendo expresiones como “con la ayuda de Dios”, “por la gracia de Dios” y un sin fin de expresiones propias de un lenguaje en el que se mezclan, costumbre, ciencia, moral y religión. Dieron por hecho que sin la gracia de Dios su trabajo no sería efectivo; para todas ellas existe una clara influencia de Dios en el devenir de los partos. En este sentido, Siegemund expresó la firme idea de que la pericia y sabiduría de la matrona eran claves para salvar las vidas de las madres y sus hijos pero siempre sin olvidar que la última voluntad era de Dios “E incluso la mejor matrona puede tener mala suerte, si usted espera demasiado de ella o Nuestro Querido Señor le retira su bendita mano. Todo depende de la bendición de Dios”/ “And even the best midwife can be unlucky, if you expect too much of her, or Our Dear Lord withdraws the hand that blesses. This everything depends on God's blessing.” (Siegemund, 1690/2005, p.154). Como vemos, para ellas es completamente compatible el concepto de profesión con el temor a Dios.

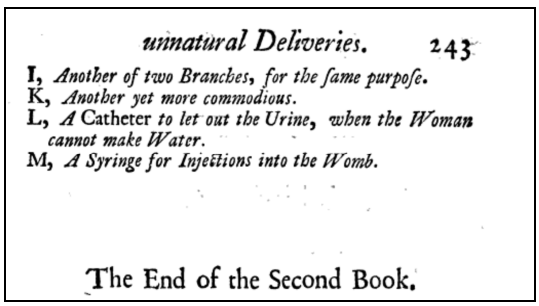
Del mismo modo, se siguen transmitiendo entre matronas otras creencias como que el feto tiene alma tal y como afirman Bourgeois y Sharp. Ésta última explicita que en la embriología, primero sucede la formación del cuerpo del feto y por último Dios le infunde el alma y es entonces cuando está preparado para nacer “(…) por último se convierte en un Alma razonable.”/ “(…) last of all it becomes a reasonable Soul.” (Sharp, 1671/1999, p. 105). Es decir, aunque el niño esté unido a la madre se le

reconoce un alma propia, de ahí la importancia otorgada culturalmente al bautismo del recién nacido y del no nato. Esta será una de las primeras correcciones que realiza la cultura a la naturaleza; el paso de la realidad de un nacimiento biológico abocado a la muerte, a un renacimiento cultural que nos promete una vida eterna (Aguirre Baztán, 1995).

Desde los años 80 del siglo XX, historiadores de la partería han argumentado que el bautismo fue una de las principales razones e intereses de la Iglesia para regular a las matronas a través de la dispensación de licencias. El bautismo se convierte, sobre todo en Inglaterra, en parte de la función pública de las matronas; deben dar cuenta de los mismos y reciben en ocasiones pagos monetarios por ellos (Evenden, 2000) y a través de los mismos adquieren un rol público además de por otras funciones como las de testificar como peritos en juicios por virginidades o infanticidios impulsadas en gran medida por las Iglesias europeas. En este sentido, las matronas actúan como tutoras y mediadoras en la organización de rituales alrededor del nacimiento como el bautismo (Kontoyannis & Katsetos, 2011).

El tema del bautismo intraútero o extraútero in extremis, es de uso común en la partería y se viene desarrollando por los cristianos desde el siglo II d.C. y a partir del siglo XVI, se consideró imprescindible la formación en esta materia a las matronas que asistieran partos (Carmona González & Saiz Puente, 2010). Incluso los tratados antiguos obstétricos, publican oraciones autorizadas por la facultad de Teología de París para la validación del bautismo por inyección si el feto no presentaba partes fetales visibles. El bautismo se convierte así en la Europa del XVII, en una función pública prioritaria de las matronas reguladas por leyes y ordenanzas como las primeras surgidas en Alemania: las ordenanzas de Múnich (1488) y las de Wurttemburg (1585) en las que se hace mención explícita al bautismo y las matronas así como a la protección de los no

nacidos (Donnison, 1988; Flügge, 1998). Por ejemplo en Inglaterra, si el recién nacido corría peligro vital, debía ser conducido al sacerdote aunque el viaje supusiera un riesgo y sólo administraría el rito la matrona si la llegada del mismo se preveía posterior a la muerte del niño. Las parteras debían realizar el rito adecuadamente para no ser sospechosas de brujería. En esta dirección, de La Marche en su manual especifica cuáles son esas palabras que la matrona debe decir para hacer efectivo el sacramento, únicamente en caso de no encontrarse en el lugar un hombre que pudiera realizarlo "(…) Yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo."/ "(…) Je te bapti*ſ*e au nom du Pere, & du Fils, & du St E*ſ*prit." (de La Marche, 1677/1710b, p.102). Si el bautismo se realizara intraútero, porque la matrona estimare riesgo vital para el feto, las palabras anteriores irían precedidas por la expresión "Si estas vivo (…)"/ "Si tu as vie (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.103). El bautismo intraútero se realizaría de la siguiente manera "Ella se servirá de una jeringuilla bien limpia con agua tibia."/ "Elle doit *ſ*e *ſ*ervir d`une *ſ*eringue bien nette, & mettre de l`eau tiéde dedans." (de La Marche, 1677/1710b, p.103). En efecto, las matronas debían introducir una cánula con forma de embudo inventada por Verrier con un extremo perforado en forma de cruz y soplar el agua o a través de jeringas específicas como las que describe Mauriceau en sus libros (Mauriceau, 1668/1727, p.243).



unnatural Deliveries. 243

I, *Another of two Branches, for the ſame purpoſe.*
K, *Another yet more commodious.*
L, *A* Catheter *to let out the Urine, when the Woman cannot make Water.*
M, *A Syringe for Injections into the Womb.*

The End of the Second Book.

Figura 26. Detalle descripción instrumentos.
The diseases of women. Mauriceau, 1668/1727, p.243.
Depositado en Biblioteca Estatal de Baviera.
Digitalizado 19 noviembre 2009.

Por su parte las matronas asumen como función propia y muestra de poder social, el honor de la administración de este sacramento de emergencia o la facilitación del mismo a través de su habilidad en la asistencia al parto. Por ejemplo, Siegemund enfatiza en su manual la importancia del tema y se muestra orgullosa de extraer a niños en distocias severas vivos para poder administrar a tiempo el sacramento "(…) por lo menos todavía fue posible el bautismo del niño."/ "(…) at the very least it was still possible for the child to be baptized." (Siegemund, 1690/2005, p.106).

Por su parte Bourgeois, es la que más nos recuerda la necesidad del bautismo: lo hace en repetidas ocasiones a lo largo de su libro (Bourgeois, 1609/1630, p.19,31,44) como requisito necesario para que los fetos puedan glorificar a Dios a través de esa alma recibida por su gracia. En este sentido nos expone un caso clínico de un parto gemelar en el que nace una de las niñas hidrópica que ella cree va a morir y actúa de la siguiente manera: "(…) corté su cordón umbilical (…) y le envié a buscar al Vicario de S. Leu Sainct Gilles para que le diera el Bautismo…"/ "(…) & coupé ſon vmbilic (…) & l´enuoyè querir le Vicarie de ſainct Leu ſainct Gilles, pour luy donner le Bapteſme." (Bourgeois, 1609/1630, p.136).

Era una seña de identidad de buena praxis para estas matronas, facilitar el sacramento y administrarlo convenientemente en casos extremos. Algunos cirujanos como Dionis, afirmaron en sus manuales que los asistentes al parto debían participar a veces acorde a los deseos y expectativas de los familiares presentes y en ocasiones ejercer el bautismo si alguno de ellos afirmaba haber visto algún pequeño movimiento en el feto aunque ellos positivamente supieran que no era así para no decepcionar esa ilusión por bautizar al hijo mortinato (McTavish, 2006a).

En los Estatutos de París, existían cuatro cláusulas separadas centradas en el tema del bautismo en lo que tocaba a la matrona: la 14 la instruía de cómo realizar ese

bautismo y la 15 limitaba sus funciones sólo si no había hombre presente sobre todo si era hombre de Iglesia.

Por lo tanto, las matronas como parte de su labor asistencial velaban por la salud física y psíquica de las mujeres y sus hijos pero además atendían en ocasiones a su bienestar social acudiendo a ceremonias relacionadas con rituales post-nacimiento en las que ocupaba lugares predominantes como el bautizo del recién nacido, y otras ceremonias de purificación de la madre y acción de gracias de las mujeres tres o cuatro semanas tras el parto.

Por último, las creencias que los manuales transmiten en cuanto a religión nos llevan a hablar de vocación profesional a veces mimetizada con el concepto de servicio (Collière, 1993). Las profesiones clásicas se caracterizan por la idea de llamada o vocación que es uno de los valores más enraizados dentro de las profesiones y no necesariamente asociado hoy a aspectos religiosos (Rodríguez Avila, 2008). Sin embargo en el siglo XVII, la matrona se despierta a la profesión desde una concepción de los cuidados a las mujeres filiados al servicio de sus vecinos por mandato religioso: su profesión es sagrada en cuanto al servicio prestado a su comunidad como extensión de la tarea de cuidar (Buitrago, 2009). En una época donde la mortalidad elevada de madres e hijos era desorbitada, las habilidades de una buena matrona eran un servicio altamente valorado por la comunidad (Blum et al., 2010).

La mayoría de los manuales transmiten la idea clara de la conciencia de las matronas de llegar a la vocación y a la profesión por la voluntad de Dios y en el deseo de cumplir esa misión que se les encomienda:

> (...) es voluntad de Dios que yo esté en esta profesión y me hace certera en ella a fin de preservar a la pobre mujer por el bien de sus queridos hijos, que la necesitan para su crianza. Y por eso exactamente estoy presentando mi conocimiento (…)

> (…) God´s express will to settle me in my profession and make me certain in it in order to preserve the poor woman for the sake of her dear children who needed rearing. And that is exactly why Iam presenting my knowledge (…) (Siegemund, 1690/2005, p.102).

En el mismo sentido se expresó Louise “DEsde que Dios me ha dado la gracia de haberme llamado a ejercer el arte de matrona (…)”/ “DEpuis que Dieu m´a fait la grace de m´auoir appellée à l´art de ſage femme (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.88).

Sin embargo sabemos por ellas mismas y lo expresado en la parte narrativa de sus manuales, que llegaron a la partería por motivos muy diversos: Bourgeois por su contacto marital con la medicina y la necesidad económica ante la ausencia de su marido por la guerra y la misma Siegemund nos relató cuáles fueron sus motivos para llegar a ser matrona. Justina tuvo una mala experiencia con parteras a las que ella denomina ignorantes, que le diagnosticaron un embarazo cuando ella padecía una enfermedad ginecológica que le causó una esterilidad permanente. Esta enfermedad según la traducción de Tatlock (2005) de las palabras de la propia Siegemund, Klairmont-Lingo (2006) y Blum et al. (2010) podría tratarse de un prolapso uterino. Esto le incitó a leer sobre partos en manuales de médicos y aprender sobre partería “Este peligro (...) fue el primer paso hacia mi profesión.”/ “This peril (…) was the first step toward my profession.” (Siegemund, 1690/2005, p.48).

En resumen, los manuales están fuertemente influidos por las religiones europeas y son un reflejo del peso religioso en la cultura europea del siglo XVII. Estas creencias religiosas impregnan inevitablemente las conceptualizaciones de las matronas en salud sexual y reproductiva, sin embargo la transmisión de estas creencias a través de los libros estudiados, trascienden al ámbito religioso como mirada única y se intercalan con conceptos científicos de la época. Comparativamente el manual que más creencias impregnadas de religión transmite es el de Sharp, hecho que coincide con el poder que

la Iglesia inglesa sigue ostentando en el normativización de las matronas, mientras en Francia y Alemania es el Estado y los médicos los que ejercen una influencia más poderosa sobre las creencias en la salud de las mujeres y resultado de ello se elaboraron unos manuales más independizados de las religiones y más comprometidos con la ciencia médica.

3.1.3 (1.3Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: mujeres y matronas.

Desde que Simone de Beauvoir en los años 50 del pasado siglo XX, abriera de nuevo las puertas a las corrientes feministas a través de la idea de que las mujeres se hacen y no nacen (Beauvoir, 1949/1998) y de que el sexo biológico no es imputable inmutablemente al sujeto (Moncó, 2011), el calado del concepto del género como construcción cultural impregnó a la Antropología, que toma conciencia de la importancia de adoptar una perspectiva de género en su búsqueda de un conocimiento holístico de la esencia humana que:

> (…) permite analizar el marco de oportunidades y desarrollo vital de hombres y mujeres, las desigualdades innecesarias e injustas que provocan los procesos de socialización diferencial en materia de salud, educación, justicia, trabajo, economía, como consecuencia de la diferencia de género, así como la interpretación del sentido de sus vidas y de los distintos procesos que transcurren a lo largo del ciclo vital. (Prieto Ruz &Morales Gil, 2010, p.7).

Según Anderson & Zinsser (2009), las mujeres tienen un punto en común que las clasifica en el siglo XVII y a lo largo de toda la historia: el ser mujeres. Esta condición cultural prevalece por encima de nacionalidades, grupos e incluso épocas históricas. Es cierto que las referencias históricas sobre mujeres en relación con las ciencias de la salud han sido silenciadas durante siglos ya que la ciencia, como un

fenómeno social, no se aísla de las estructuras de poder y de la desigualdad de género (Alcaráz Ariza, 2005). Es preciso pues revelar los procesos de construcción histórica de esa naturalización en la dominación que se ejerce sobre las mujeres como grupo en las relaciones sociales (Sánchez, 2008) ya que como anteriormente expusimos, autores/as especializados en el análisis de las relaciones sociales, afirman que las relaciones de género son relaciones de poder (Moncó, 2011).

En consecuencia, la Antropología de Género nos orienta en la manera en que se configura el carácter de una incipiente profesión femenina ligada como las mujeres al ámbito doméstico durante siglos y a cuestiones reproductivas que les hacen adquirir compromisos con su especie y las acercan más a la naturaleza (Chodorow, 1978/1999).

Se va perfilando en este sentido el carácter pre-profesional de las matronas como colectivo asociado al ámbito doméstico y a las cuestiones reproductivas de las mujeres. En efecto, el producto que vende la matrona está muy ligado a las mujeres, al hogar y a la familia y a pesar de ser actividades realizadas fuera del hogar propio, se encuentran alejadas en parte del espacio público formal aunque obviamente es muy sutil y cuestionable el límite y la definición de público y privado en cada época y cultura (Moncó, 2011).

Por otro lado, en el siglo XVII progresan las aspiraciones educativas de la población. En el siglo anterior, Juan Luis Vives y Erasmo propagaron la idea de que la alfabetización era el remedio para los males de las mujeres inherentes a su género. Desde estos pensadores y desde el interés protestante de extenderse por Europa, se les va concediendo a las niñas la transmisión de unos saberes que obviamente estaban preseleccionados y tenían un carácter adoctrinador y moralizante. Saberes incompletos y vigilados: sí, pero saberes.

De la crisis de la hegemonía cristiana en el siglo XVI, se reimpulsa la idea de la mujer-bruja surgida a finales del siglo XIV. Toda mujer es una bruja en potencia y máxime si tiene cierta edad y conocimientos ligados a la naturaleza y la magia como sucedió en ocasiones con algunas parteras. El poder que representan sobre la gente, es temido por la Iglesia y es ampliamente conocida su persecución por parte de la Inquisición durante siglos (Ehrenreich, 2010).

En cuanto al trabajo, en general las ocupaciones femeninas en los siglos XVI-XVII, siguen el modelo de menos prestigio, menos pagadas, más vulnerables y no cualificadas. Otro aspecto interesante para nuestro trabajo, es el hecho de conocer cómo pesa la tradición familiar en la adquisición de empleos en las mujeres: si la familia posee un negocio, las mujeres siguen y participan del negocio familiar. Si sus madres tenían un oficio, las hijas lo seguían con la naturalidad del traspaso de una herencia (Hufton, 1992). Siguiendo este patrón, según Evenden (2000), existen en Europa desde 1661 a 1700 un matriarcado en Inglaterra de matronas de hasta tres generaciones que se transmitían conocimientos y consejos.

Al mismo tiempo, los oficios relacionados con los cuidados en salud y medicina, fueron tradicionalmente considerados adecuados para las mujeres como una extensión de su vida doméstica (Anderson & Zinsser, 2009). Pero esta adecuación de lo femenino, se planteaba solo de una manera filosófica; poco a poco se clausuró el acceso de las mujeres a la educación superior y a la integración en asociaciones profesionales formales y se les apartó de los aspectos sociales y lucrativos de la profesión en salud, siendo el Estado y la Iglesia los que regulaban el acceso a los saberes superiores y licencias (Flügge, 1998).

Sin embargo las mujeres desempeñaron papeles importantes en materia de salud en la Europa Medieval y de la Temprana Edad Moderna, aunque clásicamente han sido

subestimadas por los estudios, y proveyeron de un amplio abanico de servicios a sus comunidades. Aunque a menudo las mujeres desarrollaron sus oficios en ámbitos domésticos, no debemos subestimar su fuerza de mercado y su éxito entre las mujeres del siglo XVII (Fissell, 2008).

La práctica de la partería sin embargo, no formaba parte del quehacer de la medicina más formal en el siglo XVII europeo; más bien era una práctica social y durante siglos fue la única actividad relacionada con la medicina en la que las mujeres tendrían un papel hegemónico (Alcaráz Ariza, 2005).

En consecuencia, no podríamos analizar el proceso de profesionalización de la matrona ni de la Enfermería sin considerar la íntima unión de ambas con las mujeres y el papel que éstas han ocupado en cada época en el sistema educativo, social y laboral (Siles González, 2011).

Entonces, en este contexto para las mujeres ¿qué ideas podemos extraer de la lectura de los manuales escritos por matronas en el siglo XVII relacionadas con el papel de las mujeres en esta cultura europea?

Uno de los conceptos transmitidos por las matronas con más unanimidad en sus manuales del siglo XVII, es el firme convencimiento de que como profesionales deben ser mujeres, ya que su género les acerca a la asistencia a las de su mismo género en cuestiones que no podrían ser más de género que aquellas envueltas en sexualidad y reproducción. Las cuatro parteras coinciden en que por razones de género, su sitio está al lado de las mujeres ya que únicamente entre ellas, como iguales, puede existir un entendimiento verdadero “(…) te suplico (…) recuerdes que una mujer puede ayudar a todas las demás y representan las cosas como en un espejo donde hay tanto de verdad y poco de artificio en su discurso (…)”/ “(…) ie te ſupplie (…) te ſouuenir qu´vne femme

pour ſeruir à toutes les autres, te repreſente comme en vn miroir, choſes où il y a autant de verité qu´il y a peu d´artifice en ſon diſcours (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.n.p.).

Como vemos en los resultados, Louise transmitió sin pudor su firme convencimiento de la superioridad de su conocimiento en el parto en base al género y lo vinculó a una actividad exclusivamente femenina tal y como afirmó McTavish (2005). Esta convicción expresada en su manual, coincide con la manera en que en la cultura europea del siglo XVII se vivía el parto: un evento de solidaridad femenina con la presencia de la matrona como profesional invitada en ese círculo de mujeres (Gélis, 1991).

En la España de la Temprana Edad Moderna, las matronas formaban uno de los grupos femeninos profesionales más prominentes y seguía siendo la única rama de la medicina en la que se conservaba la hegemonía femenina (Ortiz Gómez, 1993). También recordemos que en Europa, el siglo XVII es época de luchas con los médicos y cirujanos como colectivos masculinos en exclusiva, por el control del parto. Así, estas reivindicaciones de género resultaron de lo más pertinentes. Desde el género se puede visualizar el cambio en la organización de la partería por parte de las autoridades que eran hombres, para el control de las matronas. De este modo, se van introduciendo en Europa sistemas de partería de género y de clases (Wiesner, 1993).

Clásicamente el género como constructo cultural, había apartado profesionalmente a los hombres del cuerpo de las mujeres a razón de prejuicios morales y religiosos y por ello las dueñas de los secretos femeninos fueron las mujeres. Sin embargo las reivindicaciones de Sharp van más allá de esta idea: las matronas, según su manual, serán mujeres porque poseen conocimientos inherentes a su género a los que ningún hombre puede aspirar y muy superiores a los de los hombres (Leigh Chalk,

2009; Sharp, 1671/1999). Coincidiendo con la afirmación anterior, Sharp reclama para las mujeres lo único que les faltaba: conocimientos teóricos.

Aunque estas matronas sabían de su condición cultural inferior a la de los hombres, reivindicaron una profesión que uniese teoría y práctica y a través de sus relatos, coincidimos con Donnison (1988) en que Sharp expresó cierto miedo a que, por sus ventajas educacionales, las mujeres prefirieran a los hombres para prestarles asistencia. Sintió la necesidad de reclamar el sitio de las matronas al lado de las mujeres en sus partos:

> Algunos tal vez pueden pensar que entonces no es apropiado para las mujeres estar en esta profesión, ya que no pueden alcanzar tan espléndidamente el conocimiento como los hombres que son educados en Universidades, escuelas de aprendizaje (…) donde son frecuentemente leídas Lecturas de Anatomía (…)
>
> Some perhaps may think, that then it is not proper for women to be of this profession, because they cannot attain so rarely to the knowledge of thing as men may who are bred up in Universities, Schools of learning (…) where Anatomy Lectures being frequently read (…)" (Sharp, 1671/1999, p.11-12).

Son al fin y al cabo unas reivindicaciones feministas absolutamente innovadoras que abren el debate del acceso a la cultura de las mujeres y las matronas, tal y como afirmó Bosanquet (2009a) y expresan algo de su frustración por la dificultad del acceso de las mujeres a las Universidades y a la educación superior. Del mismo modo, Sharp reconoció la dificultad de las mujeres en el acceso a la formación que en la mayoría de casos se haría a través de libros y no en Escuelas Universitarias (Donnison, 1988).

El mismo Mauriceau, se muestra de lo más condescendiente con las matronas y explicitó que sus explicaciones de anatomía en su manual serían breves para que las matronas pudieran comprenderlas "Tengo la intención de ser lo más breve sobre ella [anatomía] como me sea posible, para que las Matronas puedan obtener el Beneficio

más fácil (…)"/ "I intend to be as brief upon them as I can, that Midwives may the eaſier reap the Benefit (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.xxvii).

No obstante, las matronas se creyeron inferiores en determinados ámbitos del saber formal pero superiores en los aspectos empíricos. En este sentido, coincidimos con Keller (1995) y su afirmación de que Sharp fue muy consciente de cómo la escritura de manuales era un hecho propio de varones en el que se inmiscuía, no con poco peligro, y que su poder para contrarrestar esa intromisión era su basta experiencia de 30 años por la que se sentía muy superior a cualquier hombre.

En efecto como vemos, también en el siglo XVII el género fue un condicionante de las opciones educativas, de las decisiones vocacionales, de la inserción y promoción laboral (Del Valle et al., 2002).

Ante la duda de cuál es el género privilegiado para asistir partos, las matronas zanjan la cuestión de la manera más clásica pero más contundente posible en los manuales estudiados "(…) sin embargo las sagradas Escrituras han documentado el honor perpetuo del Sexo femenino a las Matronas."/ "(…) yet the holy Scriptures hath recorded Midwives to the perpetual honour of the female Sex." (Sharp, 1671/1999, p.12). Las matronas serán mujeres porque así lo dicta Dios, a razón de moralidad y recato religioso: en esto las cuatro están de acuerdo.

Nuestros resultados vienen a coincidir con la afirmación de Leigh Chalk (2009) de que Sharp expresó un corporativismo de género denominando a las demás matronas "hermanas" "matronas de Inglaterra" o "cariñosa amiga" y gustando de separarse junto con ellas, de aquellas matronas no formadas denominadas "ignorantes" y defendió sin pudor la superioridad femenina en la partería argumentando el derecho exclusivo de las mujeres a ser matronas apoyada en las Sagradas Escrituras, el conocimiento práctico

transmitido de matrona a matrona, la aceptación popular, el saber únicamente teórico de los hombres y sobre todo que el nacimiento era un “asunto de mujeres”.

Por otro lado, desde la teoría social del cuerpo se hace en la actualidad un enfoque metodológico, desde la Antropología de la Salud y de Género que supone un distanciamiento a las teoría clásicas de concepción del cuerpo, que nos permite reinterpretar ideas sobre el cuerpo de las mujeres considerándolo como centro de reflexión social y antropológica (Esteban, 2004). Como pionero de este análisis del cuerpo socio-antropológico, Esteban (2004) nos remite a Marcel Mauss. Este autor en su trabajo *Les techniques du corps* (Mauss, 1936), nos ilustra de cómo la manera de manejar el cuerpo de los individuos se convierte en un asunto distintivo social influido por la imitación de acciones caporales de las personas que nos infunden respeto o autoridad y prestigio formando parte de la educación del individuo. Para Mauss el significado del cuerpo del hombre es tan relevante que lo expone como concepto central y destaca su carácter simbólico. El cuerpo de los seres humanos está regulado, controlado y condicionado por un sistema de género diferenciador entre hombres y mujeres por una serie de instituciones concretas (Esteban, 2004) como es el caso de la Iglesia y la ciencia.

Desde esta perspectiva, el género y la vivencia y significados del cuerpo, impregnan a toda la ciencia del siglo XVII en general y a la médica en particular. Los enormes avances científicos contribuyeron en parte a cuestionar tímidamente la anterior idea imperante en el mundo occidental acerca del cuerpo y el alma de las mujeres: las mujeres fueron hasta entonces seres inferiores en todos los sentidos y sobre su mundo mágico reproductivo poco se había indagado desde la ciencia. Sin embargo, estos nuevos planteamientos científicos no desplazaron del todo la idea clásica de la inferioridad de las mujeres, ni siquiera desde los modelos médicos Galénicos que fueron

reforzados por grandes descubrimientos en anatomía y embriología (Keller, 1995). Así, la vivencia del cuerpo en la ciencia del siglo XVII se impregna de categorías de género asociando a la categoría masculina cualidades superiores a la categoría femenina. Reforzando la asunción de estas ideas, es curiosa la manera de describir la anatomía, tal y como lo hace Sharp en su manual acorde con el pensamiento Galénico, de una manera muy extensa, vinculando género y religión en sus disecciones: el lado derecho (sagrado) siempre se asocia a los hombres y le otorga mejores cualidades mientras que el lado izquierdo (profano) es asociado a las mujeres de cualidades inferiores. Así por ejemplo, el hombre es engendrado desde el testículo derecho que a su vez es el más caliente y genera un semen más fuerte. Esto es ciencia pura del siglo XVII heredada de los clásicos.

Sin embargo, la investigación desde una perspectiva de género en el terreno científico y sus discursos médicos, ha puesto en relieve la manera en que la ciencia ha utilizado la polaridad sexual en la construcción del conocimiento y le ha dado un marcado carácter androcéntrico poniendo a prueba la tan reivindicada racionalidad, legitimando la discriminación sexual en Occidente (Sánchez, 2008).

En este sentido, Sharp no hizo más que expresar en su manual una armonía con el modelo médico imperante en el siglo XVII europeo, en la que hombres y mujeres emitían lo que denominaron “seed” / “semillas” en el orgasmo, siendo en la concepción las semillas masculinas más activas y potentes que las femeninas (Keller, 1995). Sin embargo, reivindicó la necesaria participación de la mujer y en este sentido las matronas reconocieron cierto protagonismo a las mujeres en la concepción, superando los conceptos más clásicos y pasivos poniendo en práctica tal y como anima Esteban (2004), cierta forma de resistencia al papel pasivo del cuerpo de la mujer definido por la ciencia y promoviendo un discurso relativamente diferente a los esquemas sociales

hegemónicos, y sugiriendo otras nuevas ideas "(…) las mujeres no son solo pasivas en la Procreación, sino activas como el hombre, aunque no en tan alto grado de acción (…)"/ "(…) women are not only passive in Procreation, but active also as well as the man though not in so high a degree of action (…)" (Sharp, 1671/1999, p.53). Y así, en cuanto a la conceptualización de la corporalidad femenina, coincidimos con Keller (1995) en que Sharp encuentra un equilibrio entre la normativa de género imperante y una transformación retórica y sutil que constituye un foro de debate a cerca de la estructura y funcionamiento reproductivo del cuerpo humano y el cuidado de las matronas. Todo lo anterior si comparamos el texto de Jane, con los hasta entonces escritos por hombres sobre la materia, considerablemente más severos y despectivos en el tratamiento del cuerpo de las mujeres.

Existen en los manuales clasificaciones de las causas de la esterilidad por géneros no sólo en las matronas, sino compartidas por la ciencia en general y por el cirujano Mauriceau en particular, que afirmó en su manual que por cada hombre impotente había 30 mujeres estériles (Mauriceau, 1668/1727, p.2). Las matronas piensan así acorde a la ciencia regular "Pero los impedimentos [esterilidad] son más frecuentes en las mujeres que en los hombres: yo diría también que los impedimentos de las mujeres se curan mejor que los de los hombres."/ "Mais les empeſchemens ſont plus frequés aux femmes que aux hommes: ie diray auſſi que l´empeſchement des femmes eſt plus curable que celuy des hommes." (Bourgeois, 1609/1630, p.2).

En cuanto a las creencias de género relacionadas con la gestación, se transmitió en alguno de los manuales estudiados, la idea general de que el embarazo, parto y puerperio de un hombre repercutirá más positivamente que el de una mujer en la salud de la madre: "Si es un chico ella tiene mejor color, su Pecho derecho se hinchará más, (...) la mujer es más alegre y con mejor salud, (…)"/ "If it be a boy she is better

coloured, her right Breast will swell more, (…) the woman is more cheerful and in better health, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.83). Igualmente el parto de varón es visto desde el manual inglés como más positivo "(…) un Chico es más rápida y fácilmente parido que una Chica; (…)"/ "(…) a Boy is sooner and easier brought forth than a Girle; (…)" (Sharp, 1671/1999, p.130).

De la afirmación anterior se desprende la asunción de la creencia de que la gestación de un feto mujer produce debilidad a la madre, idea que es rebatida por de La Marche, sentando bases más científicas, algo críticas y menos sesgadas por el género al describir los síntomas del embarazo. En cuanto a las afirmaciones de que las mujeres tendrán mejor color, la mama derecha más grande y la parte derecha del vientre más grande con el embarazo de un varón, ella expuso sus dudas de la infalibilidad de la segregación de síntomas por género "(…) pero todos estos signos son ambiguos y pueden confundir."/ "(…); mais tous ces ſignes ſont équivoques, & l´on s`y peut tromper." (de La Marche, 1677/1710b, p.26).

Todos estos síntomas de la gestación reinterpretados desde el género, se utilizaron en ocasiones por las matronas, aunque como vemos ellas mismas empezaron a rebatir estas creencias más tradicionales y se colocaron en posiciones más cercanas a los médicos, cirujanos y sus manuales que las criticaron al intentar predecir el sexo de los fetos agradando el oído de las mujeres diciéndoles lo que ellas querían escuchar "(…) porque si la partera sabe que desean un niño, les asegurará que será un niño (…)"/ "(…) for if the Midwife knows they deſire a Boy, ſhe will aſſure them it will be a Boy (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.38).

Entonces, la ciencia del siglo XVII acordó que las mujeres eran seres imperfectos y se le asociaron características que las describían como entes irracionales. Sobre la ciencia ejerce un peso sustancial esas teorías clásicas humorales en base a las

cuales las mujeres fueron relegadas a la cualidad cálida y húmeda de la materia asociada a valores negativos y los hombres se asociaron a los valores más positivos representados por la parte seca y fría de la materia, indispensable para el pensamiento especulativo (Perry, 1996).

Las mujeres desde la visión de los hombres se convierten en objetos simbólicos y esta mirada tiene un efecto que ha producido en las mujeres un estado permanente de inseguridad corporal o de "alienación simbólica" (Bourdieu, 1995/2012). Por lo tanto la corporalidad femenina, arrastra un planteamiento científico de género en cuanto a que se asignan cualidades culturales a las mujeres en relación a sus úteros. El útero se consideraba en el siglo XVII por la medicina como un órgano irritante que confería irracionalidad y era causa de histeria. Ésta podía ser solucionada con contactos sexuales y suponía un alejamiento de la ideal moderación inherente "científicamente" a la sexualidad femenina (Hobby, 2001).

Médicos y cirujanos del siglo XVII como por ejemplo Jacques Duval, consideraron el útero como una especie de animal capaz de imponer sus deseos: un órgano autónomo con una sensibilidad especial por los olores. Las matronas asumieron como ciertos estos postulados científicos femeninos en cuanto al protagonismo del ser mujer centralizando su esencia en el útero. De hecho la misma Bourgeois desde su manual adopta claramente estas ideas heredadas a su vez de nociones Hipocráticas.

En cuanto a la presencia de las menstruaciones y la construcción de la identidad femenina, desde el manual de Sharp se refleja claramente aquello que Simone de Beauvoir recordaba en cuanto a que las mujeres se han visto limitadas por aspectos reproductivos y cómo en base a esta idea, el mundo anglosajón ha denominado clásicamente a la menstruación "the course"/ "la maldición" (Moncó, 2011) y la liga con obligaciones reproductivas a su especie y no así a los hombres:

> Las maldiciones [menstruaciones] Mensuales de las mujeres que son llamadas Terminos/Periodos; en latín Menstrua: casi Monstrua, porque es una cosa Monstruosa, que ninguna criatura excepto las mujeres tienen (…) y si ellas [las reglas] bajan ordenadamente: son el signo de que estas personas son capaces de tener Niños; preservan la salud si se tienen de forma natural, pero si se paran puede ser peligroso (…)
> The Monthly courses of women are called Termes; in latin Menstrua; quasi Monstrua, for it is a Monstruous thing, that no creature but a women hath them (…) and so would theirs if they came down orderly: they are the a sign that such people are capable of Children; it preserves health to have them naturally, but if they be stop there must be danger (…) (Sharp, 1671/1999, p.215).

Como vemos, la matrona aceptó en su manual la corporalidad femenina con cierto pesimismo acorde a su tiempo, pero matiza crítica y positivamente la presencia de las menstruaciones regulares asociándolas muy certeramente a la salud: las menstruaciones son maldiciones protectoras de la salud de las mujeres.

Sharp en su manual, se basa en Hipócrates para afirmar que el útero es origen de enfermedades en las mamas, la vista y el oído y su desequilibrio es causa de extrañas pasiones, epilepsia, histeria y convulsiones. También produce ictericia, amenorrea, fatiga, palidez y anhelo de comida y sexo:

> A veces, ambas vírgenes y viudas, a partir de tales causas similares [uterinas], tienen problemas con la histeria, de manera que crecerán locas de deseo carnal, y de atraer a los hombres a yacer con ellas; ellas están calientes pero no febriles y se inclinan a la locura.
> Sometimes both maids and widows, from such like causes, are troubled with the rage of the womb (hysteria), that they will grow eve mad with carnal desire, and entice men to lie with them; they are hot, but not feaverish, and they are inclined to madness. (Sharp, 1671/1999, p.240).

De este modo, la idea de que la histeria tiene un origen uterino (Gélis, 2009), cala tan profundamente entre las matronas que entre ellas adquiere una denominación

propia del colectivo de matronas inglesas que se muestra en el manual de Sharp: las parteras denominan a la histeria según nos cuenta Jane Sharp "(…) que las Parteras llaman ataques de la Madre (…)/ "(…) which Midwives call fits of the Mother (…)" (Sharp, 1671/1999, p.52). Como vemos por los resultados obtenidos, coincidimos con Hobby (2001), en que Sharp resume la clásica ironía de los autores de la misoginia que apuntalan las ideas científicas acerca del cuerpo y la reproducción femeninas, aunque matiza la propuesta y afirma que estas alteraciones no deben ser generalizadas a todas las mujeres.

Entonces Sharp, tal y como afirmó Keller (1995), contiene mucha de la normativa de género que dirige la ciencia europea del XVII "(...) que el sexo Femenino está sujeto a un mayor número de enfermedades de cualquier clase que el género Masculino (...)"/ "(…) that the Female sex are subject to more diseases by odds than the Male kind are (...)" (Sharp, 1671/1999, p.190), aunque introduzca ciertos elementos de crítica.

Las matronas a través de los manuales analizados, utilizaron a los clásicos pero los reinterpretaron tal y como indicó McClive (2001), ya que introdujeron algunas reivindicaciones que muestran una resistencia al inmovilismo de las creencias de género establecidas. Coincidimos con Keller (1995) en su afirmación de que el libro de Sharp constituye una sutil crítica feminista al conocimiento médico imperante en el siglo XVII "(…) nosotras las mujeres no tenemos razón para estar enojadas o avergonzadas de lo que la Naturaleza nos ha dado (…)"/ "(…) we women have no more cause to be angry, or be ashamed of what Nature hath given us (…)" (Sharp, 1671/1999, p.32). Tal y como afirmó McClive (2001) , interpretando las palabras de Jane Sharp, la matrona se atreve a refutar la idea Aristotélica de la inferioridad de las mujeres y desestabiliza el mismo modelo Galénico médico que asume utilizándolo como un constructo maleable.

Por lo tanto, en cuanto a la elaboración de la identidad corporal, referida al género, se realiza según se construye la subjetividad desde lo discursivo y lo social (Esteban, 2004). Por otro lado, existe una continuidad difícil de inmutar a lo largo de la historia de la carga conceptual y de representaciones que hace resistente esa idea de que la identidad de las mujeres está íntimamente y en exclusiva unida al cuerpo (Sánchez, 2008). Así lo integraron nuestras matronas y así lo transmitieron a través de sus manuales.

Concluyendo, desde el género se reinterpreta la esterilidad, la gestación, la anatomía y fisiología, la locura, la gestación parto y puerperio, la lactancia y cría del recién nacido a través de nodrizas, desde el manual inglés de Sharp y desde parte de la ciencia médica imperante. Éstas últimas también deben ser elegidas bajo una norma de género:

> (…) ella [la nodriza] debe tener prudencia (…) Pero hay una regla desde el Sexo; Que una Niña debe succionar el pecho de una Nodriza que tuvo una Niña el último hijo que tuvo, y un Niño debe succionar de la que últimamente tuvo un hijo.
>
> (…) she must have prudence (…) But there is one rule from the Sex; That a female Child must suck the breast of a Nurse that had a Girl the last child she had, and a Boy must suck her that lately had a boy. (Sharp, 1671/1999, p.267).

En definitiva las ideas de género impregnan la corporalidad de los seres humanos y conllevan una reasignación de cualidades culturales pretendidamente disfrazadas de un carácter naturalista. Sin embargo es de nuevo el manual de Sharp, que refleja la partería inglesa, el máximo exponente en este sentido. El resto de las matronas no desprenden estas ideas de género tan marcadas y transmitieron idean más neutras en cuanto al papel que el género desempeña en la vivencia del cuerpo de las mujeres y sus procesos reproductivos.

El desempeño del rol de mujer en una sociedad europea del siglo XVII, vino marcado por lo que entendemos era su destino cultural; el de ser madre-esposa y por lo tanto a través del matrimonio las mujeres adquirían entidad social. Son las propias mujeres las que asumen y aceptan esta división sexual del trabajo, al menos en su gran mayoría, y acatan este orden social donde el sexo determina la distribución de tareas a través de órdenes explícitas de sus figuras de autoridad. Ellas mismas organizarán una visión de la división en su experiencia de relación con el mundo que se instalará más allá de su conciencia y ese "principio de la visión dominante" les llevará a encontrar normal el orden social tal y como es: son producto de la "dominación simbólica" (Bourdieu, 1995/2012).

Según Perry (1996), el trabajo curativo presentado en documentos y literatura de los siglos XVI y XVII se presenta como un paradigma del estado de las mujeres en esa época. Los modelos de mujer propagados desde el Renacimiento por sabios varones, coincidían en algunas de sus expectativas hacia las mujeres, y estos prototipos femeninos venían determinados por el estado civil y las obligaciones que de éste se desprendían. Por ejemplo Vives en su libro *Instrucción a la mujer cristiana*, recomendaba a las doncellas educarse para cumplir sus futuras obligaciones como madre-esposa a las casadas su castidad y amor entrañable para conservar al esposo y a las viudas no contraer un segundo matrimonio y honrar la memoria de su esposo (García Pérez, 2013).

En este sentido, nuestras matronas analizadas, aceptaron ese orden social y cultural para las mujeres y así lo expresaron en sus manuales, aunque introdujeron ciertos aspectos críticos al mismo algo velados. En consecuencia, las viudas y solteras del siglo XVII, bajaban necesariamente en el escalafón social (Hufton, 1992) y se

empleó una clasificación de las mujeres en función de su estado civil desde los manuales recogiendo las propuestas culturales de la época:

> El sexo Femenino, entonces, al que hay que mantener donde quiera que sea deficiente, debe considerarse bajo tres aspectos diferentes, es decir, como vírgenes, como esposas, como viudas (...) y muchas de estas enfermedades y destemplanzas son comunes a todo el sexo femenino.
>
> The Female sex then that it may be more nearly provided for wheresoever it is deficient must be considered under three several considerations, that is, as maids (virgins), as wives, as widows (…) and many of this diseases and distempers are common to all Female sex (…) (Sharp, 1671/1999, p.191).

Si bien es cierto que las mujeres construyen su identidad de manera subjetiva influidas por su contexto, y aceptan las conceptualizaciones socio-culturales entorno al género, existe también una tensión constante que desestabiliza al género a través de la negociación y pequeñas resistencias a las normas y a los discursos que definen lo masculino y lo femenino (Sánchez, 2008). En definitiva, y coincidiendo con lo anteriormente expuesto, nos parece reveladora la afirmación de Keller (1995) de que Sharp en cierto modo negocia con los límites de género; por un lado acepta las carencias Galénicas físicas y médicas de las mujeres matizadamente y a la vez reivindica la superioridad de las mismas en la asistencia al parto y no asume que la desventaja física implique inferioridad en la práctica como así quisieron trasmitir algunos manuales de partería escritos por hombres.

Por otro lado, la imagen de la mujer que lee, no es uniformemente aceptada por todos los ámbitos sociales. Las burlas que recibe el estereotipo de las mujeres alfabetizadas es el reflejo de los miedos de las sociedades ante este cambio de gran envergadura cultural. Entre los siglos XV y XVIII algunas mujeres privilegiadas participaron en los nuevos movimientos intelectuales; fueron humanistas, naturalistas y

científicas. Pero algunas de estas mujeres sufrieron conflictos familiares y sociales por su condición cultural.

El género actuará así como forma de exponer las construcciones culturales y sociales y de cuáles son los roles más adecuados para mujeres y hombres (Scott, 1990) y se diseñarán los papeles de éstos que serán interiorizados por los individuos de esa sociedad. Las parteras a través de sus manuales también nos trasmitieron esas creencias del prototipo de mujer establecido en el siglo XVII europeo, al que se le asignaron cualidades culturales como paciente, bondadosa, piadosa, virtuosa y un sin fin de rasgos que las definían en sociedad. En efecto la máxima aspiración cultural de las mujeres era para ellas la familia y en especial los hijos. El propósito de la vida de las mujeres era su maternidad tal y como lo indican nuestros resultados "Concebir un hijo es el mayor deseo si no de todas, de la mayoría de las mujeres (…)"/ "To conceive with child is the earnest desire if not of all yet of most women (…)" (Sharp, 1671/1999, p.75).

Las matronas asumieron el papel asignado para ellas como mujeres, pero por otro lado, con sus vidas, sus profesiones y sus libros trascienden a sus propias ideas de límites de género. Ellas fueron capaces de trabajar fuera de su hogar, generar ingresos y reconocimiento público por su labor profesional. Como afirmó Del Valle et al. (2002), dentro de las estructuras de poder, hay mujeres que rompen los moldes tradicionales y tienen la capacidad de emprender proyectos significativos a nivel personal y profesional actuando como dinamizadoras de un nuevo tipo de mujer. Cultivan autonomía y ostentan situaciones de poder en algunos ámbitos de la esfera pública. Este sería sin duda el caso de las matronas de la muestra analizada; sin embargo desempeñaron bien el papel de mujeres de su época asumiendo sus límites de género culturales con la humildad como bandera y sin querer imponerse a los hombres. Éstos en ocasiones, las ampararon desde los poderes formales, manteniendo así los esquemas jerárquicos tal y

como mostraron nuestros resultados “Por el hecho de que una mujer no escribe Libros, nunca habría tomado el desafío de dar Lecciones al Público, a menos que los Señores Administradores del Hôtel Dieu no me hubieran estimulado.”/ “COMME ce n´eſt pas le fait d´une femme de faire des Livres, je n´aurois jamais pris le deſſein de donner ces Leçons au Public, ſi Meſſieurs les Adminiſtrateurs de l´Hôtel-Dieu, (…) ne m´y euſſent engagée.” (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.).

Las matronas se reconocieron inferiores en los saberes más formales y así lo expresaron. En efecto, Evenden (2000) afirma que gracias al trabajo de los primeros historiadores hombres de la partería, se transmite durante siglos la imagen de la mujer como incapaz de asimilar conocimientos científicos, hecho que cala en las propias matronas aceptando en parte su exclusión de las altas instituciones de aprendizaje. Ejemplificando lo anteriormente expuesto, frente a la difícil pregunta de la alumna Christina a Justina de cómo saber si extraer un feto rápidamente aunque no sobreviva para salvar a la madre en peligro, ésta le responde “Esta pregunta es demasiado elevada para mí y un asunto que debe ser tratado por hombres instruidos.”/ “This question is too lofty for me and a matter for learned men to address.” (Siegemund, 1690/2005, p.122).

En definitiva los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII, asumieron la imagen establecida de la mujer culturalmente y contribuyeron a la consolidación del modelo de mujer predominante muy enérgicamente desde el manual de Sharp, pero bastante asépticamente desde el resto. Los manuales nos muestran de este modo cómo son las mujeres y ellas mismas como mujeres profesionales, pero con sus obras y sus biografías trascienden en general a los estereotipos de género presuntamente asumidos y ofrecen explicaciones más científicas de lo que se podría esperar e incluso desde el manual de Sharp, se lanzan suaves críticas al modelo de mujer creada en la Europa del siglo XVII.

3.1.4 (1.4Ma) Los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII: la estética de los cuidados en las matronas.

Desde la teoría estética integrada en el pensamiento filosófico para el estudio del conocimiento de lo sensible, se apuesta por la individualidad de la sensibilidad humana y a la vez por la universalidad de los sentimientos que conexionan a los seres humanos. Es de la unión de la razón con las emociones, percepciones y reminiscencias, de donde surge una dimensión basta que engloba a ambas y posibilita la comprensión del mundo. En consecuencia, la estética de los cuidados se ocuparía de aquella parte de conocimiento sensible que rodea a la práctica de los cuidados. Según los planteamientos de Siles González (2014), los cuidados comparten un significado que implica la dimensión afectiva ya que son al fin y al cabo interacciones sociales las que se producen al cuidar, provocando inevitablemente un cruce de sentimientos que son materia prima de la dimensión afectiva. Luego por extensión, las matronas al realizar unos cuidados a las mujeres experimentarán una serie de sentimientos individuales que se universalizarán en lo esencial, al evocar la idea racional del "cuidado a las mujeres y sus hijos". De este modo las ideas estéticas están entre lo instintivo y lo conceptual y si bien no producen conocimiento, sí lo regulan y moldean.

Por consiguiente, los conceptos que integran la salud sexual y reproductiva de las mujeres están regulados por sus formas estéticas: la universalidad de los sentimientos cuando se evoca un parto como el dolor y la alegría por el nacimiento de los hijos, pesan sobre los cuidados ejercidos durante los mismos y los impregnan de sabor modulando la interacción entre paciente y matrona. De la toma de conciencia de esta interacción, nace una matronería humanizada que integraría aquellos aspectos científicos tan anhelados, sin desdeñar el componente sentimental desterrado tan

radicalmente por la asunción en el mundo de la Enfermería del paradigma racional tecnológico predominante en el modelo biomédico actual (Siles González, 2010).

Desde esta perspectiva estética, los sentimientos implicados en los cuidados de las mujeres son sin duda una baza más para analizar la construcción de la profesión matrona. Contemplar los sentimientos de matronas y mujeres atendidas por las mismas en situaciones de dolor, alegría, dramatismo por la muerte, vergüenza, humillación, orgullo, tristeza y otras muchas, nos reforzará ese poder de la partería como testigo en situaciones cruciales para reinterpretar los conocimientos de la vida desde todas las épocas. Sin duda en los procesos de socialización, las emociones juegan como factor fundamental en el desarrollo de la misma a nivel individual y a nivel profesional (Del Valle et al., 2002).

Aquellos manuales escritos por matronas del siglo XVII que representan fuentes etnográficas de carácter más narrativo, aportaron una visión más personal de la práctica de la partería y profundizaron en las formas de pensamiento que desembocarán en los comportamientos con las mujeres y sus hijos (Siles González, 2010). La obra más narrativa es el manual de Siegemund, que a través de su relato en primera persona, nos habló de sus propios sentimientos, su carácter decidido, la pena por su propia esterilidad y el sufrimiento que le supuso ser atendida por “matronas ignorantes” que le hicieron creer que estaba embarazada y más tarde en trabajo de parto, cuando nunca pudo tener hijos “Yo iba a ser torturada (…) y mi alma habría salido de mí antes de que hubiera parido al niño.”/ “I was to be tortured (…) and my soul would have been driven from me before I had brought forth a child.” (Siegemund, 1690/2005, p.47-48). En efecto, Siegemund expresa su miedo a la muerte como paciente atendida por esas “matronas ignorantes” que le hicieron creer que estaba de parto cuando su problema era de otra índole. Ese miedo y ese rechazo, son punto de partida de su interés por la obstetricia y

argumento de peso para reivindicar la formación de las matronas. De este modo, Justina nos da una importante información estética a través de su manual desde una doble vertiente: como paciente primero y como matrona finalmente.

En este sentido los tres manuales, el de Siegemund, Sharp y Bourgeois enfatizan la idea de rechazo de las matronas formadas y licenciadas ante el resto que ellas denominaron “ignorantes”. Éstas desprestigian a la generalidad de las parteras y a su proyecto profesionalizador. Los tres manuales trasmitieron la pena y el miedo que ellas mismas sintieron a que las mujeres estuvieran en manos de estas matronas no cualificadas y las penurias que por su ignorancia les harían sufrir “A menudo me he sentido triste al Considerar las muchas Miserias que las Mujeres sufren en Manos de Matronas incapaces; (…)”/ “I have often sate down sad in the Consideration on the many Miseries Women endure in the Hands of unskilful Midwives; (…)” (Sharp, 1671/1999, p.n.p.).

Tres de los cuatro manuales de matronas analizados tienen algo en común; un punto de partida en cuanto al sentimiento de rechazo a las matronas no formadas y licenciadas y de ese rechazo surge un nuevo anhelo por superar estos estigmas profesionales.

En lo que toca a los sentimientos propios expresados por estas matronas en el desempeño de su labor profesional a través de sus manuales, como la humillación y la necesidad de defenderse ante acusaciones profesionales, hizo que en su manual desde la página 167 a la 194, Siegemund expusiera los testimonios que solicitó se le tomaran en las Cortes a algunas de las mujeres asistidas por ella, para que corroboraran su buena praxis e incluyó el testimonio de profesores de la Universidad de Brandenburgo, Leipzig y Jena que apuntalaron su buena reputación. Expresó de este modo su rabia y

reveló su valentía ante el ataque público a su profesionalidad. Ante esta petición de la matrona, los funcionarios de la Corte de Liegnitz afirmaron:

> (…) la honorable y virtuosa Señora Justina Siegemund llamada Dittrich, la famosa y experimentada matrona (…) ella fue acusada de algunas irregularidades, (…) en parte debido a querer presuntamente acelerar el nacimiento (…), lo cual ella siempre ha ejecutado con éxito.
>
> (…) the honorable and virtuous Frau Justina Siegemund nèe Dittrich, the famous and experienced midwife (…) she had been accused of some improprieties, (…) in part on account of allegedly hastening birth (…), which she has always executed successfully. (Siegemund, 1690/2005, p.167).

Estos fragmentos revelan las envidias y estrategias entre profesionales para dominar la asistencia a los partos y la lucha activa que comportaba el ejercicio de la profesión; no fue una época fácil para las matronas que continuamente serían cuestionadas y denunciadas por médicos y cirujanos entre los cuales aparecerían sentimientos encontrados.

A pesar de lo anterior, la práctica de la partería generó unos sentimientos en las matronas de orgullo profesional de carácter individual que aspiraron a consolidar como sentimiento colectivo profesional que cohesionara a las matronas y les otorgara identidad como grupo "El Arte de la Partería es sin duda una de las más útiles y necesarias de todas las Artes, para el bienestar de la Humanidad (…)"/ "The Art of Midwifry (Midwifery) is doubtless one of the most useful and necessary of all Arts, for the being and well-being of Mankind (…)" (Sharp, 1671/1999, p.II).

Por lo tanto coincidimos plenamente con la afirmación de Bosanquet (2009a) de que Jane Sharp fue toda una inspiración en sus aspiraciones para el reconocimiento social de la profesión matrona, ya que según Harley (1993), la elaboración de una identidad profesional colectiva fue una tarea lenta ya que muchas de las matronas que

ejercieron este arte, no lo percibieron como su principal factor social identitario, puesto que la partería podía ser considerada hasta entonces como una habilidad más que como un negocio en el que muy pocas profesionales regulares obtuvieron derivado de su ejercicio ni ingresos ni estatus.

En efecto, en la práctica de sus profesiones las matronas sienten y hacen sentir a las mujeres muy intensamente. Se establece una conexión matrona-mujer íntima que necesariamente implica confianza en la partera que asiste a las mujeres y en ocasiones había ya asistido a sus madres y a las mujeres de su familia. De esta relación de confianza, las matronas nunca deben abusar ni crearle a las mujeres falsas expectativas. En este sentido, Siegemund se mostró a través de su manual como una profesional reputada pero que estableció límites con las mujeres para aclarar que nunca especularía con su fama de matrona experta y habilidosa reforzando su integridad profesional. Las mujeres según Siegemund, no deben pensar que tendrán un parto sin dolor porque las asista una matrona reputada como ella. Reivindica en definitiva la confianza informada y realista en la relación asistencial:

> Si pones tu confianza en mí, entonces mi conciencia me manda servirte. Pero no debes tener una opinión falsa de mí, y no debes pensar que vas a tener un parto más fácil y más feliz que los que has tenido y que el que Dios deseó que tengas.
>
> If you place your confidence in me, then my conscience commands me to serve you. But you must not have a false opinion of me and must not think you will have an easier and happier delivery than you have had and than God wished you to have. (Siegemund, 1690/2005, p.75-76).

Igualmente para Bourgeois, será la confianza el elemento básico sobre el que establecer una relación asistencial comercial-profesional (Perkins, 1996) y de hecho las matronas llevaron a cabo un trabajo para sus clientas en general bastante satisfactorio, lo que se demuestra con la renovación de la confianza a la misma matrona durante muchos

años y en el mismo circulo social como patrón de asistencia en las ciudades europeas del siglo XVII (Evenden, 2000).

En esta relación asistencial entre mujeres y matronas, éstas últimas podrían proporcionar con sus conocimientos bienestar y salud a las mujeres tal y como indicó Siegemund a su alumna Christina en su manual. Las mujeres esperan de las matronas trato afectuoso, delicadeza y saberes teóricos y prácticos "(…) y serás capaz de proporcionar comodidad de una hora a la siguiente diciéndole a la mujer en trabajo de parto cuánto ha cambiado el cuello de la matriz."/ "(…) and you will be able to provide comfort from one hour to the next by telling the woman in labor how much the mouth has changed." (Siegemund, 1690/2005, p.66). Es decir, se reivindica el saber teórico-práctico de las matronas para promover el bienestar de las mujeres mediante la excelencia de la asistencia profesional.

En este sentido, Bourgeois a través de su texto también enfatizó la relación asistencial que se establecía entre matrona y cliente y los sentimientos que entre ellas surgirían. Así la matrona debe confiar en el buen hacer de las mujeres y "dirigirlas" hacia estados de escasa agitación y miedo, ya que ambos pueden resultar peligrosos. En definitiva, Louise como matrona tomó plena conciencia de la importancia del estado óptimo de la mujer físico y psicológico y promovió la obligación de las parteras de proporcionar en el parto soporte físico y moral ante el sufrimiento extremo que se reconoce experimentan las mujeres; aconsejó un trato suave y gentil para la obtención de mejores resultados asistenciales (Perkins, 1996).

De la relación asistencial surgieron otros sentimientos expresados abiertamente en su manual, como la pena que siente Bourgeois por las mujeres a las que no puede asistir y mueren, así como por aquellas que por su pobreza, no pueden guardar el reposo puerperal deseado y trabajan al día siguiente de sus partos repercutiendo negativamente

en su salud: es la compasión el sentimiento dominante en este caso “(…) tengo horror de esas pobres mujeres (…) que no tienen los medios de poder guardar reposo (…)”/ “(…) i´ay horreur des pauures femmes (…) le*f*quelles n´ont le moyen de garder le repos (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.119).

El ejercicio de la profesión matrona se ve modulado por otros sentimientos promovidos desde los manuales como la delicadeza y la ternura. Ambos se reivindicaron desde el manual de Sharp en el cuidado del recién nacido, y en este sentido se recomendaron cuidados como moverle la cuna y cantarle para dormirlo, cogerlo en brazos y acunarle al menos hasta los cuatro meses “Mirad que el niño no tenga miedo, porque pronto será miedoso si lo dejas dormir solo (…) cógelo a menudo en brazos y báilalo (…)»/ “Take heed the child be not freighted, for it will soon be fearful if you let it sleep alone (…) carry it often in the arms, and dance it (…)” (Sharp, 1671/1999, p.273).

Del mismo modo, Sharp promovió desde su manual su sentimiento personal, que desea se convierta en general dentro del colectivo de matronas, de rechazo a aquellos aspectos que pudieran relacionar la practica de la partería con el aborto voluntario, el infanticidio y la asistencia a mujeres de vida impura actuando así los manuales como reguladores de culturales de las vidas de las mujeres y las comunidades.

Por lo tanto, los sentimientos transmitidos en los manuales conforman una idea de la profesión matrona ligada a aspectos como la ternura, la compasión, la pena, la confianza y el deseo de las matronas de proporcionar bienestar a las mujeres a través de su trabajo proponiendo ideas en torno a una partería humanizada que contemple a las mujeres y a su salud sexual y reproductiva desde una mirada holística.

3.1.5 (1.5Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: identidad profesional, valores y cualidades de la buena matrona.

De entre las múltiples definiciones de la Real Academia de la Lengua Española de la palabra valor, hemos seleccionado aquella que se acerca más a nuestros objetivos de definición profesional: valor es aquella cualidad que presentan determinadas realidades consideradas como bienes estimables, se polarizan negativa y positivamente y se jerarquizan. Los valores representan el concepto de aquello deseable o no para un individuo, grupo, organización o sociedad concreta. El sistema de valores individual permite así mismo, categorizar la realidad y estructurar los comportamientos y la toma de decisiones y se consideran como guía de respuesta a necesidades universales. Por otro lado, los valores profesionales o laborales se definen como representaciones cognitivas de necesidades universales expresadas por medio de metas transituacionales, organizadas en forma jerárquica y que se manifiestan en el entorno laboral. Además se consideran como elemento cultural y social ya que dirigen actitudes hacia el logro de metas comunes (Aguilar Luzón, Calvo Salguero, & García Hita, 2007). Así, el núcleo de todas las profesiones se deriva de su sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios a la comunidad y del área de responsabilidad para el desarrollo específico de la disciplina (Durán de Villalobos, 2002).

Los valores que cohesionan a las matronas como profesionales hoy, van dirigidos hacia la salud y bienestar de las mujeres y sus familias bajo preceptos éticos de beneficencia y no maleficencia, y se caracterizan por ser múltiples y cambiantes para armonizar con la dinamia de las necesidades de las mujeres. Se dibujan así modelos profesionales en salud abiertos, que sean capaces de permanecer cerca de la sociedad

asumiendo roles que se adapten a los constantes cambios sociales emergentes (Jovell, 2005).

El sistema de valores y creencias que una determinada profesión construye, cohesiona a sus miembros alrededor de un sentimiento de pertenencia grupal y les confiere la denominada identidad profesional (Rodríguez Avila, 2008). Es obvia, la relación de negocio entre el desarrollo del yo personal y el desarrollo del yo profesional (Maya & Cecilia, 2003).

Desde las civilizaciones clásicas empiezan a aparecer obras escritas por hombres sabios que diseñaron el prototipo de matrona y sus teóricos valores como colectivo. Según la gran mayoría de los autores/as consultados, desde la civilización romana las cualidades de la buena matrona de Sorano que aparecen en su obra *De morbis mullierium*, incluyeron el saber leer y escribir, buena memoria, ser trabajadora, de constitución fuerte y honorable. Con capacidad de compasión, sin problemas de audición o de vista, con dedos largos y uñas cortas. Las matronas debían conocer la anatomía descrita en su libro, posiciones fetales, maniobras de extracción y versiones de partos distócicos así como manejar los cuidados del recién nacido (Conde Fernández, 2011; Doležal et al., 2007). La matrona perfecta según Moschion sería en Roma como un hombre y además poseería estudios, inteligencia, memoria y sería precisa, estudiosa, activa y fuerte. No debía mostrar debilidad ni enfermedad, ni enfadarse, y sería compasiva, casta, sobria, sana, penetrante, tranquila, conservadora y generosa (Witkowski, 1887). Como vemos, desde las primeras civilizaciones las matronas se construyen ligadas a algunas cualidades íntimamente unidas a las características que definían a las mujeres culturalmente.

Del mismo modo, a través de escritos de la época medieval imaginamos a una matrona tal y como nos la muestra Alfonso X El Sabio en sus Cantigas y en las siete

Partidas en el siglo XIII. En la II Partida, se exponen las cualidades que adornarán a la buena matrona y en la IV Partida, se les denomina mujeres sabidoras (Conde Fernández, 2011; Valle Racero, 2002).

Ya en los siglos XVI-XVII las matronas pensadas por obispos y médicos debían ser mujeres, sanas, amables, silenciosas, que no bebiesen y si es posible supieran escribir. En muchas ocasiones eran viudas, debían ser buenas cristianas y guardar el honor de Dios, conocer la anatomía femenina, ejercer su vocación entre ricos y pobres, ser sabias, virtuosas, no practicar abortos, vivir como mujeres de bien y no atender a mujeres corrompidas. En esta línea, siguiendo con la descripción de la imagen de las matronas, gracias al estudio del documento de una visita pastoral en Sevilla en 1694, obtenemos como ejemplo el perfil de una matrona del siglo XVII española llamada Josefa de Castillejo y examinada por el corregidor, que certifica sabe cómo administrar el bautismo de emergencia, es de buenas costumbres, tiene 67 años y 32 años de experiencia en su ejercicio profesional (García Martínez, 2012).

Los manuales surgidos en Europa como el primero escrito por el médico Eucharius Roesslin publicado en 1513 llamado *Der Swangern Frauen und Hebamen Rossgarten*, también imponen un modelo de matrona. En el prefacio de la obra, reprende a las parteras por su superstición e ignorancia, les alienta a formarse y define las cualidades de las matronas que de nuevo están asociadas al género como la dulzura, la paciencia y la tolerancia (Conde Fernández, 2011). Igualmente, en 1541 el libro publicado por Damiá Carbó i Malferit, con el título de *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*, presenta las cualidades de la matrona ideal que sería ingeniosa, honrada, de buena conducta y buena cristiana, no fantasiosa, ni riñosa y sí reservada (Gallego Caminero et al., 2005).

En definitiva otros pensaron desde siempre a las matronas pero ¿qué quieren las matronas? ¿qué cualidades poseería para ellas una buena matrona según los manuales investigados del siglo XVII? Siendo los valores los que dirigen y unen a una profesión y le otorgan estatus y pertinencia ¿cuáles son esos valores propuestos por las matronas como fundamentales a través de sus manuales del siglo XVII y que les cohesionarían como colectivo profesional?

Las matronas como uno de los primeros colectivos profesionales femeninos, si bien ha disfrutado de periodos de cierta autonomía, a través de la historia y por medio del vehículo de los manuales escritos fundamentalmente por médicos, se convierte en una profesión sometida al control y jerarquía ligada al género (Nash, 1993). Según Linares, Álvarez y Moral (2008), el discurso médico conlleva mensajes de adoctrinamiento y jerarquización a favor del mantenimiento del estatus médico argumentando una preocupación por la formación académica de las matronas que degenera en una formación científico-moral y religiosa en el siglo XX, por su fuerte contacto e influencia con las mujeres y por extensión con las sociedades. De este modo, hasta bien entrado el siglo XX, las matronas han conservado dentro de su imaginario atributos higiénico-morales, vidas rectas, buena presencia, cualidades religiosas y amor al prójimo como requisitos profesionales ideales.

A través de los manuales escritos por parteras en el siglo XVII, veremos en primer lugar qué valores fueron reconocidos como propios por las matronas ligados a la cultura en exclusiva y para finalizar analizaremos cuáles de los valores transmitidos en los libros de éstas resisten el paso de los siglos y viven hoy en la profesión matrona. Encontramos que los textos escritos por matronas, tienen un inmenso valor para mostrarnos la manera en que ellas mismas intentaron convertir el oficio en profesión, en base a la experiencia que nadie más tenía y en la que ostentaron el monopolio hasta bien

entrado el siglo XVII (Rodríguez Avila, 2008). También contribuyeron los manuales a la socialización profesional de las matronas mostrando específicamente cuáles eran esos valores, normas, habilidades, actitudes y conocimientos que según su punto de vista, definirían a las matronas como colectivo y las diferenciaría del resto de profesionales otorgándoles una identidad propia (Shinyashiki et al., 2006).

Para comenzar, la cultura definió a las mujeres de los siglos XVI-XVII europeos como seres de segunda clase con destinos de matrimonio, maternidad y cuidados domésticos. Los modelos femeninos imperantes en la Temprana Edad Moderna, conllevaron una serie de obligaciones como la castidad entendida a través de la conservación de la virginidad, la fidelidad, la modestia, la humildad y el temor a Dios (García Pérez, 2013; Gélis, 1991). Estas cualidades se extendieron a las profesiones femeninas y en concreto a las matronas tal y como se revela tras la lectura de los manuales estudiados.

Uno de los valores que las cuatro matronas presentan en común y destacan sobre el resto, es del respeto a Dios y adhesión a la religión predominante en sus países. Por consiguiente, coincidimos con Harley (1993) en que una de las características principales de la matrona ideal del siglo XVII es la conformidad religiosa. Así, la buena matrona debe ser temerosa de Dios “En nuestra profesión, nuestro lema debe ser: Temed a Dios, haced el bien, y no temáis a nadie.”/ “In our profession our motto must be, Fear God, do right, and fear no one.” (Siegemund, 1690/2005, p.75).

Nuestros resultados vienen a coincidir con las afirmaciones de Gélis (2009) de que el ejercicio de la partería en la Temprana Edad Moderna estaría fundado éticamente en el respeto a la vida y la religión. No sólo serían estas características de la buena matrona, sino también del buen cirujano, del buen médico y del buen ciudadano. Mauriceau insistió en la necesidad de que la matrona y el cirujano además de buenos

cristianos tuvieran una conciencia recta "(…) ni Cirujano ni Matrona de Conciencia recta lo utilizarán nunca (…)"/ "(…) neither Chirurgeon nor Midwife of an upright Conſcience will ever uſe (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.97).

Además del temor a Dios ligado a un sentimiento religioso, aparecen otras características de orden moral vinculadas a las matronas. La misma Biblia nos concreta cuáles son los elementos que definen un oficio formal como el de las parteras. Ligado a este diseño de la profesión, aparecen en los manuales valores como la fidelidad al cometido profesional encomendado por Dios (Sharp, 1671/1999, p.II) en comunión con la humildad "Tan pronto como nos adulamos creyendo que somos algo especial con nuestros conocimientos, malgastamos la bendición de Dios y nos convertimos en ciegas y tontas (…)"/ "As soon as we flatter ourselves that we are something special with our knowledge, we squander God´s blessing and become blind and foolish." (Siegemund, 1690/2005, p.75).

La desconfianza en la figura pública de las matronas viene de lejos: ya en la obra de Platón *el Teeto*, se reafirma la existencia pública de las matronas acusándolas de casamenteras, corruptas y deshonestas (Witkowski, 1887). En este sentido, la buena matrona del siglo XVII aspira a desprenderse de estos estereotipos y ante todo debía ser virtuosa. De La Marche nos especificó por qué debía ser virtuosa y qué debía considerar y ostentar "(…) la caridad por el prójimo y rectitud de corazón (…)"/ "(…) la charité pour le prochain, & une droiture de coeur, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.A-2).

Coinciden nuestros resultados con las normas propuestas por los Estatutos de París (1560), que dictan las normas éticas de las matronas francesas. Por ejemplo, en la cláusula número nueve se les llamaba a ser honestas y virtuosas y a no utilizar palabras ni gestos disolutos (Perkins, 1996).

En definitiva las cuatro matronas a través de sus manuales coincidieron en que estos valores relacionados con su condición cultural de mujeres, aportaban mucho a la partería y eran indispensables por ejemplo la paciencia, la prudencia y el trato cuidadoso a la madre y al recién nacido. Estas cualidades coinciden con las afirmaciones de Dunn (2004b) realizadas por Bourgeois, en las que además recomendó calma y eficiencia para organizar y dirigir un nacimiento. En efecto, el buen carácter, la discreción y la modestia fueron indispensables para el buen ejercicio de la partería en el siglo XVII (Evenden, 2000; Harley, 1993). En este sentido las propias parteras aconsejaron en los manuales estudiados que a la hora de escoger una matrona "(…) hace falta que ellas [las mujeres] estén bien seguras de la discreción y experiencia de quien las explora."/ "(…) il faut qu´elles ſoient bien aſſeurées de la diſcretió & experience de celle qui touche." (Bourgeois, 1609/1630, p.22).

A través de los manuales se transmitieron valores profesionales en absoluta actualidad tal y como se define hoy la profesión matrona a través del modelo de competencias. Los modelos de competencias redefinen a las profesiones y orientan a los profesionales hacia la excelencia en un contexto de continuo cambio social. Desde este modelo instaurado en EE.UU. a finales de los 50, aparece el concepto de competencia profesional que engloba a aquel individuo en posesión de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión (Bunk, 1994). En este sentido Bourgeois muy premonitoriamente ya habla de este tipo de matrona, denominándola "(…) matrona capaz (…)"/ "(…) ſage-femme capable (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.3).

Acorde con estos planteamientos, las matronas a través de sus manuales valoraron como positiva esa idea de capacitación que las alejaba del prototipo de ignorantes y abogaron por una normativización promoviendo el concepto de matronas cualificadas. Esta reivindicación implica el reconocimiento de que no todas las matronas

lo eran "(…) yo no dudo de que no haya muy hábiles matronas (…)"/ "(…) ie ne doute point qu´il ne ſoit de tres habiles ſages- femmes (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.33). En efecto, Bourgeois reconoce la existencia de matronas cualificadas y no cualificadas y reclama que no todas las matronas son ignorantes y por lo tanto las mujeres deben saber distinguirlas "(…) ella [la mujer] debe ser capaz de elegir una buena matrona que así lo hará lo mejor posible (…)"/ "(…) eſté capable de choiſir vne bonne ſage-femme que l´on l´eſt auſſi peu de la faire meilleure (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.106).

En definitiva, Bourgeois fue una auténtica pionera en la conceptualización de la matrona competente y nuestros resultados vienen a reforzar lo expuesto por Sheridan (2001) en cuanto a que la misma Bourgeois en sus relatos se mostró a sí misma como una profesional firme y racional: cualidades asignadas generalmente a los hombres. Louise muestra a través de sus obras la profunda creencia en la dignidad de su trabajo, plenamente consciente de sus posibilidades y de su vocación. De la lectura de sus trabajos se vislumbran sus maneras de ser matrona procediendo con precaución, paciencia, sentido común y dedicando gran parte de su vida a través de una implicación a la profesión que le llevó a no abandonar a ninguna clienta en situación crítica actuando con calma, seguridad y tranquilidad, trabajando sin dar por perdido ningún caso (Gélis, 2009; Perkins, 1996).

En este sentido, las matronas hoy desde el modelo de competencias deben saber movilizar conocimientos y cualidades para solventar los problemas relacionados con la profesión; lo que se denomina modelo del saber y sabor profesional, cuyos elementos incluyen el saber, saber hacer, saber estar y saber ser (Echeverría, 2007). En la línea de estos conceptos, las matronas en sus manuales del siglo XVII ya reivindicaron valores y cualidades puramente profesionalizadoras que sobreviven hasta el día de hoy como es la necesidad de formación y estudio de la teoría que envuelve al parto y la anatomía.

Reivindicaron así el saber "En cuanto a su conocimiento [el de la matrona] debe ser doble, Especulativo [teórico] y Práctico, (…)"/ "As for their knowledge it must be twofold, Speculative, and Practical, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.II). Obviamente, hoy seguimos reconociendo como imprescindibles en una buena matrona el conocimiento teórico además del desempeño eficaz de las competencias profesionales (Borrelli, 2014).

Todas ellas enfatizaron la importancia de la experiencia y alardearon de la suya que era amplia y reconocida en los cuatro manuales. Esta experiencia diferenciaba sus manuales del resto de obras médicas escritas hasta entonces exceptuando la de Mauriceau. Como ejemplo, Sharp hablando de algunos remedios propuestos para determinadas enfermedades, afirmó que lo hacía en base a reputados autores y a su propia experiencia "(…) o lo que yo misma he demostrado mediante una larga experiencia."/ "(…) or what I my self have proved by long experience." (Sharp, 1671/1999, p.191). En efecto promulgaron el saber hacer.

Por otro lado, expresaron sus ideales de cómo debía comportarse esta buena matrona: hablaron del saber ser "Pero es mejor ser buena y cautelosa que ser demasiado confiada."/ "But it is better to be good and cautious than to be overconfident." (Siegemund, 1690/2005, p.83-84). Y además reivindicaron el saber ser en la toma de decisiones; saber ser sensatas "La bendición de Dios y el sentido común deben hacer todo lo posible."/ "God`s blessing and good sense must do their best." (Siegemund, 1690/2005, p.115).

Como vemos, estos valores promovidos por matronas en sus manuales del siglo XVII, sobreviven hasta hoy puesto que catalogan como positivos el desarrollo de las cualidades personales y la capacidad de comunicación (Borrelli, 2014). Ayer y hoy la responsabilidad es básica en la práctica de la matrona "Si durante el nacimiento se tiene

cuidado con la mujer (…) se puede evitar este peligro y grave responsabilidad, y permanecer con la conciencia tranquila."/ "If during the birth you are careful of the woman (…) you can avoid this danger and grave liability with a good conscience." (Siegemund, 1690/2005, p.68).

Por esta razón, el principio bioético de la justicia es reconocido por las matronas en sus manuales del siglo XVII en cuanto a su deber de asistencia a ricos y a pobres "Referiré con más detalle cómo con la ayuda de Dios pude manejar partos difíciles, a instancias de los pobres."/ "I will recount further how with God´s help I managed difficult births at the behest of poor people." (Siegemund, 1690/2005, p.102).

Efectivamente, en la organización estatal y municipal de la partería que promueve Alemania, se requerirán los servicios de matronas para la asistencia de las mujeres más pobres (Flügge, 1998; Wiesner, 1993). Además según recogerían de nuevo los Estatus de París en su cláusula décima, las matronas estuvieron llamadas a realizar una atención igualitaria a ricas y pobres (Perkins, 1996).

Del mismo modo, los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia se defendieron y promovieron desde los manuales de las parteras analizados "(…) ella nunca se dejará corromper (…), No se dejará comprometer bajo ningún pretexto o interés a dar remedios perjudiciales (…)"/ "(…) elle ne ſe laiſſe jamais corrompre, (…) En ſe laiſſant engager pour quelque prétexte, ou intereſt, à donner des remedes nuiſibles (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.2).

Igualmente, las matronas a través de sus manuales del siglo XVII, establecieron las bases del actual secreto profesional promoviendo la importancia de preservar la dignidad y la intimidad de la mujer además de la confidencialidad de la información, haciéndose merecedoras de la confianza de las mujeres "(…) que ella [la matrona]

guarde inviolablemente los secretos que le son confiados."/ "(…) qu´elle garde inviolablement les ſecrets qui luy ſont confiez." (de La Marche, 1677/1710b, p.2).

Las matronas debían, además de asegurar la confidencialidad, guardar que cualquier niño nacido muerto fuera enterrado en lugar seguro y de manera respetuosa (Evenden, 2000).

Finalmente, las parteras coincidieron con el actual perfil de la matrona en la importancia otorgada a conocer y trabajar de acuerdo a la normativa legal vigente, no incurriendo en delitos. En este sentido, uno de los roles más conocidos de las matronas desde el siglo XVI fue el legal en lo que tocó a cuestiones de legitimidad, certificación de virginidades y testimonios en infanticidios. Como ejemplo de la regulación de estas funciones, aparecen en Alemania las ordenanzas de Hemmingen (1578), en las que se insta a las matronas a que sean más agresivas en la prevención del aborto y del infanticidio, ya que en toda Europa se les acusó en ocasiones de provocar abortos por medios naturales o brujería (Donnison, 1988; Forbes, 1962; Wiesner, 1993). Según los manuales estudiados la matrona no debe "(…) provocar el aborto, ni cambiar niños ni sustraerlos."/ "(…) procurer l´avortement, à ſuppoſer des enfans, & à en ſouſtraire." (de La Marche, 1677/1710b, p.2). En efecto los manuales recogen de nuevo las normas impuestas por los Estatutos de París que en su cláusula número doce, prohíbe explícitamente la participación de la matrona en abortos (Perkins, 1996). Estas normas sociales de restricción y vigilancia del infanticidio y el aborto, responden a una presión que la mujer embarazada fuera de la norma social sufre, así como sus hijos ilegítimos: muchas son rechazadas por sus familias y se encuentran en situaciones extremas (Laget, 1977).

Estas competencias que otorgaron poder público sobre la sociedad a la matrona, incluirían su declaración en la asistencia a fetos muertos anteparto para exculpar a las

madres de falsas acusaciones de infanticidios, sustituciones, ventas o robos de recién nacidos por madres estériles para liberarse del estigma no reproductivo o la necesidad de herederos varones en familias importantes (Donnison, 1988). Para ello la matrona debía ostentar una ética intachable y un respeto a la dignidad de la profesión.

Por lo tanto podemos afirmar, en consonancia con lo expuesto por Borrelli (2014) y Bosanquet (2009a), que las matronas a través de sus manuales del siglo XVII, se mostraron muy exigentes en los valores morales, éticos y profesionales esperados de las matronas estableciendo estándares de calidad muy elevados e insertados en la cultura predominante.

3.1.6 (1.6.Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en salud sexual y ginecológica de las mujeres.

El contexto europeo en sexualidad de la Europa de la Temprana Edad Moderna, nos sitúa ante una visión de la misma desde un punto de vista meramente reproductivo. La sexualidad no procreativa se desdeña y la religión impregna el análisis y la conceptualización de la misma.

Para hablar de sexualidad como de una experiencia históricamente singular, se deben tener en cuenta los tres ejes que la constituyen: la formación de saberes sobre sexualidad, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas en las que los individuos se reconocen como sujetos de esa sexualidad (Foucault, 1976/2002). En el siglo XVII, pese al control férreo moral en sexualidad por parte de las iglesias, si se compara con la represión ejercida a partir del siglo XIX desde la época victoriana, es una sexualidad en cierto sentido laxa. Todavía a comienzos del siglo XVII, las prácticas sexuales comportaban cierta franqueza y no necesitaban del secreto tan desesperadamente (Foucault, 1976/2002), sin embargo según Foucault (1977), es el

comienzo de una época de represión de las sociedades denominadas burguesas. En aras de la modernidad, se establecen una serie de prohibiciones y censuras con objeto de controlar a las gentes. Tras el Concilio de Trento en el siglo XVI, se empieza a abandonar la minuciosidad de los interrogatorios en el sacramento de la confesión en cuestiones sexuales: ya no es necesario hablar en demasía del sexo como en la Edad Media y van muriendo los discursos en torno al mismo. En efecto todos los pecados sexuales llevan impuesta una penitencia por parte de la Iglesia y el juego de la confesión es un sistema de control con objeto de dominio, desapego sexual y retorno espiritual a Dios. Este control clerical, va dejando paso a un control estatal sexual. El sexo comienza a ser un asunto público que se debe administrar y gestionar ya que se relaciona con el movimiento natural de las poblaciones (Foucault, 1977). Así, tal y como afirmó Malinowski, la sexualidad es una fuerza social configurada por la cultura pero que al tiempo impregna todos y cada uno de los aspectos de la vida cultural, que a su vez se configura en base a las bionecesidades del ser humano (Moncó, 2011).

De este modo, la sexualidad siempre ha sido objeto de deseo por parte de los poderes sociales, y en nuestro contexto europeo del siglo XVII, encontramos una mezcla de control religioso y estatal que las matronas reflejaron en sus manuales.

En la Inglaterra de Sharp, el control religioso pesa sobre su obra de nuevo en temas sexuales y sin embargo es la que establece un discurso sexual más amplio: moralizador pero muy extenso y en ciertos rasgos, mucho más optimista y amable en lo que respecta a la caracterización del cuerpo reproductivo de las mujeres en el siglo XVII (Hobby, 2001). El resto de manuales obvian los temas en sexualidad explícitamente y únicamente muestran referencias veladas y puntuales.

Como decíamos, el manual de Sharp es un amplio muestrario de las ideas anglicanas sobre el control de la sexualidad. Para empezar, Sharp a los órganos sexuales

los denomina “partes privativas” y “secretos” indistintamente, revelando la consideración tabú del tema sexual. Coincidimos así con las afirmaciones de Brockbank (1958) de que Sharp resulta desde hoy muy original en sus denominaciones en los órganos reproductores masculinos y femeninos, sin embargo estuvo en completa armonía con su tiempo.

Por otro lado, la ciencia médica en general y el libro de Sharp en particular, asociaron la vida al poder de los espíritus y se generó un conocimiento mezcla de anatomofisiología y superstición. Hablando del pene afirmó “(…) y la sangre negra que se encuentra en ellos [en el pene] está llena de espíritus.”/ “(…) and the black blood that is contained in them is full of spirits.” (Sharp, 1671/1999, p.26).

La idea de que las mujeres virtuosas muestren una actitud indiferente hacia la sexualidad, la controlen y moderen, impregnan de discreción los relatos de las mujeres sobre sus experiencias (Esteban, 2004). Desde esta perspectiva algo mística, se lanzaron desde los manuales escritos por matronas en el siglo XVII, ideas restrictivas en sexualidad adornadas con pensamientos como el de que para conservar su honor, una recién casada debía preservarse de que la tocara ningún hombre durante la menstruación: se prohíben las relaciones sexuales en aras de un sexo reproductivo y si se concebía en el momento de la menstruación caería sobre el fruto un castigo divino:

> Es mejor, por tanto, para las recién casadas mantener su honor, (…) Además de que está prohibido severamente por la Ley de Dios [mantener relaciones sexuales durante la menstruación]; y los Médicos saben que los Niños que son engendrados durante el tiempo de separación [menstruación] serán Leprosos (…)
>
> It is best therefore for maids new married to keep their honour, (…) Besides that it is forbidden severely by the Law of God; and Physicians know, that those Children that are begotten during the time of separation will be Leprous (…)” (Sharp, 1671/1999, p.44-45).

En la vivencia corporal de la sexualidad, como vimos en alguno de los manuales estudiados, influyeron poderosamente la moral religiosa, estableciéndose entre ambas una estrecha relación coincidiendo con lo afirmado por Mauss (1936) y predominando la desexualización de las mujeres ya que la dominación sexual es una forma de dominación simbólica ejercida con la connivencia de aquella que la sufre y de las estructuras incorporadas del dominado (Bourdieu, 1995/2012).

Así, los manuales escritos por matronas en este siglo XVII son un reflejo de lo que Butler (2002) ha denominado normas heterosexuales de género, que proyectan unos ideales regulados por visiones hiperbólicas de los hombres y mujeres cuyo carácter normativo no implica necesariamente su eficacia. En este sentido, las matronas abordaron en sus manuales temas de importancia social en el siglo XVII como la virginidad, asociada a virtud y a las mujeres en cuanto a su valía social. El concepto de la mujer virgen antes del matrimonio es de carácter absolutista en el siglo XVII por expreso deseo de las religiones, que estiman la virginidad como un valor extremadamente positivo. Predomina entre el mundo de la Medicina y el popular, la idea de que una virginidad respetada, aseguraba un embarazo saludable posterior (Gélis, 1991). La conservación de la virginidad prematrimonial o indefinidamente en caso de las mujeres consagradas, les otorgó un puesto relativamente digno en la jerarquía de valores sociales imperantes en el Antiguo Régimen (Sánchez Ortega, 1990). Desde los discursos lanzados por el Concilio de Trento, la consideración exaltada y caballeresca respecto a los conceptos de honor y linaje, hace recaer sobre la mujer la responsabilidad de la conservación y cuidados del mismo. Las mujeres tienen como principal deber la reserva de su honestidad, castidad y doncellez y de otro lado la custodia de la pureza genética en la perpetuación de su linaje (Candau Chacón, 2008). En definitiva, la sexualidad no procreativa es perseguida, aunque ya entrado el siglo XVII la edad del

matrimonio aumenta y las gestaciones prematrimoniales también lo hacen (Matthews Grieco, 1992).

De este aprecio cultural a la virginidad, se deriva una función legal pública de las matronas del siglo XVII, como fue el reconocimiento de virginidades en procesos judiciales y sociales (Donnison, 1988; Evenden, 2000) . Las matronas gracias a su respetabilidad, eran reclamadas como expertas para emitir peritajes en casos de parejas acusadas de mantener contactos sexuales antenupciales (Harley, 1993). Como ejemplo a través del estudio de Terrada (2002), se han identificado a dos madrinas o parteras en Valencia que certificaron en 1549 la virginidad de Caterina Gallardo, acusada por su marido de no ser doncella. A partir del siglo XVI, las parteras sufrieron burlas por algunas de sus certificaciones, a veces erróneas, por parte de los cirujanos que pretendían y consiguieron sustituirlas en este tipo de peritajes. Sin embargo, algunas siguieron ejerciendo esta codiciada labor hasta el siglo XVIII. Por este motivo, dos de los manuales explicitan la manera en que una matrona puede reconocer la presencia o ausencia de la virginidad a través del conocimiento anatómico femenino. De La Marche se pregunta a sí misma cómo reconocer a una virgen y se responde “Lo reconozco por las carúnculas, las cuales deben estar juntas (…)”/ “Je le connois par les caroncules, le*f*quelles doivent être jointes (…)” (de La Marche, 1677/1710b, p.3). En efecto, las carúnculas himenales son los restos anatómicos de la ruptura del himen. Pero además Sharp recomienda se haga “(…) esta distinción entre Vírgenes y Esposas, por la estrechez del Orificio de la matriz [orificio vaginal] (…)”/ “(…) that distinction of Maids from Wives, by the straitness of the Orifice of the womb (…)” (Sharp, 1671/1999, p.202-203). Como podemos comprobar, las ideas de las matronas son de lo más actuales. Desde los recientes preceptos forenses en el reconocimiento de la penetración forzada en mujeres, el diámetro medio de la abertura himeneal vaginal es un

parámetro a analizar en el reconocimiento de la penetración forzada (Hariton, 2012), coincidiendo así con los valorados por nuestras matronas revelando un conocimiento profundo de la anatomía femenina. Sin embargo, ellas mismas reconocieron la no infalibilidad del himen como testigo de virginidades ya que éstos se pueden romper por causas ajenas a la penetración tal y como afirma Hobby (2001) a través de su interpretación del texto de Sharp. No se muestran radicales en sus valoraciones y como sabemos, esta función legal de las matronas carece de pertinencia en la actualidad. Si se requiere peritación sobre estos temas, son los médicos forenses quienes la realizan y no las matronas.

En definitiva la Iglesia se sirvió de las matronas, por ejemplo en Alemania, para su asentamiento y difusión. A cambio les protegió e instó a velar por sus preceptos básicos como el mantenimiento de la virginidad y el reconocimiento de hijos legítimos (Flügge, 1998). Las matronas aceptaron este rol público que les otorgaba notoriedad, pero dejaron entrever algún rasgo crítico.

Hablando de sexualidad, la idea social del siglo XVII del hombre como racional y la mujer como irracional se contradice con la asunción tácita de que los deseos sexuales del hombre son incontenibles desde un aspecto positivo en cuanto a su virilidad se refiere y que la mujer por su parte se limite a la sexualidad marital contenida. Éste es sin duda un modelo paradójico que hace recaer la responsabilidad de las familias sobre las mujeres consideradas al tiempo como seres irracionales e inferiores (Perry, 1996).

Aunque en general el sentido de las ideas en sexualidad desde los manuales de matronas del siglo XVII fueron reproductivas y los autores masculinos contemporáneos otorgaron al cuerpo femenino el sentido principal de ser fuente de placer para los varones (Hobby, 2001), la misma Sharp nos introdujo un novedoso concepto: el placer

femenino a través del clítoris "(…) y si no fuera por él [el clítoris], ellas no tendrían ningún deseo ni placer, ni tampoco podrían jamás concebir."/ "(…) and were it not for this they would have no desire nor delight, nor would they ever conceive." (Sharp, 1671/1999, p.39). Como vemos, afirmó que el placer femenino tenía un fin reproductivo tal y como señaló la ciencia formal del siglo XVII. Pero también aseveró la existencia del placer femenino. Es una afirmación sorprendente tal y como afirma Bosanquet (2009a) por su innovación feminista en contraste con los escritos de hombres de su tiempo en los que prevalecía la imagen negativa, impura e inferior de los órganos reproductores femeninos.

En definitiva, Sharp desde su puritanismo inglés del siglo XVII, habló en su manual de sexualidad femenina lo que supuso toda una novedad y un pilar para el contenido de la profesión matrona hasta la actualidad.

El libro *The Midwives book* de Sharp, también rompe tópicos como la necesidad de circuncisión del varón para la procreación, que solo se justificará si el mismo presentara problemas como el dolor "(…) el prepucio no supone un obstáculo a la procreación o el placer, la naturaleza nunca lo habría hecho, que hizo todas las cosas para estos fines y propósitos."/ "(…) where the foreskin any hindrance to procreation or pleasure, nature had never made it, who made all things for these very ends and purposes." (Sharp, 1671/1999, p.31).

La misma Sharp, se refirió en su manual con bastante minuciosidad a las tan temidas enfermedades de transmisión sexual (ETS) ya que su proliferación rabiosa, obligó al cierre de baños públicos y burdeles arrastrando un rechazo a la higiene corporal popular e impulsando la monogamia marital como remedio infalible a las mismas. Predominó el uso de no lavarse la piel y sí la ropa. El baño fue sustituido por el

perfume y los polvos en las clases acomodadas e incluso fue considerado como una práctica médica (Matthews Grieco, 1992).

Actualmente se conocen más de 50 síndromes clínicos diferentes, causados por más de 25 microorganismos patógenos, todos ellos relacionados con ETS (Acién Álvarez, Acién Sánchez, Martínez Escoriza, Matallin Evangelio & Quereda Segui, 2004). Sharp también conocía algunas enfermedades sexuales y describió en su manual sus síntomas "(…), que ocasiona grandes dolores y Úlceras, (…)"/ "(…), which occasions great pains and Ulcers, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.27). En efecto describe síntomas de vulvovaginitis comunes que cursan con dolor, edema vulvar y prurito intenso (Acién Álvarez et al., 2004). Expuso también las características anormales en los flujos vaginales femeninos al padecer ETS y les dio nombre en función del color de los mismos "(…) que la enfermedad es llamada los Blancos."/ "(…) that disease is called the Whites." (Sharp, 1671/1999, p.47). Se refiere en el caso anterior, a las que están relacionadas con leucorreas blanquecinas tales como las que se presentan en las inflamaciones vaginales o colpitis originadas por el hongo Cándida Álbicans por ejemplo. Por otro lado Sharp dedica un capitulo completo a otra enfermedad venérea a la que ella denomina "Enfermedad verde (…)"/ "Green-sickness (…)" (Sharp, 1671/1999, p.194). Posiblemente esta enfermedad verde haga referencia a la gonococia, blenorragia o blenorrea, que es una ETS bastante frecuente, producida por el gonococo Neisseria Gonorrhoeae que cursa con salida de pus verde-amarillento por vulva. En la actualidad el tratamiento y control de las ETS sigue en absoluta actualidad y continúa siendo una preocupación, como lo fue en el siglo XVII, de los sistemas de salud (Markowicz et al., 2014; Tang et al., 2014).

Otras ETS de genitales altas, se nombraron en los manuales específicamente como la sífilis. De esta última describen varios síntomas "A veces los Secretos

[genitales] de las mujeres están llenos de (…) caspa, con prurito y dolor, ronchas en ascenso en el cuello del útero: (…)"/ "Sometimes the Secrets of women are full of (…) scurf, with itching and pain, wheals rising in the neck of the womb: (…)" (Sharp, 1671/1999, p.206). Por otra parte se propusieron una serie de remedios que incluso en la actualidad tendrían pertinencia como la monogamia, la higiene íntima y la cauterización de verrugas genitales tipo Condilomas acuminados. Según Acién Álvarez et al. (2004), la prevención sigue siendo hoy el arma terapéutica más efectiva y los tratamientos actuales para condilomas acuminados van orientados igualmente al uso de crioterapia, láser y terapias con ácidos fotodinámicas (Ying, Li, & Dang, 2013). También propone el manual de Sharp otros en desuso como las sangrías para el drenaje de los humores enfermos, y el uso de polvo de mora.

En cuanto a patologías ginecológicas, los libros atienden a un numeroso grupo de problemas relacionados con los órganos reproductores femeninos ya que el daño en los órganos genitales por partos obstruidos o intervenciones con instrumentos, enfermedades venéreas o partos muy dificultosos son asociados a los prolapsos uterinos en la Temprana Edad Moderna europea (Hobby, 2001). Además, el conocimiento de las matronas del siglo XVII de las "enfermedades de mujeres" fue muy amplio. Por ejemplo, un tema tratado por todos los manuales sin excepción fue el prolapso uterino. Entendemos pues, que para las matronas era un problema de salud pública importante. Louise Bourgeois, expuso en su manual algunas de las causas del prolapso uterino y dedicó al tema un capítulo completo (Capítulo XXXIV) "Hay diversas causas que pueden provocar la bajada y relajaciones de la matriz (…) los ligamentos que sujetan la matriz están relajados y esto la hace salir."/ "Il y a beaucoup de cauſes diuerſes aux cheutes & relaxations de matrice (…) qui ont pris leur cours ſur les ligamens d´icelle qui la relaſchent, & font ſortir." (Bourgeois, 1609/1630, p.118).

Así es, se precisa una musculatura pélvica fuerte y unos ligamentos poco laxos para el sostén del útero, aunque esta laxitud no sea causa única. Bourgeois nombra otras cusas de prolapso uterino como los partos de macrosomas, cargar pesos excesivos y maniobras intempestivas en los alumbramientos. No andaba desencaminada: hoy se siguen considerando como factores etiológicos del prolapso uterino la paridad, la edad del último nacimiento y el trabajo tras el nacimiento entre otros (Gautam, Adhikari, & Dangol, 2012).

Bourgeois, se revela como una auténtica experta en el prolapso de genitales femeninos y su incontinencia urinaria o fecal asociada y hace incluso la sugerencia de que el ambiente y la nutrición pueden tener peso en el desarrollo de la misma. Pero si en una idea coincidieron los manuales fue en la responsabilidad de la matrona en la prevención del prolapso uterino, evitando que las mujeres realizaran pujos violentos antes del periodo expulsivo "(…) otra [causa del prolapso uterino] sería el hecho de forzar demasiado temprano el trabajo de parto y que el orificio de la matriz no esté todavía abierto (…)"/ "(…) d´autres de s´efforcer en trauail auant qu´il ſoit temps, & que l´orifice de la matrice n´eſt encore ouuert (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.118).

Nuevamente las matronas sientan una base asistencial preventiva, vigente en la actualidad "(…) puedes prevenir así un útero caído."/ "(…) you can thereby prevente a fallen womb." (Siegemund, 1690/2005, p.67). Efectivamente, el inicio precoz del pujo tiene efectos negativos materno-fetales entre los que se encuentran las lesiones perineales y ligamentosas que favorecen los prolapsos (FAME, 2007; National Institute for Health and Clinicall Excellence, 2007).

En cuanto a los remedios propuestos en los manuales para los prolapsos uterinos, van desde los más tradicionales a otros más vigentes como la aplicación de pesarios:

> (…) cuando se pone boca arriba, déjala tumbada con las piernas apretadas, y una pierna sobre la otra durante ocho o diez días, y un Pesario de Esponja o Corcho mojado en vino astringente, con polvo de sangre de Dragón (…) o de ungüento (…)
>
> (…) when it is put up, let her ly stretcht out with her legs, and one leg upon the other for eight or ten dayes, and a Pessary with Sponge or Cork dipt in astringent wine, with powder of Dragons-blood (…) or the ointment (…) (Sharp, 1671/1999, p.185).

En la actualidad el pesario sigue siendo un tratamiento no quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos y por lo tanto su uso es recomendado frecuentemente como alternativa quirúrgica (Nemeth, Nagy, & Ott, 2013).

Otro de los tratamientos demostrados como eficaces hoy para la rehabilitación del suelo pélvico, son el entrenamiento muscular a través de ejercicios que mejoran el tono muscular del periné y la incontinencia urinaria leve (Deffieux et al., 2013). Sharp también conocía estos ejercicios del suelo pélvico "(…) las mujeres (…) contraerán tanto las partes [genitales], que parecerán vírgenes de nuevo, (…)"/ "(…) women will (…) so contract the parts, that they will seem to be maids again, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.202). Aunque no existió una relación expresada explícitamente en los manuales entre la mejoría de la incontinencia urinaria leve y el entrenamiento muscular del suelo pélvico para nuestras matronas, es obvio que sí conocieron los efectos del ejercicio sobre los mismos.

Por otro lado, desde la perspectiva de problemas ginecológicos uno de los que mayor importancia e interés recibió por las matronas fue la esterilidad y sus causas. Los cuatro manuales lo abordaron desde perspectivas muy diversas. Desde el texto de Louise Bourgeois se observó la manera de la ciencia en explicar la concepción antes del conocimiento de la existencia de óvulos y espermatozoides: se pensaba en el siglo XVI que debía existir una buena armonía entre la denominada "semilla masculina" y "semilla femenina". Ésta última, provendría de la conversión de la sangre en un fluido

blanco de una manera inexplicada e inexplicable para ellas y que reflejaba más bien la idea Galénica de que la sangre, al pasar lentamente por una red de canales se transformaba adquiriendo una serie de propiedades antes de entrar en el útero (Perkins, 1996).

Además del análisis de género y de creencias religiosas anteriormente expuesto del problema de la esterilidad, las matronas abordaron desde un punto de vista más científico la etiología de la imposibilidad de concebir. Sin embargo siguieron arrastrando creencias culturales como que una de las causas principales de esterilidad era la falta de amor o el odio entre los esposos, fruto de los matrimonios concertados maliciosamente "(…) cuyas Semillas nunca se mezclarán como deberían para la Procreación de sus hijos; tan grande es su odio; (…)"/ "(…) whose Seed never mixeth as it should to Procreation of children, their hatred is so great; (…)" (Sharp, 1671/1999, p.79).

Por otro lado, de La Marche expuso en su manual la existencia de dos tipos de causas científicas de la esterilidad: las internas relacionadas con enfermedades de las partes generativas y las externas asociadas a la influencia negativa del ambiente y estilo de vida. Serían perjudiciales para la fertilidad "(…) los ejercicios [violentos], el aire, la alimentación y los medicamentos, (…)"/ "(…) les exercices, l´air, les alimens, & les médicamens, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.28). Otra vez, esta idea de la influencia del entorno en la esterilidad, propia del ambientalismo del siglo XVII, está en absoluta vigencia ya que en la actualidad se conoce la relación entre dieta, equilibrio metabólico y fertilidad (Shaum & Polotsky, 2013), ejercicio e influencia psicosocial y creencias en fertilidad relacionadas con el estrés y el estigma social que se genera en cada cultura específicamente tras no concebir hijos (López, Gil, García, Varela & García, 2013; Naab, Brown, & Heidrich, 2013).

Por otra parte el pensamiento científico médico imperante en el siglo XVII, sigue siendo la teoría humoral y galénica y por ello para Bourgeois el factor etiológico más relevante en la esterilidad femenina era "La primera causa y más frecuente [de la esterilidad] (…) es que el sexo femenino está extremadamente húmedo y sin embargo colérico (…)"/ "La cauſe du premier & plus frequent (…) eſt que le ſexe feminin eſt extremément humide & neantmoins colerique (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.2). Así, estas afirmaciones de Bourgeois concuerdan con la afirmación de Perkins (1996) acerca del conocimiento implícito de esta matrona de las teorías de Galeno a Hipócrates en cuanto a definición de problemas de salud. En este sentido, el término humor empleado por Bourgeois frecuentemente es algo inespecífico. Cuando habla de mujeres coléricas, se refiere a que el temperamento excesivamente fuerte de las mujeres podría causar disrupciones en su salud, hecho que no deja de ser una reinterpretación desde el género muy extendida en el mundo científico.

Sin embargo expuso otra causa muy interesante como es la posición uterina "(…) lo cual hace decir a algunas matronas que si la matriz está mal situada las mujeres no pueden tener hijos y tales mujeres sienten dolor cuando sus maridos las tocan [mantienen relaciones sexuales] (…)"/ "(…) c´eſt ce qui fait dire à aucunes ſages-femmes, que les femmes ne peuuent auoir enfans, à cauſe que la matrice n´eſt bié tournée, telles femmes endurent douleur lors que leurs maris les touchent (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.5).

Para el diagnóstico de la esterilidad, Sharp (Sharp, 1671/1999, p.127) nos explicó algunos métodos empleados por médicos y matronas como macerar cereales con orina del marido y la esposa para comprobar si crecían y saber así de quien era el problema de esterilidad en la pareja. Igualmente, propuso tratamientos naturales para la

esterilidad como reordenar cuerpo y mente, comer y beber mesuradamente, ejercicio moderado y evitar el ocio que es un gran enemigo de la concepción.

Otro problema ginecológico que abordaron varios de los manuales estudiados fue el cáncer, especialmente el cáncer de mama, útero y cérvix:

> Un Cáncer en el útero raramente se ve, ni puede curarse nunca: pero lo que es en el Cuello del útero lo haré en este caso; bien los que tienen una Úlcera, o sin una Úlcera. (…) cuando se convierte en Ulcerado es peor (…)
>
> A Cancer in the womb is seldome seen, nor can it be ever cured: but that which is in the Neck of the womb I shall instance in; which is either with an Ulcer, or without an Ulcer. (…) when it becomes Ulcerated it is worse (…)" (Sharp, 1671/1999, p.211).

En efecto, esta matrona conocía varios tipos de cánceres y la seriedad del problema por lo que aconsejó que para su tratamiento no se emplearan remedios aplicables en otro tipo de úlceras e instó a las mujeres a no ponerse en manos de curanderos o personas no formadas oficialmente para su tratamiento del cáncer de mama "El cáncer no se debe manejar como otras Úlceras por (…) curanderos que agravan la enfermedad, y matan a la mujer con gran dolor."/ "Cancers must not be handled like other Ulcers, for (…) healers exasperate, and kill the woman with great dolour." (Sharp, 1671/1999, p.256).

En definitiva, estas matronas del siglo XVII poseyeron amplios conocimientos en salud sexual que incluyeron pensamientos místicos y científicos y de los que se derivan funciones legales públicas de las matronas hoy en desuso. Así mismo, conocieron numerosas enfermedades de transmisión sexual y remedios para las mismas promoviendo una sexualidad saludable.

Por otro lado, fueron grandes entendidas en los problemas ginecológicos de las mujeres incluyendo en sus manuales además de los nombrados, aspectos como la importancia de las menstruaciones y su dinámica, como la menarquia y menopausia, el

hermafroditismo problemas como la galactorrea el hirsutismo, úteros dobles o ausencia de útero, problemas en las mamas y todo lo que concierne a la anatomía femenina de la que algunas fueron grandes estudiosas.

De los manuales investigados se desprende la idea del interés de las matronas por proporcionar a las mujeres cuidados de calidad no únicamente en su reproducción sino en toda la amplitud de su ciclo vital, y ésta constituye una de las ideas claves para el desarrollo y fomento de la partería actual.

3.1.7 (1.7Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en la gestación.

Las mujeres del siglo XVII no tuvieron opción de disociar sexualidad y reproducción. En condiciones normales podían pasar sus vidas reproductivas alternando embarazos, abortos y crianzas hasta bien entrada la menopausia, con las lógicas secuelas que afectarían a su morbi mortalidad (Laget, 1977). Sin embargo, el miedo a la esterilidad era tan importante, que cuando una mujer sentía los primeros síntomas de embarazo eran recibidos con alegría, si pensamos claro en las mujeres primíparas. De una u otra manera, el embarazo era vivido por las mujeres de una comunidad como una experiencia colectiva y continua (Gélis, 1991).

El espacio y la importancia adjudicada por la partería al periodo prenatal, variaba en los siglos XVI y XVII y según pudimos comprobar las matronas velaron en gran parte por la salud reproductiva de las mujeres de su tiempo durante la gestación según arrojan nuestros resultados tras la lectura de sus manuales. Como las matronas solían vivir cercanas a las mujeres que asistían, durante la gestación probablemente les irían proporcionando consejos para un buen manejo del embarazo (Wilson, 1995). Aunque el embarazo y su control no se planificaban y asistían por las matronas de

manera regular, en algunas ocasiones éstas conocían a sus gestantes previo al parto y les aplicaron cuidados o bien eran avisadas por las mujeres si presentaban alguna patología gestacional. Desde esta perspectiva, los manuales descubren un conocimiento amplio de las matronas sobre el embarazo que se movieron entre pensamientos y creencias populares hasta llegar a planteamientos científicos.

El manual *Observations* de Bourgeois, abordó una variedad de cuestiones en el periodo gestacional como los cuidados en la esterilidad, las formas de evitar abortos y fetos deformados y consejos dietéticos e higiénicos como los relacionados con el trabajo y el estilo de vida. En este sentido, las obras del siglo XVII escritas por matronas nos introdujeron una idea pionera: los cuidados pre-gestacionales. A través de ellos, las matronas ejercieron una labor de promoción de la salud gestacional mediante el conocimiento de medidas preventivas y educación para la salud proporcionando consejos en ejercicios, tóxicos, actividad laboral y nutrición (Perkins, 1996). En este sentido, Sharp hizo la siguiente recomendación para conseguir un embarazo y colaborar con la naturaleza y así coincidimos con la afirmación de Bosanquet (2009a) de la importante contribución de esta matrona a realzar el rol de agente educadora y promotora de salud. Para conseguir una gestación había dos cosas muy útiles "(...) una buena dieta moderadamente tomada y conveniente trabajo y ejercicio del cuerpo."/ "(…) good diet moderately taken, and convenient labour and exercise of body." (Sharp, 1671/1999, p.71). Así, Sharp resaltó la importancia de los factores ambientales y hábitos de vida en la consecución de embarazos saludables.

Por otro lado, no podemos obviar la carga de mitos y pensamientos arraigados en la cultura popular contenidos en los manuales de matronas del siglo XVII, en especial en lo que concierne a la formación del feto en el vientre de la madre. Este proceso embriológico, se describía con una mezcla de ciencia y magia. La misma Sharp,

una gran astróloga, creyó firmemente en la intervención del sol y la luna en la formación del feto y afirmó que los planetas más influyentes en la génesis del hombre eran Marte y Venus por ser los más cercanos a la tierra (Sharp, 1671/1999, p.117-118).

El útero de las mujeres podían fecundar criaturas muy diversas: desde las molas, que eran concebidas según las matronas a veces sin varón y de maneras muy fantasiosas, como por el viento, el agua o de la mezcla de humores y a la que las matronas denominaron "(…) las Matronas llaman a la Mola Cría de la Luna (…)"/ "(…) Midwives call a Mole or Moon-Calf, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.84). Además de las molas, las mujeres eran capaces de engendrar desde los manuales de matronas del XVII, todo un repertorio imaginativo de criaturas "En cuanto a los Monstruos de todo tipo que se forman en el vientre, todas la naciones pueden aportar algunos ejemplos: Gusanos, Sapos, Ratones, Serpientes (…)"/ "As for Monsters of all sorts to be formed in the womb all nations can bring some examples; Worms, Toades, Mice, Serpents (…)" (Sharp, 1671/1999, p.87). Pero éste es un pensamiento estrictamente científico: el mismo cirujano Ambroise Paré habla en el siglo XVI en sus manuales, de la formación de monstruos y acompaña de ilustraciones sus imaginativas teorías (Witkowski, 1887). De este modo, la denominación científica de la malformación fetal es monstruo. En este sentido, fue pensamiento científico de la época el poder de la imaginación de la madre en las malformaciones fetales (Gélis, 1991). Una mujer debe imaginar a su hijo bello porque si lo imagina monstruoso lo será "(…) la imaginación es tan fuerte que tiene el poder de transmitir la marca al niño de la cosa imaginada por la madre (…)"/ "(…) l´imagination eſt ſi forte qu´elle a pouuoir de faire porter marque à l´enfant de la choſe imaginée par la mere (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.21). En esta idea convienen los manuales de Sharp, Bourgeois y de La Marche: sin duda una gran responsabilidad para la madre y por eso coincidimos con las afirmaciones de Gèlis (1991) de que las mujeres

eran a menudo culpadas por las deformidades de sus hijos. Por ese motivo, seguían normas culturales para eximir su responsabilidad como no hacer movimientos circulares para evitar vueltas de cordón, no asistir a funerales ni ver otros fetos muertos. Pero no solo era éste un pensamiento de las matronas puesto que la ciencia médica y los cirujanos lo respaldaron igualmente:

> (…) la imaginación tiene el Poder de imprimir en el Cuerpo de los Niños Marcas de esta Naturaleza, pero eso solo puede ser cuando son jóvenes con Niño y, principalmente, en el mismo Momento de la Concepción; cuando el Niño está formado completamente no hay Imaginación de esposa alguna que pueda cambiar la primera Figura (…)
>
> (…) the Imagination hath a Power to imprint on the Body of the Infant Marks of this Nature; but that can only be when young with Child and principally at the very Moment of Conception; for when the Child is compleatly formed the Imagination can in no wife change its first Figure (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.12).

Como vemos Mauriceau, al igual que su antecesor Paré, asumieron parcialmente este pensamiento popular poniendo su creencia en salud en común con las matronas y perpetuando este precepto en años posteriores (Gèlis, 2009). Obviamente, las malformaciones fetales en la Temprana Edad Moderna europea, eran objeto de un gran desconcierto por su indisolubilidad con el pensamiento desordenado del orden natural de las cosas (Perkins, 1996).

Otro de los intereses de las matronas reflejado en los manuales estudiados, fue el diagnóstico temprano de la gestación. Lo que en la actualidad es algo sencillo, en el siglo XVII era una cuestión compleja y de importancia suprema. El diagnóstico del embarazo que podríamos denominar pre-analítico existía "(…) si mantienes su agua [orina] tres días cerrada en un vaso, y luego la cuelas a través de una tela de lino fino, encontrarás gusanos vivos en el paño."/ "(…) if you keep her water three days close stop in a glass, and then strain in through a fine linnen cloth, you will find live worms in

the cloth." (Sharp, 1671/1999, p.83). Como vemos en los resultados, la "uromancia" era muy popular en la Medicina de la Temprana Edad Moderna tal y como también afirma Gélis (1991).

Sin embargo, el diagnóstico de la gestación era fundamentalmente clínico ya que las matronas conocían bien las modificaciones generales y locales en los organismos de las madres así como los signos y síntomas que de ellos se derivan. En consecuencia, las matronas transmitieron los signos de presunción del embarazo como son la amenorrea o según de La Marche lo expresó "(…) la supresión del mes [regla] (…)"/ "(…) la ſuppreſſion des mois (...)" (de La Marche, 1677/1710b, p.24). Efectivamente las matronas afirmaron que si bien la ausencia de reglas es uno de los signos que hace sospechar la gestación, puede traducir otras muchas situaciones denominadas por ellas como "falsos embarazos". Por ejemplo, Bourgeois asume como ciencia cierta en su manual que durante el periodo gestacional la sangre menstrual deja de fluir porque continúa circulando interiormente y empapando el útero acumulándose en la placenta (Perkins, 1996).

También coincidieron en apuntar en sus manuales como signos de presunción de embarazo, las alteraciones neurovegetativas tales como las náuseas y "(…) hace que ellas vomiten por las mañanas (…)"/ "(…) ſoit qu´elles vomiſſent le matin (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.35), así como otras alteraciones digestivas tales como "(…) la pérdida del apetito, y el asco por la carne ordinaria, (...) y al fin tener ganas de cosas extrañas."/ "(…) la perte de l´appétit, & le dégoût des viandes ordinaires, (…) enfin l´envie de choſes étranges." (de La Marche, 1677/1710b, p.24). Esta última afirmación, podría coincidir con lo que se denomina pica; trastorno alimentario que inclina a la mujer a comer sustancias no comestibles como el yeso, la tiza o la tierra entre otras. Es frecuente la asociación de la pica con el embarazo, y aunque sus causas no están del

todo claras, se liga a un estado nutricional carencial de hierro. Por otro lado, en los documentos de los siglos XVI y XVII la pica es frecuentemente descrita por su vinculación a una patología endémica de la época: la clorosis, que afectaba fundamentalmente a las mujeres (López, Ortega, & Portela, 2004). Otros autores hablaron también de la pica como signo de embarazo como el cirujano Guillemeau en su manual de 1649 *Les Oeuvres de chirurgie* (Guillemeau, 1649; Gélis, 1991).

Siguiendo con los signos de presunción del embarazo, las matronas en sus manuales del siglo XVII nos hablaron de otros muchos como la pesadez de estómago, el insomnio, el estreñimiento y los calambres "Ciertas mujeres sufren de gota o calambres durante su embarazo."/ "Une partie des femmes ſont grandement trauaillées de gouttes crampes pendant leur groſſeſſe." (Bourgeois, 1609/1630, p.42). Por otro lado, serían los movimientos fetales los que, siendo signos de presunción de gestación, serían más específicos considerando siempre la subjetividad en la percepción de la madre "Otras no tienen la paciencia de esperar a sentir los movimientos de sus hijos, y se hacen reconocer por las matronas (…)"/ "Les autres n´ayans la patience d´attendre de ſentir bouger leurs enfans, ſe font toucher par ſages femmes (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.21).

Las matronas sabían que las madres sentirán a sus hijos tras los cuatro primeros meses y que lo harán antes las multíparas coincidiendo con lo afirmado por Mauriceau. Sin embargo, el texto de Bourgeois tradujo además la capacidad de las matronas a través del tacto vaginal de percibir o no un embarazo a través de signos uterinos y cervicales al igual que lo afirmó Gélis (1991), aunque ellas mismas reconocieran la dificultad del diagnóstico certero de la gestación.

Las parteras también sabían de los cambios locales en las mamas que, asociados más adelante a la salida de calostro, serían signos de probabilidad de embarazo "Sus

Pechos se hinchan, crecen, se ponen duros y dolorosos.”/ “Her Brests swell and grow round, and hard, and painful.” (Sharp, 1671/1999, p.82) y “Sus Pezones parecerán más rojos en los extremos de lo habitual.”/ “Her Nipples will look more red at the ends than they usually do.” (Sharp, 1671/1999, p.83).

Tras la lectura de los cinco manuales, nuestros resultados muestran cómo las matronas coincidieron con los cirujanos en la valoración de idénticos signos para el diagnóstico de las gestaciones. Además de Mauriceau y otros como Cosme Viardel en su obra *Observations sur la pratique des acouchemens naturels, contre nature et monstreux* de 1674, nombran los mismos cuatro signos que citaron las matronas en los manuales analizados; escalofríos, cérvix cerrado, modificaciones en mamas y reglas ausentes (Viardel, 1674).

Y con todos estos signos, las matronas tuvieron el reto de distinguir las gestaciones verdaderas de las falsas que podían generar síntomas similares como en las molas y algunas patologías ginecológicas, que cursarán con amenorreas secundarias, siendo las más frecuentes el síndrome de ovario poliquístico, las amenorreas hipotalámicas funcionales y con menor frecuencia la hiperprolactinemia (Laroche, Bricaire, & Christin-Maitre, 2013). Las mismas matronas afirmaron en los manuales que estas normas para el reconocimiento de la gestación, eran demasiado genéricas y por lo tanto muy engañosas. Reseñar en este punto, que el signo que se considera de certeza hoy en día para el diagnóstico de la gestación es la auscultación del latido fetal, lo que en el siglo XVII resultaba difícil acercando el oído de las matronas al abdomen de las gestantes, ya que el primer instrumento utilizado para tal fin fue el estetoscopio ideado por el francés Adolfo Pinard en 1895.

La dificultad en el diagnóstico de las gestaciones fue abordada también por el texto de Mauriceau. El recomendó en este sentido “Como la prudencia es necesaria para

permitir a un Cirujano o Matrona asegurar a una Mujer que está Embarazada o no y de una verdadera o falsa Concepción (…)"/ "As Prudence is neceſſary to enable a Chirurgeon or Midwife to aſſure a Woman that ſhe is with Child, or not, and of a true or falſe Conception (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.29).

Mauriceau no dudó en ejemplificar estas dificultades a través de casos clínicos expuestos en su obra, en los que las matronas diagnosticaron embarazos donde no los había. En este sentido, la imagen de la matrona se perjudica asociándola a la ignorancia, sin embargo la propia Siegemund sufrió en sus carnes ese mismo error de diagnóstico por parte de las matronas, por lo que entendemos que estos fallos de diagnóstico eran algo más que esporádicos.

En esta época previa a la medicina científica, los diagnósticos en general se realizaban en base a meras observaciones de síntomas, rudimentarios análisis físicos, la historia relatada por la cliente y a la combinación certera de las anteriores; así, la confianza en sus poderes de reconocimiento era crucial para asociar síntomas y enfermedades conocidas (Perkins, 1996). Igualmente sucedía con la gestación ya que su diagnóstico diferencial era el punto de partida de una matrona capaz.

Las matronas desde sus manuales escritos en el siglo XVII, promovieron embarazos saludables fomentando el autocuidado y el mantenimiento de la salud. En este sentido, sabían de la relación de la buena alimentación de la madre con la salud del hijo y para ello recomendaba Bourgeois en el tratamiento de las anemias gestacionales una serie de alimentos que según sus pensamientos hacían recobrar la sangre "(…) huevos bien frescos por la mañana (…) buenos consomés (…) de capón y ternera jugo de cordero (…) pichón, perdiz, codorniz, cordero (…)"/ "(…) œufs bien frais le matin (…) bons conſommez (…) de chapon & de veau, ius de mouton (…) pigeonnaux, perdrix, cailles, mouton (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.86).

En este punto vuelven a coincidir matronas y cirujanos recomendando ambos, dietas equilibradas en contenido y en calidad de los alimentos evitando comer “cosas extrañas”, además de moderación con el vino y el sueño. En esta línea, aconsejaron ejercicio y trabajo moderado y en cuanto a las relaciones sexuales durante la gestación, no fueron en general bien vistas por las matronas, coincidiendo así con lo afirmado por Flügge (1998), en concordancia con las propuestas morales de los Estados e Iglesias con los que colaboraron en sus ideas de protección de los no nacidos restringiendo sexualidad y trabajo en embarazadas. En relación con la cuestión anterior, Sharp reveló una firme convicción en la naturalización de la disminución del deseo sexual en la gestante “Ella no tiene grandes deseos de copular, durante algún tiempo ella estará feliz o triste de repente sin ninguna causa manifiesta.”/ “She hath no great desire to copulation, for some time she will be merry, or sad suddenly upon no manifest cause.” (Sharp, 1671/1999, p.82). Como vemos, en los manuales estudiados se contempló la labilidad emocional de la gestante abordando de este modo los aspectos psicológicos del embarazo y otorgándole un carácter más holístico a los cuidados ofrecidos por las parteras.

Mauriceau recomendó con respecto a las relaciones sexuales y la gestación:

> Además, sería muy conveniente que la Mujer, a este Fin, se abstuviera de Coito durante los dos últimos Meses de su Cómputo, por cuanto el Cuerpo es lo que más se mueve y el Vientre comprimido en la Acción podría hacer que el Niño tome una Postura incorrecta. Moreover it would be very convenient that the Woman, to this End, ſhould abſtain from Coition, during the two laſt Months of her Reckoning, foraſmuch as the Body is thereby much moved and the Belly compreſſed in the Action which likewife cauſeth the Child to take a wrong Poſture. (Mauriceau, 1668/1727, p.53).

Así, cirujanos y matronas coincidieron en una idea algo restrictiva de la sexualidad en la gestación como vimos tras la lectura de los manuales seleccionados.

Los cuidados administrados por las matronas en momentos puntuales de la gestación, incluirían multitud de remedios de los que hablaremos posteriormente y actividades como las que Bourgeois relata en la página 43 para resolver la ciática: masajes con aceite de trementina de Venecia y aplicación de paños calientes además del reposo.

A pesar de no evidenciar una dinámica asistencial gestacional tipo tras la lectura de los manuales investigados, Siegemund que prácticamente no hace referencia al control de la gestación hasta la página 138 de su libro, es la que más claramente le explicó a su alumna cómo ella antes de atender un parto, preferentemente controlaba y exploraba a las mujeres que reclamaban su asistencia y de este modo afirmaba su capacidad de diagnosticar antes del parto activo, aquellos procesos distócicos tan temidos por matronas y mujeres a través de la palpación abdominal y el tacto vaginal:

> También hay vientres (...) que no he encontrado en la postura correcta para el parto durante todo el embarazo cuando los toqué. Esto ocurre muy raramente (…) Por lo que Yo había observado previamente, cuando los niños no se encuentran acostados en la postura correcta una vez que superan el punto medio [de la gestación], siempre desembocará en un nacimiento no natural.
>
> There are also bellies (…) that I have not found in the right posture for birth during the entire pregnancy when I touched them. This occurs very rarely (…) For I had observed previously that when children are not found lying in the right posture even once after the midpoint, an unnatural birth always follows. (Siegemund, 1690/2005, p.139).

Además de los cuidados en la gestación que las matronas del XVII promovieron desde sus manuales, otra cuestión de vital importancia junto al diagnóstico del embarazo fue la datación de la gestación. En este sentido, algunas matronas en sus manuales dieron por cierta una de las ideas heredadas del pensamiento clásico: la mayor viabilidad de un feto a los siete meses de gestación que a los ochos y para ello

argumentaron una serie de explicaciones. Sharp en este sentido citó a Hipócrates, Aristóteles, Plutarco, Pitágoras y Galeno como padres de estas ideas aunque también contrastó la teoría con otros autores españoles y egipcios que probaban lo contrario (Gélis, 1991). Sin embargo Sharp asumió en su manual que un feto era viable a los siete meses y no a los ocho y para ello argumentó la quimera desde varias perspectivas: si un niño lucha a los siete meses por nacer con todas sus fuerzas queda agotado y necesita dos meses más para recuperar sus fuerzas y vivir. Además, los astrólogos conocen en este momento siete planetas y concluyen que éste es el número mínimo de meses para vivir y no ocho. Por último la piadosa Sharp, concluyó la veracidad del arquetipo con una de sus afirmaciones religiosas ya que el siete es el número sagrado en la Biblia. En el mismo sentido, Bourgeois nos relató "(…) el niño que tiene los siete meses es capaz de hacer los esfuerzos que los antiguos habían escrito (…)"/ "(…) l´enfant ayant atteint le ſeptiéme mois, venant a faire les efforts que les anciens ont eſcrit (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.155). Efectivamente, se reafirmó en la idea del desgaste del feto en el séptimo mes y la dificultad resultante para vivir en el octavo aunque no es tajante e introdujo un pequeño sesgo de género en sus afirmaciones "Hay niños nacidos a los siete meses que viven (…) incluso en el octavo mes y especialmente las hijas (…)"/ "Il y a des enfans nez a ſept mois qui viuent (…) voir ſur le huictieſme mois, & ſpecialement des filles (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.155).

Las matronas así, evolucionaron desde la asunción plena de la fantasía de la viabilidad fetal solo a los siete meses típica de la ciencia médica antigua, hasta introducir una crítica y cuestionarse las ideas más clásicas entrando en la modernidad científica desmontando este mito "(…) el niño siendo más grande a los ocho meses que a los siete, seguro tendrá más suerte de sobrevivir (…)"/ "(…) l´enfant étant plus grand à huit mois qu´à ſept, il doit plutôt vivre, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.61).

Así, coincidimos con Perkins (1996) en que Bourgeois introduce en base a sus observaciones y experiencia una modificación de la antigua tradición médica para poco después de La Marche, negar el pensamiento clásico y enunciar uno que se armonizaba con el emitido por Mauriceau y la ciencia más actual liderada como vimos en nuestros resultados por la obstetricia francesa. Ambos, Mauriceau y de La Marche, cuestionaron a Hipócrates:

> Creo que cuanto más se acercan al Periodo natural de nueve Meses, más fuertes son; y por lo tanto, que los Niños nacidos en el octavo Mes viven más que los nacidos en el séptimo: lo cual es totalmente contrario a la Opinión de muchas Personas, que siguen ciegamente en este Sentido a Hipócrates y todos los Autores, sin hacer ninguna Reflexión sobre la Cuestión (…)
>
> I believe, that the nearer they approach to the natural Term of nine Months the ſtronger they are; and therefore that Children born in the eighth Month rather live than of the ſeventh: which is wholly contrary to the Opinion of many Perſons, who blindly follow in this Sense of Hippocrates and all Authors, without making any Reflection upon the Thing (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.33).

Para las matronas se planteaba diariamente el dilema de la datación correcta de las gestaciones para no promover partos pretérminos; desde Aristóteles se sabía que es inherente a la condición humana cierta elasticidad en la duración de los embarazos (Gélis, 1991).

Ellas según vimos en sus manuales, conocían la duración adecuada de una gestación "(…) aunque el término ordinario de nueve meses (…)"/ "(…) iuſques au terme ordinaire de neuſ mois (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.17). Se orientaban por la última regla, y el inicio de la percepción materna de los movimientos fetales:

> Después de cuarenta cinco días, el niño vive, pero no se mueve, generalmente se mueve en el doble de tiempo que se formó, y nace en tres veces el tiempo después que comenzó

> a moverse. Si el niño está plenamente formado en cuarenta días, él se moverá en noventa días, y nacerá en el noveno mes (…)
>
> After forty five days, the child lives, but moves not, commonly he moves in double the time he was formed, and is born in thrice the time after began to move. If the child be fully formed in forty days, he will move in ninety days and be born in the ninth month (…) (Sharp, 1671/1999, p.112).

Pero por la complejidad de diagnósticos gestacionales precoces, reconocían la dificultad de identificar el momento del parto a término "Es difícil saber cuando el tiempo real de su viaje está cerca, porque muchas mujeres tienen grandes dolores muchas semanas antes de que llegue la fecha del parto."/ "It is hard to know when the true time of her travel is near, because many women have great pains many weeks before the time of delivery comes." (Sharp, 1671/1999, p.159).

Además, por sus manuales sabemos que las matronas debían demostrar su pericia en el diagnóstico y tratamiento en patologías gestacionales como por ejemplo las amenazas de parto prematuro (APP) y su saber en cuanto a la distinción con los partos activos a término. Mauriceau en la página 30 de su manual ilustró esta dificultad de un diagnóstico diferencial, con un caso clínico en el que la matrona no supo reconocer que el cérvix no estaba dilatado y diagnosticó un parto activo cuando solo se trataba de una APP (Mauriceau, 1668/1727, p.30).

En el tratamiento de las APP, Bourgeois recomendó una serie de cuidados como eran el reposo y la abstinencia de las relaciones sexuales. En un caso clínico que la misma Bourgeois presentó, una mujer se puso de parto a los siete meses tras un golpe recibido en una pelea. Ella le recomendó "(…) que ella permanecerá [en reposo] dos meses y ocho días en la cama (…)"/ "(…) qu´elle e*f*coula deux mois huict iours au lict (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.146), consiguiendo así un parto a término de un hijo vivo. Por otro lado Bourgeois, fue consciente de la contraindicación de las relaciones

sexuales como tratamiento para la amenaza del parto prematuro "(…) el mas grande remedio a todos los males susodichos [APP] (…) es de no yacer con su marido (…)"/ "(…) le plus grand remede à tous les maux ſuſdits (…) eſt de ne coucher auec leur mary (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.157).

Además de lo anterior, Louise Bourgeois aseveró en su manual *Observations* que las mujeres con un primer hijo prematuro tendrían más fácilmente antes del término sus hijos posteriores al igual que hoy aseguran algunos autores/as (van der Heyden et al., 2013).

Otras patologías del embarazo y sus cuidados aparecieron en los manuales seleccionados como es el caso del aborto. El desequilibrio de los humores era creencia común científica y el mismo Mauriceau afirmó que, entre las múltiples causas maternas para perder un hijo se encontraban las pasiones del cuerpo, agitaciones y dispersiones de los espíritus, el miedo y las malas noticias (Mauriceau, 1668/1727, p.113).

Pero además, Sharp y Bourgeois sabían del dolor asociado a los abortos y los periodos en los que se producen con más frecuencia que son los primeros meses de gestación. Matronas y cirujanos relacionaron el aborto con sentimientos como la cólera y los anhelos de las mujeres, vómitos o ejercicios bruscos, falta de alimentos, y grandes cólicos o accidentes. Las matronas propusieron algunos remedios para evitarlos como la decocción de hojas de parra y la toma de su infusión frecuente y previnieron del abuso de purgas y otros remedios durante la gestación, especialmente durante los primeros meses "Las purgas violentas antes del cuarto mes o después del séptimo causan abortos. Pero las purgas suaves entre el cuarto y el sexto mes son seguras."/ "Violent purging before the forth month, or after the seventh causes abortment. But gentle purging between the fourth and the seventh month are safe." (Sharp, 1671/1999, p.171).

En definitiva las matronas se encontraron en su práctica diaria todo tipo de patologías gestacionales tal y como nos relató Bourgeois en su serie de casos clínicos: placentas previas sangrantes, hidramnios, roturas de bolsa pretérmino, y la certificación de la muerte de un feto anteparto. ¿Cómo podían las matronas saber si un feto estaba vivo durante la gestación sin los medios clínicos actuales? ¿qué signos consideraban para su diagnóstico y valoración del empleo de instrumentos para su extracción? Según Perkins (1996), Bourgeois utilizó dos métodos para el diagnóstico del feto muerto anteparto: en primer lugar la aplicación de paños en el abdomen de la mujer con algún tipo de preparado aromático caliente para notar si esto producía algún movimiento reactivo de la criatura y en segundo lugar considerar las síntomas que los autores clásicos habían descrito en la madre como opacidad en los ojos, abdomen muy frío así como el aliento y las heces pestilentes.

Así lo reflejan en efecto los manuales investigados: además de la ausencia de movimientos subjetivos por la madre, las matronas asumieron las ideas de los autores clásicos que describían síntomas como "(…) el vientre infinitamente frío (…)"/ "(…) le ventre infiniment froid (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.128) y otros como "(…) la cara está pálida y lívida, lo que es causado por los vapores de la putrefacción (…)"/ "(…) la face eft pâle & livide, cau$f$ée par les vapeurs putrides (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.58). Sin embargo, las matronas fueron conscientes de que éstos son síntomas muy genéricos y poco concluyentes algo que dificultó mucho un correcto diagnóstico anteparto.

En definitiva el conocimiento de las matronas en el manejo de la gestación fue amplio, destacando la colaboración interdisciplinar en algunas de las patologías que trataban con los médicos y cirujanos. Mauriceau nos ilustró con algunos tratamientos para problemas derivados de la gestación en su manual como era el caso de las

hemorroides y nos acercó a la realidad de la medicina en el siglo XVII donde las sangrías eran de uso común en las gestantes para múltiples y heterogéneas patologías. Por ejemplo, en las hemorroides si la dieta y la aplicación de cataplasmas con remedios naturales y frío no dieran resultado el cirujano recomendó "(…) se deben aplicar Sanguijuelas para extraer y vaciar la Sangre (…)"/ "(…) Leeches mu$f$t be applied to draw and empty the Blood (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.77).

En definitiva, los manuales del siglo XVII escritos por matronas compilaron amplios saberes con respecto a los cambios anatomofisiológicos en las mujeres gestantes, ciertos conocimientos en embriología y una amplia gama de patologías a la que se les aplicaron cuidados y remedios muy diversos, resultando unos manuales muy completos en el abordaje de la gestación (Martínez Rojo, Siles González & Martínez Roche, 2014).

3.1.8 (1.8Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el parto.

El estudio de la historia del parto y la partería nos brinda la oportunidad de un mejor entendimiento del cuerpo humano, las sociedades humanas y la naturaleza humana (Bosanquet, 2009a). A través del análisis de los manuales escritos por matronas europeas del siglo XVII, expondremos el modo en que éstas cuidaban de las mujeres durante sus partos y la manera en que establecieron elementos profesionalizadores irremplazables para el fututo de la matronería. Con objeto de acercarnos a esas matronas que ejercían de casa en casa, todos los días y a todas las horas con unas condiciones nulas higiénicas y de seguridad desde nuestro presente, encontramos una herramienta infalible en los manuales escritos por ellas en el siglo XVII. Estos libros nos acercan al contexto de la asistencia al parto en la Temprana Edad Moderna europea en su visión

más global y lo hace desde una vertiente subjetiva, íntima y hasta ahora encerrada en el misterio de la transmisión oral de matrona a matrona.

Las matronas europeas del siglo XVII, tal y como queda reflejado en los manuales investigados, asumieron una serie de competencias que reafirmaron su pertinencia como profesionales. Estos criterios desempeñados fueron el diagnóstico del parto y sus fases, la realización de exploraciones físicas a la madre y al recién nacido, la evaluación del estado materno y fetal, la detección de factores de riesgo y problemas de salud, valoración e información del progreso de parto, apoyo psicológico a la mujer y alivio del dolor, asistencia al parto eutócico y distócico y colaboración con otros profesionales en casos de riesgo.

En definitiva, según arrojan nuestros resultados, las matronas del siglo XVII a través de las ideas plasmadas en sus manuales, lideraron un paradigma en su asistencia a las mujeres promoviendo una asistencia profesional al parto normal desde una mirada fisiológica anclada en sus profundos conocimientos empíricos de la naturaleza femenina.

Para la asistencia al parto normal, las matronas a través de sus manuales en primer lugar, clarificaron el concepto de parto normal, estableciendo fundamentalmente las presentaciones cefálicas como sinónimo de normalidad. Así, de La Marche define claramente el parto normal como el "(…) que el niño sale de la matriz siguiendo la manera ordinaria, (…) cuando presenta en el canal la cabeza en primer lugar."/ "(…) lequel l´enfant ſort de la matrice ſuivant la maniere ordinaire, (…) quand il préſente au paſſage la tête la premiere." (de La Marche, 1677/1710b, p.53).

Sin embargo, las matronas del XVII asumieron como competencia propia también la asistencia a partos que no eran normales como aquellos en los que existían distocias de presentación, partos múltiples o fetos muertos. En este punto empiezan a

disentir matronas y cirujanos en este siglo XVII: para estos últimos, la propiedad de los partos distócicos correspondía a los cirujanos como se desprendió de las palabras de Mauriceau "Pero cuando se trata de un mal Parto hay un mayor Misterio (…) la Habilidad y la Prudencia de un Cirujano son en su mayor parte imprescindibles (…)"/ "But when it is a wrong Labour there is a greater My*ſ*tery (…) the Skill and Prudence of a Chirurgeon is for the mo*ſ*t part requisite (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.163).

Matronas y cirujanos empiezan a disputarse el control del parto y parte de esta rivalidad profesional se vio expuesta en algunas aseveraciones realizadas en el manual de Mauriceau. Por ejemplo con respecto al inicio del parto, las mujeres acudían en ocasiones a las matronas para pedir consejo de cómo podrían conseguir iniciar el parto. Mauriceau criticó los consejos de las matronas y estableció un estereotipo sobre las parteras que aconsejaban ejercicios bruscos para conseguir el inicio de un buen parto:

> Yo no soy de la Opinión de la mayoría de las Matronas que asesoran a las Mujeres Embarazadas (que pueden tener como ellas dicen mejor Parto) que realicen más Ejercicio del corriente hacia el final de su Cómputo (…) que [las matronas] les ordenan que se monten en los Coches o en Caballos de trote, lo cual es un Consejo muy peligroso (…)
>
> I Am not of the Opinion of mo*ſ*t Midwives who advi*ſ*e Women with Child (that they may as they *ſ*ay have the better Labour) to u*ſ*e more than ordinary Exerci*ſ*e towards the end of their Reckoning (…) who orders them to ride in Coaches or trotting Hor*ſ*es which is a very dangerous Advice (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.149).

Sin embargo, a pesar de la crítica realizada por Mauriceau sobre los cuidados y consejos anteparto, en los textos analizados no se encontraron consejos de esta índole por parte de las matronas.

En un contexto europeo del siglo XVII en el que la asistencia era prácticamente domiciliaria en exclusiva, es evidente que muchas mujeres dependiendo de su clase

social y de la dispersión geográfica parían solas o con la ayuda de otras mujeres no profesionales. Por consiguiente, la presencia de matronas que ejercían un oficio pero no estaban formadas oficialmente, era un estigma del que las matronas licenciadas querían pero a penas podían desprenderse.

A través de los manuales analizados, las matronas formadas se reivindicaron como profesionales necesarias en la asistencia al parto tal y como lo hizo Bourgeois. Así, definió el parto normal y promovió la presencia de la matrona en todos los nacimientos y no únicamente en aquellos más problemáticos, ante la posible aparición de complicaciones como las vueltas de cordón y las distocias de hombros que citó específicamente. El parto normal según Bourgeois "(…) es cuando la cabeza viene derecha hacia delante, que es el verdadero parto natural, o todavía necesita de la asistencia de una buena matrona (…)"/ "(…) eſt quand la teſte vient droictement deuant, qui eſt le vray accouchement naturel, où encore il eſt beſoin d`aſſiſtance d´vne bonne ſage femme (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.60).

De esta manera Bourgeois expuso en su manual un precepto básico: la matrona es necesaria siempre en la asistencia del parto normal y no sólo en casos de distocias. Esta idea es reforzada en cierto modo por Mauriceau que nos relató cuál sería la rutina aconsejable de una mujer cuando iniciare su trabajo de parto y en esa usanza aparecía la figura de la matrona, legitimándola "Cuando la Mujer Embarazada, sobre todo primeriza, percibe cualquier Dolor extraordinario en su Vientre, de inmediato envían a buscar a sus Matronas (…)"/ "When Women with Child chiefly of their firſt perceive any extraordinary Pains in their Belly they immediately ſend for their Midwife (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.125).

Estas matronas de la Temprana Edad Moderna europea, fueron expertas en la asistencia a partos de todo tipo y conocieron detalladamente las particularidades y la

influencia del feto como objeto del parto y muchas de las distintas distocias de presentación y de posición fetal que explicaron con detalle en los manuales seleccionados. También fueron conscientes de la manera en la que las contracciones uterinas son el motor del parto y el papel primordial que desempeñan en el logro de un parto normal.

Las matronas europeas analizadas tuvieron en común el interés en el diagnóstico certero de un trabajo de parto activo, hecho que incluso hoy es una tarea sutil: diferenciar un parto en curso de un falso trabajo de parto es un asunto que requiere de unos conocimientos y una experiencia nada despreciable que estas matronas poseían. Para realizar esta delicada labor, los manuales estudiados transmitieron una serie de signos inequívocos a valorar por las matronas como eran las contracciones dolorosas y regulares, el grado de dilatación del cérvix y el estado de la bolsa de las aguas. Así las maestras, hablaron en primer lugar de las contracciones a las que denominaron "dolores". Bourgeois dedicó el Capítulo IX de su manual a cómo discernir si una mujer que refiriera encontrase mal, estaría en trabajo de parto. Ella reseñó por ejemplo la diferencia en la sensación subjetiva de las mujeres del dolor en las fases prodrómicas y de latencia del parto en las que éste difiere en cuanto a la sensación en la parte baja del vientre y periné, del dolor en las fases activas del parto por la compresión de la presentación fetal. Sin embargo en el preparto las contracciones no producen esta misma sensación de presión y con una serie de cuidados que ella explicitó, pueden remitir y desaparecer "(…) se pueden dar paños calientes se acuesta con las piernas encogidas lo que suele aliviar el dolor (…)"/ "(…) l´on peut donner auec des linges chauds ſe tenant couchée les iambes racourcies fait ordinairement paſſer le mal (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.85 [65]). Estos cuidados coincidieron con los propuestos por Mauriceau que denominó al falso trabajo de parto "Cólico" y que según sus ideas

procedía del viento, y se disipaba con paños calientes "(…) este Cólico se disipa mediante Paños calientes aplicados en el Vientre y un Enema o dos (…)"/ "(…) this Cholick is di*ff*ipated by warm Cloths apply´d to the Belly and a Cly*f*ter or two (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.125).

Siguiendo con el diagnóstico del parto, sin duda las matronas del siglo XVII hicieron a través de sus manuales toda una apología del tacto vaginal, de su utilidad e infalibilidad y de la necesidad de conocer su manejo para una adecuada atención en el parto. Esta insistencia, deja ver de soslayo la manera en que una gran cantidad de asistentes al parto ni conocían ni utilizaban el tacto vaginal, ni la anatomía femenina implicada en el proceso. Es cierto que sin conocer el manejo del tacto vaginal y los cambios cervicales producidos durante el parto, aquel que lo asiste lo hace completamente a ciegas. Las parteras y sus manuales, reprocharon insistentemente la asistencia de matronas que no dominaban el uso de los tactos vaginales, y se situaban delante de una mujer con dolor actuando siempre de la misma manera equivocada; esperando y haciéndoles empujar en fases iniciales del parto produciendo efectos nocivos para la salud de madres e hijos. Por este motivo, Siegemund instruyó a su alumna Christina en este sentido desde su manual recordándole cómo lo primero que debía saber una matrona era reconocer un parto activo a través del tacto vaginal:

> De este modo se puede hacer un diagnóstico de acuerdo al Estado de la boca [cérvix]. (...) En los partos a término, a causa del verdadero trabajo de parto se abre ampliamente (…) Sin embargo, si es un falso trabajo de parto, la boca [cérvix] tiende a cerrarse hasta el parto. Tendrás que tomar nota de las muchas diferencias asociadas con el parto falso y verdadero. (...) Si no sabes nada acerca de la entrada hacia el interior de la matriz [cérvix], no puedes hablar con fundamento (...), y simplemente tendrás que esperar y ver qué pasa.

> Thus you can make a diagnosis according to the condition of the mouth (cérvix). (…) in full-term births, because in true labor it opens wider (…) If, however, it is false labor, the mouth tends to close up rather than to part. You will have to take note of the many differences associated with false and true labor. (…) If you know nothing about the inward entrance to the womb, you cannot speak with foundation (…), and you simply have to wait and see what comes. (Siegemund, 1690/2005, p.66).

Todas las matronas estudiadas del siglo XVII, coinciden a través de sus manuales en la infalibilidad del tacto vaginal para el diagnóstico diferencial del parto activo. Por otro lado, el estado de las membranas también se referencia en los libros investigados como signo a considerar. En este sentido Bourgeois para hablar de un parto activo utilizó en ocasiones la expresión "(…) como las aguas formadas (…)"/ "(…) commes les eaux formées (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.50). Bourgeois acuñó esta denominación basándose intuitivamente en su experiencia que le llevó a comprender que en la dilatación cervical en un parto activo, la fuerza aplicada sobre el amnios íntegro se transmite al líquido amniótico y se distribuye por igual en todas las direcciones de acuerdo a las leyes de la presión hidrostática: es la presión intraamniótica la que hace actuar sobre el cérvix a las membranas como una cuña hidrostática y a medida que avanza la dilatación se distiendan y sobresalgan sobre el orificio cervical (Comino Delgado & López García, 2004).

En esta línea, Mauriceau nos mostró en su manual la manera en que denominaron en el siglo XVII algunas matronas a la formación de la bolsa de las aguas por delante de la cabeza en el periodo activo de parto, y nos reveló implícitamente la importancia de la valoración de la misma en un trabajo de parto "(…) que hace que las Parteras lo llamen "La recogida de las Aguas" (…)"/ "(…) which makes the Midwives call it The gathering of the Waters (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.127).

Del mismo modo, si la rotura de la bolsa se objetivaba visualmente era un signo de parto o de cercanía del mismo para las matronas:

> Pero si el nacimiento está cerca, tú lo sabrás cuando las membranas (...) se rompan por el movimiento violento del niño, de manera que estos excrementos caen en el cuello de la matriz, las Matronas las llaman el agua, y cuando empiezan a expulsarse el Nacimiento está cerca, ésta es la verdadera señal de que es, (…)
>
> But if the birth be at hand, you shall know when the skins (...) do break by the violent motion of the child, so that these excrements fall down to the neck of the womb, Midwives call it the water, and when that runs forth then the Birth is near; this is the truest sign that is, (…) (Sharp, 1671/1999, p.160).

Los signos valorados por las matronas vinieron a coincidir con los contemplados por Mauriceau. Habría un parto activo:

> (…) si uno pone su Dedo dentro del Cuello de la Matriz encontrará el Orificio interior dilatado en la apertura de la cual las Membranas del Bebé que contienen las Aguas se presentan y son forzadas firmemente hacia abajo con cada Dolor (…)
>
> (…) if one then puts up their Finger into the Neck of the Womb they will find the inner Orifice dilated at the opening of which the Membranes of the Infant containing the Waters pre*f*ent them*f*elves and are *f*trongly forced downwards with every Pain (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.127).

En definitiva matronas y cirujanos coinciden en los procedimientos en el diagnóstico del parto activo.

En cuanto a los procedimientos asistenciales de las matronas en el siglo XVII durante la dilatación en un periodo activo de parto, existían una serie de cuidados expuestos por las parteras en sus manuales como estándares de calidad en la asistencia a las mujeres. Uno de ellos sería el manejo y uso juicioso del tacto vaginal para el control de la progresión de la dilatación. Estas matronas se encuentran en el momento histórico de la implantación del tacto vaginal como arte necesario y a través del mismo, sabían

identificar las características del cérvix a mediante la evaluación de su consistencia, longitud, posición y dilatación. De hecho, según se desprende de la lectura de manuales escritos por médicos del siglo XVII en partos, el uso del tacto vaginal era raro al menos antes de que se iniciara el periodo activo de parto incluso para médicos y cirujanos (Laget, 1977).

La nomenclatura de la dilatación se elaboraba a través de la traducción de la sensación subjetiva de la percepción dactilar. Así, Bourgeois expresó el resultado de un tacto vaginal en un trabajo de parto a través de lo que podríamos definir como un "lenguaje de matronas" "(…) al tocarla he encontrado el orificio de la matriz (…) dilatado de la anchura de la palma de la mano (…)"/ "(…) la touchant ie trouué l´orifice de la matrice (…) dilaté de la largeur de la paume de la main (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.129). Según Gélis (1991), existía una diferencia a la hora de utilizar el lenguaje para valorar el progreso de la dilatación: las matronas la explicaron haciendo uso de una comparativa con partes del cuerpo como dedos y manos y sin embargo los cirujanos emplearon desde 1670-1680 el símil del tamaño de las monedas para hablar de la dilatación del cérvix como así lo hiciera Portal (Gélis, 1991; Portal, 1685).

Además del cérvix, las matronas sabían que el tacto vaginal aportaba más información de la presentación y posición fetal a través de la palpación de las suturas y fontanelas del cráneo fetal al igual que advirtió Siegemund "(…) tócalo [el cráneo fetal] con dos dedos tan suavemente como sea posible (…) sentirás la abertura en su pequeña cabeza [Fontanela] (…)"/ "(…) touch it with two fingers as gently as possible (…) you will feel the opening in its little head [Fontanel] (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.84). Siegemund, defendió la identificación de las suturas y fontanelas de la cabeza fetal como elemento orientador a los asistentes al parto para determinar con exactitud la estática fetal a través de los puntos guía, que en presentaciones cefálicas, suele ser

habitualmente la fontanela menor situada en el occipucio, tal y como seguimos realizando hoy (Bonilla-Musoles & Pellicer, 2008). La habilidad de Siegemund con el tacto vaginal era tal, que le especificó a su alumna que este trabajo de palpación de las fontanelas debería hacerlo en ocasiones a través de la bolsa de las aguas si éstas se encontraran intactas y de nuevo corroboró otro de los aspectos que describe el tacto vaginal: el control sobre el estado de la bolsa. De esta manera, la habilidad en el manejo del tacto vaginal se describió como de extrema necesidad en el diagnóstico de distocias fetales y la prevención de los riesgos en las madres y sus hijos: "Esto [el tacto vaginal] servirá para informarte: puedes percibir el estado de las cosas por medio de un examen manual reflexivo."/ "This will serve to inform you: you can perceive the state of things by means of a thoughtful manual examination" (Siegemund, 1690/2005, p.82).

Estos resultados vienen a coincidir con las ideas de Klairmont-Lingo (2006) que afirman la importancia otorgada por Siegemund al uso juicioso del tacto vaginal para el diagnóstico y resolución de distocias. Según se desprendió de la lectura de Siegemund, los errores más frecuentes de las matronas consistían en no reconocer un trabajo activo de parto y no explorar a las mujeres y permanecer con ellas durante días sin realizar un tacto vaginal: parece que podría existir el convencimiento entre matronas y mujeres de que hasta la llegada de los pujos los tactos eran innecesarios, creencia desmentida categóricamente por esta matrona:

> Yo te he dado [consejos] acerca de cómo tocar [realizar un tacto vaginal] a una mujer con criterio y cuidadosamente. (…) Por lo tanto, debes aprender a observar la naturaleza del problema a través del tacto prudente si vas a ejercer tu oficio debidamente delante de Dios y el mundo.
>
> I have given you about how to touch a woman judiciously and thoughtfully. (…)Thus you must learn to note the nature of the fault through judicious touching if you are to exercise your office properly before God and the world. (Siegemund, 1690/2005, p.137).

En efecto, solo a través del tacto vaginal se identificarían en la Temprana Edad Moderna precozmente las distocias fetales. Justina diagnosticó distocias con tal seguridad que únicamente la experiencia le hizo hablar tan apasionadamente de su habilidad, desdeñando más que certeramente la utilidad de algunos instrumentos como el espéculo en el trabajo activo de parto:

> (…) mi mano y mis dedos habían llegado a tener un sentimiento natural o de reconocimiento, así que podía sentir y distinguir - como si lo viera con mis ojos- cómo se coloca el niño. Por lo tanto considero el uso del especulo por mi parte como una tortura innecesaria.
>
> (…) my hand and fingers had come to practice natural feeling or recognition so I could feel and distinguish-as if I saw it with my eyes- how the child lay. I thus consider my using the speculum an unnecessary torture (Siegemund, 1690/2005, p.140).

En definitiva, las matronas coincidieron con las afirmaciones de Mauriceau en cuanto las funciones en la asistencia en la dilatación a través del tacto vaginal:

> (…) la Matrona debe de vez en cuando comprobar el Orificio interno con el Dedo para saber si las Aguas están listas para romperse y si el Nacimiento será pronto después. Debe, asimismo, ungir todo el Lugar de nacimiento con Aceites emolientes (…) grasa o Mantequilla fresca si percibe que difícilmente puede dilatarse y todo el tiempo debe estar cerca de su Mujer para observar sus Gestos con diligencia, sus Quejas y Dolores (…)
>
> (…) The Midwife muſt from time to time taſte the inward Orifice with her Finger to know whether the Waters are ready to break and whether the Birth will ſoon after follow: She muſt likewiſe anoint all the bearing Place with emollient Oils (…) greaſe or freſh Butter if she perceive that they can hardly be dilated and all the while ſhe muſt be near her Woman to obſerve her Geſtures diligently her Complaints and Pains (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.153).

Sin embargo, aunque se aconsejó el manejo del tacto vaginal, algunos autores/as afirman que se recomendó a través de los manuales un uso juicioso de ese tacto vaginal

entre otras cosas para no ser culpadas de manipular en exceso y provocar partos prematuros (McTavish, 2006a).

Otros cuidados que la matrona proporcionaba en el periodo de dilatación según los manuales del estudio, incluyen el animar y facilitar la adopción de aquellas posiciones durante el periodo de dilatación que a la madre le fueran más cómodas, promoviendo la movilización si así lo deseaba.

Según Mauss (1936), la manera en que el cuerpo se mueve y se coloca durante el nacimiento es propia de cada cultura y no existe una posición más adecuada que otra sino la legitimada por su uso común en cada una de las culturas y épocas. Esta preocupación por administrar cuidados a través de la deambulación y el manejo adecuado de las posiciones, estuvo ampliamente reconocida en los manuales de las matronas del siglo XVII "(…) una de las cosas más necesarias para una mujer en trabajo de parto, es estar bien instalada para el alivio de la madre y del hijo (…)"/ "(…) l´vne des choſes la plus neceſſaire à vne femme en trauail, eſt d´eſtre bien ſcituée pour le ſoulagement de la mere & de l´enfant (...)" (Bourgeois, 1609/1630, p.65[85]). En efecto, Bourgeois dedicó todo el capítulo X de su manual, a las recomendaciones sobre las posiciones más adecuadas en cada período del parto y nuestros resultados coinciden plenamente con Perkins (1996) en que Louise promovió los cuidados posturales en el parto ofreciéndolos con la máxima comprensión y libertad como fuera posible.

Las matronas observaron la heterogeneidad de las necesidades posturales en las mujeres y alentaron a considerarlas y respetarlas:

> Toma nota de que todas las mujeres no mantienen la misma postura en su parto, algunas descansan en sus camas, si están muy débiles; algunas se sientan en un taburete o una silla, o descansan en el borde de la cama sujetada por otras mujeres que vienen al Parto.

> Take notice that all women do not keep the same posture in their delivery; some lye in their beds, being very weak, some sit in a stool or chair, or rest upon the side of the bed, held by other women that come to the Labor. (Sharp, 1671/1999, p.153).

En esta misma línea Siegemund recomendó para la fase prodrómica y latente de parto "Hubiera sido mejor haberla puesto en una cama caliente y decirle que fuera paciente, haberse sentado a su lado (...)"/ "It would have been better to have laid her in a warm bed and told her to be patient, to have sat down next to her (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.86-87). Aconsejó además a las matronas la cercanía a la mujer y la información a través de sus conocimientos. Así, en el preparto la matrona explicaría a las mujeres la utilidad del dolor para una correcta colocación de su hijo en el canal del parto.

Por otro lado, las matronas en general aceptaron la posición tumbada para las mujeres durante la dilatación si éstas lo deseaban, sin embargo abogaron por no abusar de las posiciones horizontales "(…) no la dejes tumbada demasiado en la cama, sin embargo puede tumbarse a veces y dormir para su fortalecimiento, y para disminuir el dolor (…)"/ "(…) let her not lye long a bed, yet she may lye sometimes and sleep to strengthen her, and to abate pain (...)" (Sharp, 1671/1999, p.145). Así, las matronas del XVII recomendaron la cama durante la dilatación sobre todo para realizar periodos de descanso pero sin abusar de ella, afirmando incluso que podía ser causa de inhibición de la dinámica uterina y aconsejaron para ello la deambulación "También puedes hacer que se levante si es necesario (…) para tratar de ver en qué posición los dolores son más eficaces (...). A veces acostarse inhibe los dolores (…) "/ "You can also have her get up if necessary (…) to try and see in what position the throes are the most effective (…). Sometimes lying down inhibits the pains (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.89).

Si el parto era muy largo indicaron posiciones verticales para regularizar y estimular la dinámica uterina “Cuando la Paciente siente que vienen sus Dolores debe caminar cómodamente en su Habitación (…)”/ “When the Patient feels her Throws coming she should walk easily in her Chamber (…)” (Sharp, 1671/1999, p.145). Estas parteras del siglo XVII intuían que la posición vertical en la primera fase del parto disminuye el dolor, y acorta el tiempo de la fase de dilatación (FAME, 2007). Además de la deambulación y la sedestación, las matronas propusieron otras posturas como la posición de rodillas y cuadrupédica a la manera que lo hizo Bourgeois “(…) o poner un reclinatorio delante de una mesa sobre el cual se pone un cojín para poder arrodillarse apoyándose sobre la mesa cuando aparecen los dolores (…)”/ “(…) ou bien auoir vn ſiege bas, ſur lequel y ait vn oreiller deuant vne table, pour quand elle ſent venir ſa douleur, elle ſe puiſſe agenoüiller s´appuyant ſur la table (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.65-66).

Siguiendo en la línea de los cuidados administrados a la madre en el parto por la matrona en la Europa del siglo XVII, existía entonces un debate en torno a la rotura de la bolsa amniótica dirigida para la asistencia al parto. La bolsa que contiene las aguas fetales, fue a lo largo de los siglos objeto de pensamientos y supersticiones y considerada como medio de conectar la vida y el origen misterioso de esa vida. Las membranas, el cordón umbilical y la placenta estaban rodeadas de supersticiones y se les asignaron cualidades mágicas, benéficas o maléficas indistintamente y se elaboraron rituales en torno a ellos (Donnison, 1988). Ordinariamente la mayoría de recién nacidos rompen espontáneamente la bolsa antes de su salida, sin embargo un pequeño número nacen con bolsa íntegra o las membranas sobre su cabeza por la rotura tardía en la deflexión de la presentación fetal. Ante este hecho, por excepcional, se le otorgaron tradicionalmente a ese recién nacido cualidades culturales como en España, donde se

creyó afortunado a ese bebé al que se le dice que nace "vestido" (Aguirre Baztán, 1995). En esta línea, los manuales también transmitieron creencias de este tipo y así Sharp nos enseñó cómo llamaban las matronas inglesas a estas membranas que cubrían las cabezas de algunos niños y la manera en que se asociaron cualidades culturales a ellas "(…) la cual [la bolsa de las aguas] recibe el nombre por parte de las Matronas de Caule (…)"/ "(…) which is called by Midwives the Caule (…)" (Sharp, 1671/1999, p.107). Y además Jane dijo "La razón por la que algunos Niños vienen al mundo con ellas en la cabeza es la debilidad, y significa una vida corta, y rara vez se demuestra lo contrario."/ "The reason why some Children bring it with them on their head into the world is weakness, and it signifies a short life, and proves seldome otherwise." (Sharp, 1671/1999, p.164). Como vemos, Sharp otorgó cualidades culturales contrarias a las asignadas en España a la presencia de la bolsa sobre la cabeza del recién nacido.

En cuanto a la función de la bolsa amniótica y las aguas en el trascurso del parto, las matronas conocían bien su utilidad:

> Estas aguas hacen que las partes sean resbaladizas y facilitan el nacimiento (...) por lo tanto las Matronas hacen mal en desgarrar las membranas con sus uñas para que salgan las aguas, la naturaleza hará que se expulsen cuando lo necesite y no antes (…)
> These waters make the parts slippery and the birth easie (...) therefore Midwives do ill to rend these skins open with their nails to make way for the water to come, nature will make it come forth only when she needs it and not before (…) (Sharp, 1671/1999, p.160).

Sin embargo esta afirmación nos sorprende y nos introduce en un clásico y actual debate en la asistencia al parto: la necesidad de la rotura de bolsa dirigida para la aceleración del nacimiento o corrección de distocias en la estática fetal. Las matronas a través de sus manuales en el siglo XVII, establecen el cuándo y cómo se justificaría una amniotomía. Afirmaron que en primíparas y sistemáticamente no era necesario

realizarla porque las aguas facilitarían la dilatación "(…) aquellas aguas retenidas dentro de las membranas sirven para dilatar la matriz (…)"/ "(…) ces eaux ſervent beaucoup quand elles ſont contenues dans les membranes, à dilater la matrice, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.67). Abogaron por no establecer la amniotomía como una rutina asistencial tal y como anuncia Klairmont-Lingo (2006) y con la que coinciden nuestros resultados "Te aconsejo que no lo hagas [amniotomía] sin pensar o con demasiada prisa o hacer de ello un hábito (…)"/ "I advise you not to do it thoughtlessly or with undue haste or to make a habit of it (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.162).

Las matronas sabían de los riesgos en la técnica de la amniorrexis artificial pero sin embrago, como matronas experimentadas, también conocían las ventajas de la amniotomía en circunstancias muy concretas y así lo defendieron; recomendaron la rotura prematura de membranas únicamente para prevenir distocias de posición fetal, realizar una versión interna antes de que la presentación se encajara demasiado en la pelvis y cuando la dilatación era completa y se estacionaba un parto "Es dañino e irresponsable romper las aguas si lo haces demasiado pronto, en ausencia de las complicaciones mencionadas (…)"/ "It is harmful and irresponsible to break the waters if you do it too early in the absence of aforementioned complications (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.164). Además las matronas afirmaron "(…) pero si las membranas son tan fuertes que no se rompen para dar paso al Niño para nacer, la Matrona debe con suavidad y prudencia romperlas y desgarrarlas (…)"/ "(…) but if the coats be so strong that they will no break to make way for the Child to come forth, the Midwife must gently and prudently break and rend it (…)" (Sharp, 1671/1999, p.156).

En definitiva, las matronas del XVII fueron conocedoras e hicieron uso de las ventajas puntuales de la amniotomía y recomendaron su uso no rutinario si la evolución del parto era normal, estableciendo premisas de respeto a la evolución fisiológica del

parto normal y coincidieron con las recomendaciones de cirujanos "(…) la Matrona debe dejar que se rompan por sí mismas y no como algunas que, impacientes a causa de un trabajo de Parto largo, las rompen (…)"/ "(…) the Midwife ought to let them break of them*f*elves and not as *f*ome, that, impatient of long Labour break them (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.154).

En cierto modo coincidimos con la idea de Perkins (1996) de que las matronas tenían a través del conocimiento profundo de la técnica de la amniorrexis, cierto poder de decisión en el ritmo del parto y cierta libertad de actuación en si se dejaban romper de manera espontánea o la situación requería de amniorrexis artificial. Podemos afirmar así, que la amniorrexis fue vista por las matronas, médicos y cirujanos como un pequeño recurso de poder y control médico del parto y por ese mismo motivo fue un procedimiento criticado y cuestionado por parte de esos médicos y cirujanos.

En lo que respecta al alivio del dolor de parto, las matronas propusieron en los manuales investigados algunos cuidados, en especial los que se refieren al uso del calor. Aunque en general Bourgeois no era partidaria de la administración de remedios de manera generalizada ni masiva, ya que según su pensamiento el abuso de éstos era el causante de fiebres puerperales y dificultades en la lactancia y otras enfermedades, sí conocía y se refería al uso del calor en el alivio del dolor en las fases iniciales del parto a través de la aplicación de paños calientes en la zona lumbar y abdominal. Además las parteras hicieron del fomento de la libertad de movimientos, la información y el acompañamiento a las mujeres costumbre y medio de alivio a los dolores de parto. Coincidimos así con las afirmaciones de Bosanquet (2009b) que ponen de manifiesto el modo en que las matronas detectaron la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en su experiencia de dolor en el parto y de la importancia otorgada intuitivamente por ellas al ambiente que envolvía al mismo. Idealmente éste

debiera ser cálido, tranquilo y agradable para las mujeres y las matronas (Perkins, 1996).

En lo que se refiere a la alimentación e hidratación de las mujeres durante su trabajo de parto, es preciso contextualizar el proceso en el siglo XVII: partos domiciliarios, en ocasiones difíciles y de larga duración. Hablamos de varios días y sus noches en trabajo de parto y en este contexto obviamente la consideración del ayuno era una cuestión de sentido común y de supervivencia. La idea de que el útero estaba conectado con el cerebro y el resto del organismo, impregnó a gran parte de la medicina europea del siglo XVII y por extensión al manual de Sharp y sus recomendaciones dietéticas en el parto:

> (…) Se debe tomar en consideración la dieta: las cosas ácidas cierran el Orificio de la Matriz, como Membrillos y Castañas, Serbas [en forma de pera] y Nísperos [en forma de manzana] y las Peras. Todos éstos y otros similares causan dolor al contraer el útero; los aromas dulces causan un parto difícil, porque llaman la matriz hacia arriba; demasiada hambre o la sed, el cansancio (…) producirá los mismos efectos dolorosos.
>
> (…) Diet is to be taken into consideration; for sower (sour) and binding things will straiten the Orifice of the Matrix; as Quinces and Chesnuts and Services (pear-shaped) and Medlars (apple-shaped) and Pears, all these and such like cause dolour by contracting the womb; sweet scents cause hard delivery, because they draw the matrix upward; too much hunger or thirst, weariness (…) will produce the like painful effects. (Sharp, 1671/1999, p.133).

Pero además de estos pensamientos más perecederos, los cuidados de las matronas del XVII expresados en sus manuales en nutrición e hidratación en el parto, fueron en la dirección de la prevención de los peligros del ayuno "(…) dos cosas son muy perjudiciales en una mujer durante el trabajo de parto, gran saciedad o gran inanición, todos los extremos son enemigos de la naturaleza (…)"/ "(…) deux choſes

ſont fort nuiſibles à vne femme en trauail, grande repletion, ou grande inanition, toutes extremitez ſont ennemies de la nature (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.71). De las palabras escritas en el manual de Bourgeois, deducimos al igual que Gèlis (2009), que era prioritario para esta matrona el confort de las mujeres a las que asistía en sus partos a través de cuidados dietéticos. Las matronas a lo largo de su amplia experiencia, pudieron comprobar cómo el ayuno total de horas e incluso días, podía desembocar en trabajos de parto largos con deshidratación y muerte materna y fetal por agotamiento. Así, para los partos largos recomendaron hidratar a la mujer y reforzar sus fuerzas con diversos alimentos:

> (…) Las Matronas, por lo tanto, debemos preguntarnos cuánto tiempo pasó desde que la mujer comió, y qué y cuánto (...) ella [la matrona que la asiste] puede darle algo que le fortalezca en su trabajo de parto si es necesario (…)
>
> (…) Midwives therefore must ask how long it was since that the woman did eat, and what and how much (...) she may give her something to strengthen her in her labour if need be (…) (Sharp, 1671/1999, p.162).

Coincidimos así con la afirmación de Hobby (2001) que recoge la idea de Sharp en cuanto a cómo una parte importante del buen trabajo de la matrona, incluía satisfacer sus necesidades alimenticias. También de La Marche en la página 66 de su manual, propuso darle vino a la mujer si estuviera muy débil tras horas de parto y Sharp a su vez recomendó una serie de alimentos fortalecedores con idéntico fin:

> (…) pero si el Viaje [parto] es largo, la Matrona debe refrescarla con un poco de caldo de Pollo o la Yema escalfada de un Huevo, con un poco de pan, o un poco de vino o agua fuerte (...) y con todo animarla con buenas palabras (…)
>
> (…) but if the Travel be long, the Midwife must refresh her with some Chickens broth or the Yolk of a potched (poached) Egg, with a little bread, or some wine, or strong water (...) and withal to cheer her up with good words (…) (Sharp, 1671/1999, p.153).

Las matronas recomendaron en sus manuales del siglo XVII, evitar las carnes o comidas muy pesadas por el enlentecimiento del proceso digestivo durante el parto, y la frecuencia de vómitos. Pero sí hicieron uso del alcohol coincidiendo con las propuestas dietéticas formuladas por algunos cirujanos de su época como Guillemeau en *De L`Heureux Accouchement* (Guillemeau, 1649), que recomendaron durante un trabajo de parto largo caldos, huevos y además "(…) un poco de pan o vino y agua sin por ello sobrecargar su sistema (…)" (Perkins, 1996, p.58). Del párrafo anterior de Sharp, también resaltamos la importancia otorgada al acompañamiento de las mujeres ofrecido por las matronas que junto a la posibilidad de elección, la sensación de no perder el control del proceso y el manejo de la información adecuada son consideradas en estudios recientes como relevantes para las mujeres en cuanto a lo esperado de la actuación profesional de las matronas (Borrelli, 2014).

En cuanto a las medidas de asepsia y confort en los domicilios en el momento del parto, a pesar de las deficiencias manifiestas de las condiciones higiénicas de algunos domicilios del siglo XVII y en general del proceso de parto, las matronas expresaron su preocupación por conseguir las condiciones ambientales óptimas para el parto aunque influidas por las teorías humorales:

> El frío también cierra el útero y el calor hace que la mujer se desmaye si cualquiera de ellos es excesivo, por lo que debe mantenerse en una temperatura adecuada o su parto no será tan fácil como podría ser de otra manera (…)
>
> Cold also shuts the womb closer, and heat causeth the woman to faint, if either of them exceed, so that she must be kept in a due temper or her delivery will not be so easy as it might be otherwise (…) (Sharp, 1671/1999, p.133).

En consecuencia, el acondicionamiento de la habitación de parto, la cama y el uso del fuego, fueron elementos a considerar en una práctica asistencial de calidad para las matronas coincidiendo así con lo expuesto por Bosanquet (2009a) que afirma cómo

Sharp consideraba un ambiente templado el adecuado para el manejo del dolor en el parto así como el alimento y el acompañamiento.

En cuanto a la asistencia en el periodo expulsivo, todas las matronas y en especial Siegemund, insistieron a través de sus manuales en hacer un buen control de la dilatación para no estimular a la mujer a empujar ni colocarla en la silla de partos antes de tiempo:

> Ten cuidado con esto [con realizar pujos prematuros antes del periodo expulsivo] (...) la matrona no puede estimular los dolores en buena conciencia, (...) la poderosa fuerza del pujo prematuro puede provocar muy fácilmente que el niño cambie, se flexione y malposicione (…)
>
> Be careful of this. (…) no midwife can stimulate the pains in good conscience, (…) the mighty force of the untimely pushing can very easily cause the child to shift so it is flexed and crooked (…) (Siegemund, 1690/2005, p.86).

Por otro lado, en el círculo científico médico del siglo XVII, existía la duda de si los huesos de la pelvis se separaban en el momento del expulsivo, cosa que Siegemund no secundó coincidiendo así con las ideas de Mauriceau:

> Quieres mi opinión sobre los huesos de la pelvis, si deben separase cuando las mujeres están en trabajo de parto. Pues bien, te diré que no creo mucho en esta creencia. Pero dejo que cada uno tenga sus pensamientos sobre ello.
>
> You want my opinion on the pelvic bones, whether they must part when women are in labor. Well then, I will tell you I do not think much of this belief. But I leave everyone to their own thoughts on it. (Siegemund, 1690/2005, p.73).

Los cuidados de la matrona en el expulsivo, incluyeron la facilitación de las posturas que resultaran más cómodas a las mujeres. Éstas incluían un amplio abanico de posibilidades. Sin embargo la opinión de los médicos y cirujanos va calando entre las matronas conforme avanza el siglo XVII:

> Habrá que situarla en la mejor posición posible (...) unas querrán dar a luz de pie, otras estando sentadas en una silla abierta (...) que otras querrán estar de rodillas, pero la mejor (...) es aquella donde la mujer está acostada, las rodillas elevadas, (…)
>
> Il faut la faire ſituer le mieux que l´on pourra (…) les unes veulent accoucher debout, les autres aſſiſes dans une chaiſe percée (…) d´autres veulent être à genoux: mais la meilleure (…) eſt d´être couchée ſur le dos, les genoux hauts, (…) (de La Marche, 1677/1710b, pp.68-69).

Como vemos las matronas fomentaron el respeto y la libertad de movimientos de las mujeres en sus expulsivos y conocían las ventajas de cada una de las posiciones, aunque de La Marche, influida por su labor asistencial y su convivencia con cirujanos en el Hôtel Dieu, ya recomendó la posición horizontal como la ideal para el expulsivo puesto que en el Hôtel Dieu se utilizaron camas de parto diseñadas para tal fin, muy similares a las actuales y en eso coincidió con las afirmaciones de Mauriceau. El cirujano reconoció que todas las mujeres no estaban acostumbradas a parir en la misma postura, dependiendo de sus países y que algunas lo hacían de rodillas o de pie apoyando sus codos en una almohada sobre una mesa, aunque para él era la cama el lugar más adecuado para parir en el domicilio (Mauriceau, 1668/1727, p.157), como así lo aseveran algunos autores/as, probablemente para mayor comodidad del cirujano en la realización de maniobras de versión y aplicación de instrumentos extractores de fetos muertos (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2012). Coincidimos pues con las afirmaciones de Hobby (2001) que interpreta de la lectura de manuales escritos por varones en el siglo XVII, la preferencia unánime de éstos por la adopción de posiciones en el parto pasivas por las mujeres y la afirmación de Harley (1993) que asocia la entrada de los hombres a la partería con la posición de litotomía ligada a conceptos de pasividad e infantilización a través de modelos de atención paternalistas que han sobrevivido hasta en el siglo XXI en los hospitales europeos.

Pero exceptuando a de La Marche, el resto de parteras realizaron su labor en los domicilios e hicieron uso de las ventajas de las diferentes posiciones como Bourgeois, que conocía perfectamente el efecto de las posiciones verticales en partos más dificultosos en los que recomendó a las mujeres salir de la cama y "(…) de modo que deberá estar de pie, o sentada en la silla [de parto] (…)"/ "(…) tellement qu´il faut qu´e$f$tant debout ou a$ffif$e dans la chaire (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.67). Sin embargo, a pesar de que Bourgeois comprendía las ventajas de la verticalidad en partos laboriosos, según Perkins (1996) y Dunn (2004b), prefería mantener a las mujeres en la cama para el periodo expulsivo y no existen evidencias de que recomendara la posición vertical en todos los partos. Por este motivo algunos autores/as han sugerido, sin ser demasiado categóricos, que esa preferencia de Bourgeois por realizar el expulsivo en la cama, estaría relacionada no tanto con la medicalización del parto, sino con el reforzamiento de la situación de poder de la matrona sobre la mujer en el control del parto como medida de autoridad que la reafirmara como experta. Posición que ella defendía en la relación asistencial dependiendo también a la clase social de la mujer que atendiera. Parece ser que en el siglo XVII parir en la cama era la opción preferida por un sector social de clase alta francesa y las posiciones verticales, aunque muy favorecedoras, empezaban a estar un poco "pasadas de moda" (Perkins, 1996). Las matronas fueron plenamente conscientes de la influencia cultural de las posiciones en el parto y asumieron que la costumbre y modo de parir es diferente en cada país y región así como en cada clase social y supieron rentabilizar convenientemente su destreza y versatilidad en la asistencia a partos en cualquiera que fuera la preferencia de la madre, siempre y cuando se tratase de un parto normal y contando con la valiosa ayuda de otras mujeres asistentes al parto.

Por otro lado, las camas de las que se disponían en el siglo XVII en los hogares, suponemos serían de condiciones higiénicas muy diversas y en ocasiones precisaban de una preparación para que el expulsivo fuera posible tal y como Sharp nos relató aproximándose a la posición de litotomía:

> Especial ayuda en el parto, es poner a la mujer a lo largo de su espalda, con la cabeza un poco elevada con una Almohada y una almohada bajo su espalda y otra almohada más grande para levantar las nalgas y las caderas, poner los muslos y las rodillas bien abiertos por medio, las piernas se deben inclinar hacia atrás, hacia sus nalgas, y hacia arriba; los talones y las plantas de los pies se deben fijar sobre un tablero previsto a propósito que cruza la cama. Algunas deben tener un vendaje por encima de los pies de ancho cuatro dobles, éste debe ser puesto bajo sus riñones, y dos mujeres de pie a cada lado de ella deben mantener la espalda recta, y estas dos personas deben levantar la venda por igual, en el momento que vienen los dolores, o de lo contrario pueden causarle dolor, y dos más de los asistentes deben sujetarla de la parte superior de sus hombros para que ella pueda forzar al niño a nacer con más facilidad.
>
> Particular helps to delivery, are to lay the woman first all along on her back, her head a little raised with a Pillow, and a pillow under her back; and another pillow larger than the other to raise her buttocks and rump; lay her thighs and knees wide open asunder, her legs must be bowed backwards toward her buttocks and drawn upwards, her heels and soles of her feet must be fixed against a board to that purpose laid cross her bed. Some woman must have a bandage above a foot broad four double, this must be put under her Reins, and two women standing on each side of her must hold it up straight, and these two persons must lift up the swathe-band equally, just when her throws come, or else they may do her hurt, and two more of the standers by must lay hold on the upper part of her shoulders that she may more ease force the child forth. (Sharp, 1671/1999, pp.158-159).

Aparecen como utensilios necesarios en los expulsivos las sillas de partos y las camas de partos descritas minuciosamente por Siegemund y que más adelante

desarrollaremos con más detalle. Ella defendió su uso especialmente en casos de distocias, facilitando el acceso de la matrona al canal del parto y permitiendo las maniobras de versión interna. Para ilustrarlo Siegemund nos relató un caso clínico en el que acude a un parto donde se demanda su asistencia como matrona experta tras tres días de parto y en el que la mujer está a punto de morir. Nos detalló cómo el primer cuidado administrado a la parturienta fue postural y tras el mismo realizó una versión interna "Así que me acerqué a ella, la puse sobre una cómoda cama de parto (…)"/ "So I went up to her, laid her down on a comfortable birthing bed (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.166). Siegemund consiguió salvar la vida de la madre de este modo pero no la del niño, sin embargo nos cuenta que la mujer también murió horas después por la fatiga del trabajo de parto.

Una vez situada la mujer los cuidados que las matronas administraban en el expulsivo, según los grandes manuales del pasado y del presente siglo XVII escritos por médicos, la matrona debía colocarse según Guillemeau, Roesslin y Paré sentada en un banquillo pequeño a un nivel por debajo de la mujer (se entiende que en partos verticales o en silla de partos que eran muy frecuentes) y debían untar las "partes bajas" de la mujer con mantequilla u otro ungüento graso y valorar el progreso del niño en el canal animando a la mujer, dándole aliento y ayudándole a respirar y a pujar convenientemente. Todos los escritos médicos hablaron de una labor de la matrona prudente y cuidadosa como deber para con las mujeres (Perkins, 1996) y con cierto carácter pasivo en la asistencia al parto. Según Mauriceau, la matrona en el expulsivo "Mientras tanto la Matrona debe consolarla y desearle que supere el Parto con valentía, dándole esperanzas de un Parto rápido."/ "In the mean time the Midwife muſt comfort her and deſire her to endure her Labour bravely putting her in hopes of a ſpeedy Delivery." (Mauriceau, 1668/1727, p.158).

Sin embargo, no sólo la opinión de cirujanos es importante en nuestro trabajo sino que el núcleo de nuestro interés se centra en el diseño de la profesión matrona elaborado por ellas mismas y difundido a través de sus manuales escritos y en este sentido conocer qué procedimientos debía realizar la matrona en el expulsivo desde la óptica de las propias matronas. La matrona debía colocarse de la manera más cómoda para asistir el nacimiento y utilizaría sus manos para ayudar en el desprendimiento de cabeza y hombros resaltando una actitud más activa en la asistencia en el expulsivo que la propuesta por médicos y cirujanos:

> A partir de ese momento la Matrona debe ponerse al lado y a los pies de la mujer, (...) las manos próximas a las partes íntimas de la mujer, y tan pronto como la cabeza del niño esté fuera, le tomará de los dos lados con la palma de sus manos, algunos de sus dedos puestos bajo la mandíbula inferior, y el resto de sus dedos aplicados sobre el occipucio;(…)
>
> Pour lors la Sage-femme ſe doit mettre aux côtez ou aux pieds de la femme, (…) les mains proche la partie de la femme; & fitôt que la téte de l´enfant ſera dehors, elle le prendra aux deux côtez avec la paume de ſes mains, une partie de ſes doigts ſous la machoire inférieure, l´autre partie appliqée ſur l´occiput; (…) (de La Marche, 1677/1710b, p.69).

En efecto, incluso la manera en que los asistentes al parto se colocan de lado, frontalmente o en otras diversas posiciones dependen de cada cultura y espacio concreto (Mauss, 1936), definiendo la manera de situarnos el tipo de asistencia que proporcionamos y de dónde proviene la elaboración y conceptualización de esa asistencia.

Tras la exitosa salida de los hombros, de los que las matronas especifican muy claramente que no siempre se llevan a cabo de manera fácil y feliz, las matronas nos recomendaron comprobar si existían vueltas de cordón alrededor del cuello como lo

hizo Bourgeois, especificando que algunas de estas vueltas se pueden liberar si son laxas y otras si son demasiado prietas se podían cortar pero con riesgo de perder sangre fetal, por lo que si se realizaba el corte recomendó una ligadura eficaz del cordón y no perder el extremo unido a la placenta antes del alumbramiento "(…) atarlo al muslo de la mujer [el extremo del cordón unido a placenta] a fin de evitar perder el extremo (…)"/ "(…) l´attacher à la cuiffe de la femme craignant d´en perdre le bout (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.60).

Tras la salida completa del recién nacido, las matronas debían comprobar el estado del periné que en muchos casos se habría desgarrado. Además de la protección del periné, recomendaron no abrir con las manos el canal blando del parto en el momento de la salida de la cabeza fetal, ya que ésta por sí sola realiza este trabajo. Esta manipulación favorecería para Siegemund la formación de grandes desgarros:

> Si el nacimiento es difícil y no hay ninguna otra causa para esa dificultad que la estrechez y opresión en el vientre, es decir, de la parte frontal de la matriz [vagina y periné], tienes que dar a la mujer tiempo. Ciertamente, no debes estirar o dilatar nada con los dedos. Éste es un error común. (...) He observado que hace más daño de lo que ayuda.
>
> If the birth is difficult and there is no other cause for its difficulty than narrowness and tightness of the belly, that is, of the front part of the womb, you have to give the woman time. You certainly should not stretch or dilate anything with your fingers. This a common mistake. (…) I have observed that it hurts more than it helps. (Siegemund, 1690/2005, p.74).

En definitiva las matronas abogaron por esperar y no manipular en exceso el canal blando del parto, lo que vendría a suponer una política de respeto a la fisiología de la salida fetal. Al mismo tiempo, las matronas conocían las consecuencias de los

grandes desgarros y las repercusiones en la morbilidad materna a corto y a largo plazo tras la afectación del esfínter y mucosa rectales:

> Es más necesario proteger el vientre que estirarlo si el canal del parto no es desgarrado (…) cuando el recto se lesiona (...). Esto es una desgracia grave para la mujer, porque no puede controlar sus intestinos a voluntad a partir de entonces.
>
> It is more necessary to protect the belly than to stretch it if the birth passage is not to tear (…) when the rectum is injured (…). This is a grave misfortune for the woman, for she cannot control her bowels at will thereafter." (Siegemund, 1690/2005, p.74).

La literatura en historia de la obstetricia, adjudica a Sir Fielding Ould (1710-1789) un hombre-matrona irlandés, la introducción de la episiotomía como sección intencionada del periné y maniobra para la facilitación del desprendimiento de la cabeza fetal (Doležal et al., 2007), sin embargo los manuales analizados, si bien clarificaron el alejamiento de las matronas de estas técnicas, nos acercaron a la existencia de las mismas antes de la fecha anteriormente reseñada. De hecho Sharp en su manual de 1671, nos relató un caso clínico de una mujer con un vaginismo que le suponía una dificultad para el parto y el incidente fue solucionado por un cirujano con unos medios que bien pudieron parecer similares a una episiotomía:

> Yo vi a una mujer que tenía el Orificio de la matriz tan pequeño [vagina], que nada excepto la Orina y sus menstruaciones podrían pasar a través de ella (…) las matronas [cuando la mujer inició el parto] descubrieron la dificultad, y un Cirujano hizo el orificio más ancho (…) y así parió felizmente un Hijo en su cama (…)
>
> I saw a woman that had the Orifice of matrix so little, that nothing but Urine and her courses could pass through; (…) the midwives (when she was to be delivered) discovered the difficulty; and a Chirurgeon made the orifice wider (…) and she was by that means happily brought a bed of a Son (…) (Sharp, 1671/1999, p.203).

La técnica no se describió en el manual como realizable por matronas ni como dinámica habitual, pero es obvio que se refiere al menos a una sección voluntaria del

periné para facilitar la salida de la cabeza fetal. Entendemos así que los cirujanos en ocasiones realizaron secciones de periné no siendo ésta una práctica cotidiana. Históricamente la protección perineal ha sido una herramienta para las matronas bajo lo que algunos autores han denominado un modelo social de cuidados. Con la llegada de los varones a la asistencia al parto en los siglos XVII-XVIII, se medicaliza el parto y el periné también se convierte en campo de posible intervención quirúrgica a través del uso de la episiotomía que con el paso de los siglos, se convierte en práctica rutinaria y en este sentido se pasa a un modelo de asistencia quirúrgico asociado a varios factores entre ellos la adopción de la posición supina, el uso de instrumentos y la separación de las mujeres de sus personas de apoyo (Dahlen, Homer, Leap, & Tracy, 2011).

Por otro lado, Mauriceau en su manual defendió por primera vez el papel de las matronas en el expulsivo y las exculpó de muchos de los desgarros que se producen en el canal blando tras el parto:

> Casi todas las Mujeres en su primer Parto se quejan mucho cuando el Niño está en el Pasaje [canal del parto] de que las Matronas pinchan y arañan estas Partes y creen que las Heridas y Contusiones que están allí después del trabajo de Parto suceden porque las Matronas las manejaron sin delicadeza alguna, pero están muy confundidas porque esto viene porque la Cabeza del Niño, a su paso, causa una violenta distensión y separación (…)
>
> Almoſt all Women in their firſt Labour do very much complain when the Child is in the Paſſage that the Midwives prick and ſcratch thoſe Parts and do believe that the Hurts and Bruiſes which are there after Labour do happen becauſe the Midwives handled them too roughly but they are very much miſtaken for this comes becauſe the Child's Head in paſſing makes a violent diſtention and ſeparation (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.267).

Además Mauriceau explicó la manera en que se debían curar esos desgarros en el posparto aplicando paños calientes durante cinco o seis horas tras el parto "(...)

aplicar la Cataplasma, anteriormente dirigida a las Partes más bajas, para aliviar el Dolor, hecha de las Yemas y Claras de Huevos recién puestos y Aceite de Rosas (…)"/ "(…) apply the Catapla*ſ*m formerly directed to tho*ſ*e lower Parts to ea*ſ*e Pain made of the Yolks and Whites of new laid Eggs and Oil of Roses (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.268).

Según Evenden (2000), algunos desgarros perineales severos requerían sutura: una tarea que la matrona podría competentemente desarrollar aunque algunos cirujanos empezaron a discutir si esta competencia sería únicamente propiedad de ellos.

Seguidamente, tras el corte del cordón umbilical que abordaremos más adelante, las matronas debían realizar el alumbramiento y la revisión de la placenta y anejos, comprobando siempre que no hubiese otro feto dentro y no se tratara de un parto múltiple. Sobre la placenta, las matronas arrastraron una carga de creencias populares que les influyeron en su quehacer diario. Un ejemplo fue el significado otorgado por algunas de ellas a los nudos de cordón y falsos nudos. Muchas de ellas creían en la existencia de una asociación entre éstos y el número de hijos futuros de la mujer, y la separación entre los mismos orientaba del tiempo que pasaría entre un hijo y otro. Mauriceau, de La Marche y Sharp, se refirieron específicamente a estas supersticiones asociadas a las matronas y las negaron:

> (…) pero las Matronas dicen, que el número de estos nudos significa la cantidad de Niños, los niños pelirrojos, las Niñas blanquecinas y la larga distancia entre nudo y nudo, mucho tiempo entre niño y niño; pero todas son falsas (…)
>
> (…) but Midwives say, these knots in number signifie so many Children, the reddish boys, the whitish Girls, and the long distance between knot and knot, long time child and child; but all false (…) (Sharp, 1671/1999, p.166).

Sin embargo Sharp hizo referencia a las afirmaciones de Miraldus que otorgaban cualidades casi mágicas al cordón umbilical, hasta tal punto que éste aconsejó llevar a la

puérpera a modo de anillo un trozo de cordón umbilical como amuleto protector contra las fiebres y enfermedades puerperales y otros demonios y brujas.

En cuanto al procedimiento del alumbramiento, las matronas en general aconsejaron una política de respeto y paciencia en el manejo del mismo evitando maniobras bruscas (Evenden, 2000). Bourgeois insistió mucho en la paciencia y pidió a los cirujanos asistentes a partos seguir el ejemplo de las matronas "(…) o tirar con paciencia como lo hacen las matronas (…)"/ "(…) ou de les tirer come les ſages-femmes auec patience (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.76). Por otro lado, las matronas conocían algunas maniobras para facilitar la expulsión de la placenta cuando ésta se encuentra desprendida y retenida en el segmento inferior y así las enseñaban tal y como lo afirma también Gélis (1991):

> (…) ella [la matrona] apoyará la mano sobre el vientre de la mujer, a la derecha hacia el fondo de la matriz, o ella hará dulcemente la fricción con la palma de la mano, para facilitar el desprendimiento de la placenta (…)
>
> (…) elle portera ſa main ſur le ventre de la femme, au droit du fond de la matrice, où elle fera doucement la friction avec la paume de la main, pour faciliter le détachement du placenta; (…) (de La Marche, 1677/1710b, p.70).

Además las parteras fueron conocedoras de los riesgos para la vida de la madre de un mal alumbramiento en forma de retención placentaria total o parcial y así lo advirtieron en sus manuales. Algunos textos del siglo XVII, recomendaron a las matronas enseñar a los presentes la placenta para que éstos actuasen como testigos de su integridad con objeto de prevenir la culpa de posteriores muertes maternas que eran frecuentemente adjudicadas a las matronas y a su mal manejo del alumbramiento (McTavish, 2006a).

Por consiguiente, las matronas europeas a través de sus manuales en el siglo XVII, promovieron la atención al parto normal desde posicionamientos no

intervencionistas compatibles con la seguridad de madres e hijos y en este sentido alentaron ese respeto al proceso normal del parto sin acelerar los nacimientos:

> Yo deseo que todas las Matronas presten atención a la forma en que no debe administrarse nada por dentro para acelerar el Nacimiento, (…) se han perdido muchos niños por falta de este conocimiento y a la madre se le causó más dolor del que habría tenido.
>
> I shall desire all Midwives to take heed how they give any thing inwardly to hasten the Birth, many a child hath been lost for want of this knowledge , and the mother put to more pain than she would have been. (Sharp, 1671/1999, p.159).

Tal y como afirmó Bosanquet (2009a), los escritos de Sharp resaltaron la importancia de trabajar a favor y no en contra de la naturaleza y declaró una franca oposición a aquellas prácticas destinadas a acelerar los nacimientos. Del mismo modo, las ideas de Bourgeois resumidas por Dunn (2004b) de no intervencionismo dejando a la naturaleza seguir su curso, se reflejaron claramente en su manual.

Existió controversia en cuanto al manejo del parto por las matronas y su supuesto poder para acelerar los nacimientos a través de sus conocimientos, hecho por el que fueron duramente criticadas por algunos médicos al romper la bolsa de las aguas antes del periodo activo de parto para inducirlos, masajear en exceso el canal del parto, estimular precozmente los pujos y administrar remedios como enemas. En este sentido Bourgeois, de acuerdo con los escritos de Roesslin y Paré, promovió a través de sus manuales una aproximación no intervencionista en el manejo del parto evitando forzar en ningún sentido a las mujeres (Perkins, 1996). No cabe duda de que eran prácticas habituales entre las matronas y según los manuales las propias matronas hacen gala de saber cómo acelerar un nacimiento si la vida de madre e hijo corrían peligro, pero esto no se traduce necesariamente como una sistemática de trabajo tal y como acusaron cirujanos y médicos.

Desde esta mirada, las matronas promovieron en sus manuales elaborados en el siglo XVII, intervenciones mínimas de acuerdo con el pensamiento científico de la época y los cirujanos. Además alentaron a sus alumnas a proporcionar un trato a las mujeres y sus familias respetuoso, cercano y digno tal y como reivindicó Sharp incluso en el tratamiento de distocias y emergencias para prevenir traumas psicólogos innecesarios.

En esa misma línea, Bourgeois a través de un trato con tacto y suavidad a las mujeres, propuso el respeto como base de una estructura ética profesional que agrupara a las matronas en torno al respeto a sí mismas como profesionales con autocontrol y una eficiente forma de trabajo y sobre todo las agrupara alrededor del respeto y consideración hacia la mujer que pare (Perkins, 1996). Algunos autores/as afirman sin embrago que esta máxima no intervensionista asumida y transmitida a través de los manuales del siglo XVII, escondían miedos y estrategias para eximir y gestionar la culpa que en muchas ocasiones asumía la matrona si el resultado del parto no era el esperado (McTavish, 2006a).

En definitiva, las matronas del siglo XVII, ya creyeron en postulados humanizadores, reivindicaron la asistencia individualizada y basaron sus cuidados en el respeto a la vida, a la religión y a la diversidad de las mujeres (Gélis, 2009) “Puesto que Dios me ha hecho la gracia de haberme llamado al arte de la partería, he tenido el gran placer de observar la diversidad de naturaleza de las mujeres (…)”/ “Depuis que Dieu m`a fait la grace de m`auoir appelle àl`art de ſage femme, i`ay pris fort grand plaiſir à remarquer la diuerſité du naturel des femmes (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.88).

Así podemos aseverar que los manuales estudiados nos transmitieron dos ideas claves para la partería en la asistencia al parto normal; el respeto a la fisiología del parto y por extensión el minimalismo en las intervenciones y la humanización en el

desempeño de las competencias como matrona individualizando el trato a cada mujer y sus familias.

La presencia del parto distócico y su manera de prevenirlo sigue siendo en el siglo XXI, un problema de salud especialmente en los países en vías de desarrollo (Alijahan, Kordi, Poorjavad &Ebrahimzadeh, 2014). En lo que se refirió a la conducción del parto distócico por parte de las matronas del siglo XVII, podríamos afirmar tras la lectura de los manuales, que el adiestramiento en el manejo correcto de las distocias del parto fue el objetivo explícito fundamental de los libros especialmente el de Siegemund y Bourgeois. Estas matronas fueron grandes expertas en la asistencia en partos con distocias de todo tipo. En general, se asumió como competencia propia por parte de las mismas matronas estos partos dificultosos, aunque como sabemos, éste empezó a ser terreno pantanoso en lo que se refiere a la delimitación de competencias con los cirujanos. Así, ante la pregunta de su alumna sobre las posibilidades de la matrona de ayudar a las mujeres en partos distócicos con la que comienza el manual alemán, Siegemund respondió de manera clara:

> CHRISTINA [alumna]: (…) ¿Puede una matrona ayudar a una parturienta en estos casos anormales, que ocurren tan a menudo? (…)
>
> JUSTINA [maestra]: Sí, puede ayudar en cierta manera, es decir, si es inteligente, ha asistido diversos partos y tiene una mano hábil.
>
> CHRISTINA: (…) Can a midwife help laboring women in these unnatural cases, which occur so often? (…)
>
> JUSTINA: Yes, she can help in certain ways, namely, if she is intelligent, has attended sundry births, and has a skilled hand. (Siegemund, 1690/2005, p.63).

La matrona asume su responsabilidad como experta en distocias y salvar la vida de la madre es la línea roja de su asistencia al parto:

> Cada vez que un peligro se presentaba, siempre que había partos difíciles, Me llamaban de un lugar a otro. Dado que los niños estaban a menudo ya muertos, era mi tarea, con la gracia de Dios, salvar a las madres.
>
> Whenever a danger presented itself, whenever there were difficult births, I was summoned from one place to another. Since the children were often already dead, it was my task, with God´s grace, to save the mothers. (Siegemund, 1690/2005, p.49).

Las emergencias en los nacimientos proporcionaron a las matronas el único escenario de intervención como expertas en el transcurso del parto (Perkins, 1996). Las matronas se reconocen capaces de salvar las vidas de las madres, sin embargo los cirujanos van ganado terreno a lo largo del siglo XVII y ya de La Marche, nos especifica que para ella existían patologías que harían necesaria la asistencia de los médicos y cirujanos en algunos partos como en aquellos en los que la madre presentaba un síncope, convulsiones o pérdidas considerables de sangre, con objeto de compartir la culpa con ellos.

Como norma general en la Europa del siglo XVII, los cirujanos eran avisados en casos extremos en los que se requería el uso de instrumentos para extraer al feto muerto para salvar las vidas de las madres (Evenden, 2000). En general las matronas asumieron la participación de los médicos y cirujanos en casos de urgencia extrema para las madres, quizá no tanto por la confianza en su habilidad como por salvaguardar su propia seguridad. Expondremos cómo podían las matronas distinguir aquellos partos peligrosos para la vida de madres e hijos así como cuáles eran algunos de los signos de alarma a considerar. Sharp expuso algunos:

> (…) Si se desmaya en el trabajo de parto [la parturienta] (…) Si está extremadamente débil (…) Si no te contesta cuando le llamas (…) Si tiene Convulsiones (…) Si se resiste a los alimentos (…) Si su pulso late alto y rápido.

> (…) If she swoond in labor (…) If she be extream weak (…) If she will not answer when you call (…) If she hath Convulsion fits (…) If she loath meat (…) If her pulse beat high and quick. (Sharp, 1671/1999, pp.146-147).

Por otro lado, los manuales expusieron ampliamente lo que según las matronas son los tipos de distocias más importantes. Así, de La Marche divide las mismas en distocias maternas relacionadas con la edad, peso, estatura, alteraciones anatómicas del canal blando y la matriz y distocias fetales que incluirían niños demasiado grandes, monstruos, gemelares y fetos muertos (de La Marche, 1677/1710, p.74). Existía en la Temprana Edad Moderna europea una alta mortalidad materno infantil en la que incidían factores propios del momento histórico como por ejemplo la alta prevalencia del raquitismo en las madres que producía malformaciones pélvicas que imposibilitaban el parto (Donnison, 1988).

Efectivamente, las distocias más ampliamente tratadas en los manuales fueron las relacionadas con el feto y anejos placentarios. Una de éstas podrían ser los partos múltiples. Las matronas del XVII en sus manuales, arrastraban pensamientos clásicos con respecto a las gestaciones múltiples como el de Mondino De Luzzi y Galeno a los que citó Sharp. Éstos aseveraron que una mujer podía tener hasta siete hijos de un solo parto, tres niños, tres niñas y un hermafrodita, aunque Sharp disintió de esta idea "(…) muchas matronas son de esta opinión, pero nadie que haya visto el útero puede pensar así; (…)"/ "(…) many midwives are if this opinion, but none that ever saw the womb can think so; (…)" (Sharp, 1671/1999, p.57).

Pero su experiencia trasciende a estas ideas clásicas y desde ella sabían que los inesperados partos múltiples eran más dificultosos:

> (…) el trabajo de parto de una mujer con dos hijos es más largo que el de una que no tiene más que uno (…) he visto bastante a menudo al primero venir sin dificultad y al

> otro venir con complicaciones. Es cierto que el primero que viene bien es el más fuerte (…)
>
> (…) le trauail d´vne femme qui a deux enfans eſt plus long que celuy d´vne qui n´en a qu´un (…) i´ay veu aſſez ſouuent le premier venir bien, & l´autre venir mal. Il eſt certain que le premier qui vient bien eſt le plus fort (…) (Bourgeois, 1609/1630, p.69).

Además conocían la posibilidad de que fueran monoamnióticos, mucho más inusuales, o biamnióticos. No obstante, Siegemund tras sus explicaciones en el manejo del parto gemelar tranquiliza a su alumna diciéndole "Dos niños pequeños pueden ser manejados mejor que muchos niños únicos grandes (…)"/ "Two little children can be better managed than many a large one, (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.115).

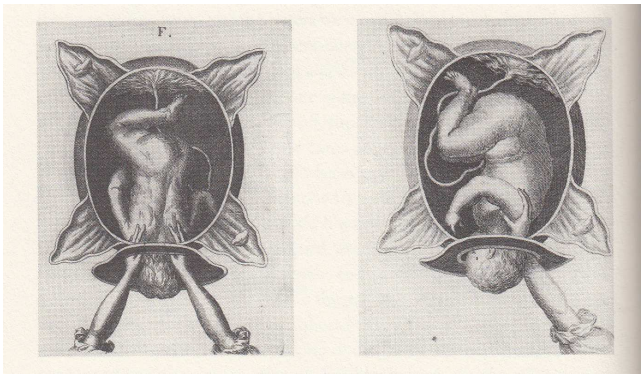


Figura 27. Maniobras distocia de hombros. The Court Midwife. Siegemund, 1690/2005, p. 80. Material original. Libro propiedad del equipo investigador.

Otra de las distocias fetales abordadas desde los manuales fue la distocia de hombros, de la que Siegemund criticó la ignorancia de algunas matronas al creer que se producía por el cierre del cuello alrededor de la cabeza fetal (Siegemund, 1690/2005, p.120). Ella explicó las maniobras para su resolución y las ilustro en la imagen F y G de su manual (Siegemund, 1690/2005, p.80). Viene a coincidir con las maniobras que Bourgeois expuso en este sentido:

> (…) hay todavía otro accidente que es que cuando la cabeza sale, los hombros son grandes y no pueden salir sin ayuda, entonces habrá que pasar los dedos por debajo de la axila del niño, por delante o por detrás, como yo lo he hecho a menudo tirando de ellos con gran fuerza (…)

(…) Il y a encores vn autre accident qui eſt que quand la teſte eſt ſortie, les eſpaules eſtant groſſes, ne peuuent ſortir ſans ayde, qui eſt de paſſer le doigt ſous l´aiſſelle de l´enfant, deuant ou derriere, comme i´ay fait ſouuent, pour le tirer auec grande force (...) (Bourgeois, 1609/1630, p.61).

En consecuencia, las matronas y sus manuales del siglo XVII, rompieron la idea errónea que presuponemos estaba extendida entre algunas de ellas, sobre las causas y resolución de las distocias de hombros y se acercaron a postulados más científicos.

Sin embargo las distocias que más ampliamente se recogen en los manuales son las distocias de la estática fetal. Las dos matronas que más se centraron en la resolución de las mismas fueron Siegemund y Bourgeois. Louise describió en su manual doce tipos de distocias de presentación y la manera de resolver cada una de ellas a través de maniobras de versión interna.



Figura28. Detalle grabado versión interna I. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. 20. Grabado B. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura29. Detalle grabado versión interna II. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. n.p. Grabado nº2 y nº3. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 30. Detalle grabado versión interna III. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. n.p. Grabado nº7. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

Por su parte, Justina Siegemund explicó a su alumna cómo los niños únicamente podían nacer de tres modos, bien naturalmente o tras una versión interna: de cabeza, incluidos los partos de cara, con los dos pies por delante o de nalgas. Con el interés de formar a otras matronas, aparecen en el libro una serie de espléndidos grabados ilustrativos de su saber a cerca de las diversas posiciones fetales que hacen muy comprensibles sus explicaciones para resolver grandes distocias. Efectivamente Justina fue una gran maestra en realización de la versión interna, a la que ella denominó en su manual "giro", ante severas malposiciones fetales en fetos vivos y muertos y la historia de la obstetricia la sigue recordando por su maniobra para la extracción de pies de las presentaciones de brazo (Alarcón-Nivia etal., 2011; Cruz y Hermida, 2007; Fasbender, 1906). La explicó de la siguiente manera:



Figura 31. Detalle grabado maniobra de Siegemund I. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. n.p. Grabado nº17-nº18. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 32. Detalle grabado maniobra de Siegemund II. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. n.p. Grabado nº19-nº20. Material Original. Libro depositado Wellcome Library



Figura 33. Detalle grabado maniobra de Siegemund III. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690/1741, p. n.p. Grabado nº21-nº22. Material Original. Libro depositado Wellcome Library

> He girado muchos niños vivos, y han sobrevivido. (...), entonces tienes que poner un lazo alrededor del primer pie que encuentres (...) se busca el otro (...) pones un lazo alrededor de él también. (...) toma el brazo o la mano del niño con la mano derecha, y lo traes de vuelta al interior (...) luego toma las cuerdas con la mano izquierda y tira gradualmente de los pies por debajo del cuerpo.
>
> I have turned many living children, and they have survived. (…) then you have to put a loop around the first foot you find (…) you search for the other one. (…) put a loop

> around it too. (…) you take the child's arm or hand with your rigth hand, bring it back inside (…) Then take the cords with your left hand and gradually pull the feet down below the body. (Siegemund, 1690/2005, p.98).

En definitiva, y como sabemos por Mauriceau, las matronas metían las manos prolapsadas de los niños en agua fría para comprobar si vivían, como así lo explicó Sharp. Pero las parteras fueron capaces de superar estos cuidados e inventaron maniobras propias para la extracción de fetos que perduraron siglos.

Por su parte Bourgeois, se mostró de acuerdo en la viabilidad de los partos si se versionaban las malposiciones a cabezas o a presentaciones de pies y según Fasbender (1906), fue una de las primeras autoras en hablar del parto de cara y describir sus maniobras "(…) es cuando la cara se presenta la primera, es peligroso si se confunde y se toma este parto por uno de culo por delante (…)"/ "(…) eſt quand la face ſe preſente la premiere, il eſt dangereux de s´y tromper, & prendre cet accouchement pour celuy du cul deuant (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.58). De este modo, y a pesar de las diferencias tecnológicas, Bourgeois por su experiencia conocía la dificultad en el diagnóstico diferencial a través del tacto vaginal entre presentaciones de nalgas y de cara tal y como hoy se reconocen (Comino Delgado & López García, 2004; Cunningham et al., 2006), y esto demuestra una amplia experiencia en la resolución y diagnóstico de las mismas.

Por su parte, las mujeres europeas en el siglo XVII viven en un clima de inseguridad: el hambre, el sufrimiento y las muertes precoces por el parto les otorga en ocasiones una serenidad resignada ante su propio destino y el de sus hijos. Las muertes fetales anteparto son frecuentes y también lo es el infanticidio, hecho que necesariamente se debe contemplar a la hora de analizar como vive una mujer la muerte de su hijo (Laget, 1977) y la importancia e interés de las autoridades por situar

sistemáticamente a las matronas como testigos para el control y la certificación de la muerte anteparto y controlar y exculpar a las madres del delito de infanticidio (Donnison, 1988).

Entre las distocias del objeto del parto, se encuentra el feto muerto anteparto que no realiza con la misma agilidad los movimientos de salida y acoplamiento durante el parto. De nuevo se planteaba para las matronas el reto de cómo saber si en un parto de muchos días y noches en el que la vida de la madre corría peligro, el feto vivía o estaba muerto y era susceptible de ser extraído a través de instrumentos por las matronas o sobre todo por los cirujanos, para salvar la vida de la madre ya que se planteaba un dilema ético, moral y en ocasiones legal (Wilson, 1995). Las matronas evolucionaron desde ideas más populares para el diagnóstico de la muerte fetal intraparto, como el vientre frío, el sueño de la madre con fetos muertos, el miedo, el aliento fétido y la tristeza de las madres, hasta la valoración de signos objetivos e inequívocos. Además de la coloración oscura del líquido amniótico tras la ruptura de la bolsa y el hedor, las matronas valoraron "(…) tenía la cabeza medio aplastada y verde ni tenía más dermis ni epidermis entera (…)"/ "(…) auoit la te*ſ*te demy applatie, & verte, n´y auoit plus ny derme, ny epiderme entier (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.132).

Las matronas se diferenciaron de los cirujanos en este punto por su rechazo al uso sistemático de instrumentos para la extracción de fetos muertos. Siegemund se reivindicó como una gran extractora sin utilizar medios tan invasivos y dolorosos para las mujeres:

> Porque aunque puedo decir con la conciencia tranquila que Yo todavía tengo que encontrar a un niño que no pueda ser extraído de la madre, aunque ciertamente no voy a pretender que nunca podría encontrarlo. Sería una presunción en contra de Dios.

> For even though I can say with good conscience that I have yet to encounter a child that could not be removed from the mother, I certainly will not claim I could never encounter such. It would be a presumption against God." (Siegemund, 1690/2005, p.76).

Coincidimos con la afirmación de Klairmont-Lingo (2006) de que los protocolos de Justina, obviaron la necesidad de la intervención de cirujanos con peligrosos instrumentos en casi todas las situaciones y que por ello y por su habilidad y arrojo demostrados, se creó numerosos enemigos médicos y cirujanos.

Sin embargo Sharp es más partidaria que Bourgeois y Justina del uso de instrumentos por parte de matronas y cirujanos, pero las cuatro matronas coinciden en las versiones internas para la extracción fetal como primera opción terapéutica, y en respetar la fisiología del parto lo máximo posible.

Las matronas en sus manuales, nos expusieron otras distocias en el parto como las que corresponden al canal blando, hablando de roturas uterinas y de las producidas por los anejos como placentas, membranas, cordón umbilical y líquido amniótico y de procesos patológicos como eclampsias, anemias y otras patologías. En este sentido las matronas hablaron ampliamente del prolapso de cordón y la manera de reintroducirlo en el útero "(…) lo más rápidamente que pueda volver a poner el ombligo dentro del cuerpo de la madre (…)"/ "(…) le plus promptement que l´on peut remettre le nombril dedans le corps de la mere (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.51). Precisamente esta afirmación coincide con la idea de Bourgeois de evitar las amniorrexis artificiales sistemáticas entre otros motivos, por el posible prolapso de cordón (Dunn, 2004b).

Hablaron de las roturas de bolsa anteparto y de los partos prolongados que en consecuencia se obtenían, el polihidramnios, y las retenciones placentarias para las que de La Marche, Siegemund y Bourgeois proponen el alumbramiento manual si se rompía el cordón y no se podía extraer la placenta y para ello recomendaron "Tenemos que

introducir una mano dentro de la matriz, y verificar si la placenta esta completamente pegada, (…)"/ "Il faut porter la main dans la matrice, & remarquer ſi le placent a yeſt entierement attaché, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.72). Estas afirmaciones vienen a coincidir con las realizadas por Dunn (2004b) que aseveró cómo Bourgeois recomendó la extracción manual de la placenta en casos de retenciones placentarias revelando el modo en que las matronas las realizaron en su práctica asistencial.

Por ultimo, las matronas resaltaron en sus manuales aspectos sobre placentas previas en las que la madre podía sangrar en el último trimestre de manera importante. Tendiendo en cuenta que la solución actual y única es la cesárea para una placenta oclusiva total (Bonilla-Musoles & Pellicer, 2008), y que en el siglo XVII las cesáreas eran rechazadas por matronas y por cirujanos (Wilson, 1995), Siegemund propuso una solución para evitar la pérdida sanguínea excesiva de las madres y salvar sus vidas, aunque fuera a costa de la del hijo, ante la seguridad de perder las dos vidas sin ningún tratamiento "(…) que no se les puede ayudar de otra manera que perforando la placenta con un gancho delgado, un alambre o una horquilla."/ "(…) they cannot be helped in any other way than for me to pierce the thick flesh of the afterbirth with a thin hook or wire or hairpin." (Siegemund, 1690/2005, p.143). De este modo, conseguía romper la bolsa, inducir el parto y por la compresión de la cabeza fetal cesaba el sangrado de la madre coincidiendo con la afirmación de Blum et al. (2010) de que Siegemund junto a Mauriceu, fueron los responsables de introducir esta práctica en el mundo obstétrico.

Los cuidados que las matronas propusieron para resolver las distocias, en especial las fetales, fueron las técnicas de versión interna acompañadas de cuidados posturales. Las cuatro matronas coinciden en aplicar la posición de litotomía en Trendelenburg con las piernas flexionadas, es decir con el cuerpo en declive: abdomen y cabeza inclinados hacia abajo siendo la cabeza el punto más bajo. Así lo describió

Bourgeois "(…) hay situar a la mujer a través de la cama, la cabeza y los riñones bastante bajos (…)"/ "(…) ſcituer la femme au trauers du lict, la teſte & les reins ſort bas (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.52).

Poner a la mujer a través en la cama supone componer una posición de litotomía con hiperflexión de piernas para abrir el estrecho inferior de la pelvis, muy útil para el operador que debe realizar la versión interna para solucionar la distocia fetal.

Para finalizar nuestro análisis a través de los manuales escritos por parteras del siglo XVII en lo que se refiere en su asistencia al parto distócico, nos planteamos cuáles fueron las distocias más temidas por las matronas a través de sus propias percepciones basadas en sus años de trabajo. Siegemund y Bourgeois, las dos matronas reales, coincidieron en expresar su cautela ante el momento del alumbramiento y únicamente respirar tranquilas tras la salida completa de la placenta. Sabían que la retención de restos placentarios trae como consecuencia la fiebre puerperal y la muerte materna y ambas matronas ilustran en sus manuales las razones de sus miedos con algunos casos clínicos cuyo desenlace fue la tan temida muerte de la madre.

Estas matronas desarrollaron una obstetricia de extremos, de salvar a madres o a hijos priorizando las vidas de madres sobre los hijos. Decisiones difíciles y en ocasiones cuestionadas por los médicos y por las propias mujeres y sus familiares, en especial cuando los resultados fueron adversos.

3.1.9 (1.9Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados en el puerperio.

La atención de la matrona en el siglo XXI a la mujer en el puerperio, engloba la asistencia al binomio madre e hijo, valorando el estado físico y psicosocial de la madre, detectando factores de riesgo y derivando si precisa a otros profesionales. La matrona desarrolla su profesión en la atención a la etapa puerperal, al promocionar el autocuidado y administrar educación para la salud a la madre, promover el vínculo con el recién nacido, realizar atención domiciliaria, realizar exámenes para la supervisión del puerperio y promover la lactancia materna (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Además las puérperas y sus familias serán atendidas con dignidad y respeto a sus creencias y valores flexibilizando los cuidados a la madre y el bebé siendo responsabilidad de las políticas sanitarias la atención a la puérpera en su comunidad para la disminución de consecuencias negativas a corto y largo plazo (Haran, van Driel, Mitchell & Brodribb, 2014).

Desde esta mirada actual, y salvando las diferencias tecnológicas, de género, higiénicas y socioculturales, las matronas del siglo XVII abarcaron la mayoría de los cuidados que hoy proponemos como imprescindibles en el puerperio. Ya que los partos eran domiciliarios, las visitas puerperales fueron parte necesaria en los servicios que las matronas ofrecieron a sus clientas y en ellas realizaron todo tipo de cuidados a las madres y sus hijos promoviendo el autocuidado a través de la educación para la salud.

Consideremos el contexto de la mujer puérpera del siglo XVII en el que eran frecuentes las infecciones puerperales, las malnutriciones o tuberculosis y donde las mujeres recién paridas junto a sus hijos, convivían en ocasiones con la peste el tifus el sarampión y una larga lista de enfermedades, lo que las situaba en una posición de doble desamparo. Obviamente, la riqueza aumentaba las posibilidades de supervivencia en

cualquier enfermedad y por su puesto en el parto (Anderson & Zinsser, 2009). Por otro lado, el concepto de asepsia y antisepsia tal y como lo conocemos hoy, era totalmente inexistente y el uso de guantes en el ejercicio de la profesión no se contemplaba. Esto, junto a las laceraciones, desgarros espontáneos perineales y el acceso al lecho placentario de microorganismos, hacían muy frecuentes las fiebres y muertes puerperales (Donnison, 1988).

Las puérperas fueron tratadas en general por la medicina del siglo XVII como enfermas: necesitaban reposo en cama cuya duración dependería de sus posibilidades económicas. A más riqueza más reposo en cama de la puérpera. Una mujer podía "disfrutar" de un periodo puerperal de unas cuatro semanas en las que se vería en cierto modo liberada de las responsabilidades domésticas, y si eran pobres en ocasiones recibían ayuda de vecinas, familia o proveniente de las parroquias (Evenden, 2000). Además permanecería a oscuras, se le administrarían cuidados especiales durante al menos de siete a diez días y era obligada la suspensión de la actividad sexual. El final del periodo puerperal venía determinado en Inglaterra por la ceremonia religiosa de acción de gracias que tenía su origen en las antiguas ceremonias de purificación (Wilson, 1995).

Por lo tanto, las matronas eran responsables de cuidar a madre e hijo y para ello era su deber tener unos conocimientos de los acontecimientos que siguen al nacimiento según se expresó en los manuales estudiados "Hay de dos clases [conocimientos]: unos ven a la madre y otros al niño."/ "Il y en a de deux ſortes: les unes regardent la mere, & les autres l´enfant." (de La Marche, 1677/1710b, p.89).

Con lo que respecta a los cuidados a la madre que los manuales del siglo XVII escritos por matronas transmitieron, recomendaron reposo para recuperar las fuerzas empleadas en el parto. En este sentido Siegemund pidió a las mujeres que no se

incorporaran demasiado pronto, no levantaran pesos ni tuvieran caídas durante los nueve primeros días y promovió el autocuidado "Así, una mujer puede perder fácilmente su salud (...) si no tiene un buen cuidado de sí misma."/ "Thus a woman can easily forfeit her health (…) if she does not take good care of herself." (Siegemund, 1690/2005, p.68). Nuestros resultados muestran cómo Sharp recomendó reposo a la puérpera coincidiendo con lo reseñado por Bosanquet (2009a) enfatizando la importancia de su bienestar físico y psicológico:

> Déjala [a la mujer tras el parto] que mantenga durante tres días la habitación a oscuras, porque sus ojos están débiles y la luz les ofende; prohíbe todos los grandes ruidos (…) recordando que rece a Dios [dando gracias] por su parto seguro.
> Let her for three daies keep the room dark, for her eyes are weak and light offends them; let all great noises be forborn (…) remembering to be praising God for her safe delivery." (Sharp, 1671/1999, pp.176-177).

A las mujeres se les permitiría comer algo tras dos horas del parto como una bebida caliente, huevos o agua de canela (Evenden, 2000). Otro cuidado importante para la mujer y su hijo era el mantenimiento adecuado de la temperatura en la habitación y su correcta ventilación como medida higiénica (Witkowski, 1887). Los nacimientos tenían lugar en lugares cercanos al fuego y tras el parto, las matronas recogieron algunas de las ideas clásicas para la conservación del calor de la madre: Bourgeois y Sharp recomendaron taparlas con pieles de animales recién sacrificados:

> Será provechoso cuando una mujer ha tenido un viaje [parto] doloroso envolverle la espalda con una piel de oveja recién desollada y dejarla reposar en ella, y frotar su vientre con la Piel de una liebre (…) recién preparada [recién sacrificada] (…)
> It will be profitable when a woman hath had sore travel, to wrap her back with a sheep-skin newly flead (flayed) off, and let her ly in it, and to lay a Hare-skin rub`d over (…) newly prepared, to her belly (…) (Sharp, 1671/1999, p.162).

Estas citas sobre el uso de pieles vienen a evocar, en el caso de Bourgeois, las palabras de Discórides que atribuyen las cualidades de la liebre y su rapidez para reconducir la sangre excitada durante el parto (Perkins, 1996).

Sin embargo, ni Siegemund ni de La Marche hacen referencia a las pieles para el cuidado de las puérperas y ahora sabemos que por lo desagradable de la escena, la práctica fue desapareciendo a lo largo del siglo XVII (Witkowski, 1887).

Otro de los cuidados imprescindibles para las cuatro las matronas en el cuidado de las puérperas, fue el manejo de los vendajes. La práctica y la importancia del vendaje respondía a la creencia científica de que el útero tras el parto se movía por el cuerpo de la mujer y necesitaba a través del vendaje ser recolocado (Perkins, 1996). En consecuencia, el uso del vendaje compresivo para facilitar la involución uterina se descubre como una de las artes más útiles para ellas (Evenden, 2000). Existen múltiples referencias en los manuales estudiados de cómo confeccionarlos correctamente y de la utilidad de los mismos "(...) [el vendaje] está hecho para sostener la matriz en su sitio, (…)"/ “(…) il eſt fait pour ſoutenir la matrice en ſituation, (…)” (de La Marche, 1677/1710b, p.90).

Las matronas aplicaban remedios a través de masajes en el vientre y vendaban el abdomen tal y como relató Bourgeois “(…) y además vendar a la mujer con un paño largo como una toalla y ancho de una cuarta habiendo antes frotado todo el vientre con aceite (…)”/ “(…) puis bander la femme d´vn linge long come vne ſeruiette, & large d´vn quartier, ayant auparauant frotté tout le ventre d´huile (…)”(Bourgeois, 1609/1630, p.83). Bourgeois especificó que los vendajes debían cubrir los dos flancos abdominales y funcionarían a modo de faja pasando por debajo de la cadera. También vimos la importancia otorgada por las matronas a los vendajes a través de las palabras de Mauriceau, que no duda en criticarlas cuando la fuerza de los vendajes era excesiva

"(…).muchas Matronas están engañadas creyendo que lo mantienen [al útero] mejor en su Lugar (…) [pero están equivocadas] ya que mediante esta fuerte compresión [ejercida por el vendaje] fuerzan al Útero aún más hacia abajo (…)"/ "(…) many Midwives are deceiv`d believing they keep it the better in its Place (…) for by this ſtrong compreſſion of it they force the Womb yet more down." (Mauriceau, 1668/1727, p.266).

Las matronas en sus cuidados mezclaron creencias populares como la de impedir el sueño a la mujer en el puerperio inmediato, con cuidados basados en los hábitos alimentarios tan importantes en las puérperas:

> No la dejes que duerma hasta unas cuatro horas después de que haya parido, pero primero dale caldo nutritivo o caliente [sopa a base de limón y yema de huevo] para reconfortarle, no le des de comer ninguna carne hasta por lo menos dos días después (…) puede beber pequeñas cantidades de vino con un poco de Azafrán, Maza y Clavos infusionados, (…)
>
> Let her not sleep till about four hours after she is delivered, but first give her some nourishing broth or Cawdle (warm) to comfort her; let her eat no flesh till two dayes al least be over (...) she may drink small wines with a little Saffron, Mace and Cloves infused, (…) (Sharp, 1671/1999, p.163).

Como vemos en el anterior párrafo, las ideas de las matronas se contradicen con lo relatado por Witkowski (1887) que afirmó el error de las matronas al suministrar a la recién parida de manera sistemática carne y vino.

Efectivamente había una mezcla de ciencia y tradición en los cuidados puerperales, y entre éstos se encontraban los lavados postparto, que tradujeron la importancia otorgada por las matronas a la higiene perineal por la pérdida de loquios y la incidencia elevada que suponemos de traumatismos perineales espontáneos. Bourgeois propuso 3 tipos de lavados genitales: los realizados en las 8 primeras horas,

en las 8 horas siguientes con rosas cocidas en vino y agua y los realizables durante cuatro días más. Las matronas sabían de la importancia de la higiene en las heridas perineales y de su efecto antiinflamatorio:

> Durante la primera semana bañe su Vientre y Partes Generativas con una decocción de Perifollo, un buen puñado hervido en una buena cantidad de agua, añadiendo a ella después una onza de Miel de Rosas, esto (…) limpiará y sanará las partes, y les quitará todas las inflamaciones (…)
>
> For the first week let her Womb and Privaties be bathed with a decoction of Chervil, a good handful boiled in a good quantity of water, adding to it after it is boiled one ounce of Honey of Roses, this will (…) cleanse and heal the parts; and it will take away all inflammations. (Sharp, 1671/1999, p.176).

La higiene perineal postparto sigue considerándose uno de los procedimientos esenciales en el cuidado enfermero de las puérperas (Martínez Roche, Pina Roche, Gómez García, 1994).

En definitiva, los manuales presentaron una gran variedad de cuidados dirigidos a las puérperas como los consejos alimenticios y masajes en piernas y vientre para favorecer la involución uterina "(…) si hay gran cantidad de sangre retenida en la matriz saldrá indudablemente: si se frota el vientre de la mujer con aceite de violeta (…)"/ "(…) s´il y a du gros ƒang retenu dans la matrice il ƒortira indubitablement: il faut frotter le ventre de la femme d´huile violat (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.85).

Las matronas fueron muy conscientes de los riesgos para la madre asociados al periodo postparto y describieron patologías que revelaron sus profundos conocimientos de la fisiología del puerperio. Hablaron por ejemplo de los entuertos y se refirieron a otras anomalías como la atonía uterina y otros aspectos psicológicos como la melancolía o depresión postparto y la psicosis puerperal a la que Bourgeois en concreto atribuye como origen una mala alimentación (Perkins, 1996). Algunos autores hoy, siguen

investigando sobre la influencia de la experiencia obstétrica en la calidad de vida percibida en cuanto a aspectos psicológicos en el periodo puerperal (Sadat, Taebi, Saberi &Kalarhoudi, 2013).

En definitiva podemos concluir a través del estudio de los manuales seleccionados que los cuidados proporcionados por las matronas a las madres fueron amplios y contemplaron algo más que las necesidades físicas de las mujeres.

Otra parte fundamental en el abordaje del puerperio, fueron aquellos elementos relacionados con la lactancia. En general, en el siglo XVII europeo, la lactancia materna se solía mantener aproximadamente unos dos años, ya que se creía en el poder protector para el recién nacido y en su capacidad para reducir la fertilidad de las madres. Era de uso común para estos menesteres en las clases altas las nodrizas (Anderson et al., 1992). De este modo, las matronas se movieron desde planteamientos clásicos y cercanos a la ciencia del siglo XVII, hasta exponer sus conocimientos y sus cuidados relacionados con la lactancia materna de absoluta vigencia. Existen una serie de conceptos clave aceptados por las matronas en las que se basan los cuidados administrados a posteriori, como lo fue la idea extendida de que la sangre sobrante del parto, pasaba a los senos y se transformaba en leche, derivada del pensamiento de la conexión del útero con otros órganos del cuerpo "Es la leche, que según la opinión común, se engendra de la sangre que refluye desde la matriz a las mamas, (…)"/ "C´eſt le lait, qui ſuivant l´opinion commune, s´engendre du ſang qui reflue de la matrice aux mammelles, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.98).

Excepto Siegemund, el resto de matronas hicieron referencia explícita a este curioso origen de la leche heredado de la medicina clásica. Dentro de esta categoría de ideas más populares, aparece el pensamiento heredado de Hipócrates de la mala calidad del calostro y derivado de ello matronas y cirujanos se pusieron de acuerdo en posponer

el inicio de la lactancia materna hasta que éste se purgara. Como vemos Sharp, tal y como afirmó Hobby (2001), expuso una opinión acorde con los pensamientos científicos clásicos de la antigua Grecia "No es bueno para una mujer amamantar inmediatamente a su hijo porque esas purgas inmundas [calostro] no pueden hacer buena leche, la primera leche es mala (…)"/ "It is not good for a woman presently to suckle her child because those unclean purgations cannot make good milk, the first milk is naught (poor) (…)" (Sharp, 1671/1999, p.179), y coincidió con las ideas del cirujano:

> (…) observando que si la Mujer da de mamar a su Hijo, ella no debe darle de Mamar el mismo Día, en el que se le lleva a la Cama [el día del parto], porque entonces todos sus Humores están extremadamente agitados con los Dolores y Agitaciones del trabajo de Parto: (…)
>
> (…) obſerving that if the Woman do ſuckle her Child ſhe gives it not the Breaſt the ſame Day ſhe is brought to Bed, becauſe then all her Humours are extremely mov`d with Pains and Agitations of the Labour: (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.251).

Por lo tanto si la madre deseaba ser ella la que amamantara a su bebé, debía esperar a iniciar la lactancia según Bourgeois:

> (…) poner los paños calientes [impregnados de remedios] en los pezones el espacio de diez o doce horas [tras el parto] esperando que los remedios adecuados puedan hacer salir la leche [calostro] (…) dando diez o doce horas para recolocar la sangre (…)
>
> (…) mettre des linges chauds ſur les tetins l´eſpace de dix ou douze heures, attendant les remedes propes pour faire euader le laict (…) donnant ces dix ou douze heures de temps à raſſeoir le ſang (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.83-84).

Como sabemos, el calostro persiste hasta los 3 días siguientes aproximadamente (Bonilla-Musoles & Pellicer, 2008) y la subida de la leche viene acompañada de algunos síntomas como el que expuso Sharp "(...) sobre el tercer o cuarto día aparecerá Fiebre (…) pero esto no dura mucho, ni es un peligro (...)"/ "(…) about the third or

fourth day they will be Feaverish (…) but this last not long, nor is it any danger (...)" (Sharp, 1671/1999, p.186).

Las matronas consideraron en los manuales investigados que la nodriza sería la que por norma general iniciara la lactancia aunque después la madre la continuara. Con este propósito explicó de La Marche (de La Marche, 1677/1710b, p.94) lo que debe hacer una mujer que deseara ser nodriza: podía comenzar a alimentar a los recién nacidos fuertes a las dos horas y a los más débiles a las seis o siete horas. En cuanto a la duración de la lactancia, aconsejaron entre uno y dos años. Sharp previno a las mujeres que nunca destetarían a sus hijos, de que éstos crecerían obstinados y consideró que el tiempo adecuado de lactancia sería:

> Avicena dice que dos años es el tiempo que los niños deben mamar: yo he visto algunas en Inglaterra que han mantenido a sus hijos mamando cerca de cuatro años (...) pero un año es suficiente para la mayoría de los niños, aunque son reacios a abandonar el Pecho hasta que son expulsados de él.
>
> Avicenna saith two years is the time children should suck: I have seen some in England that have kept their children sucking near four years (...) but a year old is sufficient to most children; yet they are loth to leave the Dug (breast) till they be driven from it. (Sharp, 1671/1999, pp.268-269).

Los manuales son un compendio de consejos de todo tipo para la buena instauración y mantenimiento de la lactancia con el fin de preservar la salud del recién nacido siendo inspiración de las recomendaciones actuales en lactancia materna (Martínez Roche, 2000). Las matronas aconsejaron sobre la alimentación de las mujeres lactantes recomendando alimentos como las espinacas, la leche de almendras y algunos otros como hizo Bourgeois presentando las causas de la retirada de la leche:

> (…) que son susto, enfado, cólera, enfermedad, mala alimentación, melancolía (…) [como remedios] tomar todas las noches y mañanas una sopa más o menos grasienta a la que se le puede añadir un puñado de hinojo verde, hoja de chicoria, lechuga (…)
>
> (…) qui ſont frayeur, faſcherie, collere, maladie, mauuaiſe nourriture, melancolie (…) prenant tous les ſoirs & matins vn potage gras, ou maigre, où l´on mette poirée, faneuil vert, chicorée, oſeille, laictue (…) (Bourgeois, 1609/1630, p.157-158).

Las matronas también fueron conscientes de la influencia del entorno y los factores psicológicos en una buena lactancia afirmando la misma Bourgeois, que si la causa de la retirada de leche era la melancolía, resultaba más difícil de recuperar.

Otros cuidados recomendados por las matronas fueron los vendajes compresivos en las mamas para evitar la producción excesiva de leche, y masajes además de paños calientes aplicados sobre las mamas para facilitar su vaciamiento. Fueron unas grandes expertas en las complicaciones asociadas a la lactancia materna como las grietas, abscesos e inhibiciones de la lactancia. Sharp explicó así la mastitis poniendo de relieve los utensilios utilizados para el vaciamiento de la mama y en los pezones invertidos a los que denominó instrumento de succión:

> Si hay demasiada Leche en los senos después del nacimiento del niño, y el niño no es capaz de succionarlo todo, los senos se inflaman con mucha frecuencia, se reproducen en ellos Abscesos, se hinchan y enrojecen, y son dolorosos (...)
>
> If Milk be too much in the breasts after child is born, and the child be not able to suck it all, the breasts will very frequently inflame, or Imposthumes (abscesses) breed in them; they swell and grow red, and are painful (…) (Sharp, 1671/1999, p.249).

Para curar la mastitis además de comer y beber con moderación recomendó:

> (…) entonces impedir la producción de más leche, y tratar de consumir la que se produce. Si el niño no puede sacarla, hay unos Vasos hechos para succionarla (…) La mujer debe comer y beber con moderación y tomar una dieta seca (…)

> (…) then hinder the breeding of more milk, and try to consume that which is bred; if the child cannot draw it forth, Glasses are made to suck it forth (…) The woman must eat and drink with moderation, and use a drying diet (…)" (Sharp, 1671/1999, p.249).

Por último un tema prioritario para el manejo adecuado de la lactancia en el siglo XVII, era la elección adecuada de las nodrizas que ocupó un lugar importante en todos los manuales estudiados incluyendo el de Mauriceau y el anterior de su maestro Paré y excluyendo el de Siegemund. Explicaremos la importancia de elegir una buena nodriza: desde las civilizaciones antiguas, ha existido la figura del ama de leche y de ellas se afirmaba que transmitían sus cualidades y su carácter a los niños a los que amamantaban. Esta idea se asume por la ciencia general del siglo XVII, por Mauriceu, los cirujanos y por las matronas "La nodriza debe tener buenas maneras, y estar dotada de un buen espíritu, porque el niño siente el humor de la nodriza; ella debe abstenerse de beber vino, (...) comer buenas carnes, pan, frutas (...)"/ "La nourrice doit être de bonnes moeurs, & douée d´un bon ſpirit, parce que l´enfant ſe reſſent de l´humeur de ſa nourrice; elle doit s´abſtenir de boire du vin, (…) nourrir de bonnes viandes, pain, fruits (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.100).

Las actividades de las nodrizas estuvieron reguladas desde la Antigüedad y ya se hace referencia a ellas en le papiro de Ebers. En Grecia y Roma se les tenía en alta consideración existiendo un mercado en torno a las mismas denominado lactaria (Espinilla, 2013). Sorano en su manual hizo referencia a las cualidades ideales de las mismas y Alfonso X el Sabio también abordó la misma cuestión (Asociación Española de Pediatria, 2008). Desde entonces, todos los manuales sobre partos incluyeron este apartado a cerca de la idoneidad de la nodriza; los que nosotros analizamos incluidos.

Según nuestros resultados, para las matronas y sus manuales estudiados, la nodriza ideal sería una mujer lo más parecida a la madre, multípara, de entre 20 y 30

años y con una leche entre dos y diez meses (Sharp, 1671/1999, p.270). Además no debía tener defectos físicos, ni ser melancólica, ni irritable, y lucir una nariz derecha, ser de estatura media, alegre, encantadora y de piel clara, sociable, jovial y ser bien educada incluyendo aptitudes como el cante y baile además de mostrarse muy cuidadosa con el bebé (Sharp, 1671/1999, pp.265-268). Debía estar casada, tener buen aspecto físico, dientes blancos y bien alineados, con buen estómago, de carácter afable y ser en definitiva una mujer de bien. Por otro lado la nodriza ideal no debía tener enfermedades, ni aliento fuerte, defectos en la vista, ni ser pelirroja, ni tener pezones demasiado carnosos ni ser demasiado gruesa y ni su marido ni ella deberían haber pasado la sífilis (Bourgeois, 1609/1630, pp.109-110).

Puesto que el uso de nodrizas se asoció a clases más elevadas y se extendió desde la aristocracia a la burguesía en la Europa del siglo XVII llegando en el siglo XVIII a las clases populares (Asociación Española de Pediatría, 2008), y fue tal su demanda que fueron consideradas una institución social (Espinilla, 2013). Las matronas toleraron su existencia como necesaria pero criticaron a esas madres que las preferían sin tener ningún tipo de problema y reivindicaron el vínculo afectivo madre-hijo que se establece con la lactancia materna:

> La forma habitual para la gente rica es poner a sus hijos con una nodriza, pero es un remedio que necesita un remedio, (…) porque cambia la disposición natural del niño, y muchas veces expone al niño a muchos peligros, si no se toma un gran cuidado en la elección de la nodriza.
>
> The usual way for rich people is to put forth their children to nurse, but that is a remedy that needs a remedy, (…) because it changeth the natural disposition of the child, and oftentimes exposeth the infant to many hazards, if great care be not taken in the choice of the nurse. (Sharp, 1671/1999, p.259).

En definitiva matronas y cirujanos coincidieron en una idea; la mejor nodriza es la madre:

> La primera y principal de todas las Cualidades de una buena Nodriza es que sea la propia Madre del Niño, tanto por el Acuerdo mutuo de sus Ánimos como por tenerle mucho más Amor, por lo que será mucho más cuidadosa (…)
>
> The firſt and principal of all the Qualities in a good Nurse is that ſhe be the own Mother of a Child as well because of the mutual Agreement of their Tempers as that having much more Love for it ſhe will be much more careful (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.368).

Sin embargo en esta idea, Hobby (2001) introduce un matiz: Sharp como matrona piensa que la mejor nodriza es la madre, pero para ella el bienestar de la madre también es importante y si ésta presentaba algún problema puerperal, en estos casos se mostró condescendiente con la toma y uso de nodrizas, mientras los hombres contemporáneos a través de sus manuales, presentaron posiciones más rígidas en cuanto a sustituir la figura de las madres por otras mujeres en la lactancia y crianza de sus hijos.

De nuevo coinciden nuestros resultados con la afirmación de Perkins (1996) de que de la lectura de los manuales de matronas del siglo XVII, se desprende la certeza de la construcción cultural del fenómeno de la lactancia materna y el uso de nodriza: esta posibilidad de contar con el recurso de la nodriza se convierte en la Europa del siglo XVII en una cuestión de moda y distinción entre las clases sociales más pudientes.

3.1.10 (1.10Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: cuidados al recién nacido.

Los modelos de las dinámicas poblacionales europeas antes del descenso secular de la mortalidad en el siglo XVIII, se caracterizaron por altos niveles globales, agravados por periodos de brotes epidémicos causados por enfermedades infecciosas como la peste, viruela, tifus y otras muchas afecciones. La primera fase de descenso en la mortalidad europea comienza a finales del siglo XVII y ya en el siglo XVIII, gracias a una intervención estatal cada vez más eficaz, la mortalidad disminuye en toda Europa de manera muy drástica. No fue hasta finales del siglo XIX, cuando la mortalidad vuelve a descender significativamente; primero por la disminución en la población juvenil y más adelante por la reducción de la mortalidad infantil gracias en parte al control de enfermedades como la diarrea y la tuberculosis (Sullivan & Schofield, 1994). El rápido crecimiento experimentado por la población europea del siglo XVII, fue a expensas de la proliferación de las ciudades que fueron hediondas, ruidosas, insalubres y superpobladas. Sus hospicios estaban repletos de huérfanos y el infanticidio fue casi un impúdico método de planificación familiar, que no siempre fue considerado un asesinato hasta que Carlos V en 1532, lo reguló y lo castigó con la pena de muerte.

La edad del matrimonio en el siglo XVII solía ser avanzada y este hecho aseguraba familias relativamente pequeñas. Nacían alrededor de cuatro o cinco hijos de los cuales llegaban a adultos tres o cuatro por la elevada mortalidad infantil. La tasa media de hijos del Valladolid Barroco era de 4.2, en Valencia y la media nacional española oscilaba entre 4 o 5 hijos (Garrido et al., 1997).

En este escenario de elevadísima mortalidad infantil, los cuidados del recién nacido se presentaban como una oportunidad para sobrevivir si ese recién nacido era afortunado. La muerte de un hijo era un mal común y las matronas convivieron con esta

situación y ante ella ofrecían cuidados y remedios para ayudar a las madres en la tarea difícil de criar a través de sus manuales.

Con respecto a los primeros cuidados administrados por la matrona en el parto al recién nacido, una de las cuestiones prioritarias en sus libros fue el corte del cordón umbilical. A través de los manuales estudiados, podemos conocer la cantidad de pensamientos basados en la superstición relacionados con el corte del cordón umbilical, considerándose por algunos autores/as como un rito de paso asociado al nacimiento y la infancia. Estos ritos de separación de la madre, son rituales de desprendimiento del mundo asexuado, o del mundo anterior a la sociedad humana y de agregación a la sociedad sexual, a la familia y la sociedad (Van Gennep, 1909/2008). El tratamiento y vivencia de la corporalidad de los seres humanos hace que el corte del cordón y otros cuidados materno-infantiles, sean considerados como técnicas del nacimiento y la obstetricia, que traducen significados simbólicos y sociales de quienes las realizan y definen a las sociedades (Mauss, 1936).

En este sentido Sharp asumió algunas de estas creencias populares, coincidiendo con lo afirmado por médicos como Laurent Joubert en el siglo XVI (Witkowski, 1887), "(…) la longitud o proporción del Pene depende del corte del Cordón umbilical (…)"/ "(…) the length or proportion of the Yard (penis) depends upon cutting the Navel string (umbilical cord) (…)" (Sharp, 1671/1999, p.25). Pero no solo el manual de Sharp reflejó estas creencias: también desde otros tratados de la Temprana Edad Moderna la matrona era avisada de que el corte de cordón demasiado corto en el varón afectaría, entre otras cosas, a su longitud del pene (Evenden, 2000; Gélis, 1991).

Sin embargo únicamente Sharp aceptó estas ideas mientras las demás matronas estudiadas, no las mencionan explícitamente. Únicamente lo hace Siegemund para ponerlas de manifiesto y resaltar que cada uno es libre de opinar sobre este tema lo que

le parezca. Así aunque no hace propia la idea, sí habla de la asociación del corte del cordón que se hacía popularmente a una multitud de factores como la gravedad de la voz y la falta de aliento del niño si se cortaba demasiado corto. En definitiva ella zanja el tema de una forma bastante práctica en cuanto a cómo y cuándo cortar el cordón y coincide con Sharp:

> Mi punto de vista de cortar el cordón umbilical es que lo mejor es hacerlo en el medio, ni demasiado largo ni demasiado corto. (...) tan pronto como el niño nace y dar al niño para que lo envuelvan en pañales cálidos para que no coja frío (...)
>
> My view of cutting the navel string is that it is best to do it in the middle, not too long and not too short. (…) as soon as the child is born and to give the child over to be wrapped in warm swaddling clothes so it will not catch cold (…) (Siegemund, 1690/2005, pp.154-155).

El cordón umbilical debía ser atado fuerte, pero no en exceso para evitar su sección y era considerado un procedimiento esencial en los cuidados del parto. Sharp y de La Marche insistieron en realizar la técnica higiénicamente y proporcionar unos cuidados posteriores:

> No importa con qué se corte [el cordón umbilical del recién nacido], siempre que sea afilado [el instrumento] sino hacerlo limpiamente. (…) Cuando el Cordón umbilical se corta, aplique un poco Algodón o pelusa en el lugar para mantener el calor (…)
>
> It is no matter what you cut it off with, so it be Sharp to do it neatly. (…) When the Navel-string is cut off, apply a little Cotten or lint to the place to keep it warm (…)" (Sharp, 1671/1725, p.166).

Las matronas añadieron "(…) hay que hacer un pequeño vendaje con un lienzo fino (…) para sostener el cordón (…)"/ "(…) il faut faire un petit bandage de linge fin (…) afin de *f*outenir le cordon (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.97).

Bourgeois coincidió con sus "hermanas matronas" en la importancia otorgada al corte y cuidado del cordón para evitar lo que ella denominó podredumbre, infección e

incluso la muerte del recién nacido (Bourgeois, 1609/1630, p.104) y el mismo cirujano Paré, también recomendó envolver el cordón en lino con agua de rosas o aceite de almendras dulces (Gélis, 1991).

Con respecto a los cuidados del recién nacido destinados a su reanimación si éstos nacían deprimidos, existían muchas prácticas asociadas a la superstición como exponer al niño al humo de la placenta y cordón que se quemaban a su lado, introducir el pico de un pollo vivo en el recto del recién nacido, chupar el pezón izquierdo del niño por su proximidad al corazón y otras muchas costumbres que según algunos autores/as se realizaban en la Temprana Edad Moderna europea (Gélis, 1991; Witkowski, 1887). Sin embargo ninguna de estas prácticas populares, aparecen recogidas en los manuales analizados en este trabajo de investigación y sí algunas maniobras tales como cortar el cordón y darle a beber al niño unas gotas de la sangre del mismo o simplemente retrasar el corte del cordón para prolongar el aporte sanguíneo, haciendo un pinzamiento más tardío y a través de la expresión de la sangre contenida en el mismo:

> (...) así que, si el Niño es débil, debes poner de nuevo suavemente parte de la sangre vital y natural en el cuerpo del niño por el Ombligo, así recargará a un niño débil; si el niño es fuerte no es necesario hacerlo.
>
> (…) wherefore if the Child be weak, you must gently put back part of the vital and natural blood into the childs body by the Navel, for that will refresh a weak child; if the child be strong you need not do it. (Sharp, 1671/1999, p.164).

En efecto, existen beneficios como el incremento de la hemoglobina y depósitos de hierro fetales y una mejor adaptación cardiopulmonar si se realiza un pinzamiento más tardío del cordón umbilical (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010a).

Otro medio de reanimación del recién nacido era bañarlo y darles masajes con alcohol:

> De hecho, si se pone un niño débil en un baño caliente se recupera más rápidamente que en el regazo de una persona, incluso si se le frota inmediatamente con alcohol o aguardiente. Puedes hacerlo igual de bien en el baño como fuera de él (…)
> Indeed, a weak infant put in a warm bath recovers more quickly than on a person's lap even if it is immediately rubbed with spirits or brandy. You can do this just as well in the bath as outside it (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.155).

Hecho criticado por Mauriceau asociando de nuevo el trabajo de la matrona a la superstición:

> Cuando esto sucede [nace un recién nacido deprimido] las Matronas normalmente antes de separar la Placenta lo ponen [al recién nacido para reanimarlo] en (…) Vino caliente e imaginan, con no poca Superstición que en ese caso se recupera sólo (…)
> When it ſo happens the Midwives do ordinarily before they ſeparate the Burden put it into (…) hot Wine and imagine, with no small Superſtition, that in caſe it comes to it ſelf (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.221).

Según vimos en los manuales seleccionados, entre otros cuidados administrados por la matrona en el recién nacido sano en el parto se encontraban la valoración de su coloración, el vigor en el llanto y el tono muscular tal como hoy seguimos realizando (Martínez Roche, Pina Roche, Gómez García, 1994). Además todas las matronas coinciden en bañar al recién nacido con vino "Hay que lavar al niño, se utilizará para tal efecto vino diluido en agua tibia para limpiarle y lavarle la cara, la garganta, brazos y manos (...)"/ "Il faut lauer l´enfant de vin & d´eau qui ſoit tiede pour le nettoyer, puis luy lauer le viſage, la gorge, bras & mains (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.105).

En cuanto a la reanimación avanzada del recién nacido, de la lectura de otros manuales médicos del siglo XVII, se extrajo la idea de la insistencia en la reanimación del recién nacido patológico mediante técnicas como el boca a boca, la fricción y otras como la introducción de una pluma en el esófago y la administración de vino vía oral

(Gélis, 2009). Algunos cirujanos acusaron a las matronas de no insistir en esta reanimación y recrearse en la superstición (Laget, 1977).

Las matronas se ocuparon en sus manuales de recomendar otros cuidados como vendajes cefálicos para reducir el caput sucedaneum que se produce tras algunos partos (Bourgeois, 1609/1630, p.105), limpiar los ojos a menudo, alinear bien el cuerpo en el reposo, no estimular la deambulación precozmente y la higiene del recién nacido (Sharp, 1671/1999, pp.272-273). Además, las matronas difundieron otros cuidados como:

> (..) ungir el cuerpo del niño con aceite de Bellotas, para consolarlo y fortalecerlo, y mantenerlo alejado del frío; lavar al niño junto con el agua caliente (...) y mantenerlo ni demasiado caliente ni demasiado frío, ni en un lugar que sea demasiado luminoso (…) que la cuna permanezca en un lugar oscuro y tenebroso, y dejar que la cabeza se encuentre un poco más elevada que el cuerpo (...)
>
> (…) anoint the childs body over with oil of Acorns, for that will comfort and strengthen it, and keep away the cold; wash the child next with warm water (...) and keep it neither too hot nor too cold, nor in a place that is too light (...) let the cradle stand a darkish and shadowy place, and let the head lie a little higher than the body (…) (Sharp, 1671/1999, p.272).

Con respecto a la alimentación del recién nacido, en los siglos XVI y XVII se conocen como alimentación suplementaria algunas papillas, carne picada o previamente masticada, caldo de pollo y pan con mantequilla, aunque no se sabe en qué medida se utilizaron estos alimentos durante el primer o el segundo año de vida. Las leches mixtas (leche de vaca o de burra diluida con agua de cebada) son mencionadas para el destete durante los siglos XVII y XVIII por algunos historiadores. Sin embargo, estos alimentos complementarios tuvieron poco éxito pues las infecciones y diarreas aumentaban la mortalidad en los niños (Pérez Moreda & Seven Reher, 1986).

En este contexto, las matronas recomendaron en sus manuales escritos en el siglo XVII, como alimento ideal la leche materna al igual que seguimos haciendo hoy (Olmo, Molina, López, Bermúdez & Castaño, 2008) . Sin embrago, existían otros alimentos que podían ser administrados al recién nacido para, según sus palabras, expulsar flemas y purgar meconio como "(…) un poco de aceite de almendra dulce con azúcar, o pequeñas bolitas de mantequilla dulce fresca (…)"/ "(…) un peu d´huile d´amande douce avec du ſucre, ou de petites boulettes de beurre frais ſucré (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.98).

Pero en general, en los manuales investigados se hace un fomento de la lactancia materna, hasta que el recién nacido tolerara otros alimentos en torno al año/dos años de edad. En este sentido, Sharp recomendó lactancia a demanda el primer mes hasta adquirir una pauta más fija en adelante:

> (…) y durante el primer mes déjalo succionar todo lo que pueda, para que el estómago no esté demasiado lleno (…) Tan pronto como salen los dientes deja que coma comida más importante, (…) también dale leche de Vaca y caldos (…)
>
> (…) and for the first month let it suck as much as it can, so the stomach be not too full (…) So soon as the teeth come forth, let it eat more substantial meat, (…) also give it Cows milk and broths (…) (Sharp, 1671/1999, p.273).

Las matronas se acercan a la idea de la importancia del contacto piel con piel entre madre e hijo a través de la lactancia. El niño que está en contacto con su madre varios años a través de su piel, se sitúa en el mundo de una manera diferente; se cuelga de su cuello, hombros y se sitúa sobre la cadera, de manera que madre e hijo ejercitan sus movimientos para adaptarse a la situación de la lactancia y la crianza, influyendo decisivamente en las civilizaciones un instrumento como la cuna (Mauss, 1936), que estará plenamente incorporada en el siglo XVII europeo como utensilio en la vida cotidiana de las familias.

Derivada de la elevada mortalidad infantil, otra gran preocupación de las matronas reflejada en sus manuales, fue el conocimiento y tratamiento de las múltiples enfermedades de los niños. En este sentido, aparecen en algunos de los manuales extensos apartados aproximándose a problemas como el cólico del lactante, las flemas (secreciones), hidroceles, la sífilis congénita y el chanco peri bucal además de las hernias umbilicales (Bourgeois, 1609/1630, pp.113-116). Sharp abordó patologías pediátricas como las convulsiones y citó a Hipócrates para referirse a las enfermedades más frecuentes de los recién nacidos: inflamación del cordón, humedad de las orejas, tos, vómito y úlceras en la boca (Sharp, 1671/1999, p.275).

En definitiva las matronas se descubren como herederas de pensamientos populares en los cuidados y cría del recién nacido, pero administraron cuidados aún vigentes. En este sentido, se revelaron en los manuales revisados como grandes conocedoras del recién nacido y sus enfermedades en la infancia, prolongando sus competencias más allá de los primeros meses postparto.

3.1.11 (1.11Ma) Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII: remedios y matronas.

El uso de remedios o medicamentos, entendidos como productos tecnológicos y comerciales de características diferenciadas en cada periodo histórico, modula aquellas teorías científicas que los sustentan y en ocasiones su uso o no uso, traduce una dinámica de inclusión-exclusión en el entramado sociocultural y la participación de los enfermos en los procesos de legitimación de los remedios o medicamentos que deben atender a los imaginarios sociales de salud-enfermedad de sus potenciales consumidores. De manera que el conocimiento de los remedios utilizados en una cultura

y tiempo concretos, son un reflejo de la influencia de las prácticas sociales en la conceptualización de los procesos de salud y enfermedad (Lugo-Márquez, 2013).

Desde que el ser humano existe, está expuesto al sufrimiento y la muerte. Por este motivo, los homínidos nómadas y los sedentarios agrícolas a través de la observación de animales y su manera de purgarse, curiosean en busca de elementos naturales que alivien sus males. Estos remedios se bañan de pensamientos mágicos desde las civilizaciones clásicas y se convirtieron en fuente de autoridad y prestigio, reservándose su administración a magos y sacerdotes.

Hasta que Paracelso en el siglo XVI introdujo elementos inorgánicos, los remedios estuvieron esencialmente hierbas. El código de Hammurabi (2200 a. C.) incluía listados de plantas curativas. Desde el papiro egipcio de Ebers (alrededor 1550 a. C.) ya aparecen 877 recetas, se mencionan unas 700 drogas y se sabe que algunos de los productos vegetales más utilizados fueron la albahaca para el corazón, el aloe para los parásitos y la belladona para el insomnio y el dolor. Ya Sorano en Roma, afirmó que la partera había de ser experta en la administración de prescripciones dietéticas y farmacológicas (Oliver, 2000). Hasta finales del siglo XVI y principios del XVII, existió una gran influencia de las teorías humorales hipocráticas en lo que a medicina y en particular a remedios se refería; éstos estuvieron destinados a fomentar el equilibrio entre los cuatro humores básicos (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra). De Hipócrates se heredó, además del interés por la dieta, el uso de remedios como la cebada, la miel, el vinagre, apio, vino, mostaza y el opio (Roca, 2003).

El siglo XVII está ubicado, según algunos autores/as, en un periodo de transición en cuanto a farmacoterapia se refiere, pasando de las teorías humorales a un inicio del rechazo a Galeno a través de las propuestas de Paracelso en el Renacimiento, que tampoco estuvieron alejadas de la magia y el ocultismo (Esteva de Sagrera, 2007).

En sus teorías patológicas, Paracelso pensaba que en la naturaleza hay "arcanos" considerados como los principios curativos específicos de cada enfermedad, que el médico debía aislar mediante prácticas alquímicas. Se añaden nuevos elementos provenientes de las Indias orientales y occidentales, que junto a las nuevas propuestas de Vesalio, amplían las posibilidades y los tratamientos. Uno de los nuevos remedios naturales incorporados de América en el siglo XVII, fue la corteza de quina: primer medicamento altamente eficaz contra el paludismo (López Piñero, 2000/2012).

Se introducen los primeros preparados minerales-químicos, aunque la farmacia tradicional galénica será la imperante en el siglo XVII. Adquirieron notoriedad el uso del clyster o enema, la hidroterapia y empiezan a cuestionarse purgantes y sangrías hasta ahora de uso más que común. Existen importantes compilaciones y recetarios que reflejan, por ejemplo, la importancia otorgada a este conjunto de saberes relacionados con los remedios por la medicina de la Temprana Edad Moderna inglesa, como alternativa a las intervenciones invasivas quirúrgicas que se pretendían evitar (LeJacq, 2013).

En el siglo XVII, todavía médicos y cirujanos preparaban sus remedios, aunque el farmacéutico aparece como profesión independiente en torno al siglo XIV impulsado por los árabes (Mercant i Ramírez, 2008). En este contexto, la matrona se revela como una auténtica experta en la preparación y aplicación de múltiples remedios como los demás profesionales de la salud. Según Ortiz Gómez (1993), las matronas fabricaron y aplicaron sus propios remedios tal y como se sabe por Isabel Fernández, matrona de Málaga en 1492 y María Luna matrona en Cuenca a mediados del siglo XVI, a quienes se reconoce como expertas en hierbas. Estos remedios estaban basados en conocimientos botánicos y fisiológicos pero también en aspectos mágicos y populares combinando la eficacia simbólica con la real (Oliver, 2000).

El posicionamiento de las matronas ante el uso de remedios, según vimos en sus manuales del siglo XVII, no fue homogéneo si bien podemos afirmar que la mayoría de ellas mostraron un rechazo al uso de los mismos de manera rutinaria. Sin embargo, en algunos de sus textos aparece un amplio recetario de éstos para cada uno de los problemas en la salud de las mujeres contemplados. En este sentido, de La Marche muestra muy pocos remedios en su manual y Siegemund es la más categórica en cuanto al rechazo de su uso por parte de las matronas:

> CHRISTINA: Una cosa más, querida hermana. Háblame de los remedios que has encontrado beneficiosos y necesarios para utilizarlos en las ocasiones frecuentes en las que se precipitan las cosas (…)
>
> JUSTINA: Los remedios son también medicamentos. Pertenecen a la Medicina y no a nuestro oficio.
>
> CHRISTINA: One more thing, dear sister. Tell me about the remedies you have found beneficial and necessary to use on those frequent occasions when things are rushed (…)
>
> JUSTINA: Remedies are also medicaments. They belong to medicine and not to our trade. (Siegemund, 1690/2005, p.181).

Justina Siegemund recomendó el uso de remedios en casos extremos exclusivamente y aun así explicitó que aquello no resuelto mediante la habilidad de la matrona, en general tampoco lo solventarían los remedios. Pero Justina va más allá y advierte a las matronas de que el uso de remedios les será reprochado por los "sabios doctores" ya que se empezaría a considerar como un incipiente intrusismo por parte de las matronas. Para ejemplificar esta situación, citó el proceso judicial de la matrona Titia, acusada por el Dr Kerger de usar tres remedios de uso común. Estas disputas revelan un trasfondo de la influencia del Protestantismo en Alemania, que se encuentra en el siglo XVII en plena expansión y gusta de prohibir prácticas mágicas, amuletos y remedios no autorizados en los partos para salvaguarda de la nueva fe (Flügge, 1998).

Por su parte en un punto medio encontramos, coincidiendo con lo afirmado por Perkins (1996), a Bourgeois que expresó un rechazo al uso sistemático de remedios acusando a éstos de producir problemas en el puerperio si se abusaba de ellos en el parto "(…) es decir no estoy de acuerdo con las [matronas] que quieren dar remedios calientes y violentos sin extrema necesidad (…)"/ "(…) ie ne ſuis pas d´auec ceux qui veulent tant donner de remedes chauds & violents ſans extreme neceſſité (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.71). De esta forma, Bourgeois expuso que el uso de remedios era más propio de los "sabios doctores" pero sin embargo su manual está repleto de recetas y remedios que ella aconseja por la prescripción o consejo de médicos con los que ha trabajado o a quienes ha visto emplear exitosamente dicho remedio.

Por otro lado, de la lectura de la obra de Mauriceau dedujimos que los remedios y sus vías de administración eran comunes entre cirujanos y matronas; utilizaron igual que ellas el vino, la canela y el agua de rosas como remedios médicos. Como ejemplo; recomienda la terra sigillata, pastillas hechas de arcilla de fabricación pre-hipocrática y clara de huevo, para el tratamiento de las hemorroides (Mauriceau, 1668/1727, p.78).

Por ultimo Sharp fue la más permisiva en el uso de remedios y esto otorgó coherencia a su obra como compendio de saberes clásicos; de hecho, hoy conocemos que la mayoría de los remedios contenidos en los manuales, están basados en textos clásicos (Oliver, 2000).

En definitiva podemos afirmar que el uso restrictivo y juicioso de los remedios fue el patrón idealizado y promovido para el ejercicio de la partería según la opinión de estas matronas del siglo XVII expresado a través de sus manuales. No siempre y todos eran adecuados por ejemplo para los niños:

> No utilizar Vómitos fuertes o purgas, o Enemas en los niños, ni sangrarlos; pero darles remedios suaves, como son los Supositorios, y Enemas suaves, con un poco de Azúcar y

> Leche: dar Remedios [Medicinas] más fuertes a la nodriza, si es necesario, para purgar al niño (…)
>
> Use no strong Vomitings, or purgings, or Glisters to children, nor bleed them; but give them gentle means, such are Suppositories, and mild Glisters, with a little Sugar and Milk: give stronger Physick [medicine] to the nurse, if need require, to purge the child (…)" (Sharp, 1671/1999, p.275).

También aconsejaron evitar la administración de remedios en los primeros meses de gestación "(…) pero aproximadamente a los cuatro, cinco o seis meses hay menos peligro en tomar Medicamentos o realizar sangrías (…)"/ "(…) but in about four, five or six month there is least danger in taking Physick (medicine), or letting blood (…)" (Sharp, 1671/1999, p.134).

Pero ¿a qué se refirieron las matronas exactamente cuando hablaron de medicamentos y remedios?, ¿qué materias primas contenían, en qué formas se administraron y para qué procesos de salud-enfermedad?

Los principios activos de los remedios en el siglo XVII según los manuales de matronas estudiados, se dividieron entre los de origen vegetal, animal o mineral-químicos, y las formas de administración fueron múltiples como lo fueron las propiedades curativas que se les asignaron. Entre los elementos de origen vegetal, los más repetidamente nombrados en los manuales fueron el aceite de oliva y sobre todo el aceite de almendras dulces al que se le atribuyeron propiedades curativas en todo tipo de patologías en gestación parto y puerperio. También aparecerán otros aceites como el de lirios, lilas y nuez así como el ajenjo, la artemisa y la melisa al igual que en otros manuales clásicos (Charmantier, 2010).

Aparecieron con frecuencia en los manuales de matronas estudiados, elementos como el azafrán, la malva, la canela y el comino, como facilitadores del parto "(…)

déjala hervir Malvas cuando se acerca el momento del parto (...)"/ "(…) let her boyl Mallows when she comes near the time of her delivery (...)" (Sharp, 1671/1999, p.140).

Los manuales analizados coinciden con las afirmaciones de Witkowski (1887), que expone cómo en el siglo XVII se empleó agua de lirios para ungir las "partes bajas y facilitar los partos" y el polvo de la Reina compuesto por raíces, nuez moscada y ámbar amarillo para un parto menos doloroso. Otros remedios muy utilizados de origen vegetal fueron la mandrágora y la rosa de Jericó: existía la tradición de ponerla en agua al inicio del parto y si se abría, éste sería exitoso (Gélis, 1991). Otros remedios nombrados en los manuales de matronas fueron la mostaza para favorecer la lactancia, y las borrajas con violetas y cáscaras de limón con vino que purgaban la melancolía (Sharp, 1671/1999, p.242). Nuestros resultados mostraron la manera en que Sharp nombró en su manual a la artemisa (hervida en vino y en cataplasma a nivel umbilical) para facilitar la expulsión de la placenta y anejos e inducir el parto, coincidiendo de nuevo con las ideas transmitidas en los manuales de Hipócrates, Dioscórides y Damiá Carbó (Oliver, 2000).

De acuerdo con lo propuesto por el cirujano Paré, Bourgeois nombra en su manual la camomila y el meliloto para "suavizar las partes" en las que eran aplicadas así como orégano y romero, es decir plantas "calientes" que "abren los poros". Del mismo modo es posible que el ciprés y el romero se utilizaran con la intención de detener el flujo de sangre que acompaña la pérdida de un feto en el aborto. Todos estos ingredientes, tenían en común su olor dulce al que se le asociaba la capacidad de mantener al feto intraútero así como aliviar el dolor (Perkins, 1996, p. 53).

Aparecen otros ingredientes fundamentales de los remedios, propuestos por las matronas a través de los manuales del siglo XVII, como la sal con el fin de provocar vómitos para facilitar el alumbramiento, práctica que Bourgeois asoció a las matronas

ignorantes (Bourgeois, 1609/1630, p.119), tragar una yema cruda de huevo o dos dedos de agua destilada u oler alguna cosa fétida para provocar arcadas y poner en marcha la musculatura abdominal y provocar pujos (Perkins, 1996). Desde el mismo planteamiento se usaba la pimienta para provocar estornudos e inducir los partos de fetos muertos "(…) hacerla estornudar con el polvo de la Pimienta blanca (…) beber (…) Albahaca en polvo, con vino blanco, hace el parto fácil (…)"/ "(…) make her sneeze with powder of Pepper and white (…) drink (…) Basil powdered, with white wine, it makes the delivery easy (…)" (Sharp, 1671/1999, p.148).

También cirujanos como Jacques Duval y Cosme Viardel, recomendaron en sus manuales aplicar polvos a las mujeres y provocar estornudos para facilitar el alumbramiento, remedio refutado posteriormente por Pau Portal (Gélis, 1991; Portal, 1685; Viardel, 1674).

Igualmente aparecen otros compuestos como el apio y la cicuta para retirar la leche y la cebolla que se ofrecía asada como tratamiento a las hemorroides para su aplicación local.

En definitiva según afirma Perkins (1996), desde la óptica de Bourgeois pudieron existir tres grandes categorías de ingredientes para ser aplicados durante la gestación: la primera conformada por elementos como castañas, bellotas, arándanos y el coral cuya función principal sería detener el flujo menstrual. La segunda categoría la configurarían elementos como el aloe, la cola de caballo y raíces de bistorta para detener todo flujo anormal de sangre. Por último, se encontrarían aquellos compuestos como las resinas, el ámbar amarillo y la nuez moscada que, por su olor agradable, estimulan la respuesta uterina facilitando la permanencia y viabilidad fetal. Como vemos existían una serie de remedios asociados a las menstruaciones de las mujeres; algunos para detenerlas y otras especialmente para provocarlas, aunque algunos

autores/as afirman que estos preparados encubrían frecuentemente sustancias abortivas y afrodisíacas (Evans, 2012).

En cuanto al puerperio, Louise propuso cuatro remedios para el alivio del dolor: el primero a base almendras dulces y sirope de un pequeño helecho llamado culantrillo. El segundo un caldo de pollo, paloma y perdiz que incluía azúcar, canela, polvo de nuez moscada, dátiles y clavo.

También en los manuales de matronas del siglo XVII, se nombró el agua como uno de los ingredientes fundamentales de todos los remedios: agua de rosas, agua de violetas, vino con agua, agua de miel, además se ser el ingrediente fundamental en infusiones y decocciones.

La salvia también apareció como remedio para la retirada de la leche "He visto hacer un remedio que sirve para retirar la leche, hay que hacer hervir la salvia en orina y después frotar los pezones (…)"/ "I´ay veu faire vn remede pour faire perdre le laict, qui eſt de faire bouillir de la ſauge dans de l´vrine, puis en fomenter les tetins (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.101).

El alcohol y sobre todo el vino, aparece como reconstituyente en cualquier estado de debilidad de la madre y del recién nacido "He visto Médicos ilustres que daban una importancia máxima al hecho de cuando el niño nace darle una pequeña cucharada de vino puro (…)"/ "I´Ay veu tenir por maxime à des Medecins fort doctes, que ſi toſt qu´vn enfant eſt né il luy faut donner à prendre vne petite cueillerée de vin pur (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.103-104). Además se recomendó como analgésico contra cualquier tipo de dolor como la dismenorrea "(…) una cucharada de un buen coñac alivia el dolor (…)"/ "(…) vne pelle arrouſée de bonne eau de vie, appaiſe la douleur (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.7-8).

En cuanto a los remedios de origen animal, apareció sobre todo la mantequilla o grasa de pato, gallina u otros animales, como lubricantes y los caldos alimenticios además de los huevos para fortalecimiento en el parto y puerperio así como una multitud de alimentos. Otros amuletos utilizados fueron las pieles de algunos animales, respaldado su uso por algunos cirujanos como Peu (Gélis, 1991; Peu, 1694).

En cuanto a los remedios de origen mineral, en los manuales investigados se hizo referencia a piedras preciosas que solucionaban la esterilidad como zafiros, esmeraldas, ágatas e imanes (Sharp, 1671/1999, p.139) y evitaban abortos como el polvo de coral rojo, las virutas de marfil (Sharp, 1671/1999, p.172) y la piedra preciosa denominada Jacinto, que se incorporó en los tratamientos médicos en el siglo XVII, heredado de las palabras de Discórides, como propietaria de poderes restaurativos y revitalizantes del corazón muy útiles en casos de abortos (Perkins, 1996). Los minerales como el mercurio fueron utilizados en patologías relacionadas con la menstruación, y se contraindicó el uso de arsénico y antimonio en el tratamiento del cáncer de cérvix aunque se reconoce su utilidad en otros procesos (Sharp, 1671/1999, 212). También se recomendó el uso de alcanfor para disminuir el deseo sexual en las mujeres (Sharp, 1671/1999, p.241).

Tres de los cuatro manuales seleccionados, hacen referencia a la piedra del águila cuyo contacto sobre el muslo o la axila de la mujer facilitaría el parto, la protegería durante el embarazo y evitaría abortos según propuso Hipócrates, Theoprastus, Discórides y Galeno (Gélis, 1991; Oliver, 2000), y según recoge Bourgeois la protección mineral sería “Para aquellas que tengan una piedra del Águila debajo de la axila derecha, una piedra de imán, un trozo de piel (…) o un cinturón (…)”/ “Pour celles qui peuuent auoir vne pierre d´aigle mi*f*e *f*oubs l´ai*ff*elle gauche, vne pierre d´aimant, vn morceau de peau (…) ou vne ceinture (…)” (Bourgeois, 1609/1630,

p.27). Clásicamente la piedra del águila era un mineral mezcla de barro y hierro que se decía encontrar en los nidos de águilas. Éstas eran transportadas allí por las aves para facilitar la eclosión de los huevos de sus crías, y de ahí su asociación con el nacimiento (Brockbank, 1958). Desde la antigüedad la piedra del águila fue el amuleto preferido para transmitir seguridad en el embarazo, parto y puerperio. Nuestros resultados vienen a confirmarlo porque aparece recomendado fervientemente en ellos y además por su presencia en los manuales de otros médicos y cirujanos como es el caso de Jean Varanda que la recomienda en 1619 en su manual *Posthumus in lucem editus De morbis & affectibus mulierum (…).* Sin embargo a partir de aproximadamente 1670, los cirujanos y médicos empiezan a distanciarse de recomendar el uso de amuletos en sus manuales (Gélis, 1991).

Era de uso común en la ciencia del siglo XVII, el manejo de la placenta y sus anejos como materia prima para la elaboración de remedios tal y como Bourgeois relató vio hacer en una ocasión para el cólico del lactante: meter el cordón umbilical al horno, reducirlo a polvo y hervirlo en un caldo y dar a beber al recién nacido (Bourgeois, 1609/1630, p.113). Otros remedios nombrados por Bourgeois en su manual son el denominado Ecarlate, consistente en el uso del polvo de caparazón de algunos insectos que se consideraba tenían el mismo efecto que el líquido proveniente del mismo (Perkins, 1996).

Todos los anteriores elementos podían ser administrados por diferentes vías, exceptuando los de origen mineral, según las necesidades y la patología a tratar. Las vías de administración relatadas en los manuales de matronas del siglo XVII, fueron muy diversas predominando el uso de la alimentación y la hidratación a modo de remedio como por ejemplo para el fortalecimiento de la mujer en partos largos, proporcionándole agua de canela, vino clarete o algún caldo de carne (Bourgeois,

1609/1630, p.56) y para resolver la esterilidad tomando bebidas refrescantes y emulsiones de cebada, agua, almendras, semillas de amapola, pepinos, limones, melones o calabazas (Sharp, 1671/1999, p.136). Bourgeois hereda de Discórides la creencia del poder del huevo y sus cualidades nutritivas y restauradoras y por ello los aconseja frecuentemente como remedio. Por lo tanto la forma de administración de remedios más común, es la vía oral ya que además de la alimentación se incluyen tabletas, polvos, infusiones, píldoras y nebulizaciones como las recomendadas por Bourgeois para los problemas de matriz con manzanilla, malvaviscos o violetas hervidas con vino blanco y aspirando el humo (Bourgeois, 1609/1630, p.9).

Además se hizo un uso muy frecuente de los enemas en todo tipo de patologías y con todo tipo de ingredientes:

> (…) ella [la matrona] puede hacer un Enema con Pollo o caldo de carne tierna, añadir Azúcar o Miel y media cucharada de sal blanca o déjala hervir Mercurio en su caldo para hacer un supositorio con jabón de Castillo o Manteca de cerdo.
>
> (…) she may make a Glister with Chicken or tender flesh broth, adding course Sugar or Honey and half a spoonful of white salt or let her boyl Mercury in her broth to make a suppository with Castle sope or Lard. (Sharp, 1671/1999, p.140).

Las palabras de Sharp en su manual vienen a coincidir con lo estudiado por Gélis (2009) en otras matronas como Bourgeois, que destacan y sublevan las propiedades y uso de los enemas por su capacidad de estimular las contracciones de parto tras su administración en partos estacionados y su uso en el puerperio y para el tratamiento de la dismenorrea.

Otras formas de administración de uso común en los remedios, fueron la aplicación de paños, emplastes, cataplasmas o fomentaciones (entendidas como aplicación de calor local) muy frecuentes en el tratamiento sobre el vientre para la amenaza de parto prematuro, problemas de grietas, ingurgitación mamaria y mastitis,

amenazas de aborto y dolor de entuertos puerperales. Como ejemplo Bourgeois habló de un tratamiento para la amenaza de parto prematuro consistente en un emplaste aplicado en riñones, ombligo y vientre de la mujer compuesto por aceite, cera, nueces, nuez moscada, piedras de coral y ámbar entre otros ingredientes denominado "contra rupturam" (Bourgeois, 1609/1630, p.27).

Como podemos deducir, todos los remedios no estaban al alcance de todos los niveles económicos, máxime si entre sus componentes se incluían piedras preciosas que solían ser propiedad de familias burguesas, pasando estos amuletos de generación en generación como un preciado bien (Gélis, 1991). En efecto, algunos de los remedios recomendados por médicos y matronas eran caros y representaron un lujo, pero a la vez desmitifican la medicina docta de la época acercándola al ámbito familiar, donde las mujeres podían preparar muchos de esos remedios propuestos por los "sabios doctores" en sus propios hogares, ejerciendo una forma de medicina más doméstica (Perry, 1996). En consecuencia, algunas de las composiciones que Bourgeois recomendó como remedios, parecieran más recetas de cocina que medicamentos: por ejemplo, ella aconsejó para retirar la leche, además del hielo, la aplicación de cataplasmas en las mamas con pan moreno, leche, azafrán, yema de huevo y aceite de rosas (Bourgeois, 1609/1630, p.97) y para las grietas recomendó frotar los pezones con miel rosada y cera además de cubrirlos con algodón si la mujer era muy húmeda (Bourgeois, 1609/1630, pp.99-100). La mayoría de remedios aplicables a las mamas eran a través de la aplicación de paños:

> (…) pero puede aliviar los dolores de pecho y consolarlas, colocando un paño de lino doblado y no caliente, mojado en Aceite de hierba de San Juan y de Rosas, con la yema y la clara de un huevo batidas juntas, cada onza con una onza de agua de Rosas (…)

> (…) but you may ease the pains of her breast and comfort them, laying a linnen cloth doubled and not warm, dipt in Oil of St *Johns wort* and of Roses, with the yolk and white of an egg beat together, of each an ounce, with an ounce of Rose-water (…) (Sharp, 1671/1999, p.163).

Otras formas de administrar remedios fueron pomadas y ungüentos, muy frecuentemente utilizados en el parto para la lubricación del canal blando, aplicaciones en el vientre ante y posparto, en las mamas o en cualquier parte del cuerpo de la madre o el hijo que precisare un masaje.

Otros modos de administración, fueron los lavados y baños con remedios diluidos o la fumigación (recepción de vapores), la fomentación ante los dolores de parto, la higiene puerperal o la ayuda a expeler los loquios. Según Perkins (1996), la fomentación fue definida por el propio Paré como un proceso de vaporización realizado fundamentalmente para suavizar y relajar el dolor. Para este fin Witkowski (1887) presenta un dispositivo ideado por el mismo Paré en el siglo XVI, por el cual se fumigaban vapores obtenidos de plantas como el ajenjo, enebro, mirra o ajedrea. También se incluían sahumerios que consistían en la canalización vaginal de humo proveniente de la combustión de sustancias (Oliver, 2000) y pesarios. Antes del parto, se le aconsejaba a la mujer fumigaciones para favorecer la dilatación (Gélis, 2009).

Como ejemplo del uso de remedios en el tratamiento del parto, Bourgeois propuso también tres tipos para facilitarlo: pociones con aceite de almendra dulce y otras de agua de canela, segundo el uso de enemas y tercero fomentaciones para disipar los vientos (Perkins, 1996).

Otro de los remedios ampliamente utilizados en la medicina del siglo XVII, fueron las sangrías y la postura de las matronas ante ellas fue de aceptación restrictiva en el ámbito de la gestación:

> Las sangrías son malas para las mujeres embarazadas, a menos que haya una gran necesidad; las purgas especialmente en el primer o segundo o cerca de los últimos meses y los vómitos son mucho peores; si hay demasiado ayuno el niño muere de hambre (…) Bleeding is bad for childing women, unless there be great need; purging, especially in the first, or second, or about the last months and vomiting is far worse; too much fasting the child starves (…)" (Sharp, 1671/1999, p.135).

Una gran mayoría de remedios son comunes para médicos y matronas ya que ambos grupos, asumieron creencias científico-supersticiosas propias del contexto cultural europeo del siglo XVII. Sin embargo, únicamente la medicina de mujeres fue catalogada como hechicería y fue susceptible de controlar por las autoridades, mientras que los varones legitimaron creencias muy similares a través de la publicación de manuales desde el siglo XVI (Perry, 1996).

Finalmente de la lectura de los cuatro manuales de matronas y uno de cirujano del siglo XVII europeo, podemos concluir la coincidencia en el uso y composición de la misma tipología de remedios entre médicos, cirujanos y matronas como miembros todos ellos de un sistema médico-cultural que ofrecía sus saberes en salud.

En definitiva dos de los manuales de los cuatro seleccionados escritos por matronas del siglo XVII, no contemplaron estos amplios recetarios de remedios populares-científicos y dos de ellos se extendieron en sus conocimientos sobre los mismos. Sin embargo podemos deducir que el uso de remedios por las matronas empieza a ser controvertido en la Europa del siglo XVII, a consecuencia de lo cual las matronas se posicionaron en el uso restrictivo de los mismos en casos de extrema necesidad.

3.1.12 (1.12Ma) La profesión matrona en la Europa de la Temprana Edad Moderna: licencias y docencia.

El siglo XVII fue un tiempo de cambio en la concepción del parto y su asistencia pues pasó de la esfera privada y de estar en manos de matronas mujeres a ser un asunto público y del Estado en el que la intervención del varón era inexcusable (Cabré i Pairet & Ortiz Gómez, 2001). Sin embargo esta transición entre las formas de control de las matronas y los partos, fue de ritmos y características diferenciadas dependiendo del contexto; Inglaterra sería el bastión del poder de la Iglesia sobre las matronas mientras que Francia y sobre todo Alemania, se abre al nuevo poder de los Estados modulado a través de los médicos. Por lo tanto, existió un interés general de obispos, médicos y las mismas matronas por regular el ejercicio de la profesión y marcar una línea divisoria entre aquellas mujeres que ejercían una labor de solidaridad de género, sin formación ni remuneración, de aquellas que se pusieron al servicio del bien común tras una formación normativa.

De este modo, los primeros intentos de regulación en Europa de la profesión matrona los encontramos en Alemania en las ciudades del sur a finales del siglo XIV (Flügge, 1998). Existen referencias de la formación de las matronas en las llamadas "Hebammenordungen" en las ciudades de Ulm, Colmar, Heilbronn y Núremberg en el siglo XV y a través de la expedición de títulos de matrona por medio de instituciones denominadas "Christliche Kerkernordnungen" (Doležal et al., 2007). A su vez, encontramos múltiples estudios sobre el modo en que el Estado empieza a regular la práctica de la partería y la manera en que los intereses sociales y las ideas jurídicas y políticas se incorporan para una reformulación de la partería tradicional (Flügge, 1998). Según Wiesner (1993), las matronas se convirtieron en empleadas juradas de las grandes ciudades alemanas a lo largo del siglo XV (1417 en Núremberg, 1456 en

Frankfurt, 1480 en Múnich y 1489 en Stuttgart) y dependientes de los Consejos de las ciudades que regularon sus ordenanzas. En 1452 se establece en Ratisbona (Baviera), el que se considera el primer sistema municipal de regulación de partería en Europa (Donnison, 1988) para la atención en el control de la asistencia al parto en el territorio alemán, y más tarde se extienden otras ordenanzas por los territorios germánicos a lo largo del siglo XVI hasta el siglo XVIII. Estas ordenanzas, estipularon con detalle los procedimientos obstétricos correctos y se verán muy influidas por la religión. La importancia de las ordenanzas alemanas, reside en la voluntad de unificar la legislación y la creación de un sistema nacional de gestión y control de las matronas (Flügge, 1998; Wiesner, 1993). Posteriormente en este mismo país en 1533, Carlos V dicta su "Constitutio Criminales Carolina" que revalida a las matronas y médicos-cirujanos como peritos en asuntos jurídicos (Perkins, 1996).

En todo caso, para el control de la figura de las matronas como funcionarias, aparecen en Alemania en las grandes ciudades a finales del siglo XV y el XVI como Regensburg, la figura de unas mujeres de las clases sociales altas conocidas por varios nombres; mujeres respetables (Ehbare Frauen), mujeres juradas (geschworene Frauen) o mujeres sabias (Weise Frauen). Estas mujeres, que no eran matronas ni poseían formación médica alguna, tenían la función de examinar a aquellas aspirantes a una licencia, asignaban partera a las madres indigentes, las disciplinaban y tenían el poder de revocar licencias si consideraban que la matrona había cometido infracciones serias, aunque éstas fueran expedidas por médicos universitarios. Ejercieron así un control de clase sobre las matronas hasta que este control se sustituye más adelante por los médicos desde la segunda mitad del siglo XVI (Flügge, 1998; Wiesner, 1993).

En Inglaterra, bajo el mandato del rey Enrique VIII, también se reguló a las matronas a través del *Act of 1512 for the Regulation of Physicians and Surgeons*, que

otorga el poder de capacitación profesional a los obispos. Aunque esta reglamentación no hace referencia expresa a las matronas, en ella la rama de la partería se trataría como parte de la cirugía y arte manual (Conde Fernández, 2011; Donnison, 1988; Forbes, 1962; Towler & Bramall, 1997). La dispensación de licencias a las matronas fue responsabilidad de la Iglesia de Inglaterra, según algunos autores/as, a través de todo el siglo XVII a excepción de los años 1641-1661, con la ruptura del régimen monárquico y se restablecería de nuevo en 1661, aunque en la capital el sistema quedará obsoleto desde 1720 (Evenden, 2000).

Todas aquellas personas, excepto graduados universitarios, que desearan obtener una licencia se debían presentar a examen en el Obispado y se les otorgaría un permiso para trabajar en la diócesis correspondiente después de su firme promesa de mantener las normas de conducta dictadas por la Iglesia en su práctica (Donnison, 1988). En general, las matronas inglesas se formaban en un sistema no oficial en el que una aprendiz trabajaba bajo las órdenes de una matrona experta varios años, a veces de su propia familia. El desarrollo de una instrucción más formal fue lento (Kontoyannis & Katsetos, 2011) y solo después de adquirir estas habilidades prácticas, podían optar a una licencia. La primera premisa importante para consecución de una licencia tras el periodo de formación, era conseguir testimonios que certificaran su idoneidad como matrona de sacerdotes, oficiales, vecinos, médicos e incluso mujeres a las que habían asistido. Estos testimonios eran presentados al obispo o arzobispo correspondiente. Las licencias eran caras y se concedían a edades muy avanzadas en torno a los 50-60 años, muchas ya viudas y tras una larga experiencia profesional que empezaron a practicar entre los 30 y 40 años y cuando sus propios hijos no necesitaban ya de sus cuidados, con algunas excepciones como es obvio. Por lo tanto únicamente eran concedidas a mujeres económicamente solventes que debían periódicamente pagar una cuota cuando

eran sometidas a las denominadas “visitaciones” eclesiásticas. Éstas consistían en unas revisiones para verificar la adhesión de la matrona a la Iglesia de Inglaterra y sus habilidades prácticas. Las matronas que ejercieran sin licencia, serían castigadas con la excomunión (Evenden, 2000). Se ofrecían algunas lecciones teóricas en escuelas médicas de Londres a las que unas pocas matronas acudían ocasionalmente (Kontoyannis & Katsetos, 2011) y los profesionales médicos parece que no tuvieron demasiada participación en la formación de matronas, en especial en las zonas rurales y alejadas de las grandes ciudades (Harley, 1993).

Uno de los intentos por monopolizar la formación de las matronas en Inglaterra lo protagonizó la familia Chamberlen en el siglo XVII. Esta familia de cirujanos, tuvieron excesivo interés en propagar por Londres la imagen de la “matrona ignorante” necesitada de formación teórica anatómica (King, 1993). En 1616, se hicieron en Londres una serie de propuestas para la regulación de las matronas de la ciudad, y en este mismo año, un grupo de ellas pidieron al Rey su incorporación a una asociación de matronas para controlar en mejores condiciones los estándares de calidad en la práctica de la partería. De haberse materializado, la proposición hubiera sido una completa innovación, constituyendo su propio gremio y les hubiera capacitado para ejercer por primera vez el control sobre sí mismas como profesionales. En este proyecto estuvieron apoyadas por el cirujano Peter Chamberlen, perteneciente a la familia inventora del fórceps, sin duda con el objetivo de que tras la instauración de esa asociación él fuera nombrado director de la misma y arrebatara así el control a los obispos de ese lucrativo negocio de licenciar e instruir a las matronas que posteriormente le avisarían a él para ser ayudadas en casos de extrema gravedad. Sin embargo, el plan no fue secundado por el Rey que decidió a favor de la continuidad del sistema de licencias por los obispos previo examen por el College. Este último podría proporcionar la instrucción necesaria,

incluyendo uno o dos años de disecciones y lecciones en anatomía. De nuevo en 1634, un sobrino de Chamberlen (también llamado Peter) vuelve a reavivar la propuesta de la asociación de matronas y de nuevo encontraron enconada oposición por parte de los médicos universitarios y de más de 60 matronas de Londres que ofrecieron resistencia como Mrs. Shaw y Mrs. Whipp a la insistencia de la familia Chamberlen por controlarlas como men-midwives. Sin embargo las matronas que se opusieron al control de Chamberlen, tampoco estuvieron satisfechas con el sistema de licencias episcopales (Potts, 2007). En 1647 de nuevo Chamberlen insiste en lo negativo del sistema de licencias clásico y apelando al espíritu de la Reforma, reclama el paso de la regulación de las matronas a manos civiles: a las suyas. Finalmente en 1660 de nuevo las matronas encabezadas por Cellier, proponen la creación de un College que proporcionara instrucción y regulación a las matronas y fuera un foro de debate de la profesión pero de nuevo fueron rechazadas por médicos que consideraron el plan pretencioso (Donnison, 1988; Forbes, 1962; Wilson, 1995) y siguieron en manos de la Iglesia hasta bien entrado el siglo XVIII.

En definitiva según Evenden (2000), se han registrado desde 1607 a 1641 en la diócesis de Londres 170 mujeres licenciadas como matronas, lo que sugiere que el sistema de licencias por los obispados no comienza más formalmente hasta la segunda década del siglo XVII.

También reseñan algunos autores/as como una de las primeras clínicas para la enseñanza de matronas, la fundada en Padua en el siglo XVI. Del mismo modo, en los siglos XV y XVI ya existía en París una partera oficial pagada por el Consejo de la ciudad (Anderson et al., 1992). De hecho en 1560, con el reinado de Enrique III, aparecen los Estatutos de París reproducidos con algunas adiciones en 1587 y se publican entonces (Evenden, 2000). Este documento contenía 25 cláusulas: el primer

grupo de ellas (de la dos a la siete) regulaban las condiciones que jugaban a favor de las candidatas para valorar su aptitud en la obtención de la licencia de matrona, como el lugar donde vivían, su manera de vida y su vocación de matrona entre otras cosas. En concreto, la cuarta estipulación instaba a las candidatas a someterse a un examen cuyo tribunal estaría compuesto por un médico, dos cirujanos y dos matronas expertas. Del mismo modo, las disposiciones octava y decimoséptima, aclaraban el deber de las matronas de denunciar a otras mujeres que atendieran nacimientos sin licencias y a aquellas cuyo comportamiento fuera disoluto. En definitiva, la mayoría de las cláusulas contenían deberes morales de obligado cumplimiento para ellas mismas y sus colegas (Perkins, 1996). Los Estatutos de París dictan, entre otras cosas, las cualidades de la buena matrona francesa y se les autorizó, para su reconocimiento público, el uso símbolos distintivos en las puertas de sus casas como una mujer con un niño en brazos, o un niño con una vela o en una cuna o con una flor de lis. Este documento, es una de las primeras cartas constitucionales que rigen a la profesión matrona y a través de él se les obligó a pedir consejo a otras parteras expertas, médicos o cirujanos en casos de dificultades, a respetarse entre ellas y a no injuriar. Además se creó un registro de matronas tituladas del que cada una de ellas tendría una copia y serían multadas si no cumplieran estos preceptos (Ackerknecht, 1976; Witkowski, 1887).

En definitiva la regulación de las matronas a través de sistemas municipales tuvo como objetivo el acotar y controlar las funciones de éstas más que formarlas y muchas continuaron ejerciendo como matronas no tituladas. Estas parteras no autorizadas, en ocasiones realizaron un trabajo importante para sus comunidades, sobre todo entre los pobres, y se juzgó más provechoso alentarles a obtener una licencia que castigarlas. Sin embargo, estos sistemas de regulación no fueron acompañados de ningún sistema de provisión público para recibir instrucción y menos teórica: algunas matronas por su

cuenta accedían de manera privada a manuales de obstetricia, que estuvieron al alcance de una minoría de matronas ya que un porcentaje importante no sabían leer, y además eran caros (Donnison, 1988).

En otro orden de cuestiones, el estereotipo de la "matrona ignorante" se repite a lo largo de todos los manuales analizados de matronas y de cirujanos del siglo XVII. Desde nuestro punto de vista, en cierta manera es positiva esta autocrítica ya que insta a estas cuatro matronas a moverse en la dirección de la profesionalización a través de la docencia y la reivindicación de su participación en la misma.

En primer lugar las matronas analizadas a través de sus manuales introducen el concepto de profesión; ostentaron las cuatro una autoconciencia como profesionales que actuaban en la esfera pública sirviendo a su comunidad y respondiendo a las expectativas de Dios:

> Usted sabe que es una profesión piadosa, y si la practicas con atención y asiduidad, tan bien como sea posible y siempre que Dios te bendiga en ella, puedes esperar recompensa en la tierra y en el cielo por ello.
>
> You know it is a godly profession, and if you practice it carefully and assiduously, as well as is possible and to extent that God blesses you in it, you can expect reward on earth and in heaven for it." (Siegemund, 1690/2005, p.75).

Las matronas al hablar de profesión, introdujeron algunas pautas fijas y requisitos necesarios contenidos en su definición, como la adquisición de saberes teóricos y prácticos a través de la docencia.

La escolarización en la enseñanza secundaria y superior, es a la vez uno de los cambios más objetivables en las relaciones entre los sexos y factor más que decisivo en la transformación de esas relaciones que superen las clásicas desigualdades (Bourdieu, 1995/2012). Igualmente, según Prieto Ruz y Morales Gil (2010), la forma de distribución de oportunidades educativas revela la constitución en materia de

desigualdad con la Universidad como máximo exponente. El nacimiento de las Universidades europeas controladas por la Iglesia en los siglos XII y XIII, viene acompañado de la exclusión de las mujeres, hecho que generará a lo largo de los siglos una exaltación de la diferencia de quienes pudieron acceder a ellas y quienes no (Rivera Garretas, 2006). En este sentido, era común en la sociedad del siglo XVII la restricción de las mujeres a esos saberes formales a través de instituciones superiores y las matronas, como colectivo femenino, también se encontraron aisladas de esos saberes teóricos. Esta situación concuerda con algunos de los planteamientos de la anteriormente reseñada Anette Weiner (1992), que desde la Antropología del Género, plantea la existencia de una serie de bienes denominados inalienables que poseen un gran valor simbólico, como en este caso podría ser el saber teórico, y mediante la restricción del acceso a esos bienes inalienables se establecen relaciones jerárquicas que ayudan a definir la identidad de un grupo, como es el caso de médicos y matronas (Moncó, 2011).

Ante esta situación, las matronas se vieron en la encrucijada de necesitar a unos hombres que poseían unos conocimientos que les eran necesarios para su profesionalización y la difícil convivencia con estos mismos hombres que las cuestionaban, las describían como ignorantes y aspiraban a ocupar su puesto en la asistencia a los partos. Se establecieron relaciones desiguales entre matronas y los médicos educados en instituciones superiores que afectan tanto a estructuras objetivas como a las de representación (Bourdieu, 1995/2012). Al tiempo, la conversión del nacimiento en una disciplina científica especializada, significó la puesta en marcha de un mecanismo de exclusión de las mujeres de esa disciplina de carácter científico (Perkins, 1996).

Uno de los factores más significativos en el cambio en la condición de las mujeres a lo largo de la historia, ha sido el acceso a la educación, otorgándole una importancia principal para la dinamización de la posición de las mujeres en el mundo laboral (Del Valle et al., 2002). Desde este punto de vista, las matronas tuvieron la inteligencia de asumir la necesidad de formación por parte de esos médicos universitarios como hizo Bourgeois en su manual, que ejerció su profesión desde finales del siglo XVI y principios del XVII:

> Por esta razón yo suplico a estos Señores nuestros Doctores en Medicina, los cuales gratifican tanto al público, que permitan a las matronas tener algunos temas [tomar algunas lecciones teóricas] en las escuelas, que se puedan afiliar contribuyendo a los gastos, yo prometo que seré la primera reconociendo que es una cosa muy útil.
>
> C´eſt pourquoy ie ſupplieray Meſſieurs nos Docteurs en Medecine, tant gratifier le public, que de permettre aux ſages femmes, ayant quèlque ſuject aux eſcoles d´y aſſiſter, en contribuant aux frais, comme ie promets faire la premiere, recognoiſſant que c´eſt choſes tres vtile. (Bourgeois, 1609/1630, p.124).

Como sabemos, en el siglo XVII algunas matronas empiezan a tener acceso a clases de anatomía impartidas por médicos universitarios y a asistir a disecciones de cadáveres (Kontoyannis & Katsetos, 2011) como así lo hizo y lo expresó la misma Bourgeois. Ese acceso a saberes en general restringidos a mujeres, hizo a estas matronas utilizarlos, tal y como afirma Flecha García (2006), a modo de instrumento de toma de conciencia de sus realidades lo que les permitió ganar en autonomía, individualidad, libertad y autoridad con respecto al orden social imperante.

Efectivamente Bourgeois, que es una de las más incisivas en su manual con la figura de los hombres en los partos, hace a la vez un ejercicio de humildad al reconocer la utilidad de la anatomía y de los saberes teóricos que poseían estos hombres y sitúa a los médicos como el escalafón más alto en el esquema médico-social de la Europa del

siglo XVII (Perkins, 1996), y se refiere a ellos en su libro como estándar de oro en cuanto a saberes apoyándose en ellos para enfatizar algunas de sus propias prácticas:

> El Señor Feure [médico] citaba esta práctica en las escuelas de Medicina diciendo que en estos casos él aconsejaba a los asistentes proceder igual [igual que ella recomienda en su manual], dado que ha visto morir a mujeres honestas por no haberlo hecho.
>
> Monſieur le Febure recita cette practique là aux Eſcoles de Medecine, & dit qu´en tel cas, il conſeilloit aux aſſiſtans d´y proceder de meſme, veu qu´il auoit veu mourir d´honneſtes femmes, faute de l´auoir faite. (Bourgeois, 1609/1630, p.45).

Estas matronas de la élite escritoras de los manuales investigados, se revelaron a esa restricción teórica y cuando fueron poseedoras de esos saberes teóricos se reivindicaron además como docentes no sólo a nivel práctico sino a nivel teórico a través de la escritura de sus propios manuales:

> Lo he hecho con esa parte de la Anatomía, que se refiere principalmente a lo que las Matronas debemos saber, para que podamos ser capaces de ayudar y dar instrucciones a las mujeres que nos envían a buscar en situaciones extremas, y si no somos competentes en Teoría, nunca sabremos cómo proceder en la práctica (…)
>
> I have done with that part of Anatomy, that concerns principally us Midwives to know, that we may be able to help and give directions to such women as send for us in their extremities, and had we not some competent insight into the Theory, we could never know how to proceed to practice (…) (Sharp, 1671/1999, p.129).

Sin embargo, en opinión de Leigh Chalk (2009), Jane Sharp muestra en su manual una postura de preocupación por la formación de las "matronas ignorantes" más bien superficial ya que solo les dedica unas líneas de su libro, sino que el texto se dirige más bien a reforzar su propia posición de autoridad sobre ellas.

Efectivamente Sharp, según muestran nuestros resultados, fue la que más hincapié hizo en sus explicaciones anatómicas. Sin embargo y conforme progresa el siglo XVII y entra el siglo XVIII, la presencia de los hombres está más asumida en la

práctica asistencial del parto, así como su control en los aspectos más formales de la partería como la docencia. En este sentido, el manual de de La Marche, deja al descubierto esta influencia sobre las matronas de los cirujanos, criticando el exceso de teoría de otros manuales que ella consideró innecesaria para las matronas "(…) ya que se hacen a menudo preguntas innecesarias a las parteras, el conocimiento de las cuales pertenece a los Señores Médicos."/ "(…) ſur laquelle l´on fait ſouvent des queſtions inutiles aux Sages-femmes, & dont la connoiſſance appartient à Mèſſieurs les Médecins." (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.).

Es decir, nuestros resultados muestran una involución en los manuales escritos por matronas del siglo XVII en cuanto a su contenido teórico: de aspirar a conocer y transmitir grandes cantidades de conocimientos teóricos desde el manual de Sharp, hasta admitir que si bien la teoría era necesaria para las matronas, la idea del siglo XVIII de profesión auxiliar del médico empieza a tomar formas más concretas y el contenido teórico de los manuales disminuye conforme avanza el siglo XVII. Como vimos en el manual de de La Marche en Francia, las cuestiones teóricas se reducen y se vuelve a hacer énfasis en la supremacía exclusiva de la práctica en la profesión matrona "Las más hábiles, y las más antiguas Matronas reconocen muy bien que la práctica es absolutamente necesaria, (…)"/ "Les plus habiles, & les plus anciennes Sages-femmes recconnoiſſent fort bien que la pratique eſt abſolument néceſſaire, (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.).

El contenido teórico considerado por nuestras matronas como imprescindible para formarse como buenas profesionales, contemplaban un índice de materias determinado en sus manuales del siglo XVII.

Es obvio que todos los manuales analizados, incluido el de Mauriceau, están especialmente en su vertiente teórica fuertemente influidos por las teorías humorales

hipocráticas y galenistas, especialmente el de Sharp y Bourgeois; se habla de semillas masculinas y femeninas para la procreación, la sangre es el precursor de otros fluidos como el semen y la leche materna, se diserta sobre el equilibrio de los humores, de los tipos de caracteres y la influencia de los mismos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y del papel ejercido por los espíritus desde la concepción hasta la crianza del recién nacido.

Por otro lado las cuatro matronas analizadas fueron capaces de enfatizar y priorizar el conocimiento de la anatomía del útero y la diferenciación de sus partes para una comprensión mínima de los mecanismos del parto "Las faltas que cometen a menudo algunas matronas, me hacen decir que es muy necesario que las matronas conozcan bien la anatomía de la matriz (…)"/ "Les fautes que commettent ſouuent aucunes ſages-femmes, me font dire qu´il eſt tres neceſſaires que les ſages-femmes voyent l´anatomie de la matrice (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.123-124).

Por ejemplo, cuando Siegemund preguntó a su alumna al inicio de su manual el número de partos que había asistido, ésta le responde que unos 200 y cuando le interroga sobre su conocimiento del cérvix y ésta le responde negativamente, Siegemund afirma tajante que si no conoce el cérvix no puede saber la dilatación ni conocer la estática fetal y por lo tanto no tiene fundamento para servir a las mujeres. Desde una relectura de la intención de este dialogo ficticio entre maestra y alumna, nuestros resultados muestran una intención clara de Justina por sacar a la luz la problemática de las muchas mujeres que asistían a otras mujeres sin formación teórica: en ocasiones esas parteras expertas con las que se formaron tampoco tenían nociones en anatomía femenina. De hecho Cristina con 200 partos realizados pregunta en el manual a su maestra Justina "Dígame hermana entonces, si todas las mujeres tienen un útero."/ "Tell me, then dear sister, whether all women have a womb." (Siegemund, 1690/2005,

p.65) y además interroga sobre "¿Qué es el cérvix? (…)"/ "What is the inward mouth? (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.65). En definitiva el relato imaginado por Justina no es más que una crítica al modelo clásico de formación entre matronas basado en el saber empírico y alejado de la teoría y el sistema formal de licencias que ella representa.

Otra cuestión considerada por las matronas como esencial teóricamente y según vimos en los manuales seleccionados, fueron las distintas distocias de posición fetales y por ese motivo se instruye insistentemente en la estática fetal, en su diagnóstico y resolución. En este sentido, el manual de Siegemund es el más didáctico por el número de grabados que acompañan a sus explicaciones a este respecto. Por otro lado, se plantearon en los manuales muchas más cuestiones teóricas de utilidad para las matronas como por ejemplo anatomía masculina, embriología, esterilidad y abortos, puerperio y enfermedades del recién nacido y en algunos se cita a los más grandes médicos y anatomistas como Bartholinus, Vesalio, Spigelius y otros muchos (Sharp, 1671/1999).

Otro elemento considerado absolutamente imprescindible para convertir la partería en profesión y en el que coinciden los cuatro manuales fue la experiencia. El interés en la adquisición de saberes teóricos no las alejó nunca de la importancia concedida a los saberes empíricos de los que ellas son sin duda expertas "(...) en la práctica, he podido seguir mis observaciones y mi propia experiencia: (…)"/"(…) ſur la matiere de pratique, j´ai ſuivi mes obſervations & ma propre expérience: (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.). Necesitaron ser instruidas por los médicos en la teoría, pero en la práctica serán las matronas las más capacitadas para instruir a sus alumnas; ésta es sin duda una idea general entre ellas y así la transmiten en los manuales investigados.

En definitiva, las matronas intentan cohesionar como colectivo a las demás matronas transmitiendo a través de sus manuales del siglo XVII la importancia de la formación en una doble vertiente: teórica y práctica. De esa unión que promueven, nacería una partería formal que necesitaba ser promocionada y reivindicada debido a las luchas internas en el colectivo de matronas entre aquellas de espíritu inmovilista y las más dinamizadoras de la profesión:

> (…) es lamentable que haya algunas matronas que no piensan acerca de lo que están haciendo y solo saben y no desean saber más que cómo recibir a un niño cuando cae en sus manos y cómo cortar el cordón umbilical. (…) incluso disputan violentamente la idea de que una matrona pueda hacer nada más porque es desconocido para ellas.
>
> (…) is lamentable that there are some midwives who do not think about what they are doing and know no more and wish to know no more than how to receive a child when it falls into their hands and how to cut the navel string. (…) even violently dispute the possibility that a midwife can do anything more, because it is hidden from them. (Siegemund, 1690/2005, p.152).

De la lectura de los manuales de la muestra extrajimos los dos sistemas básicos de formación de matronas europeas vigentes en el siglo XVII: en primer lugar el aprendizaje práctico de matrona a matrona incluyendo lecciones teóricas con médicos o no, autodidactas o en escuelas de medicina e incluso sin ninguna formación teórica y en segundo lugar el sistema formativo del Hôtel Dieu de París.

Se considera parte del proceso educativo del individuo no solo la educación proporcionada a través de instituciones formales, Universidades o escuelas sino que la educación empírica es altamente valiosa (Flecha García, 2006). Con respecto al primer sistema formativo de matrona a matrona basado en la práctica, nuevas evidencias científicas basadas en el estudio de la figura de la matrona en el siglo XVII europeo, han demostrado que estuvieron mejor formadas a través de un sistema “no oficial” de

aprendices y maestras, de lo que en un principio se había asumido. Este sistema implicaba que una matrona en formación solicitaba la asociación con una o varias matronas expertas y las acompañaban en su asistencia a las mujeres durante un periodo variable que podía oscilar entre dos o tres años a varias décadas (Evenden, 2000). En ocasiones su instructora podía ser su propia madre y si no era así, este aprendizaje les podía resultar bastante caro, como las cinco libras pagadas por la viuda Mary Griffen (licenciada en 1696) por tres años de instrucción con Mrs. Anne Slap, matrona Antigua Jurada de Deale. Es de lógica que si una familia podía disponer de esos recursos para formar a sus hijas como matronas tituladas, sobre todo en las grandes ciudades, es porque tenían cierto capital para invertir en el futuro estatus de sus hijas que sería elevado si conseguían finalmente ser parteras licenciadas (Donnison, 1988).

Éste constituiría un sistema semi-formal de aprendizaje de un arte que tradicionalmente fue considerado como una cuestión de habilidad y experiencia. Sin embargo, en el siglo XVII médicos y cirujanos empezaron a cuestionar a las matronas por su falta de saberes teóricos y anatómicos (Evenden, 2000).

Tal y como se desprende del estudio de los Estatutos de París, la docencia es una cuestión casi menor para la capacitación de las matronas ya que únicamente la cláusula tercera y decimonovena hablan sobre ella: la primera para ligar a aprendices con matronas experimentadas y cualificadas y la última sobre la manera de formalizar ese aprendizaje.

A través de este primer sistema docente empírico, se formaron presumiblemente nuestras matronas escritoras seleccionadas; todas excepto de La Marche. Bourgeois por su contacto marital con la clase médica tuvo acceso a la formación teórica ya que su marido fue cirujano y discípulo de Paré. Existe controversia con respecto a si perteneció al sistema formativo del Hôtel Dieu de París. Existen autores/as que así lo sugieren

como Dunn (2004b), pero sin embargo la mayoría aseguran que tras leer los escritos de Paré y después de casi cinco años atendiendo a mujeres pobres y de clases medias bajo las enseñanzas de una matrona experta, se presentó ante el tribunal para obtener su licencia (Gélis, 2009). De hecho, la gran experta en Bourgeois Wendy Perkins (1996), afirma que el desarrollo del Hôtel Dieu como escuela formativa tiene su auge tras la retirada de Louise. Está documentado que en 1598 obtuvo su licencia para la práctica oficial de la partería ante un tribunal compuesto por un médico dos cirujanos y dos matronas expertas (Dunn, 2004b). La misma Bourgeois relató en sus escritos el nombre de las dos matronas de su tribunal Sra. Dupuis y Sra. Pèronne que, por ser esposa de cirujano y suponerla en alianza con los médicos, expresaron rechazo hacia ella (Sheridan, 2001).

De Sharp y Siegemund poco se sabe con respecto a su formación, aunque ésta última es más que probable fuera básicamente autodidacta (Krasnianin & Semczuk, 2006), ya que ella misma se refiere a su iniciativa de leer libros de partos tras su mala experiencia personal reproductiva. Relató su formación así:

> Practiqué en esa escuela por unos buenos doce años, mientras que, mi marido era administrador de la finca Watenberg, y cuando uno tras otro oyeron hablar de mí, me venían a buscar de cuatro, seis y ocho millas, pero para nada más que los casos difíciles y solo a asistir a las mujeres campesinas.
>
> I practiced in such a school for a good twelve years, while ,my husband was a steward on The Watenberg estate, and when one after another heard about me, I was fetched a good four, six and eight miles, but for nothing but difficult cases and only to attend peasant women. (Siegemund, 1690/2005, p.49).

En general las matronas alemanas seguían el sistema de formación de matronas expertas con alumnas a través de un sistema empírico, pero este aprendizaje comienza a ser supervisado por médicos universitarios que serían los que decidirían quienes

recibirían una licencia a pesar de que la formación médica universitaria fuera muy escasa en cuanto a aspectos reproductivos se refería. Así, tras la licencia las matronas pasarían a estar contratadas por las autoridades municipales y a ejercer de manera privada muchas veces simultáneamente. En los tribunales para la obtención de la licencia, las matronas debían hacer frente a cuestiones como con quién habían estudiado y cuánto tiempo, si tenían hijos además de aspectos teóricos y prácticos de la partería. Como sabemos, serían los médicos los encargados de enjuiciarlas científicamente y las "mujeres honorables" se encargarían de formular preguntas sobre moralidad. En efecto, encontramos a médicos que únicamente sabían de partos a través de los libros y a mujeres sin ninguna formación médica juzgando a matronas que habían asistido a cientos de partos (Kontoyannis & Katsetos, 2011; Wiesner, 1993).

Con respecto a de La Marche, esta matrona hace ostentación de su titulación por el Hôtel Dieu de París ya en la presentación de su manual "Por la Señora De La Marche, Maestra Jurada Matrona de la Ciudad & del Hôtel-Dieu de París."/ "Par Madame De La Marche, Maîtreffe Jurèe Sage-femme de la Ville & de l´Hôtel-Dieu de Paris." (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.). Sin duda un punto de inflexión en la formación de las matronas de toda Europa lo constituyó el novedoso programa formativo organizado en el Hôtel Dieu de París, especialmente tras la reconstrucción de la sala de partos en 1618. Allí las estudiantes de matrona eran denominadas dame des accouchess (dama del nacimiento) y más tarde, en 1630 se crea el Office des accoucheés (oficina del nacimiento) en el Hôtel Dieu, en la que eran admitidas cada trimestre tres o cuatro alumnas para la adquisición de la práctica en los aspectos técnicos de los partos (Perkins, 1996). En 1631 se comienza la instrucción de un pequeño número de matronas que debían ser mujeres, casadas o viudas y católicas cuya formación duraría tres meses

y únicamente se admitirían algunos cirujanos nativos o extranjeros que disfrutaran del patrocinio real (Donnison, 1988).

De La Marche en su manual, alardea de su sistema formativo y del Hôtel Dieu afirmando que incluso las matronas más sabias y expertas, conscientes de la importancia de la enseñanza práctica, les enviaban a sus propias hijas para adquirir esa experiencia en partos mucho más completa que la obtenida yendo de casa en casa por las ciudades con ellas. Allí recibían ya una supervisión médica y algunas lecciones teóricas:

> (…) las mujeres que vienen al Hôtel-Dieu para ser instruidas, no aprenden solo por el ejercicio continuo que se necesita para la buena práctica del parto, sino que se les enseña todo lo que deben saber para aprobar los exámenes que se haga con ellas para su ingreso [la obtención de su licencia].
>
> (…) les femmes qui viennent à l´Hôtel-Dieu pour ſe faire inſtruire, n´apprennent pas ſeulement par le continuel exercice, ce qui eſt néceſſaire pour bien pratiquer l´accouchement; mais qu´on leur enſeigne encore tout ce qu´il faut qu´elles ſçachent pour ſubir les examens qu´on leur fait pour leur réception. (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.).

Por lo tanto el Office era más una clínica que una Escuela. A la cabeza del laureado Hôtel Dieu se encuentra en el siglo XVI Ambroise Paré, cirujano-obstetra que dicta las normas en lo referente a la incipiente formación de las matronas y más tarde, ya en el siglo XVII, será Mauriceau el cirujano referente obstétrico. Por consiguiente se instaura un sistema de aprendizaje a través de los médicos y cirujanos cuyos discursos encaminan la profesión matrona a la ciencia y a la subordinación médica hasta bien entrado el siglo XX (Linares Abad el al., 2008) como ya se refleja en el manual de de La Marche. Para acceder a este sistema docente se debía disponer de una buena suma de dinero para costear esta elitista formación (Gélis, 1991). Por este motivo, el manual de de La Marche esta dirigido a las aprendices de matrona del Hôtel Dieu “Para mí será un

placer instruir a las Aprendices que serían mis alumnas (…)”/ “Je me ſerois contentée d´en inſtruire les Apprentiſſes que je dois enſeigner (…)” (de La Marche, 1677/1710b, p.n.p.).

Los manuales nos revelaron el deseo de las parteras de ser participes en la formación de sus “hermanas”. Sin embargo su colaboración en la formación y acreditación de otras matronas, si bien en principio fue compartida con los médicos y cirujanos, más tarde se desplazó amortizando esa figura de matrona examinadora. En el siglo XVIII los tribunales se configurarán únicamente con médicos y cirujanos para la expedición de licencias (Ortiz Gómez, 1996).

En definitiva se reveló el interés de las parteras por formar a las matronas a través de la herramienta de estos cuatro manuales, con un objetivo muy claro: romper el estereotipo de la “matrona ignorante” que los cirujanos, médicos y las propias matronas extendieron en sus obras escritas.

Para las matronas, según vimos en los manuales estudiados, la “matrona ignorante” era aquella inmensa generalidad de matronas poco o nada formadas en teoría y/o en práctica y que escondían su ineptitud adjudicando a la naturaleza todo el poder de decisión en los partos como única solución ante cualquier tipo de distocia y entre las que la superstición sería la base de su práctica asistencial. Bourgeois las acusó de mentir a las mujeres confirmando embarazos muy deseados inexistentes, hacerles sangrar con tactos vaginales precoces, efectuar maniobras bruscas en alumbramientos provocando inversiones y prolapsos uterinos e instó a las mujeres a seleccionar a una buena matrona y no ponerse en manos de inexpertas de entre las cuales ella gustaba en diferenciarse (Bourgeois, 1609/1630, p.21). Su texto no es en absoluto condescendiente con la “matrona ignorante” ya que en numerosas ocasiones apunta cómo otros, cirujanos, médicos y clientas/es las denominaron en muchas ocasiones “(…) la pobre matrona es

burlada y llamada ignorante (…)"/ "(…) la puure ſage –femme eſt bafouée, & appellée ignorante (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.146). Es obvio que Bourgeois pretendió alejarse de este prototipo de "matrona ignorante" y acercarse a la clase médica con la que estableció en general buenas relaciones laborales, tal y como asume Perkins (1996), formando parte de un equipo de élite de expertos junto a algunos reputados médicos y cirujanos "(…) más vale vivir entre las manos de un cirujano entendido y audaz que morir en las de una matrona ignorante y temeraria, (…)"/ "(…) vaut mieux viure entre les mains d´vn Chirurgien entendu & hardy, que de mourir en celles d´vne ſage-femme ignorante & temeraire, (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.33).

Empieza así a perfilarse la ambivalencia de Bourgeois en sus relaciones con otros actores profesionales del parto. Por un lado buscó distanciarse de aquellas "matronas ignorantes" y más bien adoptó teorías fundadas en la razón que pertenecían a los dominios de los médicos educados en las Universidades y así, perpetuando su construcción de las mujeres a través de teorías médicas, estableció a través de su manual su cercanía a los hombres eminentes del pasado y del presente. Así el valor de su manual parece haber sido deliberadamente adquirido desde la cultura de los varones: si el conocimiento era poder, Bourgeois estuvo firmemente determinada a ser parte de esa estructura de poder. En definitiva algunas de las áreas más importantes del manual de Bourgeois son un ejercicio escolar para destacarse por su saber teórico entre los lectores ordinarios y demostrar a los más "sabios doctores" que sus afirmaciones estaban tan bien fundadas como las suyas (McThavis, 2006a; Perkins, 1996).

Como bien afirma Sheridan (2001), el meteórico ascenso y caída de Louise en su vida pública profesional se explican considerando su compromiso integral con el Estado y la profesión médica en este periodo de transición, ya que la misma Louise sufrió en sus carnes la desilusión de un proyecto de convivencia tranquila entre los

actores del parto y el fracaso de una incorporación de las matronas a la jerarquía médica.

Por su parte Siegemund a los 23 años sufrió a las “matronas ignorantes” en su propia vida y dijo de ellas:

> Yo estaba enojada al escuchar esas tonterías, yo quería escribir este manual para ayudarles [a las matronas] a prevenirlas [distocias] (...) así las matronas como éstas [ignorantes] se darían cuenta de que aún no habían adquirido un conocimiento suficiente y estarían aún más deseosas de investigar los fundamentos adecuados (…). Mientras no saben, ven, escuchan o leen una mejor base en la materia, podemos ser capaces de excusarlas en cierto modo. Pero cuando han sido iluminadas y (…) una mentalidad perversa no asume la instrucción bien intencionada (...) esta terquedad algún día tendrá graves consecuencias.
>
> I was angered at hearing such stupid things, I wanted to write this manual to help them along to precede it (...) so midwives like that would realize they had not yet acquired sufficient knowledge and would be all the more desirous of researching the proper fundamentals (…). As along as they do not know, see, hear or read a better foundation in the art, we may be able to excuse them somewhat. But when have been enlightened and,(…) perverse mind-set or do not take up well-intended instruction (...) this stubbornness will one day have serious consequences. (Siegemund, 1690/2005, p.57).

Como vemos, Siegemund se distancia de ellas pero se muestra más condescendiente e introduce su interés en formarlas a través de su manual que posee un marcado carácter docente.

Por su parte el manual de Mauriceau bien podría haberse titulado “la matrona ignorante”, por la cantidad de veces que utiliza la expresión y su contribución a la consolidación del estereotipo. Cada procedimiento de los expuestos por Mauriceau en su manual, se contrasta con el ejemplo de una matrona que lo realizó de manera

incorrecta según su criterio. Incluso entre las causas de los partos distócicos introduce una muy singular:

> (…) [entre] todas estas Dificultades del trabajo de Parto aún hay una causada por la Ignorancia de la Matrona, que por falta de comprensión de su Negocio [de su oficio] en lugar de ayudar, entorpece a la Naturaleza en su Trabajo.
>
> (…) all thefe different Difficulties of Labour there is yet one caufed by the Midwife's Ignorance who for want of underftanding her Bufineff inftead of helping, hinders Nature in its Work. (Mauriceau, 1668/1727, p.165).

Los cirujanos, especialmente en Francia, tuvieron acceso a los partos y empezaron a producir manuales en este siglo XVII que reunían teoría y práctica dirigidos a sus colegas caballeros cirujanos y a matronas a las que acusaron de ignorantes para escalar puestos entre sus clientes y desprestigiarlas ya que eran competencia profesional:

> Hay muchas Matronas que tienen tanto miedo de que los Cirujanos les quiten su Práctica o de parecer ignorantes ante ellos, que elegirán poner todo a la Aventura antes que enviar a por ellos en caso de Necesidad: Otras son tan presuntuosas, como para creerse tan capaces como los Cirujanos (…) Y algunas en efecto, no son tan malvadas, sin embargo por falta de Conocimiento y Experiencia en su Arte, esperan en vano, (…) y algunas maliciosamente ponen Terror y Aprensión a los Cirujanos en la pobre Mujer comparándolos con Carniceros y Verdugos (…)
>
> There are many Midwives, who are fo afraid that Chirurgeons fhould take away their Practice or to appear ignorant before them, that they chufe rather to put all to Adventure than to fend for them in Neceffity: Others are fo prefumptuous, as to believe themselves as capable the Chirurgeons (…) And fome there are indeed, who are not fo wicked, yet for want of Knowledge and Experience in their Art, hope ftill in vain, (…) and fome do maliciouſly put ſuch a Terror and Apprehenſion of the Chirurgeons in the poor Woman comparing them to Butchers and Hangmen (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.155).

Los manuales escritos por cirujanos tuvieron casi el mismo objetivo que el de las matronas; formar, consolidarse como expertos teórico-prácticos, poner remedio a esa ignorancia de la matrona y controlarlas "(…) Así que la Doctrina de los Libros [es uno de los (…) Remedios más eficaces para ahuyentar la Ignorancia] (…)"/ "(…) So the Doctrine of Books [one of the moſt (…) effectual Remedies to chaſe away Ignorance] (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.viii).

Este control en el rol social de las matronas a través de la docencia, regulación de licencias y escritura de manuales reemplazó el anterior control clerical sobre las matronas en Europa y como resultado emergerá una medicalización del rol social de las matronas (Harley, 1993).

En definitiva según nuestros resultados, las matronas europeas del siglo XVII se formaron con otras matronas en los saberes prácticos y recibieron clases de anatomía de los "sabios doctores" de forma esporádica a la vez que en la práctica diaria rivalizaron con cirujanos y médicos. El desarrollo de esa necesidad de teoría fue de carácter involucionista por la influencia cada vez más poderosa de los cirujanos en la práctica tal y como muestran los manuales investigados.

Las matronas a través de la escritura de manuales en el siglo XVII, rompieron el estereotipo de la imposibilidad del acceso a la teoría que hasta ahora era exclusivo de los hombres, accediendo ellas mismas y promoviendo la difusión de saberes teóricos entre las matronas. Aunando teoría junto al clásico valor otorgado a la experiencia, dibujan un perfil de matrona profesional desde sus manuales que se vehiculizó a través de dos sistemas de formación resaltando el modelo del Hôtel Dieu como el embrión de los más actuales sistemas docentes en partería europea.

3.2 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL MARCO FUNCIONAL DOMICILIARIO

SEGUNDA CATEGORÍA CÓDIGO: (2Lu) LUGARES Y UTENSILIOS

Desde la Historia Estructural, muy vinculada a la escuela de los Annales, la Historia experimenta una apertura al resto de Ciencias Sociales y se opone al positivismo más radical interesándose por identificar aquellas estructuras y fenómenos más estables y resistentes al cambio a lo largo de los siglos. En consecuencia, el marco funcional se presenta como una de las tres estructuras básicas para el estudio de la Enfermería junto a la unidad funcional y al elemento funcional. El marco funcional se determina identificando los lugares y espacios donde se diseñan o realizan los fenómenos relacionados con los cuidados enfermeros. Así, el estudio del marco funcional nos aporta una información relevante en la historia de los cuidados como son las condiciones higiénicas y la situación social así como la reinterpretación de las causas de la salud-enfermedad realizadas por cada sociedad y cultura en cada momento histórico.

Básicamente el marco funcional a lo largo de la historia, ha ido evolucionando desde el campamento nómada o la cueva en las sociedades primitivas, hasta vincularse al hogar, pasando por espacios como templos y más tarde hospitales donde se ejercerán los cuidados enfermeros (Siles González, 2011).

Los manuales escritos por matronas del siglo XVII, nos describen estos espacios donde las matronas dispensaron sus cuidados; una inmensa mayoría vinculados al hogar familiar y algunas excepciones las constituyeron las cortes y los hospitales maternidades como fue el caso del Hôtel Dieu de París. Muchos estudios han centrado su atención en el complejo proceso evolutivo del cambio de lugares para nacer y morir por su importancia en el devenir de los seres humanos (Mawdsley, 2010).

3.2.1 (2.1Lu) Las matronas y los partos en los hogares europeos del siglo XVII: la excepción de las cortes y el Hôtel Dieu de París.

Según Rosaldo (1974), la vinculación de las mujeres y sus actividades al espacio doméstico ha consolidado que las mujeres de todas las épocas, al relacionarlas con hombres en sus mismos contextos y realizando las mismas actividades, carezcan de una autoridad universalmente reconocida y culturalmente estimada como así la adquieren los hombres que ejercen sus actividades en el espacio extra-doméstico o público. Sin embargo, la propia Rosaldo rectificó sus argumentos al considerar la inexistencia de la universalidad de la dicotomía público/doméstico ya que ésta puede tener contenidos muy variables entre unas sociedades y otras, de manera que comprender la situación de las mujeres implicaba hacerlo dentro de su propio contexto (Rosaldo, 1974). En este sentido, desde la consideración del género como herramienta de análisis, éste se desarrolla hoy como categoría conceptual que tiene por objeto teorizar sobre la construcción social y simbólica de la diferencia sexual, siendo su utilidad muy amplia y explicando el modo en que se constituyen las relaciones sociales entre hombres y mujeres en base a la significación del poder además de operar en la manera en que se organizan las dimensiones de la vida social; en el orden simbólico y relacional, en el orden normativo, en el institucional y en el orden de la identidad y subjetividad (Scott, 1990).

Tal y como afirman Siles González y Solano Ruiz (2007), comprender el proceso de división sexual del trabajo como mecanismo determinante en las configuraciones del núcleo familiar, en la sociedad en general y en las mujeres como criadoras y cuidadoras, implica contemplar que este proceso ha estado sujeto a constantes cambios.

Según Siles González (2011), desde los yacimientos del Paleolítico Inferior, podemos identificar las características del espacio o hábitat de estos pueblos o lo que constituyó su marco funcional. Tras su conquista de las cuevas frente a los animales y el dominio y manejo del fuego, surgen los primeros hogares y la vinculación de las mujeres al cuidado y mantenimiento de ese fuego, que además de propiedades mágicas constituirá un signo del marco espacial donde convive la tribu. De este cuidado del fuego, surgen otras actividades asociadas a las mujeres como la preparación de alimentos, abastecimiento de agua y otras muchas tareas. Poco a poco con el abandono en el Neolítico del nomadismo y la aparición de la agricultura, aparecen los hogares como marco funcional donde habitan los núcleos familiares institucionalizados y se realizarán los cuidados de salud domésticos. De este modo la morfología y calidad de las viviendas así como el mobiliario y los utensilios, determinan el nivel de vida y el tipo de cuidados que pueden desarrollar las mujeres.

Los hogares o marcos funcionales de los cuidados en las civilizaciones clásicas estuvieron vinculados al poder económico y social y fueron construidos de ladrillo crudo o madera y en ellos las aguas residuales y la acumulación de basuras favorecían las epidemias. En el hogar seguían realizándose los cuidados de niños, ancianos, enfermos y casi la totalidad de los partos. Ya en la Edad Media, los hogares se diversifican y se estratifican socialmente, sin embargo la inmensa mayoría se caracterizan por el hacinamiento tanto en el campo como en las ciudades y tienen la función de defensa. Tras el incremento poblacional del siglo XI, la mayor parte de las familias europeas viven en una sola habitación y lo que caracteriza la vida privada del hogar es el lecho y la manera de disponer sus ropas como tarea asociada a las mujeres; aparece el concepto del lecho del parto entre otros y se le otorga una gran importancia a

los utensilios domésticos. Aunque la Edad Media se caracteriza por la fundación de los primeros hospitales europeos, el parto seguirá vinculado a la mujer y al hogar.

Ya en el Renacimiento entre los siglos XV y XVI, comienza una oleada de individualismo en cuanto al uso de objetos cotidianos y se inicia un interés por la limpieza del hogar promovido por la publicación de algunos manuales de urbanidad. Los burgueses y aristócratas viven en casas de varias habitaciones y el lugar central es la cámara o dormitorio que solía cerrarse bajo llave y con un lecho amplio cubierto de ricas telas. Sin embargo los pobres, seguían hacinados en casas de una sola habitación. El tratamiento de residuos se realizaba a través de recipientes situados en los hogares, que posteriormente se trasladaban a estercoleros o letrinas públicas o simplemente se arrojaban por las ventanas creando unas ciudades hediondas (Siles González, 2011).

Ya en el siglo XVII, el desarrollo de las ciudades se acompaña de una ligera mejora en el diseño de las mismas con el ensanchamiento de calles y creación de plazas que favorecen espacios más aireados para atajar las tan temidas epidemias. Se empiezan a abastecer las grandes ciudades de agua y el tratamiento de residuos mejora estabilizándose el crecimiento demográfico. El estamento y la casa se convierten en el siglo XVII en principios ordenadores de la sociedad y las cortes van absorbiendo a la nobleza y a la burguesía y arrinconando al resto de estratos sociales de tintes plebeyos.

Las unidades domésticas en el siglo XVII de las clases nobles, evolucionaron desde aquellos castillos feudales medievales destinados a la protección de la familia. En efecto, más familias entraron a formar parte de las élites y tuvieron viviendas más grandes en las que las mujeres tenían responsabilidades importantes y diversas para el mantenimiento de las mismas como eran supervisar al personal y trabajadores, calcular ingresos e impuestos, controlar la cosecha, comprar y vender bienes y matar o cuidar del ganado además de supervisar la preparación y servicio de alimentos. La muerte de las

mujeres y sus hijos en los hogares, era elevada tanto en estas clases nobles como entre campesinas; sin embargo las condiciones higiénicas y los recursos materiales no fueron los mismos para todos los estratos sociales. Las casas de ricos podían disponer en ocasiones de letrinas propias y los sirvientes acarreaban aguan y la calentaban para la higiene de los señores (Anderson et al., 1992).

Por otro lado las mujeres campesinas también asumieron como las nobles su obligación de perpetuar la especie a través del parto y crianza de sus hijos y este hecho fomentaba la solidaridad entre ellas. La dispersión geográfica del núcleo rural, hizo que algunas mujeres campesinas parieran solas o con ayuda de mujeres no profesionales; las matronas acudirían a sus partos más complicados y en muy contadas ocasiones lo harían médicos y cirujanos. La nutrición de la mujer campesina podía ser deficiente e influir en sus embarazos y partos que eran una cuestión supervisada por ojos femeninos.

En definitiva observamos el discurrir de la salud sexual y reproductiva en una Europa del siglo XVII devastada por la Guerra de los Treinta Años y que vive un auge de sus insalubres ciudades. La idea de la casa como un lugar de intimidad familiar, surge en Europa sobre el siglo XVI. Así la arquitectura estándar de un núcleo urbano europeo se caracterizaba por una tipología de viviendas que ante la imposibilidad de expandirse en superficie lo haría en altura. La casa típica del siglo XVII europeo en núcleo urbano de la burguesía, sería de varias plantas entre dos y tres, que minimizan elementos como escaleras para mayor aprovechamiento del espacio interno. Cada planta presentaría varias salas o aposentos independientes. En la planta baja de las casas burguesas se solían encontrar las bodegas, almacenes y cocinas, en las plantas superiores se encontraban las alcobas y podían o no poseer desván en la parte más alta. En ocasiones eran habitadas por más de una familia y podían poseer patios centrales o no (Gil Massa, 2000).

De la observación de la pintura de los grandes maestros del siglo XVII europeo, especialmente de la pintura holandesa denominada de escenas de género, podemos componer una idea del interior del hogar típico burgués del siglo XVII, que alcanza su máximo exponente con las obras de Johannes Vermeer y otros autores como Pieter de Hooch, Jan Steen, Gerard ter Borch, Gabriël Metsu, Nicolaes Maes y otros muchos. De la pintura al detalle interiorista holandesa, obtenemos una fotografía de los hogares y escenas domésticas idealizadas burguesas en los que el mobiliario era variado, incluyendo tapices sobre las mesas, cuadros, instrumentos musicales, animales domésticos y libros en abundancia. Las mujeres son las protagonistas fundamentales de las obras de interiores, ligando también a través de la pintura hogares y mujeres. Éstas son representadas asociadas al cuidado del hogar, de los hijos y en clases sociales más elevadas, a aspectos lúdicos considerados “de mujeres” como la costura o la música. Las mujeres aparecen en ocasiones en escenas compuestas en la habitación otorgándole un significado espacial al lugar donde la cama era el elemento central; cama que sería utilizada para el nacimiento, la crianza y la muerte. Los lechos podían ser de madera en el mejor de los casos con colchones finos rellenos de algodón, y el uso del fuego o braseros era esencial para la calefacción de las estancias. Las camas aparecían cubiertas con vistosas telas que otorgan intimidad y misterio al espacio, y en las habitaciones aparecen representados útiles como cunas de mimbre, calentadores de camas y accesorios para la higiene. En algunos cuadros de Gerard ter Borch, aparecen escenas de varias personas departiendo en la habitación con el lecho y sus borlas al fondo, lo que traduce el significado público de la cama en determinadas ocasiones aunque éstas solían ser representadas en penumbra, con chimenea y fuego encendido. La iluminación se obtenía en toda la casa mediante velas o lámparas de aceite (*Anexo 9.* Iconografía: Pintura siglo XVII sobre interiores y habitaciones de parto en hogares europeos) .

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuando llegaba el momento del nacimiento de un hijo en un hogar del siglo XVII, se habilitaba la denominada habitación de parto, en ocasiones muy humilde, que era ritualmente calentada y cerrada con objeto de ahuyentar el frío pero también los espíritus dañinos. En casas más humildes, se acondicionaba la única estancia de la que se disponía para el parto y en ocasiones éste podía transcurrir en el establo (Gélis, 1991).

Hoy sabemos que parte de la tarea de la matrona cuando comenzaba un parto, era asegurarse de que la cama estuviese correctamente preparada y la adecuación de la ropa de las mujeres; camisones, sábanas protectoras y otros paños necesarios (Perkins, 1996). La habitación debía estar a oscuras y las mujeres debían estar decentemente cubiertas y calientes de acuerdo con la creencia médica de los siglos XVII y XVIII de la importancia de la calidad del aire (Gélis, 1991). La luz del día se tapaba con cortinas buscando luces tenues (Evenden, 2000; Wilson, 1995). El fuego siguió siendo así un elemento central en las habitaciones de parto que disponían de él tal y como mostraron los manuales.

En la edición original del manual de Sharp de 1724 (Sharp, 1671/1724) se ilustra el inicio del mismo con un grabado costumbrista a modo de tríptico: en la parte superior muestra una escena puerperal domiciliaria típica en la que la puérpera aparece acostada en la cama y tres mujeres más la asisten. Una de ellas, la más anciana, le ofrece un caldo y las otras dos se ocupan de los cuidados del recién nacido que aparece en una cuna a la vez que calientan los paños en el fuego. En la parte central se presenta un grupo de damas y caballeros y en el tercio inferior se muestra otra reunión alrededor de una mesa comiendo, destacando en el centro del grupo el que suponemos un hombre de iglesia por su atuendo característico. El conjunto aporta un carácter doméstico al parto pero semipúblico y de importancia social por la presencia de familia y vecinos en las

casas y resume muy francamente el significado otorgado por la matrona Jane Sharp al acontecimiento del parto en el Londres del siglo XVII.

Bourgeois también habló del fuego como elemento participante en sus cuidados al recién nacido sano y en este caso clínico también en el recién nacido moribundo "(…) corté su cordón y mandé ponerlo delante del fuego (…)"/ "(…) coupé ſon vmbilic & l`enuoyè tenir devant le feu (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.136).



Figura 34. .Grabado tríptico contraportada. The compleat midwife's companion. Sharp, 1671/1724. Material Original. Libro depositado Wellcome Library.

El secreto de las habitaciones de parto en los domicilios continuó siendo un misterio femenino reservado a las matronas y otros espectadores asistentes al nacimiento como vecinas, amigas u otras mujeres de la familia (Evenden, 2000) y que empieza a ser desvelado a través de la escritura e iconografía de los manuales de matronas en este siglo XVII.

En consecuencia, el parto en la Temprana Edad Moderna europea se consideró un evento social, dependiendo del estatus de la parturienta, en el que se reunía a la

familia y amigos alrededor de la mujer en su propio hogar, con objeto de ser útiles si surgía alguna complicación. Incluso en los últimos meses, familiares y amigas de la gestante se ofrecían para ayudar en el momento del parto (Perkins, 1996; Wilson, 1995) pero a la vez, el trabajo ejercido por las matronas en su asistencia a los mismos no se consideraba exactamente como parte de un rol profesional público como lo eran el bautismo o las peritaciones judiciales en tanto en cuanto el género era la categoría principal que determinaba en el siglo XVII si un asunto era público o privado. Pero esto no significa que las propias matronas no sintieran su trabajo como un rol público (Wiesner, 1993) y como un bien a sus comunidades tal y como vimos en nuestros resultados.

Así lo reafirmó Mauriceau cuando se refería a las escenas de partos domiciliarios en los que se agrupaban multitud de personas, que tal y como afirma Mc Tavish (2006a) podían proteger o atacar a los asistentes al parto, “Las pobres Pacientes y toda la Compañía presente (que se encontraban en gran Número) (…)”/ “The poor Patient and all the Company pre*ſ*ent (which were in great Number) (…)” (Mauriceau, 1668/1727, p.95).

En efecto las matronas estuvieron acostumbradas a trabajar en habitaciones llenas de mujeres y casas repletas de gente, sobre todo si los partos se alargaban y complicaban (Gélis, 1991; Perkins, 1996), y aunque la mayoría de ellas no hacen referencia explícita a los hogares ni habitaciones de nacimiento, sí encontramos alguna referencia expresa de su llegada al hogar de las mujeres donde discurriría el parto y sobreparto en sus manuales “Yo me he encontrado a menudo a las mujeres donde están de parto, cuando llego a sus hogares (…)”/ “Ie me *ſ*uis *ſ*ouuent trouuée où les femmes e*ſ*toient accouchées, lors que i´arriuois dans leurs mai*ſ*ons (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.73).

Las matronas, tal y como sabemos por otros textos de Bourgeois estudiados por Perkins en 1996, expresaron su deseo de asistir a las mujeres en ambientes lo más tranquilos posibles, sin ruidos e interferencias para poder realizar así su trabajo libre y tranquilamente. Igualmente, las matronas hicieron referencia en sus manuales a otras mujeres asistentes al parto familiares o vecinas además de matronas en formación, que podían ser de utilidad sobre todo a la hora de adoptar determinadas posturas en el expulsivo o realizar algunos cuidados postparto. Como vemos, la asistencia al parto ha estado vinculada a lo largo de los siglos al domicilio y de ahí se desprende ese carácter doméstico y su asociación a las mujeres como profesionales de referencia como extensión de sus roles domésticos (Kontoyannis & Katsetos, 2011).

Las matronas europeas del siglo XVII, optaron por la fórmula laboral tradicional de ir de casa en casa en la asistencia a los partos es decir, evitaron asistir nacimientos en sus propios hogares para no ser acusadas de realizar abortos, infanticidios o asesinatos de mujeres (Evenden, 2000). En definitiva, los testigos en el parto desempeñaron una doble y ambivalente función ya que ejercían presión sobre la actuación de las matronas a la vez que servían de elementos exculpatorios sobre sus actuaciones. Bourgeois, fue plenamente consciente de que una matrona al asistir el parto de una mujer en casa de ésta y rodeada por su familia y amigos, debía compatibilizar dos roles difícilmente reconciliables; el de “invitada” y el de “directora” de un acontecimiento en ocasiones feliz y en no pocas ocasiones dramático (Perkins, 1996).

Por otro lado, uno de los problemas expuestos en sus manuales por las matronas del siglo XVII, fueron las múltiples ocasiones en las que eran requeridas en situaciones muy extremas en calidad de expertas reconocidas, encontrando escenarios muy

dramáticos como miembros del feto esparcidos por las habitaciones de parto y otras situaciones de horror obstétrico:

> Ellas [las mujeres en trabajo de parto] no habían sido salvadas por sus matronas; de hecho las matronas habían manejado el nacimiento tan alocadamente que habían arrancado violentamente los brazos de los niños y también sus piernas, que encontré esparcidos en la cámara- en su terror los habían tirado allí y no pudieron hacer nada más.
> They had not been spared by their midwives; in fact the midwives had managed the birth so foolishly that they had violently ripped off the children's arms and their legs too, which I found strewn about in the chamber- in their terror they had thrown them there and could not do anything more. (Siegemund, 1690/2005, p.73).

En este sentido Siegemund insistió en asistir a las mujeres desde el inicio del parto para poder resolver las distocias precozmente y, en el caso de fetos muertos, evitar el uso de instrumentos:

> (…) Repito y digo una vez más que puedo evitar fácilmente el uso del crotchet [gancho] o algún otro instrumento si me fueran a buscar en el inicio del trabajo de parto de la mujer, porque yo se muy bien como guiar al niño.
> (…) I repeat and say once more that I can easily avoid using a crotchet or some other instrument if I am fetched at the start of the woman's labor, for I know full well how to guide the child. (Siegemund, 1690/2005, p.123).

Sin embargo es obvio que la ubicuidad de las matronas no era posible y menos en un tiempo en el que los desplazamientos de una casa a otra no serían especialmente rápidos. Por la dificultad del acceso a las matronas, es sencillo deducir que en numerosas ocasiones éstas llegarían con el parto ya resuelto y en clases sociales inferiores, serían avisadas solo en casos de extrema gravedad o por otras matronas tras varios días de parto infructuoso.

El radio de actuación de estas matronas, exceptuando a de la Marche, se extendía por sus ciudades capitalicias; París (Bourgeois), Londres (Sharp) y Liegnitz en la actual

Polonia (Siegemund). En general, las matronas se formaban y comenzaban a trabajar en el distrito en el que vivían (Gélis, 1991).

En sus manuales en la serie de casos clínicos de Bourgeois se reseña específicamente la procedencia de las mujeres que asiste, mayoritariamente en París; "(…) ruë Sacalie pres S. Seuerin (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.127) y "(…) du Faux-bourg ſainct Germain (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.138). Tal y como afirma Perkins (1996) el matrimonio Boursier residió en un área rural a las afueras de los muros de París llamada Saint-Germain sobre 1588. En efecto Bourgeois asiste básicamente en la ciudad de París según relató en su manual "Encontré sobre el año I599 en la casa de un honesto ciudadano de esta ciudad (...)"/ "Ie me trouué enuiron l´an 1599 en la maiſon d´vn honneſte bourgeois de cette ville (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.151). En definitiva, parece que Bourgeois atendió partos mayoritariamente en el área de París de Saint-Germanin y el de Saint-André-des-Arts donde posteriormente residiría el matrimonio. Pero también hizo referencia a casos atendidos esporádicamente en las afueras de París "Me buscaron un día para acudir a un pueblo a dos leguas de París (…)"/ "L´on e´nuoya vn iour querir pour aller en vn village à deux lieuës de Paris (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.144).

Igualmente del texto de Siegemund, a través de los testimonios de las mujeres asistidas por la matrona, aparecen identificadas las ciudades concluyendo que Liegnitz fue su ámbito de actuación mayoritario extendiéndose a otras zonas del actual territorio polaco como Ohlau o Brieg. En este sentido nuestros resultados vienen a coincidir con Kontoyannis y Katsetos (2011) y Evenden (2000) en sus afirmaciones de que las matronas europeas de la Temprana Edad Moderna, frecuentemente trabajaron dentro de áreas geográficas específicas y solo en raras excepciones tuvieron que alejarse de sus

residencias para buscar clientela, como en los casos en que necesitaban asistir a gentes más pobres para adquirir experiencia o sus incursiones en las cortes.

Al igual que en la práctica médica, los mayores beneficios y reputación de las matronas se obtenían cuando ejercían su labor en las grandes capitales europeas en las que existía un creciente mercado de la salud y una aristocracia e incluso unas cortes con recursos para pagar generosamente por estos servicios de salud. Los pobres, que eran la mayoría de la población, no tenían acceso a estas matronas de la élite pero sí eran asistidos por las matronas tituladas al inicio de su labor para adquirir experiencia y reputación (Donnison, 1988).

Otro marco funcional excepcional y elitista en el que las matronas estudiadas desempeñaron su labor asistencial, fueron las cortes reales de Francia en el caso de Louise Bourgeois y de Brandenburgo en el de Justina Siegemund. Ambas matronas, adquirieron prestigio y un estatus inherente a su condición de miembros de la corte fruto de un microclima semiprofesional palaciego. Las cortes europeas del siglo XVII, fueron espacios endógenos semipúblicos convertidos en centros de cultura y en lugares donde las mujeres entraron en contacto con otras realidades sociales extradomiciliarias y aprendieron todo tipo de artes (Dulong, 1992). La importancia de la figura de la matrona en la corte, radicaba en la supervivencia del deber de la maternidad de las reinas para proveer de herederos varones en un generoso número a sus linajes correspondientes. En este papel, las parteras se presentan como elementos de absoluta confianza y testigos de la legitimidad del nacimiento de reyes y príncipes. Pero, como es de suponer, reinas y princesas también morían de parto y ésta será una realidad que pesará sobre las mujeres y también sobre las parteras del siglo XVII y de esta realidad serán ellas mismas víctimas.

El trabajo en la corte francesa de Louise se debió a su buena conexión con el mundo médico a través de su marido el cirujano Boursier, pero también al creciente estatus adquirido por su habilidad y competencia entre mujeres bien conectadas con la corte y los propios médicos reales a lo que sin duda, ayudó su propia ambición. El caso es que se convirtió en matrona real en agosto de 1601 en la corte de Enrique IV y María de Médicis a través de la recomendación directa de los hombres de confianza del rey. Entre 1601 y 1610 fue la etapa más importante de Louise en la corte francesa, periodo en el que la vida de Bourgeois se dividió entre su práctica en el barrio Latino en París y su trabajo en la corte que se desarrolló en el palacio de Fontainebleau en cuatro partos y en el palacio del Louvre en los dos restantes, convirtiéndose en una persona de confianza para la reina. Así lo refleja su agradecimiento a María de Médicis en su dedicatoria al principio del manual "(…) vuestra Majestad habiéndome hecho el honor de haberme elegido para servirle a usted (…)"/ "(…) voſtre Maieſté, m´ayant faict l´honneur de m´auuoir choiſie pour vous ſervir (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.aiij).

En general ella era avisada un mes antes de la fecha prevista de nacimiento y permanecía en la corte hasta algún tiempo después del mismo (Perkins, 1996). El parto más importante de su carrera fue sin duda el del primer hijo de Enrique IV y María de Médicis; el futuro rey Luis XIII. Según los escritos de Bourgeois, el propio rey Enrique IV avisó a su esposa de que el nacimiento del delfín sería un acontecimiento público. De hecho la misma matrona estimó que había unas doscientas personas en la antesala y en la habitación en la que dio a luz la reina, hecho por el que se afirma que este nacimiento viene a coincidir con un cambio importante en la historia del parto y su asistencia que comienza a desplazarse de la esfera privada a la pública (Sheridan, 2001), "Yo creo que había dos centenares de personas de manera que no se podían remover dentro de la cámara para mover a la Reina dentro de su cama (…)"/ "Je crois qu il y avoit deux cents

personnes de sorte que l on ne pouvoit se remuer dans la chambre pour porter la Reine dans son lict (…)" (Bourgeois, 1826, p.234).

Según los escritos de la misma Louise analizados por Sheridan (2001), la matrona se nos presenta a sí misma como protagonista en el parto real junto a la reina e incluso cita la manera en que reanimó al recién nacido que parecía débil, poniendo vino en su boca y traspasándolo a la boca del delfín tras la autorización del rey presente en el parto. Según Louise ella es la que salva al futuro rey y la primera en conocer el sexo de la criatura. Sin embargo según la versión de Héroard, como médico personal de Luis XIII, la matrona realizó un papel auxiliar entregando al niño y vendando a la madre y fue el cirujano Guillemeau el que reanimó con vino al delfín.

Louise nos cuenta en primera persona que fue avisada la noche del 27 de septiembre de 1601 para que acudiera al palacio de Fontainebleau ya que la reina se encontraba mal. Ella describió así la habitación real de parto:

> (…) la gran cámara ovalada de Fontainebleau que está cerca de la cámara del Rey, que había sido preparada para los partos de la Reina donde había una gran cama de terciopelo carmesí rojo bordado de oro que está cerca de la cama de parto (…)
> (…) la grand chambre ou ovalle de Fontainebleau qui est proche de la chambre du Roi qui estoit preparée pour les couches de la Reine où es toient un grand lict de velours de cramoisi rouge accommodé d or estoit près le lict de travail (…) (Bourgeois, 1826, p.229).

También hizo referencia a la silla de partos de la que se dispuso y en la que la reina finalmente parió "La silla para parir fue también traída la cual estaba cubierta de terciopelo carmesí rojo (…)"/ "La chaise pour accoucher fut aussi apportée qui estoit couverte de velours cramoisi rouge (…)" (Bourgeois, 1826, p.229).

Los servicios reales le reportaron sustanciosas ganancias económicas y un estatus y prestigio importantes. La corte la encumbró y la corte la hundió. En 1627 fue

convocada para asistir a María de Borbón-Montpensier, cuñada de Luis XIII que muere tras el nacimiento de su hija. A pesar de que la primera autopsia firmada por cinco médicos y cinco cirujanos de la corte no la implican directamente, posteriormente Guillemeau como primer cirujano del rey condena a Bourgeois y ésta fue apartada de la corte. Coincidimos así con la idea de Sheridan (2001) de que el rápido ascenso de Bourgeois y posterior caída tiene mucho que ver con la manera en que el género actuó sobre la construcción de la Medicina y el Estado en un periodo de transición en Francia. El caso de la corte de Brandenburgo en la que Justina sirvió, se caracterizó por una violencia exacerbada debido a la guerra de los Treinta Años en los estados alemanes, que se consolidaron como una serie de principados independientes. Al comienzo de la Era Moderna, Brandenburgo fue uno de los siete electorados protestantes más importantes junto con Prusia que se anexionan a los territorios germanos. Tras la guerra de los Treinta Años, Brandenburgo fue gobernada eficientemente convirtiéndose en potencia europea, aunque muy eclipsada por Francia e Inglaterra. Éste es el caso de Frederick III (1657-1713), elector regente mientras Justina escribe su obra. Justina Siegemund fue nombrada matrona de la ciudad de Liegnitz en 1670 y desde entonces adquiere fama y renombre entrando en contacto con las élites alemanas hasta que una certera intervención de extracción de una lesión en el cérvix de la duquesa Louise Von Anhalt-Dessau, regente y viuda del duque Christian fallecido en 1672, le hace entrar al servicio de la corte hasta la muerte de la duquesa en 1680. Justina no da el nombre en su libro de la persona a la que realizó la intervención de cérvix, pero sí incluye un grabado para ilustrar la técnica operatoria empleada tal y como se muestra en la figura 35.

En 1683 recibe el ofrecimiento de Berlín para acudir a la corte de Frederick William (1620-1688 y padre de Frederick III) en Brandenburgo y como matrona de la corte fue enviada a otras cortes aliadas con la casa de Hohenzollern asistiendo a la

hermana del Elector Marie Amalia duquesa de Saxony-Zietz en el nacimiento de sus cuatro hijos. También fue enviada a la corte de Dresden a servir a la Electora de Saxon Eberhardine. La misma Siegemund alude a su presencia en el cuarto parto de la consorte de Heinrich Casimir II von Nassau-Dietz. En definitiva, Justina fue una matrona amparada por diversas cortes europeas además de la de Saxony y Brandenburgo a las que contribuyó asistiendo al nacimiento de unos veinte descendientes reales. Sin embargo Siegemund, se diferencia de Bourgeois en su más absoluta discreción; no escribe nada a cerca de los partos reales asistidos guardando el más celoso secreto profesional (Siegemund, 1690/2005). Por otro lado, el propio título del manual *The Court Midwife* expone su posición de poder y no esconde el orgullo de su autora "(…) he tenido la oportunidad de ser recomendada al último Elector de más gloriosa memoria, Frederick William [llamado el gran Elector], y gentilmente me hizo Matrona de la Corte él mismo."/ "(…) had the opportunity of being recommended to the late Elector of most glorious memory, Frederick William, and was most graciously made Court Midwife by the same." (Siegemund, 1690/2005, p.50).



Figura 35. Detalle grabado intervención de cérvix.
Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter.
Siegemund, 1690/1741, n.p.
Material Original. Libro depositado Wellcome Library

Este entramado de mujeres reales conectadas entre sí, puso en relación a Justina con la entonces reina de Inglaterra, Escocia e Irlanda Mary II, que nunca tuvo hijos propios, y se convertirá en su gran valedora a la que estima como protectora de su manual:

> Mientras permanecí allí durante un tiempo [en la corte], antes y después del feliz parto, amablemente me permitieron mostrar a Su Majestad, la Reina de Inglaterra, el manuscrito que había reunido y ya adornado con algunas ilustraciones. A su Majestad no solo le agradó, sino que me animó a prepararlo para la impresión sin demora.
>
> While I tarried there for a time both before and after the happy confinement, I was graciously allowed to show Her Majesty, the reigning queen of England the manuscript I had put together and already furnished with a few illustrations. Her Majesty was not only pleased with it, but she urged me to prepare it for printing without delay. (Siegemund, 1690/2005, p.52).

En definitiva, estas dos matronas no eran de uso común: Louise y Justina formaron parte de las cortes francesa y alemanas, fueron ricas y pertenecieron a las élites de sus países y el palacio supuso una excepción al lugar común de los hogares para ejercer su profesión. Escenarios de oro, terciopelo y opulencia rodearían a las reinas y princesas en sus partos y por el carácter público de los nacimientos, se realizarían en espacios estatales incluyendo las camas de parto más opulentas en las que se llevarían a cabo las recepciones posparto de ministros y personas cercanas a la corte para evitar cambios de niños en los nacimientos y certificar la legítima descendencia.

Por último, en el análisis del marco funcional en la asistencia de la matrona a través de sus propios manuales del siglo XVII, merece la pena hacer un alto en otra de las excepciones de la asistencia al parto domiciliario: los hospitales o maternidades de entre los que se destaca el caso del Hôtel Dieu de París. Heredado de la Medicina medieval, fue fundado como hospicio entre los años 650-652 d. C. por el obispo de París Landry. Más adelante, en el siglo XIII, estos hospicios se transformarían en hospitales gobernados por instituciones religiosas y situados junto a Iglesias y catedrales dentro de las ciudades y regidos por enfermeras laicas que posteriormente se convertirán en la orden de las hermanas Agustinas y atenderán a las mujeres además de residir en

convivencia separada con monjes masculinos que controlarían los aspectos burocráticos y atenderían al resto de enfermos (Siles González, 2011; Morales & García, 2013). Mauriceau también hizo mención a las religiosas que gobernaban el Hôtel Dieu en su manual "(…) a una buena Monja anciana que gobierna todo a la que llaman Madre Bouquet y que entonces presidía en la Sala de Partos (…)"/ "(…) a good old Nun that govern`d all whom they call Mother Bouquet and at that time did pre*ſ*ide in the Hall of Deliveries (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.236).

Nuestros resultados coinciden con lo afirmado por Dunn (2006) de que el servicio de obstetricia en el Hôtel Dieu, estaba bajo la dirección de una monja llamada *La dame des accouches.* Su personal estaba formado por una partera jurada, preferentemente casada o viuda y católica, que tenía a su cargo cuatro matronas en formación. Disponía a su vez de un médico y doce cirujanos encargados de asistir a las matronas en partos complicados.

De estos hospitales medievales europeos sobreviven hoy tres: el Hospital del Santo Espíritu de Roma, el Hôtel Dieu de París y el Hôtel Dieu de Lyon (fundado en el año 542 d. C.). De entre los hospitales europeos, nos centraremos en aquellos denominados hospitales para mujeres, que serán instituciones con vocación caritativa destinada a las gentes más pobres como lo fueron el hospital de Santa María Della Scala de Siena (año 898) y el hospital de St. Bartholomew´s en Londres (año 1123) además de los tres anteriormente mencionados. Estos hospitales, cumplían una doble función: ofrecer refugio a las mujeres pobres y a la vez proporcionar sujetos para el aprendizaje de futuros médicos y matronas. Aunque el establecimiento más formal de un hospital obstétrico se produce en 1728 en Estrasburgo con Johann Jacob Fried como director, merecen mención especial el Germany´s Nürnberg Krankennhaus y el Hôtel Dieu de París como antecesores y primeras instituciones con separación obstétrica. El Hôtel

Dieu de París, en el siglo VIII estableció una sección especial para parturientas constituido por una pequeña sala a cargo de una matrona y algunas pupilas (Speert, 1973). En el siglo XV, el Hôtel Dieu pertenecía a una categoría de hospitales denominados Episcopales y se rigió por el Capítulo de Notre Dame, pero en 1505 fue transferido al Consejo de Administradores laicos designado por el Parlamento de París (Towler & Bramall, 1997). Estaba formado por cinco grandes salas asistidas por monjes, algunos empleados, monjas y novicias, médicos, barberos-cirujanos y matronas. El pabellón de maternidad se ubicaba en el semi-sótano y en él había unas 24 camas en una sala obstétrica y existían otras estancias que suponemos de puérperas denominada St. Joseph con unas 106 camas en cuatro filas, en las que se ubicaban alrededor de unas 200 mujeres (Dunn, 2006), una sala de amamantamiento y otra para gestantes.

Obviamente las condiciones higiénicas eran pésimas, en algunos grabados del siglo XVI aparecen imágenes del hospital con grandes salas y varias mujeres compartiendo lecho. Existen testimonios en torno al año 1660 en los que cuatro y cinco mujeres compartían una misma cama. Imaginemos una sala obstétrica a menudo desbordada y saturada y un olor hediondo procedente del Sena al que se vertían las aguas residuales de París y se desbordaba periódicamente. Alrededor de un centenar de mujeres acudían al mes a parir en sus instalaciones y convivían en la misma sala vivos y muertos. En este ambiente, eran comunes las fiebres puerperales y el hospital se vio sometido a grandes incendios especialmente en el siglo XVIII, y fue en su reconstrucción cuando se empezaron a mejorar notablemente las condiciones higiénicas del mismo (Dunn, 2006; Speert, 1973) (*Anexo 10*. Iconografía: Hôtel Dieu de París).

Las grandes personalidades obstétricas asociadas al Hôtel Dieu fueron el cirujano obstetra Ambroise Paré en el siglo XVI y posteriormente, será Mauriceau la

cabeza visible: según las palabras del mismo Mauriceau en su manual, sobre el año 1660 las mujeres pobres eran admitidas 15 días antes de su fecha prevista de parto y se les daba asilo, comida y cuidados gratuitos por lo que algunas de ellas mentían sobre su estado de gestación para obtener más tiempo el refugio del Hôtel Dieu y debían ser adecuadamente reconocidas al ingreso para evitar este engaño:

> (…) la Orden es que las Mujeres Embarazadas serán caritativamente recibidas alrededor de quince días antes de su Cuenta [fecha de parto](…) [algunas] se presentan allí dos o tres Meses antes de lo que deberían afirmando que están cerca de su tiempo [de parir](…)
>
> (…) the Order is that any Women with Child ſhall be there charitably received fifteen Days or thereabouts before their Reckoning (…) preſent themſelves there two or three Months before they ſhould, ſaying and affirming they are near their time (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.32).

Madame de La Marche, fue una matrona con un perfil muy cercano a lo que en el siglo XXI denominaríamos matrona hospitalaria. Se formó en el Hôtel Dieu y como una de sus mejores alumnas, permaneció en el hospital ejerciendo allí su labor profesional convirtiéndose en matrona jefa desde 1670 a 1686 (McTavish, 2005). Reorganizó el sistema de aprendizaje de las matronas imponiendo al menos tres meses en dicho hospital y obligando a conseguir a las alumnas realizar partos autónomamente. Su libro será de cabecera para las estudiantes de matrona del Hôtel Dieu (Ogilvie & Harvey, 2000). Mauriceau, al igual que de La Marche, hacen referencia al Hôtel Dieu de manera repetida en sus manuales; gracias al Hôtel Dieu el cirujano adquiere una pericia práctica que le singulariza y de la que hace gala “Me di cuenta muy bien de eso en el Hôtel de Dieu de París, en las muchas Mujeres que he puesto allí (…)”/ “I noted that very well in the Hostel de Dieu of París in the many Women I have layed there (…)” (Mauriceau, 1668/1727, p.123).

Según relató Mauriceau en su manual, la sala de partos era denominada "la Chauffoy", y era una estancia pequeña con una cama especial para el parto situada cerca del fuego y cuando concluía el nacimiento, las mujeres se iban a pie hasta llegar a otras camas a menudo bastante alejadas, compartidas, sucias, húmedas y oscuras:

> Cuando las Mujeres que están allí para ser llevadas a la Cama, empiezan a estar en trabajo de Parto, van a una pequeña Habitación llamada la Estufa donde todas paren sobre una pequeña Cama baja hecha con ese fin, donde se les pone delante del Fuego; después tan pronto como se termina se les vuelve a llevar a su Cama (…)
>
> When Women that are there to be brought to Bed begin to be in Labour they go into a little Room called the Stove where all are delivered upon a little low Bed made for that purpoſe where they put them before the Fire; afterwards ſoon as it is over they conduct them to their Bed (…) (Mauriceau, 1668/1727, pp.123-124).

Por su parte, Louise Bourgeois ejerció su profesión de matrona entre estratos sociales más elevados y en los domicilios pero fue consciente de que la presencia de los cirujanos y médicos en el Hôtel Dieu, hacen de la institución cada vez más un centro de referencia. En este sentido, y en aras de mantener una buena relación con los hombres que se acercan al parto, reconoció y aconsejó a las matronas en *Observations,* la posibilidad de consultar en el Hôtel Dieu ante dudas; por ejemplo, si la matrona no sabe diagnosticar la situación fetal para evitar posteriores sorpresas en el parto activo Louise recomendó:

> (…) yo les acompañaré [a las matronas que dudaran] al Hôtel Dieu, donde hay gran numero de mujeres embarazadas y acompañadas de Médicos de susodicho Hôtel Dieu, es decir saldrá de dudas haciéndoles que la toquen [la exploren los médicos] y reconociendo la verdad (…)
>
> (…) ie les accopagneré à l´hoſtel Dieu, où il y a nombre de femmes groſſes, & accompagnez du Medecin dudit Hoſtel Dieu, ie leur leueré le doute, leur faiſant toucher & recognoiſtre la verité (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.147).

De nuevo se refleja la ambivalencia del trato con médicos y cirujanos; son considerados como referentes y rivales al tiempo. El prestigio de las instituciones hospitalarias empieza a despuntar y la convivencia en subordinación progresiva de matronas y cirujanos se empieza a normalizar a un ritmo más rápido dentro de la institución hospitalaria que en la práctica domiciliaria.

3.2.2 (2.2Lu) Las matronas y los utensilios e instrumentos en el ejercicio de la partería en la Temprana Edad Moderna europea.

Las primeras referencias escritas en relación a los utensilios utilizados en la asistencia al parto, aparecen en la Biblia en Éxodo (1:16), en el que se cita la palabra obnayim haciendo referencia a la silla de partos o las piedras entre las que las hebreas solían parir. A lo largo de la historia se han empleado, infinidad de instrumentos para facilitar la extracción de fetos vivos y sobre todo muertos intraútero, según sabemos por hallazgos arqueológicos y artísticos desde el siglo II a.C. Médicos árabes se sirvieron de sierras en el siglo X y XI para la extracción de cabezas de fetos muertos según se ilustra en el manuscrito de Abulcasis (936-1013) (Speert, 1973). Si bien el uso de instrumentos ha sido necesario en la historia obstétrica de la humanidad, el siglo XVII se encuentra en plena transición desde una filosofía europeo-cristiana médica medieval galenista universitaria que se pone en marcha en el siglo XII y se basa en el conocimiento de la realidad natural y es considerada una actividad intelectual, para dar paso a una medicina más utilitaria. Ya en el siglo XVIII hará su expansión científica-instrumental más franca, vinculada a los varones que la practicaron.

Por su parte y según deducimos tras la lectura de los manuales investigados, las matronas para su práctica asistencial domiciliaria precisarán de una serie de utensilios e instrumentos que podríamos denominar “utensilios de matronas”: mezcla de un carácter

profesional con una práctica derivada de la asistencia doméstica a la vez que flirtean con el uso de instrumentos para la extracción de fetos muertos más asociados en general a los cirujanos.

Para hablar de estos utensilios e instrumentos de matronas podríamos imaginar, al modo en que lo hizo Evenden (2000), un parto cualquiera, atendido por una matrona cualquiera en una capital europea cualquiera del siglo XVII. En efecto, el kit de una matrona que asistiera partos de casa en casa incluiría mapas, alguna alforja o maletín, delantales, botes con los remedios más habituales ya preparados, camisones de repuesto, y paños en abundancia de todo tipo, toallas, compresas y vendas. Más o menos vienen a coincidir con los expuestos por Towler & Bramall (1997) como necesarios para las matronas del siglo XVI: un delantal, jabón, velas, camisas, gorros, cintas para la cabeza para corregir el caput, fajas, paños, baberos, faldones, mantillas, calzas, zapatos, enaguas una cinta para la cabeza de la madre para prevenir arrugas y un banquillo bajo. También le sería muy útil un frasquito con agua bendita y los utensilios necesarios para administrar el bautismo en caso de emergencia así como algunos de sus ungüentos secretos preparados (Gélis, 1991).

El papel del esposo era fundamental a la hora del comienzo del parto para colectar los recursos humanos y materiales más que para acompañar con su presencia en el parto, ya que del ritual de la habitación de nacimiento era excluido (Barber, 2013). Al comienzo del parto el marido debía ir de casa en casa en busca de la matrona y las otras mujeres de confianza de la parturienta (Gélis, 1991; Wilson, 1995). La matrona era avisada para acudir al domicilio de su cliente y precisaba un medio de transporte dependiendo de la distancia que era recorrida por caminos angostos, oscuros y peligrosos en muchas oportunidades. En ocasiones se utilizarían caballos y carruajes dependiendo del nivel económico de las familias demandantes para el transporte de la

matrona. Obviamente, muchas mujeres parían antes de que la matrona llegara al domicilio o ésta ni si quiera era avisada (Wilson, 1995). Una vez en la vivienda de la parturienta, la matrona se pondría su delantal y comprobaría la aptitud de la cama o diván donde se realizará el parto y puerperio y la disposición de paños adicionales suficientes y limpios y si no fuera así la matrona en ocasiones los suministraría ella (Evenden, 2000). Seguidamente realizaría un tacto vaginal para comprobar el estadio del parto, untando previamente su mano con mantequilla fresca u otros aceites como así recogieron sus manuales "Entonces deja que la Matrona, su mano ungida con mantequilla fresca o con aceite de Almendras dulces, introduzca su mano, (…)"/ "Then let the Midwife, her hand annointed with fresh butter or with oyl of sweet Almonds, put up her hand, (…)" (Sharp, 1671/1999, p.161).

De nuestros resultados obtuvimos la certeza de la manera en que las matronas fusionaron su práctica asistencial con útiles e ingredientes domésticos como el uso de mantequilla, vino y otros componentes tal y como vienen afirmando otros autores/as (Gélis, 2009).

Después del diagnóstico de la etapa del parto, la matrona se sentaría en una silla cerca de la cama de la mujer para acompañarla y darle ánimos y aconsejar a la madre alguna posición diferente al reposo en cama y en ocasiones se disponía de un banquillo bajo para la matrona que era utilizado antes por la mujer para cambiar su postura. Si el trabajo de parto era largo la matrona se encargaría de organizar la preparación, por parte de otras mujeres asistentes, de algún alimento para lo que se haría uso de los utensilios e ingredientes disponibles en el hogar. También se hacían necesarias almohadas convenientemente vestidas para proporcionar la máxima comodidad a la mujer. En las primeras etapas del parto era frecuente el uso de enemas para purgar el intestino (Evenden, 2000). Para tal efecto, es de suponer que la matrona llevara consigo algunas

de las sustancias más utilizadas en su maletín como el aceite de almendras e hiciera uso de otros componentes domésticos para la elaboración de Glyester y otros remedios "(…) déjala hervir Malvas cuando se acerca el momento del parto (...) y con Miel o Azúcar suficiente para endulzarlo, y agregar media cucharada de sal blanca para un Enema."/ "(…) let her boyl Mallows when she comes near the time of her delivery (...) and with Honey or Sugar enough to sweeten it and add half a spoonful of white salt for a Glister." (Sharp, 1671/1999, p.140).

En efecto algunas matronas hacían sus propias prescripciones y disponían de equipamiento para elaborar una reserva de remedios como así han revelado algunos inventarios de matronas como el de Elizabeth Thompson citado por Evenden (2000). Aquellas matronas que no disponían de sus propios remedios, debían en ocasiones dar órdenes de que algún familiar consiguiera algunos preparados farmacéuticos. En diversas zonas eran frecuentemente utilizados amuletos y en algunos tratados de los estudiados se habla del uso de instrumentos para la evacuación de la orina si la micción espontánea no fuera posible a modo de cateterismos vesicales, como así lo hizo Mauriceau "Pero si la Mujer, a pesar de que observa estas Indicaciones, no puede hacer Agua [orina], se debe recurrir al último Remedio, que es sacarla con un Catéter (…)"/ "But if the Woman not with*ſ*tanding fhe ob*ſ*erves the*ſ*e Directions cannot make Water Recour*ſ*e mu*ſ*t be had to the la*ſ*t Remedy which is to draw it forth by a Catheter (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.68).

En cuanto a la rotura de bolsa de las aguas artificial, si la matrona la estimaba conveniente era realizada con varios instrumentos, el más sencillo la propia uña de la matrona, pero también se hacen mención a algunos otros:

> (…) la Matrona debe romper y desgarrar [la bolsa de las aguas] de manera cuidadosa y prudente con sus uñas, si puede levantarlas, puede cortar un trozo de las mismas con un cuchillo o un par de Tijeras, pero cuidado con el bebé.
>
> (…) the Midwife must gently and prudently break and rend it with her nails, if she can raise it, she may cut a piece of it with a knife or pair of Scissers, but beware of the infant." (Sharp, 1671/1999, 156).

Incluso se hizo referencia a un instrumento muy similar al empleado hoy en las amniotomías denominado por Siegemund "pequeño gancho", diseñado específicamente para tal fin "No se puede practicar [la rotura de bolsa] sin (…) un pequeño gancho o algún otro instrumento apropiado."/ "It cannot be practice without (…) a little hook or some other appropriate instrument." (Siegemund, 1690/2005, p.161).

La tarea de las mujeres acompañantes era variada, desde preparar alimentos, incorporar la cabeza a la mujer en el expulsivo en cama y sujetarla en el parto en silla (Evenden, 2000). En este periodo, las matronas utilizarían frecuentemente sustancias oleosas para masajear el periné.

La silla de partos será un instrumento muy utilizado por las matronas y frecuentemente citado en sus manuales del siglo XVII. El mismo Sorano en el siglo II d.C., recomendó el uso de la silla de partos y Moschion la describió como una silla similar a las de los barberos pero con una abertura en el centro. En el siglo XVI Savonarola y Paré también hicieron mención a la misma y podían ser llevadas de casa en casa siendo muy semejantes a las sillas de la antigüedad. Algunas estaban decoradas profusamente, sobre todo en las familias adineradas y las matronas poseían modelos más ligeros y modestos para un fácil traslado de casa en casa (Gélis, 1991). Perdieron protagonismo cuando aumentó la popularidad del fórceps durante el siglo XVIII que necesitaba de la mujer tumbada para su aplicación (Speert, 1973).

De los manuales de matronas analizados, deducimos que las sillas de parto fueron instrumentos afiliados a las matronas y no a los cirujanos, por eso Mauriceau las denominó "(…) Silla de Matrona (…)"/ "(…) Midwife´s Stool (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.152). Todas las parteras estudiadas la nombraron y reconocieron su utilidad para acelerar el expulsivo asociándola al concepto de parto normal "Y se le puede poner en una silla propia para parir (…) para adelantar el parto."/ "I´on la peut mettre dans vne chaire propre pour accoucher (…) à auancer l`accouchement." (Bourgeois, 1609/1630, p.54).

En este sentido, Siegemund es la que más se extiende en explicaciones e ilustraciones de los instrumentos necesarios en el arte de la partería. En el grabado de su manual elaborado para tal fin, presentó los instrumentos necesarios para una buena matrona entre los que se incluyeron artilugios bastante sofisticados. En este caso se trata de una cama de partos que también se utilizaría como silla "Presentación de una confortable silla de parto o cama: (…)"/ "Presentation of a comfortable birthing chair or bed: (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.195).

Todas las matronas solían utilizar la silla de partos si la mujer lo deseaba y en presentaciones normales, exceptuando el caso de La Marche que abiertamente reconoce su preferencia por parir como se hace en el Hôtel Dieu, en una cama de parto y se refiere a la incomodidad de la silla de partos "(…) una silla abierta [silla de partos], que es muy incómoda (…)"/"(…) une chai$f$e percée, ce qui eft fort incommode (…)" (de La Marche, 1677/1710b, p.69).

Otra forma de parto asociada al domicilio, pero ya compartida con los cirujanos en su asistencia, es la cama que en ocasiones era la misma utilizada posteriormente por la puérpera, habilitándola para el parto adecuadamente:

> (…) [para adecuar la cama de parto] hace falta que la cama de una mujer que está de parto sea fuerte, levantada de cabeza y de riñones (…) para tal efecto se le pondrá una tabla gruesa bajo el colchón de la cama (…)
>
> (…) il faut que le lict d´vne femme qui eſt en trauail ſoit fort haut de teſte & de reins (…) où l´on peut mettre vne groſſe buſche ſous le matelas ou lict (…) (Bourgeois, 1609/1630, p.66).

Esa madera bajo el colchón ayudaba a que la mujer en el expulsivo con el pujo no se hundiera y facilitaba la salida de hombros y cabeza fetales, práctica que las matronas han conservado en la asistencia al parto domiciliario hasta su inclusión masiva en el sistema hospitalario a mediados del siglo XX.

Además las camas, fueron utilizadas para realizar versiones internas y la aplicación de otros instrumentos en distocias y extracción de fetos muertos.

Por último, en la asistencia al parto se podía contar, en matronas muy destacadas como era el caso de Siegemund o en el Hôtel Dieu, con camas específicamente diseñadas para el expulsivo. La diferencia es que en el Hôtel Dieu impulsado por Mauriceau y secundado por de La Marche, abogaron por una generalización en su uso y la denominan "(…) Pallet-bed girada (…) cuya Pallet debe estar tan suelta como para darle la vuelta para una mejor ayuda de la Mujer cuando sea posible."/ "(…) Pallet-bed girted (…) which Pallet ought to be ſo diſengaged as to be turned round about the better to help the Woman when there is occaſion." (Mauriceau, 1668/1727, p.152).

Mientras tanto Siegemund propuso las camas de parto en casos de distocias severas, especialmente en aquellos en los que se hiciera necesaria la realización de versiones internas y nos la presentó a través de un gravado explicado minuciosamente



Figura 36 .Grabado cama de partos e instrumentos.
Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter.
Siegemund, 1690/1741, pp. 186-187. Material Original.
Libro depositado Wellcome Library

"Te presentaré también una cómoda cama de parto en un grabado de cobre (…) esta cama es necesaria y beneficiosa para usar en partos difíciles (…)"/ "I will also present to you a comfortable birthing bed in a copper engraving (…) this bed is necessary and profitable to use in difficult births (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.197). Ella nos explicó las partes de la cama de partos y la manera en que se articulaba , resultando un útil muy similar a las camas de paritorio utilizadas en los hospitales europeos hasta la actualidad con apoyos laterales, cabecera y espalda reclinable, extremos para apoyar los pies regulables y un hueco para que la matrona se situara delante de la mujer y se pudiera sentar tras retirar la madera localizada a los pies de la cama. Pensemos también en la dificultad de su transporte de casa en casa y la necesidad de ayuda para convertir la cama en silla desmontando el artilugio; es obvio que se utilizaría en contados casos y como recurso extremo. Por otro lado sorprende un diseño tan similar al utilizado hoy en los partos hospitalarios que, salvando las diferencias tecnológicas, podría seguir siendo utilizado sin duda. Estas

camas de origen germánico se introducirían posteriormente en Francia a través de Estrasburgo y Alsacia en el siglo XVIII (Gélis, 1991).

Una vez finalizado el expulsivo, la matrona de nuestro parto recogería y envolvería al niño en paños comprobaría su sexo e iniciaría los primeros cuidados entre los que se encontraba el corte del cordón, realizado con un cuchillo o unas buenas tijeras e hilo. Si las matronas necesitaban proporcionar medidas más contundentes, podían necesitar utensilios que incluirían agua caliente y fría, vino, aceite de almendras para masajear al niño, se le enfajaría la zona umbilical y se situaría en la cuna si era posible con la nodriza dispuesta (Evenden, 2000).

Entonces nuestra matrona se dispondría a alumbrar la placenta tras comprobar que no había otro niño en el vientre de la madre, que en ocasiones ha dejado atada al muslo de la mujer tras el corte del cordón umbilical para lo que necesitaría hilo "(…) hay que (…) cortar el ombligo y ligarlo y atarlo al muslo (…)"/ "(…) il faut (…) couper le nombril, & le lier & attacher a la cuiffe, (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.71).

Tras el alumbramiento de nuevo las matronas podían precisar de la preparación de cataplasmas para aplicarlas en el periné desgarrado y preparar los lavados con remedios además de realizar los vendajes a la madre en la zona abdominal y colocar las compresas adecuadas. Además la puérpera necesitará cambio de indumentaria y de la ropa de cama y un poco más tarde la matrona le ofrecería algo de alimento.

En ocasiones, si el parto era complicado, pasaban días en casa de la mujer a la que asistía; comiendo, durmiendo y dependiendo de la hospitalidad de la familia (Gélis, 1991). Antes de su marcha, la matrona daría instrucciones sobre el reposo, los lavados a realizar y la lactancia materna para lo que también contaban con instrumentos del tipo sacaleches para cuando se presentaban problemas de hipogalactia o pezones invertidos:

> (…) pero los Pezones para que el niño chupe son muchas veces deficientes o se encuentran invertidos (...) a menudo la succión hará que sean más grandes, sobre todo con un instrumento de succión. Las fisuras y grietas en las mamas son molestas (…)
>
> (…) but the Nipples for the child to suck by are oftentimes deficient or lie tied (…) often sucking will make it larger, especially by a sucking instrument. Clefts and Chaps of the breasts are troublesome (…)" (Sharp, 1671/1999, p.257).

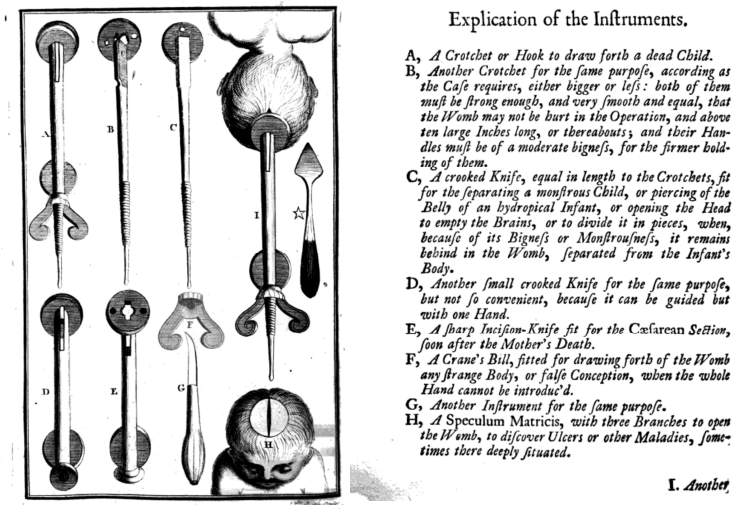
Otro útil de matrona nombrado en los manuales, son los pesarios empleados frecuentemente como remedio para los prolapsos uterinos "Hay que hacer un pesario medio redondo y medio ovalado con un corcho grueso después taladrarlo en el centro, (…) después se le hace cubrir de cera blanca (…)"/ "Il faut faire vn pe*ff*aire demy rond, & demy en ouale, auec de gros liege e*f*pois percé au milieu, (…) puis le faire couurir de cire blanche (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.120-121).

En definitiva como podemos ver, nuestras matronas del siglo XVII mostraron a través de sus manuales una actitud favorable al uso de estos útiles e instrumentos, que como hemos visto fueron una mezcla entre instrumentos profesionales y enseres domésticos.

Existen sin embargo una multitud de instrumentos obstétricos cuyo uso en el siglo XVII se asociaba básicamente a dos elementos; cirujanos y fetos muertos que posteriormente en el siglo XVIII, otorgarán un poder superior a los hombres que los manejan sobre las matronas que no solían incluirlos entre sus utensilios (Donnison, 1988). El único instrumento que se utilizaba tímidamente en estos años en fetos vivos fue el fórceps. El fórceps fue probablemente utilizado en los siglos II y III d.C. según se ha visto en bajorrelieves romanos. Fue olvidado y reinventado a finales del siglo XVI por la familia Chamberlen al que denominaron tira-cabezas y se guardó en secreto en torno a 100 años. En una ocasión, Mauriceau fue reclamado para verificar el uso del fórceps en una visita a París del hijo mayor Hugh Chamberlen en 1610. Este cirujano

inglés afirmaba que con él podría parir a cualquier mujer. Mauriceau como autoridad médica, le propuso un caso complicado de una gestante raquítica en la que tras varios días el parto, parecía imposible una resolución exitosa. Chamberlen no consiguió su propósito y además la mujer murió al día siguiente tras una rotura uterina (Speert, 1973). Más tarde el cirujano Juan Palfyn (1650-1730) adivina el secreto y hace construir uno igual que sustituirían a los garfios antiguos (Lattus et al., 2003) y más tarde se extenderá su uso en el siglo XVIII asociando profesionalización al uso de instrumentos prohibidos a las matronas.

Nada se dice en los manuales analizados sobre el fórceps, ni siquiera el manual de Mauriceau lo nombra. Los instrumentos que podríamos denominar "instrumentos de cirujanos" vienen ampliamente ilustrados y explicados en el manual de Mauriceau, y estuvieron destinados en exclusiva a la extracción de fetos muertos. En las ocasiones en las que sobrevenían los denominados desastres obstétricos, las matronas estaban obligadas a buscar la ayuda de los cirujanos quienes poseían y estaban autorizados al uso de instrumentos como cuchillos y ganchos (Evenden, 1993). Los cirujanos de la Temprana Edad Moderna comienzan a idear instrumentos más elaborados para la extracción de fetos muertos como por ejemplo lo hiciera Mauriceau, sin embargo el instrumento tipo más utilizado en el siglo XVII europeo fue un gancho único denominado "crotchet" (Wilson, 1995).



Explication of the Inſtruments.

A, *A Crotchet or Hook to draw forth a dead Child.*
B, *Another Crotchet for the ſame purpoſe, according as the Caſe requires, either bigger or leſs: both of them muſt be ſtrong enough, and very ſmooth and equal, that the Womb may not be hurt in the Operation, and above ten large Inches long, or thereabouts; and their Handles muſt be of a moderate bigneſs, for the firmer holding of them.*
C, *A crooked Knife, equal in length to the Crotchets, fit for the ſeparating a monſtrous Child, or piercing of the Belly of an hydropical Infant, or opening the Head to empty the Braint, or to divide it in pieces, when, becauſe of its Bigneſs or Monſtrouſneſs, it remains behind in the Womb, ſeparated from the Infant's Body.*
D, *Another ſmall crooked Knife for the ſame purpoſe, but not ſo convenient, becauſe it can be guided but with one Hand.*
E, *A ſharp Inciſion-Knife fit for the* Cæſarean *Section, ſoon after the Mother's Death.*
F, *A Crane's Bill, fitted for drawing forth of the Womb any ſtrange Body, or falſe Conception, when the whole Hand cannot be introduc'd.*
G, *Another Inſtrument for the ſame purpoſe.*
H, *A* Speculum Matricis, *with three Branches to open the Womb, to diſcover Ulcers or other Maladies, ſometimes there deeply ſituated.*

I. *Another*

*Figura 37.*Instrumentos y explicación. The diseases of women. Mauriceau, 1668/1727, pp.n.p.[192-193]. Depositado en Biblioteca Estatal de Baviera. Digitalizado 19 noviembre 2009.

La actitud de las matronas ante el uso de esos “instrumentos de cirujanos” fue en general de rechazo y en particular será Siegemund la que reniegue de ellos de manera más explícita, a menos que la situación fuera extrema. Nuestra anterior afirmación está en sintonía con la expuesta por Blum et al. (2010) en la que resalta cómo al contrario que médicos y hombres-matrona, Siegemund no utilizaba de manera sistemática instrumentos quirúrgicos ni remedios farmacéuticos. Además Justina reconoció que la mayoría de matronas no disponían de ellos y ni si quiera sabían cómo utilizarlos “Me imagino que hay muchas matronas que no pueden y no siempre cuentan con los instrumentos adecuados, ya sea como resultado de su propia ignorancia o porque simplemente les faltan.”/ “I Imagine there are plenty of midwives who cannot and do not always have suitable instruments with them, either as a result of their own ignorance or because they simply lack them.” (Siegemund, 1690/2005, p.88). Ella prefirió y predicó el uso de utensilios con diseño propio para la versión interna del feto y gran extracción como el que muestra en su serie de grabados tal y como se presenta en la figura 38, reivindicando su método como inocuo para la madre.



Figura 38. Detalle grabado instrumento de diseño propio para versión interna. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Siegemund, 1690 p. n.p. Grabado nº17. Material digitalizado. Libro depositado Universidad Dresden.

Sin embargo ella misma reconoció que si el feto llevaba demasiadas horas encajado en el canal del parto, en ocasiones no tenía más remedio que hacer uso del crochet para extraerlo tras la ruptura craneal, contra su agrado “No puedo dejar de usar el gancho por completo (…)”/ “I cannot refrain completely from using the crochet (…)” (Siegemund, 1690/2005, p.122). De hecho en la ilustración instrumental de Justina,

aparecen tres tipos de ganchos en la anterior figura 36 (A, B y C) incluida en nuestros resultados; digamos que para ella fueron un mal necesario.

De la lectura de los manuales seleccionados, pudimos deducir cómo estaba relativamente aceptado que para salvar en ocasiones la vida de la madre se sacrificaba al niño. Si no se disponía en las cercanías de un cirujano, la matrona actuaba utilizando los instrumentos como ganchos y martillos para aplastar el cráneo fetal o desmembrarlos y sacarlos (Anderson et al., 1992; Donnison, 1988). Esto traduce la existencia de un conflicto a la hora de quién sería el profesional encargado de extraer un feto muerto, ya que si bien era competencia general y social de los cirujanos, las matronas consideraron en sus manuales necesario el aprendizaje del uso de estos instrumentos para casos extremos tal y como explicó Jane Sharp. La matrona inglesa se revela como la que más normaliza el uso de instrumentos por parte de las matronas aunque los designara como instrumentos de cirujanos:

> La matrona debe ungir la mano con Aceite de Lirios blancos, Mantequilla o grasa de Pato, y con los dedos hacia abajo, dejar cerrada la mano y meterla hasta dentro del útero para sentir cómo yace el Niño, pues a veces se pueden extraer hacia adelante con la mano, pero si no se puede hacer así, a continuación, utilizar Instrumentos de Cirujanos, después de Haber encontrado con la mano la postura del Niño.
>
> The midwife must first annoint her hand with Oyl of white Lilies, Butter or Ducks grease, then holding down her fingers let her shut her hand and thrust it up into the womb to feel how the Child lyeth, for sometimes it may be drawn forth with the hand, but if it cannot be done so, then use Chirurgeons Instruments, Having first found with your hand the posture of the Child. (Sharp, 1671/1999, p.148).

Las matronas se ampararon en la prioridad de salvar las vidas de las madres y ocuparon los terrenos designados a cirujanos. Para este fin, Sharp dio meticulosas explicaciones de la manera de aplicar los ganchos según la presentación fetal

asegurando que unos instrumentos bien afilados aportarían solución rápida a partos que no se resolverían manualmente "(…) tienes que dividir el cráneo y sacarlo a pedazos con instrumentos para tal fin (…)"/ "(…) you must divide the skull and take it out by pieces with instruments for that purpose (…)" (Sharp, 1671/1999, p.149). También enfatizó el modo en que las matronas debían saber usar los cuchillos para cortar los brazos prolapsados en presentaciones transversas (Sharp, 1671/1999, 149).

Tal y como afirman Barber (2013), Bosanquet (2009a) y Keller (1995), Sharp creyó tan firmemente que la partería debía permanecer en manos de mujeres, que hizo una llamada de atención a las matronas a aprender el manejo de las técnicas quirúrgicas y farmacológicas en el caso de complicaciones y emergencias, en lugar de depender de la llamada a los médicos y cirujanos.

Sin embargo las matronas francesas, son las que menos hicieron referencia en sus manuales al uso de instrumentos, mientras que Sharp revela un conocimiento profundo en el manejo de los instrumentos utilizados por los cirujanos ingleses tales como el espéculo que recomiendó para el diagnóstico visual de la sífilis:

> Puedes ver la causa de esta gran picazón y caspa, si inspeccionas con un Espéculo Matricis, un instrumento usado por los Cirujanos. A veces tubérculos [granos] crecen en el cuello de la matriz, con el calor y el dolor, es posible verlos.
>
> You may see the cause of this great itching, and scurf, if you search with Speculum Matricis an instrument Chirurgeons use. Sometimes Tubercles [pimples] grow in the neck of the womb, with heat and pain, you may see them. (Sharp, 1671/1999, p.7).

Vimos así que la actitud de las matronas ante el uso de los "instrumentos de cirujanos" va desde la indiferencia mostrada por las matronas francesas al rechazo expresado por la alemana (hecho que coincide con que algunos territorios germanos prohibieron expresamente el uso de instrumentos a cualquier profesional salvo en casos extremos según afirma Donnison en 1988), hasta el franco descubierto afán de la

inglesa por enseñar a la generalidad de las matronas el uso de esos instrumentos que a la vez denominó como de cirujanos (*Anexo 11*. La Obstetricia y sus instrumentos en la Temprana Edad Moderna europea a través de las imágenes compiladas por Witkowski, 1887).

3.3 LOS MANUALES ESCRITOS POR MATRONAS EUROPEAS DEL SIGLO XVII Y EL ELEMENTO FUNCIONAL: LAS MATRONAS Y SU RELACIÓN CON OTROS ACTORES DEL PARTO

TERCERA CATEGORÍA CÓDIGO: (3As) ACTORES SOCIALES

En este trabajo de investigación, se define como elemento funcional al actor responsable de llevar a cabo, directa o indirectamente, el proceso de atención a las mujeres y sus familias en relación a su salud sexual y reproductiva. Siguiendo postulados estructuralistas, la identidad de las mujeres como cuidadoras domésticas deviene del respeto a la tradicional división sexual del trabajo que les ancla en la vida cotidiana a los sucesos relacionados con sus partos y crianzas y que se han venido denominando "roles biológicos". Los cuidados en el parto, puerperio y crianza del recién nacido se adjudicaron a las mujeres por continuidad de sus propias experiencias y posteriormente se consolidaron por convencionalismos culturales de orden moral y religioso.

Por extensión, la matrona como colectivo exclusivamente femenino hasta el siglo XVII, hereda como profesión este carácter doméstico ligado al género y entra en un ritmo ralentizador en su profesionalización (Siles González, 2011). El domicilio, las mujeres que lo gobiernan y las matronas como profesionales, estarán íntimamente unidos hasta la entrada masiva de los partos en los hospitales europeos en el siglo XX.

Queda claro entonces, que nuestro elemento funcional analizado en el siglo XVII y en esta tesis es la matrona como mujer y profesional. Sin embargo existen otros elementos funcionales que intervienen en connivencia o en competencia con las matronas en el desempeño de su profesión: cirujanos, médicos universitarios, matronas sin formación, otras mujeres implicadas en la atención al parto, obispos y personal religioso entre otros.

Proponemos así un análisis desde los manuales escritos por matronas del siglo XVII de las características que definen a las matronas europeas de manera genérica en este siglo así como de la manera en que los diversos actores sociales interactúan entre sí y cómo se reflejaron estas relaciones entre ellos en sus libros.

3.3.1 (3.1As) El perfil de las matronas de la Temprana Edad Moderna europea a través de la escritura de sus propios manuales.

Las matronas del pasado, que han sido a menudo olvidadas o injustamente caricaturizadas, podrían ser la inspiración de roles positivos para las matronas del presente y del futuro (Bosanquet, 2009a) ya que a través de la escritura de sus propios manuales, se nos revelaron como contribuidoras notables en el establecimiento de la obstetricia moderna.

Las parteras, como otros oficios de mujeres, gozaron al tiempo de una fama exaltada y de la peor de las famas (Perry, 1996). Por ejemplo Bourgeois fue una matrona muy reputada y respetada por el mundo de la Medicina de su época y posteriormente fue apartada y criticada.

El perfil de la matrona europea se ha escrito en base a la elaboración de una serie de estereotipos configurados y perpetuados a través de escritos de hombres de todos los tiempos. Sin embargo la creencia de que todas las matronas de la Temprana Edad Moderna europea fueron ignorantes, incapaces, pobres y rechazadas por las mujeres, ha sido desechada por los historiadores de la partería (Harley, 1993). Los men-midwives o cirujanos fueron los profesionales que más interés pusieron en la difusión de estereotipos como lo hiciera Percival Willughby en Inglaterra, convirtiéndose sus escritos en una de las fuentes historiográficas principales para la reconstrucción de la partería en su país, ya que obviamente los primeros historiadores de la partería fueron

médicos y cirujanos (Evenden, 2000), como así lo demuestra la obra de Aveling sobre historia de la obstetricia en el siglo XIX. Este autor, comienza su libro afirmando que poco se sabe de la historia de las matronas pero lo que sí es sabido es que eran mujeres de inferior educación, con pocas opciones de formarse en partería de forma oral ni escrita y que adquirían sus conocimientos a través de la experiencia y de las pobres mujeres a las que asistían (Aveling, 1872). Más adelante Thomas Forbes como historiador de la Medicina, sigue perpetuando las ideas lanzadas por los escritores en el siglo XVII aunque introduce algunos matices (Forbes, 1962). Sin embargo más tarde, en los años 80 del siglo XX, aparecen estudios sobre las matronas inglesas en el periodo 1540-1740, que reafirman a las matronas europeas como grupo más competente y mejor formado de lo que hasta ahora se supuso en este siglo XVII (Evenden, 2000). Sin embargo trabajos como los de Wilson (1995), aunque van aminorando las críticas a la figura de la matrona, continúan dando por hecho la superioridad en la prestación de servicios de los men-midwives ante las matronas tradicionales (Wilson, 1995).

Siguiendo la línea de lo anteriormente expuesto, el manual de Mauriceau está elaborado desde una mirada de desdén, algo condescendiente, hacia la figura de la matrona. Sin embargo, nuestras cuatro matronas analizadas a través de sus manuales, también participaron en la construcción y consolidación de parte de estos estereotipos, como si ellas mismas no formaran parte de ese colectivo caricaturizado. De hecho en cierto sentido, no se consideraron miembros de él sino que se situaron por encima de aquellas actitudes criticadas por ellas mismas y se presentaron como la prueba piloto de la matrona deseada e imaginada para dibujar un nuevo perfil profesional; todo lo contrario a la analfabeta y poco habilidosa extendida en la época pre-moderna (Bosanquet, 2009a).

Sin embargo la reputación de las matronas en general no era demasiado buena: todo el mundo reconocía su importancia en la comunidad pero nadie deseaba un trabajo sacrificado y mal remunerado como el de las matronas (Gélis, 1991).

Tras la lectura de los manuales analizados, sin duda el estereotipo de la matrona más repetido en cada una de las obras analizadas (exceptuando a de La Marche) fue el antes tratado: la “matrona ignorante". Un ejemplo de éste, es la dura crítica realizada por Mauriceau a aquellas parteras que decían adivinar el sexo de la criatura durante la gestación “Pero cuando ocurre lo contrario de su Predicción hace su propia reputación ignorante y presuntuosa y permanece avergonzada.”/ “But when it happens contrary to her Prediction ſhe makes her ſelf reputed ignorant and presumptuous and remains aſhamed.” (Mauriceau, 1668/1727, p.39).

El carácter narrativo del libro de Mauriceau nos descubrió la manera en que él mismo sufrió en su familia los desastres de lo que él denominó la ignorancia de la matrona. Se trata ni más ni menos que una de las hermanas del propio Mauriceau: a los tres días de un accidente empieza a sufrir fuertes dolores y sangrados y ella avisa a su matrona:

> (…) le hizo a ella enviar a por su Matrona inmediatamente, quien no comprendiendo bien su Oficio le dijo a ella que debía ser Paciente (…) que no tenía Motivo para estar asustada (…) ella le hizo esperar en vano tres o cuatro Horas (…)
>
> (…) made her preſently ſend for her Midwife who no better underſtanding her Office told her ſhe muſt Patience (…) that ſhe had no Reaſon to be afraid (…) ſhe made her thus hope in vain three or four Hours (…) (Mauriceau, 1668/1727, pp.90-91).

Mauriceau culpó a la matrona de no acelerar ese nacimiento y al cirujano de dar por perdido el caso regresando a su casa y dejando morir sola a su hermana de 20 años. Efectivamente de la lectura del texto de Mauriceau, extrajimos la certeza de que la crítica de Mauriceau irá dirigida fundamentalmente a las matronas pero también a los

cirujanos incompetentes e incluso a médicos universitarios aunque en menor medida. En este sentido, en el segundo tratado escrito por Mauriceau *Observations Sur la Grossesse et L`accouchement des femmes* de 1695 (Mauriceau, 1695/1728), cuando Mauriceau ya era una personalidad reputada, adopta un tono más crítico con respecto a los cirujanos incompetentes que en su primer manual, a través de la exposición de unos 700 casos clínicos (McTavish, 2006a).

Obviamente las críticas a las matronas a través de los manuales se fueron extendiendo como estilo literario de cirujanos ya a finales del siglo XVII y principios del XVIII. Por ejemplo Philippe Peu en su manual de 1694 *La pratique des Acouchemens*, también culpa regularmente a las matronas de muchos de los malos resultados obstétricos expuestos en casos clínicos (Peu, 1694).

Es muy probable que la mayoría de matronas del siglo XVII europeo, no hubieran tenido una preparación formal para ejercer como tales: algunas seguían la profesión de sus madres, otras buscaron ingresos extras a los de sus maridos en casos de necesidad y para algunas viudas fue un medio se supervivencia nada despreciable (Donnison, 1988).

Las matronas por su parte identificaron en sus manuales y reconocieron a ese tipo de "matrona ignorante", criticándolas duramente (Gélis, 2009), pero negaron la generalización del estereotipo coincidiendo con la afirmación de Harley (1993), de que las pocas matronas inglesas de las que se tienen datos parecían ser cultas y respetadas. Además como ya sabemos, las matronas estudiadas son lectoras de manuales obstétricos e incluso eruditas en escritos clásicos lo que les reportó entre sus clientes buena reputación "Ella esperaba buenas cosas de mí como resultado de los libros que yo había leído (…)"/ "She expected good things from me as a result of the books I had read (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.94).

En definitiva, coincidimos con la idea de Perry (1996) de que el estereotipo de mujeres sanadoras como supersticiosas e ignorantes se ha venido asociando con el sistema patriarcal que imponía una severidad sobre aquellas mujeres que desempeñaban actividades y se podrían convertir en importantes para la sociedad en cuanto a su poder potencial.

Otro estereotipo que definió a las matronas europeas del siglo XVII fue el de imprudente y orgullosa, reticente a avisar al cirujano o a otra matrona más experta por miedo a revelar su incapacidad, poniendo así en peligro la vida de las mujeres y sus hijos. Pues bien, las matronas en sus manuales se cuidaron muy bien de reivindicarse como expertas pero respetando la jerarquía social-médica y recomendaron a las mujeres consultar y asistir a médicos cuando la situación lo requiriese. Bourgeois recomendó a sus clientas que ante problemas en la gestación, debían acudir a los "sabios doctores". Tanto es el reconocimiento de esta matrona al creciente poder social médico, que los compara con el otro poder imperante; la Iglesia "(…) [las embarazadas] están obligadas a llamar a los sabios doctores y decirles sus inconvenientes para prevenir el mal futuro, y transmitirles todo como si declararan sus pecados al confesor (…)"/ "(…) ſont tenues d´appeller des doctes Medecins, & leur conter leurs incommoditez, afin de preuenir le mal futur, remettant le tout en eux, comme s´ils declaroient leurs pechez au confeſſeur (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.20).

Los manuales también se cuidaron de aconsejar a las matronas avisar a otras matronas expertas o médicos y cirujanos ante casos complicados de una manera rápida y prudente. En concreto Louise se mostró en sus textos escrupulosa en la recomendación de convocar a expertos médicos si la situación era anormal, de manera que se entendiera claramente que asumía los estatutos reguladores de la partería y el orden médico jerárquico. Para ello nos explicó con detalle aquellos casos clínicos en los

que ella avisó a expertos y a quiénes avisó (Perkins, 1996). En esta misma línea ante la imposibilidad de alumbrar a una mujer Siegemund nos contó en su manual:

> Yo estaba más asustada que antes (…) pero no pude tomar una decisión por mi cuenta, en la medida en que tenía miedo (...). Yo no quería asumir la responsabilidad de esto por mi cuenta. Así que se llamó al venerable médico de la ciudad.
> I was more frightened than before. (…) but could not make a decision on my own, insofar as I was afraid (…). I did not want to take on the responsibility for this on my own. So venerable town doctor was called in." (Siegemund, 1690/2005, p.147).

Si las matronas eran o no responsables y avisaban a médicos y cirujanos habitualmente en su día a día, podría ser una cuestión a debate pero lo cierto es que predicaron la responsabilidad desde sus manuales.

Otro de los estereotipos enumerados por Mauriceau en su libro fue el de la matrona brusca e impaciente, que busca acelerar los partos y terminar prontamente su labor a costa de la salud de las mujeres. Las acusó entre otras cosas, de no saber esperar y romper el cordón en el alumbramiento y de forzar inversiones uterinas "(…) la Matrona, al esforzarse en ello, rompe el Cordón por tirar demasiado fuerte (…)"/ "(…) the Midwife by endeavouring it breaks the String with pulling too ſtrongly (…)" (Mauriceau, 1668/1727, p.178).

Sin embargo las matronas reivindicaron a través de sus manuales del siglo XVII, tal y como vimos anteriormente, la paciencia como cualidad fundamental en el alumbramiento y predicaron la espera como bandera de su labor asistencial como así lo afirmaron Sheridan (2001) y Mc Thavish (2006a) de sus estudios de Bourgeois; los cirujanos solían intervenir y eran más propensos a realizar extracciones manuales de placenta. De la lectura de las obras de Bourgeois se extrajo la idea de que en las tareas asumidas por las matronas como propias y así reveladas a sus "hermanas matronas" para unificar el colectivo profesional a través de sus manuales del XVII, nada

encontramos sobre supersticiones que no fueran una cuestión científica clásica, ceremonias o rituales realizados en torno al nacimiento ni otras prácticas asociadas a la brujería; más bien las acciones aconsejadas por matronas están deliberadamente basadas en el sentido común, coincidiendo nuestros resultados con lo afirmado por Perkins, (1996).

La misma Siegemund fue acusada de querer acelerar los nacimientos a través de la rotura de bolsa amniótica por Keger y a causa de ello, Justina fue llevada a juicio "Pero la persecución que he encontrado me impidió hacerlo [romper la bolsa de las aguas]; se me acusó de querer sacar a los niños de las mujeres prematuramente usando la fuerza bruta."/ "But the persecution I have encountered prevented me from doing so; I was accused of wanting to remove children prematurely from women using brute force." (Siegemund, 1690/2005, p.122). Por ese motivo, en el libro aparecen los testimonios ante tribunales, de diez mujeres atendidas exitosamente por la matrona alemana seleccionadas por ella misma, para justificar el empleo de la técnica para resolver grandes distocias y evitar muertes maternas. Las mujeres dijeron de Justina "Conmigo nunca hizo nada que fuera torpe o brutal (...)"/ "With me she never did anything that was clumsy or brutal (…)" (Testimonio 4. Siegemund, 1690/2005, p.173), y también relataron "Con esta maniobra bien ejecutada, sin duda demostró ser una matrona honesta. (...) ella fue cuidadosa y cautelosa (...)"/ "With this wellexecuted maneuver, she certainly proved herself an upright midwife. (…) she was careful and cautious (…) (Testimonio 6. Siegemund, 1690/2005, p.176).

Obviamente los testimonios fueron muy bien seleccionados por Justina para su buena defensa y podrían estar algo sesgados como sin duda también lo estaba la negativa generalización de Mauriceau.

Pero no se revelan estereotipos de las matronas únicamente desde el manual de Mauriceau, sino que las propias parteras en sus manuales nos ayudaron a desvelar algunas ideas en la construcción de su imagen, como son todas aquellas que se derivaron del hecho de ser mujer y que las podría convertir por la parte negativa en sumisas, charlatanas y brujas y desde un punto de vista más positivo en las dueñas y herederas morales de la experiencia en el parto por cuestiones de género.

Efectivamente las matronas como mujeres escritoras y profesionales en el siglo XVII, se situaron en un lugar social insólito algo incómodo y tuvieron que luchar contra críticas despiadadas, juicios y algunos problemas para los que solicitaron protección de hombres con relevancia social de su entorno. De este modo, una de las ideas que transmiten los manuales de matronas del siglo XVII más uniformemente, es la capacidad de negociación de los límites que paulatinamente los médicos y cirujanos van imponiendo a su profesión.

En general, algunas matronas ejercieron su labor desde un ejercicio formal y otras sólo lo hicieron en un sentido caritativo y de solidaridad de género alejado del profesionalismo. Sin embargo, las matronas fueron cambiando el significado del trabajo para ellas y tomaron conciencia de que ya no debía ser algo puntual sino convertirse en un proyecto de desarrollo que implicara un mayor compromiso al igual que harían el resto de las mujeres; el trabajo se empieza a convertir en constructor de identidad (Del Valle et al., 2002).

A su vez las matronas provenían de un amplio espectro social y del mismo modo atendían a una gran diversidad de mujeres de todas las clases sociales y existieron grandes diferencias intraprofesionales en la práctica de sus competencias dependiendo del grupo al que pertenecieran (Kontoyannis & Katsetos, 2011). De hecho, algunos estudios han mostrado que las matronas provenían de clases sociales y económicas más

elevadas de lo generalmente aceptado (Evenden, 1993, 2000) y probablemente la mayoría de matronas tituladas, procedían de rangos medios de la sociedad. No obstante, es generalmente asumido que por ejemplo las matronas alemanas, estuvieron condicionadas por sus bajos salarios estatales, ya que prevalecía la idea de su obligatoriedad de actuar con independencia del salario recibido (Flügge, 1998). A consecuencia de esto, los regalos que las matronas recibían de amigos y familiares de las mujeres a las que atendían fue un parámetro importante a considerar en su remuneración global (Donnison, 1988; Gélis, 1991; Wilson, 1995). Como vemos, las matronas siguieron el patrón de discriminación salarial de las mujeres que refleja la diferente estimación que la sociedad y las instituciones hacen del servicio profesional realizado por hombres y mujeres (Del Valle et al., 2002).

Las matronas europeas del siglo XVII idealmente debían estar casadas o ser viudas y haber parido sus propios hijos y en general haber superado la edad reproductiva por lo que la mayoría serían abuelas (Evenden, 2000; Perkins, 1996). Entre los modelos de mujer desde el Renacimiento europeo, las viudas se consideraron incluso más castas y virtuosas por su abstinencia sexual y se configuraron socialmente como personajes que podían ostentar cierto poder por su experiencia y su libertad del control masculino además de su independencia económica si eran de clase alta y la necesidad de buscar sustento si eran de clase baja (García Pérez, 2013).

De los trabajos de Evenden (2000) se desprende que las matronas de Londres solían estar casadas con hombres de profesiones libres y en ocasiones con personalidades con altas responsabilidades. Según Earle (1989), a través de las veinte matronas analizadas en su estudio sobre la sociedad londinense entre 1660-1730, se reconoció la partería como una ocupación de “alto estatus”. Las profesiones de los maridos de las matronas de Londres más frecuentemente registrados en el siglo XVII

fueron camiseros, albañiles, marineros, armeros, funcionarios, ensambladores, labradores, pintores-tintoreros, comerciantes, cirujanos, sastres y tejedores y en menor medida algún caballero de clase superior (Evenden, 2000).

Algunos autores/as afirman entonces que en la mayoría de países de Europa se les exigía como prerrequisito a las matronas estar casadas o ser viudas; aun así, en Londres existen registros de matronas de los años 1661-1670 en las que un 66% estaban casadas, un 16% eran viudas y un 17% no tenía especificado su estado civil (Evenden, 2000).

Nuestras cuatro matronas no cumplieron todas este perfil de mujer perfecta del Renacimiento; de Sharp nada se sabe de su vida, pero Siegemund nunca tuvo hijos. Se casa en 1655 y su matrimonio dura 42 años aunque es muy posible que viviera separada de su marido desde 1673 (Siegemund, 1690/2005). Justina, se vio en la necesidad de justificar su competencia a pesar de su incapacidad reproductiva y por este motivo estuvo a punto de ser rechazada para el puesto de matrona oficial de la ciudad de Leignitz. En definitiva como vemos, no respondieron precisamente a un molde de mujer típico del siglo XVII y a lo que algunos autores/as han considerado cualidades indispensables de la buena matrona (Donnison, 1988).

La imagen de sumisión como mujeres se trasmitió deliberadamente en algunas ocasiones en los manuales analizados, como cuando Siegemund se disculpa por la simplicidad de su escritura inherente a su condición femenina. Pero al tiempo se revelaron contra las injusticias que les acontecieron por esa misma condición de mujeres, incluso por vía judicial. En este sentido Siegemund nos contó cómo por envidia profesional, fue acusada de charlatana y de querer embaucar a la gente con buenas palabras y pocas obras. Su alumna Christina le cuenta lo que la gente dice de ella:

> Que Justina tiene el don de la palabra, ella puede convencer a la gente. (...) dicen más que eso, pero yo no quiero hacerte daño repitiendo esas cosas. (...) Yo creo fácilmente que las personas de mala voluntad son envidiosas y no te desean bien.
>
> That Justina has quite the silver tongue; she can put one over on people. (…) they say more than that, but I do not want to hurt you by repeating these things. (…) I can easily believe that people of ill will are envious and do not wish you well. (Siegemund, 1690/2005, p.151).

A lo que Justina respondió de la manera menos sumisa que se nos pueda ocurrir "(…) esas personas que hablan tan mal y con ignorancia sobre mí. Pagarán un alto precio por ello."/ "(…) these people who speak so ill and ignorantly of me. They will pay heavily for it." (Siegemund, 1690/2005, pp.151-152).

Como vemos, son las nuestras unas matronas reputadas, famosas, expertas y muy envidiadas y criticadas por otras matronas, cirujanos y médicos. Y en esta disputa por desbancarlas de su preferente posición profesional y social, a algunas se les acusó incluso de divulgar ideas anticristianas y satánicas asociándolas a la brujería. Por ejemplo, en algunos países si las matronas acudían al parto de un feto gravemente malformado, debían informar a las autoridades de ello y se valoraría su modo de vida y el de la madre así como su responsabilidad en el producto fetal defectuoso (Donnison, 1988).

Ante la presión y persecución que sufrieron las matronas por ejercer su profesión ellas se defendieron:

> Así me van a proteger [Dios y mis buenos vecinos] contra todos los calumniadores que albergan opiniones anticristianas e injustas sobre mí y dicen que mi ayuda no es natural y por lo tanto satánica. Espero que no se pueda encontrar o deducir nada antinatural o anticristiano en mi prodigioso y difícil trabajo.
>
> Thus they will protect me against all slanderers who harbor unchristian and unjust opinions about me and say my aid is unnatural and thus satanic. I hope nothing that is

> unnatural or unchristian can be found in or inferred from my prodigious and difficult work. (Siegemund, 1690/2005, p.152).

Justina se pinta a sí misma como una mártir de la partería por las dificultades que acarrea su fama y su calidad de experta y es cierto que no le fue fácil desempeñar su trabajo: tuvo que luchar por él. De este modo coincidimos con las aseveraciones de McClive (2001) que cita la introducción de Hobby en la obra de Sharp, en la puesta en escena de la perdurabilidad del estereotipo del rol matrona-bruja y el predominio de interpretación positivista en el mundo científico médico de varones. Sin embargo existen investigaciones, como la referida por Evenden (2000), que reclaman la demolición de ese mito de matrona-bruja en base al estudio de fuentes de la Temprana Edad Moderna.

Por otro lado, en cuanto al estudio de la relación de las matronas del siglo XVII europeo y sus clientas, éste nos ayuda a la vez a otorgar un estatus determinado a las matronas investigadas. Estamos sin embargo ante la élite del mundo de las parteras, no podemos generalizar su estatus a la imagen de la matrona en general, pero también ellas eran matronas y mujeres. De hecho, la figura de las matronas desde finales del siglo XVI y principios del XVII empieza a ser públicamente criticada sin tapujos. La misma Bourgeois en otras obras, se refiere al prestigio dándole instrucciones a su hija matrona, advirtiéndole que algunas de ellas eran despreciadas (Perkins, 1996).

Los manuales trasmitieron esmeradamente un alto estatus entre las clientas que atendieron y en ellas mismas: sus autoras se encargaron de reivindicarse como expertas en la atención a partos, y alardearon de su buena reputación ganada a base de un trabajo de calidad empezando por las gentes pobres y abarcando a las élites de sus ciudades. Las clientas de estas matronas del siglo XVII, solían ser mujeres de la misma familia en sus numerosos partos y en ocasiones asociadas a la profesión de sus maridos que eran

muy variadas e incluyendo, aunque en menor número, a la burguesía y altas clases sociales (Evenden, 1993). La manera más común de conseguir clientela se realizaba entonces de boca a boca ya que no existen evidencias de que se publicitaran a través de cartelería.

Todavía en el siglo XXI, seguimos interesados en el estudio especialmente con enfoque cualitativo, del poder y control de los profesionales en la asistencia al parto y cómo este rol repercute en la sensación de control de las mujeres que paren, afirmando algunos autores/as que éste disminuye con los patrones autoritarios del profesional (Geerts et al., 2014). En cuanto al tipo de relación asistencial establecida entre matrona y clienta en la Temprana Edad Moderna europea, según afirma Perkins (1996) tras el estudio minucioso de la obra de Bourgeois, la posición ideal de la matrona en la asistencia al parto fue de superioridad y control con respecto a la mujer que paría. El respeto de la matrona por la naturaleza, el parto normal y el poder de la mujer, no significa que ésta delegara el control del mismo en la mujer sino todo lo contrario. Para Bourgeois posiblemente existía una jerarquía estructural de poder en la cual la matrona, ocupaba una posición de superioridad y en la que el parto era ya considerado como una transacción comercial que situaba a las matronas en la posición de “servir” a las mujeres pero siempre en calidad de expertas y como tales habían de ser consideradas y respetadas. Las mujeres en sus hogares se encontraban rodeadas de otras mujeres familiares y vecinas que en ocasiones competían por la autoridad con la matrona. Sin embargo para Louise, si la matrona era titulada el asunto se reducía a dos personas la parturienta y la matrona.

Otro estereotipo que afectó seriamente a la imagen de las matronas fue su interés desmedido por el dinero y el descuido en su asistencia a los pobres. En este sentido, nuestras protagonistas a pesar de ser matronas de altas clases sociales, se molestan en

recordarnos cómo también trabajan para las pobres cuando se les solicita y las recuerdan en su texto como parte de un deber moral y religioso promoviendo la solidaridad social en sus comunidades:

> (…) sé que las mujeres pobres no tienen medios en estos casos, pero sus vecinos ricos deben hacerlo por ellas, porque yo no pongo en duda que todas las mujeres estarán encantadas de comer y beber bien, y tomar todas las cosas que les puedan hacer bien si lo saben (…)
>
> (…) I know poor women are not able to provide in such cases, but their rich neighbours should do it for them; for I do not question but that all women will be glad to eat and drink well, and to take all things that may do them good if they knew (…) (Sharp, 1671/1999, p.141).

Sin embargo las parteras, a través de los manuales seleccionados, ejercieron una potente autocrítica sobre el colectivo reconociendo que algunas de las que se llamaban así mismas matronas, ejercían sin los más mínimos conocimientos de anatomía únicamente con fines lucrativos "(…) muchas [matronas] profesan el Arte (sin ninguna habilidad en Anatomía (…) sólo por sacar provecho (…)"/ "(…) many professing the Art (without any Skull in Anatomy (…) meerly for Lucres (profit) sake (…)" (Sharp, 1671/1999, p.n.p.)

Por otro lado recordemos que de la Marche es jefa de matronas del Hôtel Dieu de París, un centro donde se acoge a mujeres desvalidas y se les da cobijo además de asistirlas en su parto y puerperio.

En definitiva, estas matronas de la élite también se encargaron de recordarnos su preocupación por los pobres y en este sentido romper esa imagen de negocio despiadado en la asistencia a partos asociada a ellas.

Además, sabemos que la relación matrona-cliente se basó en la confianza y aunque tuvo su origen en la solidaridad entre vecinas y amigas tal y como relata

Bourgeois en su serie de casos clínicos ya que conocía a algunas de sus clientas desde hace muchos años, más tarde se consolidó como un negocio (Perkins, 1996). Bourgeois hizo referencia a sus clientes en ocasiones como “una mujer” (Bourgeois, 1609/1630, p.125) para referirse probablemente a estratos intermedios de la población (Perkins, 1996), otras veces como “D´vne Damoiselle” (Bourgeois, 1609/1630, p.131) aludiendo probablemente a mujeres de la alta burguesía (Perkins, 1996) y en ocasiones concretó el puesto del marido de la mujer a quien atendía; “la femme d´vn Aduocat de la Cour de Parlement” “la mujer de un abogado de la Corte Parlamentaria” (Bourgeois, 1609/1630, p.144). También conocemos el estrato social de la clientela de Bourgeois por algunas de las referencias en sus textos a la preparación del parto y de diversos aspectos como la habitación, cama y ropas de parto y la posición adoptada por la parturienta; en la cama si era de clase y estatus superior (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2012), además de la lección de la nodriza. Es obvio que estos elementos asociados al parto no estaban al alcance de todas las mujeres. Sin embargo, algunos autores/as proponen cautela ya que obviamente todas las clientas atendidas por Bourgeois no eran de clase alta aunque ella demostrase más interés en significar los casos que sí lo eran para reafirmar su estatus a través del manual y los clientes asistidos por ella provenientes de entre esas nuevas élites burguesas a cuyos sofisticados nuevos gustos supo adaptar su trabajo (Perkins, 1996).

En definitiva el perfil de la matrona europea del siglo XVII se dibujó clásicamente a base de estereotipos negativos destapados por médicos y cirujanos en sus manuales con intereses muy fuertes por el ascenso social entre las mujeres en competencia con las parteras. Las mismas matronas, que nos ayudaron en sus manuales a identificar esos estereotipos que las definían en el siglo XVII, gustaron de distanciarse de estos clichés y situarse en posiciones cercanas a la ciencia y la profesionalización.

3.3.2 (3.2As) La lucha entre matronas, médicos y cirujanos a través de la escritura de manuales en el siglo XVII.

Para comprender la naturaleza de las relaciones profesionales entre matronas y otros actores sociales en el parto, es de obligado cumplimiento el análisis de la relación entre la experiencia masculina y femenina en el pasado y en la historia actual y la manera en que el género actúa en el discurrir de estas relaciones humanas sociales y cómo organiza la percepción del conocimiento histórico (Scott, 1990). Así, la reconstrucción histórico-cultural y el mito adquieren verosimilitud a la hora de explicar la pérdida del poder femenino y el nacimiento del poder masculino (Moncó, 2011).

Partimos entonces de la base de que la sociedad burguesa no solo desvaloriza el trabajo de las mujeres en el ámbito doméstico sino que a lo largo de los siglos se ha creado para las mujeres el estereotipo de “ángel del hogar” como muestra de la asunción plena del teórico reparto entre el espacio público y privado para las tareas realizadas por hombres y mujeres respectivamente (Ortega & Matilla, 1996).

El establecimiento de algunas nuevas profesiones en Europa a partir del siglo XIII como el Arte y la Medicina, llevaron implícito un inicial aperturismo a las mujeres que más adelante cedió a los modelos tradicionales de empleo femenino y de exclusión de las mujeres en la formación especializada, el control de los gremios, las academias, las Universidades, el mecenazgo y la concesión de licencias. Sin embargo, aunque la práctica de la Medicina estuviera en cierto modo abierta a mujeres y hombres, no fue así el acceso a las Universidades, a excepción de Italia, confiriendo a los médicos el título de doctores, un estatus y reconocimiento social muy notable del que las mujeres fueron excluidas (Donnison, 1988). En el siglo XVII las mujeres raramente podían ser médicos ni cirujanas cuando en siglos anteriores sí lo habían sido: del siglo XIII al XVII en las ciudades de Francia, Italia, Inglaterra, Suiza y Alemania las mujeres pudieron acceder al

gremio de los cirujanos o continuar con el oficio de sus maridos cirujanos al enviudar. Sin embargo, ya en 1540 Enrique VIII, prohíbe por ley la entrada de mujeres al gremio de cirujanos. Las mujeres se aíslan cada vez más de los saberes y práctica médica formales y de las asociaciones profesionales. De ahí surgirán colectivos de médicos y cirujanos exclusivamente masculinos. Las mujeres resistirán su presencia social profesional en el siglo XVII solo en aquellas áreas de menos prestigio social; las relacionadas con las mujeres y sus partos (Anderson et al., 1992). Sin embargo, en la Francia de finales del XVI y principio del XVII, la investigación científica y los intereses económicos y patrimoniales de la burguesía actuaron conjuntamente para franquear a los hombres el espacio femenino del parto (Sheridan, 2001).

En definitiva, derivados de los sistemas de formación libres y de exclusión femenina aparecen dos tipos de sanadores en la Europa del siglo XVII: de una parte aquellos titulados y formados en Facultades de Medicina con grado universitario, y de otra quienes se habían instruido de acuerdo a un sistema empírico y semiformal ligado al carácter manual de la profesión, como eran los cirujanos-barberos y algunas matronas. Obviamente en el escalafón social se situaron en primer lugar los médicos universitarios, debajo cirujanos que necesitaron reivindicarse y buscar un espacio propio entre la clase médica y por último las matronas como colectivo femenino en lo más bajo del escalafón social médico.

Por lo tanto los actores sociales implicados en la asistencia a las mujeres en su salud sexual y reproductiva, según se deduce de la lectura de los manuales escritos por parteras del siglo XVII, son en primer lugar las matronas. Éstas a su vez se subdividían en matronas expertas, como lo son las cuatro matronas analizadas, otras matronas con sus licencias y bien formadas pero no expertas, otro tipo constituido por matronas aprendices o alumnas de las anteriores y por último una generalidad abstracta de

matronas englobadas en el concepto de “matronas ignorantes” que fueron mezcla de ausencia de formación teórica e incompetencia genérica en la asistencia a las mujeres. Las matronas menos experimentadas en casos de distocias, avisaron muy frecuentemente en primer lugar a otras matronas consideradas expertas para obtener su consejo y asistencia (Evenden, 2000), lo que pudo originar numerosas situaciones clínicas de conflictos por disparidad de criterios y competencia de orgullos.

El segundo actor social importante por las veces que es nombrado y por ser la competencia más directa con las matronas, son los cirujanos que adquieren relevancia social tras su papel en los campos de batalla en los periodos de guerras y actuaban en el siglo XVII fundamentalmente en la extracción de fetos muertos pero expresaron francamente su postulación a la asistencia de partos, primeros distócicos y más adelante normales y comenzaron a establecer sus propias prácticas y a forjarse una clientela femenina (Sheridan, 2001). Mientras los médicos universitarios necesitaban pasar cuatro años de estudios para la obtención de su licencia, los cirujanos no precisaban de ningún estudio universitario para acceder a la suya y solo debían atestiguar su paso durante cuatro años por hospitales o villas en las cuales hubiera cirujano titulado del que aprendía empíricamente, lo que abría una importante brecha entre médicos y cirujanos (López Piñero, 2000/2012). Ciertamente, los cirujanos barberos del siglo XVII, acreditados para el uso de instrumentos, no estuvieron necesariamente ni más ni mejor educados que las matronas mujeres (Keller, 1995). Estos cirujanos, son el grupo profesional predecesor de los más tarde denominados men-midwives (hombres-matronas) y debido a su asociación con la muerte y la patología, en sus inicios y durante buena parte del siglo XVII, no contarán con una gran aceptación por parte de las mujeres (Kontoyannis & Katsetos, 2011).

Hasta el siglo XVII, no existía una palabra que describiera al profesional varón que asistía partos de fetos vivos (Donnison, 1988) porque el profesional en sí no tenía la suficiente presencia para necesitar una denominación propia. Por eso las primeras acepciones se adhieren a la masculinización del término como un recurso temporal y se les denominó en su origen men-midwives: término que se reconoce sobre 1600 en el lenguaje inglés, como reflejo del nacimiento de un nuevo orden profesional en la asistencia al parto de fetos vivos. Incluso las mujeres de los cirujanos preferían de la asistencia en sus propios partos de una matrona (Evenden, 1993) durante le siglo XVII. Sin embrago, aunque el término sea inglés es en Francia, derivada de la experiencia del Hôtel Dieu de París, donde los antiguos cirujanos van entrando en contacto con los partos de fetos vivos y trabajando mano a mano con las matronas aprenden sus secretos.

Hasta 1720, la diferencia entre cirujanos y men-midwives era prácticamente nula. A partir de esta fecha, los cirujanos se involucraron en la asistencia a partos normales (Harley, 1993) con grandes beneficios y fue la generalización del uso del fórceps la que rompió su clásica asociación con la muerte, pasando a denominarse men-midwives y publicitando mayor formación, habilidad y desarrollo como una nueva forma de partería moderna. A finales del siglo XVIII, en algunas partes de Inglaterra, casi la mitad de nacimientos ya eran atendidos por men-midwives. Según Adrian Wilson (1995), entre 1720 y 1770 los partos entran a formar parte del mundo de la Medicina y las clases más pudientes quisieron distinguirse por consumir una asistencia médica desempeñada por hombres, que las significara (Kontoyannis & Katsetos, 2011; McTavish, 2006a; Wilson, 1995).

En Alemania también empieza a ser común su presencia en los territorios del sur y la partería deja así definitivamente de considerarse un asunto privado entre mujeres y pasa a ser pública (Wiesner, 1993). Del uso generalizado del fórceps y su asociación

con la tecnología y los hombres, nace el denominado proceso de medicalización del parto, transformando el mismo de un hecho social a un evento médico que requería tratamiento (Perkins, 1996). Los nuevos men-midwives, tuvieron que superar las burlas de colegas eruditos y los prejuicios de las mujeres y por ello en deferencia a la modestia de la mujer en ocasiones trabajaron a ciegas, en habitaciones oscuras para ocultar su presencia, tapando a la mujer con sábanas y poniendo sus manos bajo ellas sin mirar los genitales femeninos (Donnison, 1988). Pero consiguieron superar las reticencias de sus colegas médicos, de las mujeres y sus maridos, de las matronas y las Iglesias gracias a la instrumentalización del parto. Ya en el siglo XX, los men-midwives deciden cambiar su denominación por obstetras, cuya denominación proviene de obstetrix, que fue el término latino para referirse clásicamente a las matronas y se deriva del término obstare (esperar delante) (Drife, 2002).

En el siglo XVII se asiste por lo tanto, a una transformación de la partería por los hombres en dos vertientes: por un lado aumenta su popularidad como hombres-matronas y a la vez intentan diseñar la profesión y adoctrinar a las matronas a través de la escritura de sus manuales. De este modo, los libros escritos por matronas, aparecen como una intromisión en el mundo de los hombres a la vez que los varones se entrometen en el mundo del parto hasta ahora exclusivamente femenino (Keller, 1995).

El tercer actor social relevante son los médicos universitarios a los que las matronas veneran por su saber teórico universitario y critican de una manera mucho más cuidadosa y a los que denominan “(…) doctes Medecins (…)” “(…) sabios doctores (…)” (Bourgeois, 1609/1630, p.20).

Existen sin embargo otros actores sociales implicados en la asistencia a las mujeres y especialmente en el parto, que como acontecimiento social implicaba en el mismo diversos personajes secundarios a los que se les asignaba su papel. Entre éstos

podríamos nombrar a otras mujeres de la familia o vecinas que solían estar presentes en la habitación de parto, familiares en salas aledañas del domicilio, el marido y algunas figuras religiosas como pastores y obispos si el parto por su dificultad lo requiriese.

El clima de desconfianza que caracterizó las relaciones entre algunos miembros del mundo médico a principios del siglo XVII, tomó formas dramáticas en las actitudes que cirujanos y médicos tomaron hacia las matronas y es un tema recurrente hasta la actualidad en la que estudios recientes indican la necesidad de potenciar las efectivas relaciones interprofesionales para la mejora en la atención de las mujeres y sus familias (Schölmerich et al. 2014).

Como las mujeres se vieron excluidas de los saberes teóricos pero seguían siendo dueñas de la experiencia en partos, quisieron compartir su saber a través de la escritura de manuales de manera que los varones cirujanos, faltos de esta experiencia, se apropiaron de ella y menospreciaron a la figura de la matrona a través de sus escritos. La literatura médica según Sánchez (2008) producida en un tiempo y espacios concretos, responde a intereses políticos-normativos y además promueve y dirige la identidad de las mujeres. En este juego de poderes, los libros jugaron un papel crucial en la lucha por el control del parto entre hombres y mujeres desde que se inventa la imprenta. Desde los primeros manuales escritos en el siglo XVI en Worms, Zurich y Venecia, los hombres como expertos se disponen a ilustrar a matronas ignorantes y a desprestigiarlas al tiempo como así lo hicieron el mismo Paré y Jacques Guillemeau. Éstas y otras obras, contribuyeron a incrementar el protagonismo en el parto de los cirujanos y acercaron la figura de la matrona a lugares muy cercanos al resto de miembros de la familia y amigos que acudían como acompañantes al parto (Perkins, 1996).También otros escritores menospreciaron a las matronas como William Harvey, que en 1651 maldijo a las parteras por su ignorancia y sus “cuidados desencaminados”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La mayoría de estudios de los manuales de la Temprana Edad Moderna europea, han sido sociológicamente orientados a la búsqueda de evidencias de juicio para el análisis de la competencia entre mujeres matronas y hombres profesionales por el control de la competencia profesional (Keller, 1995). Los manuales pretendidamente docentes del siglo XVII escritos por médicos y cirujanos, finalmente contribuyeron a propagar una imagen deteriorada de la matrona y a la normalización del concepto de profesión subordinada.

Los manuales escritos por matronas en el siglo XVII, supusieron un espacio propio para la reivindicación de su papel como expertas en la asistencia al parto (Gélis, 2009) y en este sentido, presentan un carácter algo triunfalista y cierto aire autocomplaciente, con objeto de resaltar sus aptitudes y defenderse públicamente de los ataques sufridos por algunas de ellas en el ejercicio de su profesión, pronunciándose a través de sus textos contra el cambio en la asistencia al parto y la polarización entre ricos y pobres excluyendo a las matronas. Como anteriormente expusimos, las parteras a través de sus obras escritas revelaron la necesidad que Del Valle et al. (2002) expuso como necesaria para las mujeres, incluso en el siglo XXI, de justificarse así mismas y a los demás su presencia en profesiones o aspectos de la vida pública reservados a los hombres como en este caso era la escritura de manuales y la presencia pública de unas mujeres a través de un trabajo profesional.

De la lectura de los manuales de matronas del siglo XVII, se extrajo como idea principal el momento de lucha abierta entre matronas, cirujanos y en menor medida médicos por el cuestionamiento de la pertinencia social de las matronas y su protagonismo en la asistencia al parto. Existen dos vertientes en esa lucha de poder profesional: la librada entre médicos o cirujanos y matronas en una guerra de jerarquías médicas y de otro lado aquella que insinúa la sustitución de las mujeres por los hombres

que ejercen de matronas en partos de fetos vivos en una suerte de lucha de género (Perkins, 1996).

Por lo tanto los manuales tienen un carácter reivindicativo exceptuando el de de La Marche que, por situarse dentro de una institución hospitalaria (Hôtel Dieu), asume su nuevo papel de subordinación médica con naturalidad.

Estos manuales estudiados, funcionaron como panfletos reconstructivos de una nueva imagen de la matrona profesional y llevaron escondidos unos discursos en los que la culpa tuvo un protagonismo especial. La matrona en su trabajo diario y a través de los libros médicos, fue culpada de una infinidad de cuestiones relacionadas con la muerte de mujeres y niños durante el parto y puerperio "(…) de la cual se le atribuirá la muerte [de la mujer] a la matrona, para eso ella deberá pues pedir consejo."/ "(…) de laquelle on attribueroit la mort à la Sage-femme, pour lors elle doit appeller du conſeil." (de La Marche, 1677/1710b, p.75).

De manera que pudimos hacer una lectura más soterrada de los motivos por los que en numerosas ocasiones las matronas se vieron obligadas a avisar a médicos y cirujanos en su labor asistencial y a establecer cordiales relaciones profesionales (Harley, 1993): la exoneración de la culpa prevaleció sobre la creencia de que los saberes médicos fueran superiores empíricamente a los suyos propios. Como ejemplo Bourgeois nos expuso un caso clínico de una mujer que sangraba de manera importante en el embarazo y ella decide romperle la bolsa de las aguas y realizar una versión interna y extraer al niño por los pies. Realizó la maniobra en presencia de tres médicos que respaldaron su actuación la legitimaron y exculparon "Lo practiqué [la versión interna] con el consentimiento, y en la presencia del Señor le Febure Médico, Señor le Moine y señor de la Isla también Médico, muy sabios (…)"/ "Ie l´ay fait practiquer par conſentement, & en la preſence de feu Monſieur le Febure Medecin, & de Monſieur le

Moine, & Monſieur de I´Iſle auſſi Medecin, fort doctes (…)" (Bourgeois, 1609/1630, pp.44-45). En definitiva vemos cómo ella resuelve la situación mediante su habilidad pero se procura el consentimiento de los médicos y esta asociación de equipo interdisciplinar con hombres universitarios sabios y teóricos junto a ella como experta manual, funciona mejor que la competencia feroz entre los profesionales que se reclamaban dueños de la experiencia y el arte manual; matronas y cirujanos.

Es decir, las parteras toman conciencia de la escalada de los hombres en la asistencia al parto y se oponen a la misma pero nunca de una manera frontal sino más sutilmente, haciendo ver que asumen este nuevo orden y llamando a médicos y cirujanos en casos dificultosos, fundamentalmente para sacudirse la culpa posterior que asumirían si el resultado fuera negativo. Los cirujanos reforzaron a su vez el poder de exculpar a las matronas con su presencia:

> (…) estarían tan lejos de perder su Reputación sino que la aumentarían, porque al hacerlo [avisar a los cirujanos] sería manifiesto que no eran ignorantes del Peligro (...) y el Cirujano, al ser llamado tan pronto como la Necesidad lo requiera, no podría tener una Causa justa para imputar ninguna Consecuencia negativa del Parto a ellas [a las matronas] (…)
>
> (…) they would be ſo far from loſing their Reputation that they would augment it becauſe by ſo doing it would be manifeſt they were not ignorant of the Danger (...) and the Chirurgeon being called as ſoon as Neceſſity required it could have no juſt Cauſe to impute any ill Conſequence of the Labour to them (…) (Mauriceau, 1668/1727, p.156).

Resumiendo: para el cirujano la buena matrona es aquella que sabe cuándo avisarle a tiempo y si actúa de este modo, se liberará de la culpa. Así lo afirmaron otros men-midwives como William Sermon en 1671 a través de su manual *Ladies Companion, or the English Midwife*, que junto a otros colegas convinieron que la buena

matrona sería aquella capaz de buscar ayuda en ellos en partos dificultosos y no sería tan engreída y presuntuosa para utilizar ellas mismas los instrumentos de manera independiente (Donnison, 1988).

La culpa y su exoneración, pasa a formar parte de muchos de los significados ocultos y no tan ocultos de los manuales de matronas del siglo XVII en la misma medida que de los médicos y cirujanos escritores. Para todos los actores sociales, la reputación comienza a ser importante para la consecución de clientes. Varios autores/as argumentan que los textos escritos por estos cirujanos y matronas no solo tuvieron fines difusores científicos sino que se elaboraron para forjar y expandir la buena reputación de sus autores/as, haciéndolos visibles y encontrando en las letras un lugar para el debate y la reasignación de culpas y éxitos.

El hecho de que las matronas comenzaran a llamar a cirujanos y médicos en casos extremos, no viene abalado necesariamente por requisitos legislativos explícitos en género ya que no se han encontrado documentos punitivos relacionados con esta orden. Una de las cláusulas de los Estatutos de París (1560), obligaba a las matronas a pedir ayuda en casos complicados a médicos/cirujanos u otras matronas expertas. El por qué convocaron habitualmente a médicos y sobre todo a cirujanos nos hace reflexionar sobre la culpa y su gestión y el modo en que adquiere para algunos autores/as gran importancia, llegando a afirmar que la intención de las matronas al avisar a cirujanos y médicos en casos de extrema gravedad en los que preveían una muerte inminente de madre e hijo o ambos para eludir la culpa, se volvió en su contra porque contribuyó a la expansión de los mismos en el devenir de los partos. Obviamente algunas de estas mujeres se salvarían y el prestigio pasó a manos del profesional último que las asistió. Por otro lado era frecuente la realización de autopsias tras la muerte de las madres en parte para exonerar la culpa de profesionales, sin embargo éstas condenaron

mayoritariamente a las matronas. La preocupación por cargar con la culpa del último de los asistentes al parto, hizo que en muchas ocasiones desesperadas en las que se avisaba a médicos y matronas, éstos no quisieran acudir por no ser acusados, especialmente si pertenecían a clases sociales acomodadas (McTavish, 2006a).

En este sentido, las matronas insertaron la profesión en el orden social solicitando testigos ante situaciones adversas. Bourgeois nos contó en su manual cómo actuó ante la inminente muerte de una mujer; intentó eximir su culpa reconociendo implícitamente desde nuestra óptica, este miedo a ser acusada justa o injustamente "(…) mandé llamar a su Médico, Boticario, marido, los vecinos y al sacerdote (…)"/ "(…) i´enuoyé appeller ſon Medecin, Apotiquaire, mary, les voyſines, & le Preſtre (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.150).

Por otro lado, los libros tradujeron la feroz competencia por el componente comercial y mercantil de la asistencia a las mujeres y la nueva creación de la importancia social del parto. Los proveedores de salud, aunque impregnados por el peso de la religión y la moral, empiezan a considerar su actividad como una transacción comercial entre clientes y practicantes en la que entraba en juego la competencia propia de una actividad económica que posteriormente en el siglo XVIII definirá a la floreciente sociedad de consumo. La propia Bourgeois, era plenamente consciente de la competencia y se presentó como una realista mujer de negocios para nada interesada en asuntos de caridad. En este siglo XVII, las mujeres que parían se empiezan a considerar como unas clientas con la libertad de elección entre varios tipos de profesionales hasta quedar satisfechas con la asistencia por la que pagaban. Desde esta óptica de negocio, los manuales escritos por matronas en el siglo XVII supusieron un impagable trabajo de publicidad para ellas contribuyendo a desmejorar la imagen de sus rivales más cercanos: los cirujanos (Perkins, 1996).

Sin embargo la competencia no se estableció únicamente con los hombres, sino que se instaura en primer lugar entre las propias matronas: a ellas les gusta distanciarse del resto como expertas reconocidas y algunos fragmentos de los manuales investigados revelaron rivalidad entre ellas. Éste es el caso del testimonio 9 presentado por Siegemund en su manual, en el que declaró en 1673 Frau Susana Jacob; tras cinco días de parto su matrona Frau Maüer le dice que no puede hacer más por ella y entonces la parturienta decide avisar a Justina:

> Frau Justina la examinó para determinar si era posible ayudarle y le dijo que se le podía prestar ayuda, pero que debía buscar a Frau Maüer a fin de evitar una pelea, ya que había Estado con ella durante varios días.
>
> Frau Justina examined her to determine whether it was possible to help her and tlod her that she could be helped, but that she should fetch Frau Maüer so as to prevent a quarrel, since she had been with her for several days. (Siegemund, 1690/2005, p.180).

El relato visibiliza la rivalidad en el colectivo de matronas a la vez que intenta convencernos del respeto entre colegas y de nuevo presenta un discurso triunfalista en el que su acción, en contra de la opinión de su colega, hace que la mujer tenga un parto normal en dos horas.

La competencia dentro del colectivo de cirujanos también fue feroz y disputaron entre sí en público y a través de sus manuales como fue el caso de Peu; era conocida en la corporación Parísina de cirujanos Saint-Comé las disputas entre Mauriceau y Peu (McTavish, 2006a; Peu, 1694).

Las matronas ejercieron una labor profesional dura y muy cuestionada, de ahí la necesidad de gestionar la culpa eficazmente como así lo explicó Siegemund que vive la persecución más feroz de todas las matronas analizadas según su manual:

> Cuando el peligro se apodera de la madre y el niño y los entrega a la muerte, los que se quedan detrás gritan a la matrona, acusándola de negligencia para investigar la causa de la condición, que es muy necesario.
>
> For when danger seizes mother and child and delivers them unto death, those left behind scream about the midwife, accusing her of neglecting to probe the reason for the condition, which is highly necessary. (Siegemund, 1690/2005, p.128).

Coincidimos con Blum et al. (2010) en la idea de que Siegemund y otras matronas fueron acusadas por médicos y hombres-matronas o cirujanos de utilizar prácticas inseguras en su asistencia al parto para afectar fundamentalmente a su reputación profesional. Ella fue enjuiciada también por el cirujano Kerger en casos cuyo resultado había sido exitoso como así lo demuestran los diez testimonios que presentó en su manual. Fue imputada por acelerar nacimientos y provocar partos prematuros entre otras cosas "(…) pero esto [romper la bolsa] no debería considerarse un parto prematuro. Yo he sido acusada de eso (…)"/ "(…) but it cannot should not be considered a premature delivery. I have been accused of this (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.161).

Pero no solo ella fue juzgada y cuestionada sino que Justina nos presentó el caso de la matrona Titia que fue procesada por el uso de remedios y denunciada por el mismo Sempronius Kerger "(...) la inocente Titia fue perseguida por Sempronius [Kerger] a cuenta de los remedios que había empleado."/ "(…) the innocent Titia was persecuted by Sempronius on account of the remedies she employed." (Siegemund, 1690/2005, p.182).

Podríamos deducir de la lectura del manual de Siegemund, cierta solidaridad entre matronas ante el ataque del común enemigo el cirujano Kerger que según pudimos ver se tomó muy en serio su cruzada contra las matronas. Éstas a su vez se defendieron y recurrieron a testimonios de profesores universitarios de Leipzig para poner de

manifiesto lo absurdo de algunas de las numerosas acusaciones que el cirujano les realizó como "(…) por el desprendimiento de las secundinas [placenta] prematuramente en el octavo mes, ella provocó el nacimiento para que las mujeres también se sintieran aliviadas de su carga (…)"/ "(…) by peeling off the secundines early on in the eight month she further promoted the birth so that women too would be relieved of their burden (…)" (Siegemund, 1690/2005, p.188). Aunque hoy parezca imposible, el cirujano acusó a la matrona Titia de desprender las placentas para acelerar los nacimientos lo que traduce el nulo nivel teórico de algunos cirujanos y a lo que desde la Universidad respondieron del siguiente modo "(…) que era una notoria y absurda imposibilidad (…)"/ "(…) that was a notorious impossibility and absurdity (…) (Siegemund, 1690/2005, p.188).

Sin duda estamos de acuerdo con las afirmaciones de Perkins (1996) de que esta lucha entre profesionales por el control del parto es en parte una cuestión de relaciones de género y con las aseveraciones de Klairmont-Lingo (2006) de que algunas matronas como Siegemund, transgredieron los límites de género introduciendo novedosas técnicas y mostrando una figura sofisticada pre-ilustrada que basó su experiencia en la reflexión y la práctica. Sin embargo la lucha entre profesionales trasciende el género y se revela desde nuestra óptica mucho más compleja.

Por otro lado, y pese a las rivalidades entre matronas y cirujanos o médicos, la realidad cotidiana les obligó a trabajar juntos en las circunstancias más difíciles (Perkins, 1996). En este clima que podríamos definir de ambivalencia de las matronas hacia cirujanos y médicos, éstas a través de sus manuales del XVII, se cuidaron muy bien de aconsejar a las matronas como colectivo profesional el respeto por los profesionales varones. Sin embargo tras el análisis en profundidad de los casos clínicos que nos presentaron, vimos con claridad que esta consideración era más bien un

convencionalismo y escondía grandes críticas en especial a los cirujanos. El esquema comportamental de las matronas revelado por los manuales estudiados sería el siguiente: ante situaciones peligrosas y extremas llamaron a los médicos y cirujanos, después nos explicaron el resultado desastroso de la intervención de los mismos y finalmente se reivindicaron ellas mismas por su habilidad a través de los errores de los anteriores.

Veamos algunos ejemplos del anterior esquema. En el primer caso clínico Louise cree que debe acelerar el nacimiento de una mujer para evitar su muerte pero antes de realizar ninguna maniobra actúa cautelosamente y llama al cirujano que la contradice y he aquí el resultado:

> (…) he mandado a buscar a un Cirujano para evitar la culpa, y para evitar las críticas por haberla dejado morir sin acelerar el nacimiento, el cual [el cirujano] la parió tan dulcemente [lentamente], que ella murió un cuarto de hora después (…)
>
> (…) i´enuoyay querir vn Chirurgien pour eſuiter le blaſme, & pour oſter le regret de la laiſſer mourir ſans l´accoucher en diligence, lequel l´accoucha fort doucement, elle mourut vn quart d´heure apres (…) (Bourgeois, 1609/1630, p.45).

Por su parte Justina nos relató dos casos clínicos en los que la retención placentaria de la puérpera le hizo llamar al doctor en varias ocasiones “Había convocado al doctor una vez más. Él tampoco sabía qué hacer.”/ “I had the doctor summoned once again. He did not know what to do either.” (Siegemund, 1690/2005, p.147). Efectivamente las dos mujeres murieron a pesar de la asistencia médica y el mensaje es cristalino: si ellas no sabían solucionar un problema normalmente tampoco los cirujanos ni médicos lo harían.

Las matronas mezclaron así el respeto por los médicos y cirujanos con el gusto por resaltar sus errores como en el caso clínico del capítulo XXXIX del manual de Bourgeois, en el que una mujer está convencida de la muerte de su hijo desde los siete

meses de gestación por la ausencia de movimientos: los médicos refuerzan el diagnóstico de la muerte y además le dicen que es imposible dilatar el cérvix y el parto normal. Más tarde los denominados por ella cirujano experto Marchant y Pietre como hombre muy entendido y capaz, además de una matrona experta llamada señora Françoise, también confirman la muerte fetal pero en vez de extraer al feto deciden esperar a que actúe la naturaleza. Pues bien, a las cinco semanas ella le asiste en un parto normal "(…) y ella parió el mismo día una hija muy bella y sana (…)"/ "(…) où elle accoucha le meſme iour d´vune tres-belle fille ſaine (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.129).

En definitiva, tal y como afirmó Perkins (1996) Bourgeois quiso formar parte de ese equipo de élite formado por cirujanos y médicos y por ello sus textos intentan ser diplomáticos y ambiguos con ellos resultando una mezcla de respeto y beligerancia. Ella se quiso situar en una posición media en el escalafón médico social, más cerca de los cirujanos hábiles que de las "matronas ignorantes" y ser parte de la autoridad médica siendo conscientes de que los médicos eran la última autoridad y forjándose una identidad propia como matrona. Fue una matrona entre dos mundos: el de los hombres y las mujeres y entre dos culturas la de la asistencia al parto por mujeres y el naciente interés de los varones. Además fue una matrona entre dos horizontes sociales ya que pasó de ser hija de una clase pudiente a por necesidades económicas ser matrona para después de nuevo ser matrona de la corte (Gélis, 2009). A través de sus escritos argumenta que los diferentes tipos de profesionales, entre los que ella y las matronas como ella se incluirían, debían respetarse entre ellos no invadiendo sus respectivas competencias, redibujando en cierto modo el orden médico-social predominante y reclamó para la matrona un puesto social visible. Pero tanto se acercó a los cirujanos que se comparó con ellos e indudablemente al sugerir que una matrona experimentada

pudiera estar a la altura de un cirujano, no hacía más que reducir el valor de los cirujanos más que aumentar el de las matronas. Las verdaderas autoridades para Bourgeois fueron los médicos universitarios a los que concierne la última palabra en cuanto a tratamientos y su libro hace enormes concesiones a las pretensiones de la Medicina académica como principio de autoridad suprema.

Sin embargo el manual *Observations*, esta plagado de ejemplos y casos clínicos que no son sino ataques a la forma de proceder de los cirujanos: abandonando a las mujeres con problemas, haciendo diagnósticos erróneos y realzando su incompetencia práctica, inexperiencia y torpeza y aclamando al tiempo su clara superioridad empírica incluso en el uso de instrumentos cuya competencia era reservada mayoritariamente a los cirujanos.

En definitiva Bourgeois en su manual expone un doble discurso en su postura para con médicos y cirujanos; de una parte se mezcla el sincero orgullo por algunos de los médicos y cirujanos con los que trabajó en equipo y por otro lado emerge un espíritu independiente que se reivindica a sí misma como referente empírico.

Esas relaciones profesionales también tradujeron relaciones personales de admiración e inquina recíproca a partes iguales entre los diversos profesionales (McTavish, 2006a). Algunos cirujanos, sobre todo en Francia y a principios del siglo XVII, también supieron valorar positivamente la experiencia de las matronas y en este sentido, destaca la figura de Paul Portal que en su manual de 1685 *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations* (Portal, 1685) y conforme a su carácter tranquilo, elogió regularmente a las matronas.

Por lo tanto consideramos que las matronas en general trasmitieron respeto por la clase médica aunque con matices y coincidimos con Barber (2013) y Leigh Chalk

(2009) en la intención última de Sharp en transmitir su creencia en la superioridad de las mujeres matronas sobre los hombres poco experimentados:

> No puedo negar el honor debido a los Médicos capaces y Cirujanos, cuando la ocasión lo precise (...), pero el Arte de la Partería nos concierne principalmente a nosotras [las matronas] que, incluso el hombre mejor Instruido reconocerá (…) se llaman a ellos mismos Hombres-matronas.
>
> I cannot deny the honour due to able Physicians, and Chyrurgions, when occasion is (…) but the Art of Midwifry chiefly concern us, which, even the best Learned men will grant (…) to call themselves Men-midwives. (Sharp, 1671/1999, pp.11-12).

Tal y como afirmó Keller (1995), Jane Sharp sugiere en su manual que la incursión de los hombres en la partería no es más que una moda frívola y la poca referencia hacia médicos o cirujanos en su manual es en sí misma una reivindicación de la supremacía de las matronas.

Y ese respeto que intentaron promover entre las matronas por los médicos y cirujanos, tradujo en muchos casos un trasfondo reivindicativo de sí mismas como profesionales de referencia en el parto normal y distócico asociando la patología y la muerte a la figura de los cirujanos "(…) [los cirujanos] estando así tan acostumbrados al mal como la matrona al bien (…)"/ "(…) e*f*tant au*ff*i accou*f*tumé au mal que la *f*age-femme au bien (…)" (Bourgeois, 1609/1630, p.32).

Es algo cierto que las matronas contribuyeron a propagar una imagen negativa de los cirujanos entre las mujeres y les llamaron enemigos de la naturaleza y les acusaron tal y como ellos a su vez lo hicieron. Como ejemplo Elizabeth Whipp, matrona de Londres, presentó en 1633 una petición al Parlamento en contra de Chamberlen y lo acusó de tener poca o ninguna experiencia en la atención de partos normales y haber ganado su conocimiento a través de la asistencia a partos en situaciones desesperadas en las que utilizó fríos instrumentos con no poca violencia (Evenden, 2000). Algo de razón

llevaba Mauriceau cuando afirmó que las matronas fomentaron el miedo a avisar a los cirujanos por su asociación con el dolor y la muerte (Mauriceau, 1668/1727, p.228).

Podemos afirmar así, que la lucha entre matronas, cirujanos y médicos fue una mezcla de lucha de género, reivindicación por el favorecimiento de la inclusión de la profesión matrona en el orden social, desprecio por su supremacía práctica sobre ellos a través de una cohesión de género con las mujeres y reivindicación de sí mismas como profesionales referentes obligadas a negociar además de verse influida esta lucha por intereses comerciales y de estatus.

Un buen ejemplo nos lo puso Siegemund en la lucha abierta que estableció con un cirujano para terminar la asistencia a un parto distócico. En este caso ella decide ceder:

> (…) él [el médico] me quería fuera del camino (…) dijo que debido a su fuerza podría ayudar mejor que yo, a pesar de que ni la fuerza ni el arte eran necesarios entonces. Sin embargo, en aras de la paz, le cedí mi lugar a él.
>
> (…) he wanted me out of the way (…) he said given his strenght he could assist better than I, even though neither strength nor art was necessary then. Nevertheless, for the sake of peace I ceded my place to him. (Siegemund, 1690/2005, p.126).

No obstante la mujer murió repentinamente 4 semanas después de este parto. Justina también nos relató el caso clínico en el que avisa a un cirujano para extraer un feto muerto intraútero y éste no es capaz de hacerlo y le pide a ella que lo extraiga con instrumentos. De nuevo las matronas quedan por encima y Justina le plantea al lector la siguiente pregunta para reflexionar que nosotros, como equipo investigador, al igual que ella dejamos en el aire "¿Fue entonces su conocimiento en esto diferente del mío? (…)"/ "Was then his knowledge herein different from mine? (...)" (Siegemund, 1690/2005, p.125).



FASE

INFORMATIVA

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

DE LA INVESTIGACIÓN

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Tras años de trabajo en el estudio del proceso socializador de las matronas a través de la escritura de sus propios manuales en el siglo XVII, nuestra intención básica en estas conclusiones sería contestar lo más concretamente posible a esos objetivos planteados en un principio volviendo hacia las hipótesis de trabajo iniciales, que han ido evolucionando, para configurar así un todo en la investigación adquiriendo ésta el carácter de una unidad coherente.

El objetivo general planteado por este equipo de investigación de **conocer las características de la profesión matrona a través de manuales escritos por parteras europeas del siglo XVII, valorando la incidencia de los mismos en el proceso de profesionalización de la partería**, nos llevó a ponderar la importancia de estos textos en la cohesión de las matronas como colectivo, su papel en la inclusión social y cultural de este grupo profesional y el modo en que diseñaron e influyeron al resto de matronas del pasado y en ciertos aspectos a las matronas del presente y del futuro.

Para llegar a este conocimiento, nos planteamos un primer objetivo específico que fue **identificar la incidencia de los textos escritos por matronas en el siglo XVII en el proceso de socialización profesional de las mismas**. Sin duda podemos concluir que los manuales fueron una herramienta más que valiosa para el diseño y configuración de la nueva profesión matrona por parte de sus protagonistas. En un contexto pre-profesional, alrededor de sus textos las parteras del siglo XVII intentaron cohesionar al colectivo en torno a valores y creencias profesionalizadoras.

Una de las más tempranas conclusiones de la investigación, fue la toma de conciencia de la ruptura de estas nuevas matronas con la ancestral tradición oral en exclusiva para la transmisión de sus saberes. Esos famosos secretos que guardaron

durante siglos, salieron a la luz y esa luz les aportó visibilidad. Pero por su ingenuidad, no contemplaron que ese fulgor de sus escritos también iluminaría a unos cirujanos faltos de experiencia y ávidos de lugar y reconocimiento en el escalafón social y médico. El uso de la escritura para la transmisión de conocimientos por las matronas del XVII, elevó la consistencia de sus saberes y así han perdurado para que hoy seamos capaces de realizar esta investigación y nos informan sobre la cultura el contexto y las matronas que los protagonizaron con franqueza. No obstante, a cambio de la inmortalidad de lo escrito y la relativa democratización del conocimiento, se pagó un precio; todo el mundo pudo conocer los secretos de las matronas y en parte perdieron su singularidad.

Otra de las conclusiones más claras tras la lectura y estudio en el siglo XXI de los cinco manuales que sustentan este trabajo, es el carácter dinámico y cambiante de la ciencia en general y de la médica muy en particular y por contra la inmutabilidad del sentido común y el peso de la experiencia revelado por las matronas, si de asistencia obstétrica hablamos. Es decir, aquellos manuales más prácticos y basados en observaciones empíricas resisten mejor una evaluación desde la distancia de los siglos que aquellos más basados en postulados científicos médicos clásicos y contemporáneos del siglo XVII. Por lo tanto el saber empírico exhibido por las matronas a través de los mismos, tiene una fuerza y una verdad que arrastra y trasciende al conocimiento teórico en exclusiva y refuta con contundencia el clásico demérito asociado al mismo.

Por consiguiente, en la búsqueda de una comprensión integral de los manuales seleccionados, elaboramos una serie de interpretaciones a modo de conclusiones acerca de cuáles fueron los objetivos y motivaciones que impulsaron a estas matronas a emprender la aventura de la escritura de sus propios libros profesionales. En este sentido, realizamos una primera lectura para extraer los motivos expresados por ellas

mismas para más tarde efectuar una relectura crítica y reflexiva de otros pretextos soterrados, basándonos en la comparativa de las coincidencias y disidencias en los relatos de cada una de ellas, que si cabe desde nuestra visión, se revelan como más contundentes.

Los objetivos para materializar estos manuales propuestos por las propias matronas en el siglo XVII, van dirigidos a un pretendido corporativismo docente. Insisten en escribir para formar a sus "hermanas matronas" para el bien de las mujeres y de la humanidad. Sin embargo, es esta insistencia en excusar su escritura la que nos traduce otras consideraciones ocultas que las matronas tuvieron para elaborar sus manuales, como fueron encontrar un espacio donde promocionarse ellas mismas, reivindicar su lugar social y presentarse a través de ellos como nuevo modelo que rompiera todos los estereotipos clásicos negativos asociados a ellas. Por lo tanto, los manuales jugaron un papel crucial en el proceso de socialización de las matronas europeas del siglo XVII y actuaron como un excelente vehículo de publicidad y difusión de las ideas de las élites de matronas que se propusieron así mismas como ideólogas y modelos de esa nueva matronería moderna.

Las matronas europeas de la Temprana Edad Moderna, fueron perseguidas, cuestionadas y denunciadas por cirujanos y médicos durante el ejercicio de su profesión y se defendieron por diferentes vías, una de las cuáles fue la elaboración de sus propios manuales. En consecuencia, estos cuatro libros escritos por parteras en el siglo XVII, bien podrían haberse subtitulado "desmontando estereotipos de matronas", ya que cuidadosamente se ocupan de exponer casos clínicos y realizar afirmaciones para derribar la torre de prejuicios negativos sobre los que se venía elaborando el perfil de la matrona durante siglos; ignorantes, imprudentes, orgullosas, bruscas, impacientes, usureras y un largo etc. Pues bien, pareciera que todas y cada una de las aseveraciones

negativas realizadas por cirujanos y médicos a través de sus textos, hubieran sido contestadas cuidadosamente en los manuales de matronas. Ellas predican desde sus escritos y con sus ejemplos precisamente todo lo contrario de lo que se les acusó y promulgaron desde los libros su erudición, el respeto a la jerarquía médica, prudencia, sentido común, paciencia y asistencia a los más pobres e incluyeron en sus libros testimonios de clientas atendidas por ellas para reafirmar su competencia profesional y la adhesión de las mujeres a las que habían asistido. Definitivamente podemos concluir que este discurso tan cuidado de las matronas, traduce fundamentalmente su interés por dibujar el perfil de una nueva matrona muy cercano al suyo propio que se hiciera extensible a todo el colectivo.

Como vemos, al final esos libros que fueron pensados para las causas más nobles como formar y educar, se convierten en espacios de lucha interprofesional y en medios publicitarios necesariamente triunfalistas con cierto grado de autocomplacencia, muy interesados en resaltar el estatus de quienes los escribieron.

La consideración subliminal de los manuales como espacios de lucha de las matronas con cirujanos y médicos contemporáneos, viene justificada por el contexto en el que se hallaron inmersas. Precisamente los textos analizados, son un documental perfecto de cómo eran esas matronas del siglo XVII, con quiénes se relacionaban en su esfera laboral y los problemas hallados a la hora de insertarse en el entramado jerárquico-médico. Según vimos, las matronas ejercieron fundamentalmente una labor ligada a las mujeres y la asistencia en sus hogares, aunque entre sus competencias se encontraron algunas que impulsaban su proceso socializador y las vinculaban a las instituciones como eran los peritajes judiciales o los bautismos de emergencia. Las matronas son muy conscientes de que estas pequeñas funciones, son las más grandes porque les transfieren un rol socioprofesional asociado a un poder notorio y público. Así

lo reflejan sus manuales; las matronas otorgaron un gran valor a ese poder y a la vez se supieron muy observadas por las autoridades en algunas de estas facetas de su profesión. De nuestro trabajo concluimos que esa alta valoración otorgada por la sociedad y las matronas a esas funciones públicas, podrían haber despertado los recelos de otros profesionales y autoridades que consideraron imprescindible un control externo de ese colectivo femenino. Cuando las matronas iban a los hogares de gentes humildes a atender sus partos, nadie les envidiaba el puesto: pero cuando entraron en juego otros marcos funcionales donde ejercer la profesión y el parto adquiere importancia social y económica, la lucha con otros actores sociales se hizo más enconada. Por lo tanto, la lucha de las matronas a través de la escritura de sus propios manuales por ejercer y ser visibles librada con médicos y sobre todo con cirujanos fue, además de una lucha de género, un asunto muy complejo. Los cirujanos encuentran su espacio perfecto para adentrarse en el mundo médico y el negocio de los partos nace y se desarrolla como una oportunidad de mercado en la Temprana Edad Moderna europea.

En este sentido, podemos concluir que las matronas a través de los manuales estudiados buscaron, en medio de esa lucha por sobrevivir, un nuevo modelo profesional equilibrado para ellas que se socializara y les permitiera un espacio negociado en la jerarquía médica-cultural. Para ello, en muchos sentidos se aproximaron al patrón impuesto por cirujanos y médicos en su asistencia al parto y en ocasiones aspiraron a acercarse a ellos y formar parte de un equipo multidisciplinar en el que ya en el siglo XVIII, no tendrían cabida. Por ese afán de ser aceptadas, los manuales y las matronas del siglo XVII se cuidaron muy bien de recomendar respeto a las jerarquías médicas cuando debajo escondieron un contenido de crítica despiadada hacia cirujanos. En definitiva la deferencia predicada es en parte teórica ya que desde sus palabras, leemos el firme convencimiento de las matronas escritoras, de su superioridad sobre

ningún otro profesional en la asistencia al parto, es decir emplean una especie de sutileza socializadora.

Más adelante extrajimos una serie de conclusiones en base a las reflexiones a partir de los datos obtenidos de los manuales escritos por matronas del siglo XVII, de si esa intención profesionalizadora asignada por este equipo investigador en un principio, a éstos, era real. Para ello seguimos las premisas anteriormente reseñadas de Rodríguez Ávila (2008) y reformulamos las bases profesionales que de los manuales extrajimos para ver si cumplían su función de modelar una profesión.

Las matronas desde los manuales investigados y con sus ejemplos evolucionan desde concepciones caritativas y con dedicación a tiempo parcial a modelos más mercantiles y con dedicación exclusiva de la profesión matrona adquiriendo una conciencia individual profesional que quisieron contagiar al resto de matronas. En cuanto a los atributos ideológicos indispensables para una profesión, los manuales formulan parte de ellos sin embargo no existe cohesión como colectivo sino más énfasis en ensalzar las identidades individuales. Lo que sí esta claro es que las matronas en sus manuales se consideraron un servicio público, útil e imprescindible para sus comunidades. Con respecto a la autorregulación de la que precisa una profesión para fortalecer su independencia, las matronas estuvieron sometidas al control de Iglesias y Estados a la vez que el conocimiento teórico perteneció a los médicos universitarios por lo que pudieron controlar sus propios trabajos de manera supervisada y parcial, aunque los manuales tradujeran aspiraciones más elevadas de independencia. En cuanto a la autonomía de las matronas según vimos en los textos, es relativamente libre en sus decisiones clínicas pero estuvo muy limitada conforme avanza el siglo con respecto a los cirujanos especialmente a los que deben respetar como autoridad social.

Por lo tanto concluimos que a través de los manuales escritos por matronas en el siglo XVII, el proceso de profesionalización se inicia, se mueve, nace pero obviamente no se culmina ya que el monopolio de saberes empíricos se pierde por la presencia de cirujanos en la asistencia de fetos vivos y las matronas, que se reivindicaron como gestoras del colectivo, pierden peso en la jerarquía médica con el paso de los siglos.

Por último, podemos resaltar como conclusión final la elaboración y difusión a través de los manuales investigados de una nueva "cultura de matronas" que aunara valores, creencias, saberes, técnicas y roles socioprofesionales y las definiera como colectivo profesional por primera vez desde sus propios planteamientos. Para armonizar esa nueva "cultura de matronas" con el contexto del siglo XVII europeo y conseguir socializar esa nueva matrona profesional, desde nuestro punto de vista las matronas eligen un estilo literario transformador que en general se equilibra entre la asunción de la cultura médica y social dominante, ciertas críticas a los modelos rígidos impuestos por Iglesias y Estado, algunas novedades científicas y sobre todo su valiosa experiencia que hasta ahora había sido injustamente subestimada. Desde este estilo crítico-sutil y como gestoras de su propia identidad profesional, pregonan a través de sus libros y dentro de esa nueva "cultura de matronas", la importancia de la adhesión y respeto a la religión y explotaron sus extensas redes sociales, en especial sus conexiones con las élites. Los libros cumplen en parte esa función religioso-moralizadora asociada a la matrona europea del siglo XVII, pero lo hacen de manera residual y cuidadosa, acercándose deliberadamente a la ciencia y a sus propias experiencias, reivindicando además para su colectivo aspectos tan mundanos como el reconocimiento social, estatus y remuneración económica a través de una asistencia de calidad.

Esa matrona competente que los manuales estudiados gustan en difundir, debía fusionar conocimientos teóricos y una amplia experiencia reflejada en sus capacidades

técnicas a la hora de aplicar cuidados sobre las mujeres y sus hijos. Así, esta nueva "cultura de matronas" predicó la consideración de cuidados en gran parte acordes con los "sabios doctores" e insertan a los manuales en el entramado científico-médico en cuanto a contenido se refiere. Las parteras no se aíslan de sus contextos ni de sus culturas ni buscan una revolución, pero cuidan de no vararse en supersticiones y trascienden a los escritos clásicos a través del poder de su saber empírico mediante discursos premeditadamente equilibrados entre la asunción y la crítica.

En otro orden de cuestiones, estos manuales sirvieron también de herramienta socializadora del colectivo de matronas a través de la docencia como paso inicial de este proceso y como requisito indispensable de esta nueva "cultura de matronas". Por lo tanto, reivindicaron una formación en aspectos teóricos absolutamente imprescindible de la que carecían como colectivo y de la que se sabían apartadas por razones culturales y de género. Sin embargo, ellas se presentan así mismas como un ejemplo práctico de la posibilidad de obtener esa teoría, se reivindican como el polo opuesto de la clásica imagen de la "matrona ignorante", aspiran a convencer al resto de matronas de la necesidad de instruirse teóricamente y muestran su interés por ser partícipes en la difusión de ese saber teórico. Sin duda los libros escritos por matronas en el siglo XVII, fueron un elemento imprescindible en la democratización de la teoría para las matronas de a pie y en la personificación de nuevos modelos profesionales. Los manuales investigados, tienen un inestimable valor simbólico y abren un debate absolutamente necesario, además de mostrar al mundo que una matrona ilustrada como nuestras protagonistas, era posible.

En definitiva desde nuestro punto de vista, el valor cohesionador del colectivo profesional que es más enérgicamente promocionado desde los textos analizados de matronas del siglo XVII, es el de la docencia teórica revelando la necesidad de aspirar a

matronas formadas y licenciadas como requisito imprescindible de la matrona moderna y profesional que se sustenta en el conocimiento. Esta insistencia de los manuales, traduce sin duda las tensiones dentro del colectivo de matronas del siglo XVII ya que algunas negaron la necesidad de esa formación y fuera del colectivo de matronas con otros actores sociales del parto que quisieron dosificar y utilizar esa formación teórica de las matronas.

Finalmente, esa nueva "cultura de matronas" difundida por los textos investigados a través de la cual las parteras diseñaron e imaginaron a unas profesionales, expertas, piadosas, con saberes teóricos, grandes valores éticos y estéticos, orgullosas de su profesión y con cierta presencia pública, fue devorada por una creciente medicalización del parto que dibujo un modelo profesional de cirujanos, en el que las premisas de las matronas de respeto a la fisiología de las mujeres, fueron consideradas como obsoletas.

En segundo lugar quisimos extraer datos que nos permitieran reflexionar acerca de nuestro segundo objetivo específico que fue **conocer y valorar la identidad doméstica en los orígenes de la profesión matrona en la Europa del siglo XVII a través de los textos escritos por parteras, derivada del vínculo cultural que establece la profesión matrona con las mujeres.** La manera en que el género se vincula al proceso profesionalizador de las matronas como colectivo femenino se revela claramente en la muestra analizada; no en vano son libros escritos por mujeres y teóricamente dirigidos a mujeres del siglo XVII. Obviamente el género como parte de un entramado cultural, ha condicionado la evolución de la profesionalización de las matronas y ha influido en su manera de ver el mundo y escribir.

En este sentido una de las más tempranas conclusiones obtenidas en este trabajo de investigación es la reticente aceptación de las matronas de la construcción cultural

imperante en el siglo XVII de mujeres y hombres, expresada a través de la escritura de sus manuales por medio de pequeñas críticas reivindicativas sobre algunas de las desigualdades establecidas en cuanto a las relaciones entre unos y otras. Para comprender como influye el ser mujer, en la escritura de los manuales de matronas del siglo XVII y su proceso socializador, encontramos en la lectura de los mismos unos planteamientos científicos en los que las matronas fusionan y armonizan el pensamiento cultural-médico-religioso en torno a las mujeres y los hombres y a su salud sexual y reproductiva con pequeñas reprobaciones. Este estilo literario crítico-sutil, anteriormente señalado, se vuelve a revelar como soporte y base de los manuales estudiados. Así, por ejemplo, las matronas otorgan cualidades superiores al cuerpo de los hombres pero al tiempo reclaman la no pasividad de las mujeres en la procreación, aceptan la idea de la corporalidad femenina e irracionalidad que la ciencia propone ligada al útero y sin embargo gritan su orgullo de ser mujeres al reclamar que no debemos sentirnos avergonzadas de nuestros cuerpos. En definitiva construyen discursos ponderados entre norma cultural y crítica y aceptan en general ese orden social que las inferioriza como mujeres pero no como profesionales, ejerciendo a través de sus textos y sus vidas una labor de negociación cultural de los límites adquiridos por su condición de mujeres europeas del siglo XVII.

Por otro lado, otra de las conclusiones relevantes elaboradas, es la asunción por parte de las matronas del siglo XVII de ciertos valores culturales ligados al hecho de ser mujeres en ese contexto concreto y la extensión de los mismos en su vertiente positiva en la construcción de la identidad profesional como colectivo; es decir realizan una reinterpretación provechosa de esa construcción cultural para elaborar un perfil de las matronas ligado a su condición de mujeres. En esta línea y por primera vez a través de sus manuales, las matronas expresan cómo sería la matrona ideal desde su propia visión

y su esencia estaría muy próxima a las mujeres de su entorno y a ellas mismas: virtuosas, modestas, humildes, pacientes y bondadosas. Sin embargo, esa misma asociación reduccionista ligada al género, hace que en el siglo XVII se difunda de ellas una imagen deteriorada de alcahuetas, mentirosas, corruptas, brujas y deshonestas, que esta sí que no es asumida de ninguna manera por las matronas. Hicieron por lo tanto, un uso provechoso de algunos atributos culturales impuestos por esa condición de mujeres en sus manuales: por ejemplo, justificaron su presencia y su superioridad en la asistencia a las mujeres por razones de género. De hecho, el sabor que nos deja la lectura de los manuales es de que transmiten orgullo de su condición femenina aunque son muy conscientes de sus limitaciones culturales. Las matronas no buscan escandalizar, ellas saben que sus libros son una excepción de la reclusión de las mujeres en la esfera privada y como tales, su excentricidad viene implícita en su elaboración. El uso positivo que estas cuatro matronas hacen de su condición cultural de mujeres en sus manuales, viene reflejado también en la efectiva utilización de redes femeninas de las élites y las cortes europeas para la difusión y reafirmación de su profesión; utilizaron a reinas, princesas y a otras mujeres de la aristocracia y la burguesía para hacerse ver y publicitar sus manuales además de realzar su pertinencia profesional.

Por otro lado, en cuanto a la información que obtuvimos de los manuales seleccionados con respecto al concepto de maternidad de las matronas estudiadas y la influencia en el mismo como cualidad profesional, estas parteras aceptaron la idea cultural de la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres. Sin embargo hacen poco énfasis en la necesidad de haber parido ellas sus propios hijos como cualidad profesional necesaria para ser matronas competentes. Más podríamos decir todo lo contrario; el soslayar la maternidad como cualidad específica ya es en sí misma una novedad en la configuración profesional. Esto, unido a las reivindicaciones de Justina,

quien fue estéril, abre un debate en el nuevo perfil de esa matrona moderna que para ellas siempre debía ser mujer pero no necesariamente madre.

Sin embargo, reflexionando sobre lo anteriormente expuesto, elaboramos una conclusión más: las matronas en su ideal diseño de esta nueva profesional, aunaron esas anteriormente señaladas cualidades positivas de género con un componente axiológico más complejo elaborado en base a valores relacionados con la ciencia reivindicando una acoplamiento entre ambos. En definitiva, la matrona ideal desde los manuales estudiados, incluye los rasgos positivos asociados por la cultura a las mujeres, desecha los negativos y además pasa por una obligatoria capacitación teórica y empírica siempre inserta en la cultura europea del siglo XVII.

Otra de las conclusiones surgidas en cuanto a la importancia del género en los conflictos entre matronas, cirujanos y médicos por el protagonismo en la asistencia al parto, es la lucha de poderes que la totalidad de manuales investigados sacan a la luz entre ambos colectivos, extendiendo probablemente las tensiones existentes en las relaciones entre hombres y mujeres de la Europa de la Temprana Edad Moderna a esa tirantez profesional. Vimos claramente cómo los saberes teóricos eran elementos de poder pertenecientes a los hombres en los que las matronas como mujeres tuvieron el descaro de entrometerse o más bien asomarse. A través de sus manuales, las matronas del siglo XVII abrieron el debate del acceso a la cultura de las mujeres aunque perdieron la lucha de antemano, ya que los cirujanos sí se acercaron abiertamente a la experiencia que les faltaba y la obtuvieron sin pudor de las matronas y sin embargo el veto teórico continuó siendo férreo a las matronas y a las mujeres. Aunque como siempre, las matronas a través de sus manuales en el siglo XVII buscaron negociación en lugar de guerra, pero acabaron igualmente relegadas en su acceso a la cultura superior hasta bien entrado el siglo XX europeo.

Por último, en el análisis del vínculo profesional de las matronas con su condición cultural de mujeres aparece inevitablemente la unión de ambas con los hogares y la intimidad y privacidad que cada cultura ha otorgado a esta alianza. Históricamente las mujeres se ligan al domicilio en sus experiencias vitales y profesionales y por extensión la matrona en su configuración profesional se liga a las mujeres y al domicilio en esa unión indisoluble que forman cuidar y el hogar. Sin embargo, esa reclusión en los hogares al tiempo que las excluía de la formación teórica superior las protegió y determinó el carácter exclusivamente femenino del colectivo durante siglos. En el momento en que las matronas se hicieron más públicas y reivindicaron docencia, licencias y remuneración, paradójicamente fueron más perseguidas. Así, ese vínculo con el hogar que aseguraba a las matronas su pertinencia por cuestiones de solidaridad y empatía de mujer a mujer, empezó a ser un modelo considerado obsoleto y a reservarse a clases sociales inferiores desde el siglo XVIII.

Elaborando nuestras conclusiones, intentamos también a través de un tercer objetivo específico, **valorar tanto los contenidos dedicados a la crítica a la partería tradicional doméstica como aquellos otros que se ocupan del desarrollo profesional de la matrona a través de manuales escritos por matronas del siglo XVII.** Como ya mencionamos anteriormente, las parteras estudiadas buscaron elaborar discursos cohesionadores aceptando modelos culturales y médicos imperantes con objeto de socializar la profesión. Sin embargo, fueron capaces de actuar a la vez como movimiento crítico que se dirigió a profesionalizar a las matronas desde sus propias convicciones, conocimientos y experiencias. Esta sería sin duda una de las conclusiones más reseñables de este trabajo de investigación; las matronas pretendieron aparentar conformidad e innovar tímidamente pero el trasfondo de sus manuales contiene una considerable trastienda reivindicativa, aportando conceptos absolutamente en vigencia

en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias basadas en sus conocimientos teóricos y su rica experiencia asistencial dirigiendo a las matronas hacia un camino profesional. Para ello encajaron en sus manuales una serie de reprobaciones a esa partería doméstica alejada de la ciencia y la formación teórica e incluso a la ciencia médica clásica. Esas críticas abarcaron pequeñas pretensiones cuestionando la clásica negatividad médica del cuerpo de las mujeres, relacionando por ejemplo menstruación con salud, elaborando discursos en torno a la sexualidad, hablando del placer femenino y haciendo reflexionar a las matronas de que la salud sexual forma parte de sus competencias. En este mismo sentido, podemos identificar su interés no en exclusiva a la asistencia al parto, sino que extienden sus competencias al ciclo vital de las mujeres puesto que eran grandes expertas en ginecología.

Con respecto a la crítica acoplada por las matronas del XVII en sus textos en la salud reproductiva de las mujeres, en lo que toca al embarazo introducen los cuidados pregestacionales a través de una filosofía de promoción de la salud relacionada con amplios consejos higiénico-dietéticos, tóxicos, trabajo y relaciones sexuales. Los libros son excelentes generadores de un sistema de educación para la salud de las mujeres y nos muestran un amplio conocimiento de la gestación normal y su manejo, así como el grado en que estas matronas fueron grandes expertas en patología gestacional para la que proponen un abordaje multidisciplinar. Además, en sus cuidados en el embarazo introducen la importancia de los aspectos psicosociales y el autocuidado e insinúan la utilidad de establecer controles gestacionales para un manejo más certero posteriormente de los partos. Desde nuestra perspectiva, podemos afirmar que los manuales exponen propuestas que serían el origen de un interés de las matronas analizadas por participar en los cuidados durante la gestación y un embrión de la actual atención primaria de salud al embarazo, ya que a través de sus palabras reflejan la

necesidad sentida y expresada de las mujeres de ser atendidas durante su gestación y cómo éstas acudían a las matronas en busca de consejos y cuidados de manera ordinaria.

En cuanto a las novedades que las matronas introducen en los cuidados proporcionados a las mujeres en el periodo activo del parto normal a través de sus manuales del siglo XVII, algunos de éstos fueron el uso juicioso y el manejo certero del tacto vaginal, la valoración del estado de las membranas y el diagnóstico certero del periodo activo de parto. Muchos de los cuidados propuestos por estas matronas durante la dilatación y los debates derivados de ellos, son de lo más actuales como es el caso de la necesidad, utilidad y sistematización de la rotura de bolsa de las aguas. Las matronas a través de los manuales seleccionados, con respecto a esta cuestión recomiendan no sistematizar la amniotomía individualizando cada caso haciendo un uso juicioso de las ventajas de la misma en casos de distocias fetales y partos estacionados, siendo muy conscientes de que el mundo médico consideraba la rotura de bolsa como un recurso de poder para acelerar los partos y como tal su uso les sería cuestionado. Además, promovieron otros cuidados como la libertad de movimiento y el uso de la verticalidad y el respeto a la diversidad cultural postural. Predicaron la cercanía a la mujer y el apoyo constante de la matrona, medidas de alivio del dolor con calor y valoración de los aspectos psicológicos y sociales otorgándole importancia al ambiente que rodeaba el parto. También propusieron evitar largos periodos de ayuno y alimentar e hidratar a las mujeres en trabajo de parto y el mantenimiento de una temperatura adecuada en el entorno. En lo que respecta a los cuidados en el expulsivo, estas cuatro matronas propusieron en sus manuales, posturas variadas incluyendo las verticales y el parto en la cama. Recomendaron además no manipular el periné en exceso para evitar grandes desgarros, la protección perineal y la paciente espera de la salida del polo fetal. En el alumbramiento las matronas a través de sus manuales del siglo XVII, promulgaron el

respeto a la fisiología de su mecanismo, la paciencia como cualidad inherente a una matrona sabia y experta y negaron muchas de las creencias supersticiosas asociadas a la placenta y anejos.

En cuanto al manejo y cuidados en el parto distócico, hubo de nuevo luchas con los cirujanos por el protagonismo en su asistencia ya que ambos colectivos reclamaron ser el profesional referente. Por este motivo, el manejo del parto distócico es el núcleo central de los contenidos de los manuales de matronas del siglo XVII estudiados para mostrar el poder de su experiencia en la resolución de todo tipo de distocias de manera exitosa. Nuestras matronas se consideraron plenamente capacitadas para la asistencia de gemelares, distocias de estática fetal, fetos muertos ante parto, distocias de hombros y prolapsos de cordón. En general asumieron su deber de avisar a médicos y cirujanos en caso de peligro para la vida de la madre y exculparse en casos desesperados, y expresaron su rechazo al uso de instrumentos sistemáticamente para la extracción de fetos muertos abogando por la versión interna manual como primera opción terapéutica y los cuidados posturales. Sin embargo en casos extremos, las matronas a través de los manuales estudiados se muestran muy diestras en el manejo de instrumentos de cirujanos. Además, recomendaron la extracción manual de placenta en casos extremos y expresaron su temor al periodo del alumbramiento porque sabían bien que es el de mayor compromiso vital para las mujeres.

En cuanto a los cuidados en el puerperio, las matronas de nuestro estudio promovieron de nuevo en sus manuales el autocuidado y la educación para la salud a través de consejos y cuidados a la madre y al recién nacido, incluyendo en sus valoraciones el estado de salud psicológico y social de las mujeres describiendo la depresión y la psicosis puerperal, proponiendo de este modo unos cuidados holísticos. Con respecto a los cuidados del recién nacido, criticaron algunas de las supersticiones

ligadas al corte del cordón, y se centraron en recomendar la higiene y la importancia de los cuidados posteriores del mismo. Promovieron los cuidados termorreguladores y la reanimación del recién nacido deprimido a través de la reposición volémica vía umbilical mediante el pinzamiento tardío del cordón, así como la evaluación de la coloración, tono y llanto del recién nacido. De nuevo los manuales son expansivos de una educación para la salud centrada en cuidados como la higiene, masajes, hidratación de la piel y cuidados posturales, de sueño y alimentación pregonando las bondades de la lactancia materna como alimento ideal. En definitiva las matronas escritoras se muestran como auténticas expertas en cuidados a los niños en su primera infancia extendiendo sus competencias en parte a la asistencia pediátrica.

Con respecto al uso de remedios, las matronas investigadas a través de los manuales seleccionados, se mostraron contrarias a un uso rutinario de los mismos aunque sus libros están plagados de recetas para elaborarlos, en parte para demostrar que los conocían y eran capaces de administrarlos. Sin embargo mostraron la creencia de que aquello que la matrona con su habilidad no era capaz de resolver, tampoco lo haría ningún remedio: razonamiento más que válido hasta el día de hoy si recordamos que sus remedios contenían ingredientes como azúcar, aceite y otras hierbas y minerales muy similares a recetas de cocina.

En conclusión, pudimos ver en los manuales además de una marcada crítica a la partería tradicional doméstica-supersticiosa, rasgos de una práctica de absoluta vigencia en cuanto a cuidados se refiere y un amplio abanico de competencias que iban mucho más allá de la asistencia al parto. En base a estas propuestas podemos afirmar que las matronas europeas del siglo XVII a través de la escritura de sus manuales, serían las fundadoras de una partería moderna reivindicando la competencia y protagonismo de las matronas como profesional referente, administrando de una serie de cuidados que

resisten muy dignamente el riguroso examen del paso de los siglos en todo el ciclo vital de las mujeres y sus hijos.

Como repaso a estas conclusiones de nuestro trabajo de investigación nos propusimos en último lugar **establecer, a través de los textos escritos por matronas del siglo XVII, las bases ideológicas y prácticas de una partería humanista en la que se une ciencia y estética**. Tras nuestras investigaciones podemos afirmar que las matronas a través de los manuales analizados del siglo XVII, establecen una serie de paradigmas, valores, creencias y competencias científico-técnicas que serán base de una partería moderna humanizada holística desde un acentuado sentido de la profesión. A nuestro parecer, dieron a conocer al mundo su proyecto profesionalizador del colectivo materializándolo a través de sus propios ejemplos y tuvieron altas aspiraciones para forjar la nueva identidad del colectivo de matronas profesionales valorando aspectos como aptitudes, actitudes y saberes teórico-prácticos para la configuración de la matrona ideal.

De la lectura de los libros escritos por matronas en el siglo XVII, extrajimos unas cuantas ideas que serían desde nuestra óptica, inspiración de una partería humanista holística que se fundamentaría en paradigmas de respeto a la fisiología de los procesos implicados en la salud sexual y reproductiva, promoviendo la intervención minimalista bajo un amplio control a través de sus competencias profesionales de las mujeres en todo su ciclo vital. Las matronas del siglo XVII en sus manuales, establecen su base filosófica siempre a favor de la naturaleza. En definitiva defendieron postulados asistenciales pero también de prevención y promoción de la salud a través de la educación para la salud de sus comunidades impulsando un autocuidado informado. Siguiendo el ejemplo de nuestras maestras, podemos reclamar que la matrona es el

profesional referente en lo que se refiere al ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, sobre todo en lo que respecta a su evolución normal y preventiva.

Las matronas incorporarán los saberes teóricos como medio imprescindible y científico, previo a la integración en la profesión tal y como ellas propusieron abiertamente con la participación en docencia de las matronas. Por otro lado, esta partería humanista holística no desprecia esos saberes empíricos tan importantes en el ejercicio de la matronería y valora la experiencia en su justa medida; el saber de las matronas va mucho más allá de lo contenido en los libros de obstetricia y esto no conviene olvidarlo, es más conviene valorarlo.

Además, las matronas del futuro tenemos la responsabilidad de incorporar en el proceso socializador profesional, valores que no despreciarían a los clásicamente denostados y considerados como asociados culturalmente a las mujeres en exclusiva. Si reinterpretamos esos valores y los incorporamos a la profesión, creamos modelos más humanos y personales en la asistencia a las mujeres y sus familias. Es obvio que la paciencia, la comprensión, la prudencia y la empatía son muy recomendables para cualquier profesión; las matronas no necesitamos alejarnos de esas cualidades por el miedo al encasillamiento en estereotipos tan denostados desde los paradigmas racionales-tecnológicos imperantes en el modelo biomédico actual. Matronas, ya sean mujeres u hombres, serán más competentes si incorporan ese componente axiológico que en realidad, es parte de un proceso asistencial profesional de calidad independientemente del género del profesional que los aplique. A la vez, sería positivo para la profesión matrona alejarnos de esas creencias que nos han atado a la moralidad religiosa en exclusiva, a la maternidad obligatoria para ser matronas competentes y a la tendencia a extender las experiencias propias como parte de nuestras funciones profesionales como ya lo hicieran nuestras matronas investigadas.

Las matronas del siglo XVII a través de la escritura de sus manuales, son un claro ejemplo de la ambición lícita a convertirnos en un colectivo profesional competente científico-técnicamente, paciente, prudente, firme, racional y con sentido común y esas aspiraciones son perfectamente válidas hoy, siguiendo su estela, siempre armonizando las aspiraciones profesionales con las creencias culturales de las mujeres y sus familias.

Las matronas, tenemos la responsabilidad de recoger el legado escrito de estas matronas del siglo XVII: una herencia en cuanto a la acertada definición de la identidad profesional en base a su orgullo personal que quisieron imprimir al colectivo, el reconocimiento de una elevada dignidad profesional, la auto consideración de ser necesarios para nuestras comunidades, y en base a la toma de conciencia de la trascendencia de ser matronas profesionales y agrupar al colectivo en torno a altos valores que nos definan. También es un ejemplo admirable la capacidad de reivindicación y autopromoción de las matronas a través de la escritura de sus propios manuales, ejemplo a seguir con constancia, además de cimentar la profesión en base a principios éticos de no maleficencia, beneficencia y justicia así como guardar celosamente el secreto profesional como ya lo hicieran estas matronas del siglo XVII.

Pero sin duda, todos los anteriores ingredientes básicos para la elaboración de la matrona excelente, se deben aderezar con la incorporación en la conceptualización profesional de la estética de los cuidados para modelar el planteamiento y puesta en marcha de la profesión entre las mujeres y sus familias. Esta aplicación práctica de la estética de los cuidados, pasa por considerar, expresar, trabajar e incorporar los sentimientos implicados en la relación asistencial entre mujeres, familias y matronas para acercarnos y encontrarnos en esa relación asistencial profesional. Esta consideración estética, se realizaría desde dos vertientes: trabajando sobre aquellos

sentimientos implicados en la relación asistencial de interacción para aspirar a realizar un apoyo y soporte emocional en los procesos en los que actuamos como profesionales, pero también sobre aquellos sentimientos de las matronas a nivel personal vinculados a la profesión que le hacen situarse ante ella con una actitud determinada. Sin duda de la valoración y comprensión de la parte estética de la profesión matrona, proviene el enriquecimiento a través del conocimiento del poder de los sentimientos para moldear la relación entre matronas, las mujeres, sus hijos y sus familias.

En definitiva nuestra última conclusión expone que, para este tipo de matronería humanista fundamentada en los grandes paradigmas expresados por las matronas a través de la escritura de sus manuales en el siglo XVII, prima un planteamiento de cuidados holísticos que contemplen aspectos físicos, psíquicos y culturales basándose en el respeto a la fisiología, a la diversidad, la formación teórica y práctica, aprecio a las matronas expertas, altos valores éticos y profesionales y la toma de conciencia e incorporación de la gestión de calidad de esos sentimientos implicados en la relación asistencial profesional, tal y como nos enseñaron nuestras maestras.

Finalmente, nuestras hipótesis en la investigación evolucionaron a medida que fuimos conociendo a esas matronas que se escondían detrás de sus escritos, el contenido de los mismos y su contexto. Desde la Hermenéutica y la Historia Cultural de los Cuidados, hemos intentado interpretar los textos y a las matronas del siglo XVII desde sus propias percepciones, intentando armonizarlas con las nuestras sin prejuzgarlas: conociéndonos mutuamente.

Por otro lado, el corte interpretativo del estudio propuesto, nos hace volver a replantearnos esas hipótesis iniciales, a ir modelándolas y encontrarnos con ellas en las conclusiones para ofrecer nuestras ideas de la manera más científica posible.

Ante nuestras primeras hipótesis que giraban en torno a **si el inicio de la conciencia crítica en el contexto pre-profesional de las matronas como grupo se produjo y desarrolló en países como Francia, Reino Unido y Alemania en el siglo XVII y tuvo como consecuencia la escritura de manuales por parte de matronas que reflejaron a la profesión,** se corrobora absolutamente esta primera hipótesis ya que las cuatro matronas analizadas fueron inicio y parte de una conciencia crítica en el contexto pre-profesional de todas las parteras europeas del siglo XVII en sus países de origen; Francia, Reino Unido y Alemania. Esta conciencia crítica, surge como forma de rebelión ante los cambios que acontecieron en sus mundos laborales y la inquietud por prevalecer y consolidarse profesionalmente ante la amenaza percibida. Esta indocilidad tuvo como consecuencia la escritura de manuales por parte de las matronas a través de los cuales revelaron sus aspiraciones profesionales.

Ante otras hipótesis surgidas en esta investigación como **la incidencia de estos manuales escritos por matronas del siglo XVII en el proceso de socialización profesional y si reflejaron los valores, creencias, técnicas, ideología y sentimientos cohesionadores del colectivo,** podemos corroborar sin duda esta hipótesis ya que esa misma conciencia crítica, les hizo escribir manuales que fueron un elemento esencial en su proceso de socialización profesional, de reivindicación personal y parte central en la intención de cohesionar a las matronas como colectivo transmitiendo valores, creencias y competencias desde sus vivencias, experiencias y ejemplos, y revelando no solo las características del grupo profesional de matronas europeas del siglo XVII sino enfatizando las aspiraciones de un colectivo profesionalizado con la participación de ellas mismas en ese proceso regulador. Valorar la incidencia en el proceso socializador profesional de las matronas de los manuales estudiados cuatro siglos más tarde, nos hace relativizar el peso que ejercieron en el proceso global, sin embargo en ese siglo

XVII supusieron una innovación y un digno intento por construir ellas mismas unas nuevas matronas además de significar un paso inicial hacia la nueva profesión que hoy somos. Quizás la incidencia más relevante que ejercieron estos libros elaborados por parteras en el desarrollo total de la profesión matrona, radique en el valor simbólico y en su capacidad de desvelarnos a sus autoras como merecedoras de categoría de modelos fundadoras de una matrona universal, que desde este trabajo de investigación reivindicamos para sus memorias.

Para finalizar, nos reiteramos en nuestra admiración y gratitud a las maestras matronas escritoras del siglo XVII: por su valentía, su ambición profesional, su sabiduría y su generosidad. Gracias Louise, Jane, Marguerite y Justina por su inmensa labor que es ejemplo para las matronas de todos los tiempos.

4.1 **Futuras líneas de investigación.**

Esta investigación sobre la profesión matrona y su proceso socializador ha sido realizada fundamentándonos en la lectura de manuales escritos por matronas en el siglo XVII aunque sin duda existen algunos libros más elaborados en el periodo seleccionado esperando a ser analizados y contrastados con la historia de las matronas, escrita en base a cirujanos y médicos en exclusiva. Obviamente, también hay otros muchos manuales elaborados por matronas en los siglos posteriores y del estudio de su contenido y evolución podríamos conocer a las matronas a través de sus palabras y comprender el desarrollo del colectivo inferenciándolos en su contexto.

En definitiva, el conocer, comprender y poner en relieve la producción científica de las matronas nos facilitará la comprensión de nuestra historia y la construcción de una nueva historia que contemple el punto de vista de aquellas mujeres matronas que poco o nada participaron en la configuración teórica de su identidad como grupo profesional. Sin duda, la consideración de las matronas escritoras del siglo XVII como modelos fundacionales de una profesión y la consideración de sus principios universales sobre los que fundamentar las prácticas, nos ayudará a no perder la referencia propia de una manera de sentir y ejercer la profesión matrona.



REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Elaboradas según las recomendaciones de la American Psychological Association (2010).

Acién Álvarez, P. (2001). *Tratado de obstetricia y ginecología: Obstetricia.* Alicante: Molloy, DL.

Acién Álvarez, P., Acién Sánchez, M.I., Martínez Escoriza J.C., Matallin Evangelio, P. & Quereda Seguí, F. (2004). *Ginecología: tratado de obstetricia y ginecología.* Alicante: Molloy, DL.

Ackerknecht, E. H. (1976). Midwives as experts in court. *Bulletin of the New York Academy of Medicine,* 52(10), 1224-1228.

Aguilar Luzón, M. C., Calvo Salguero, A., & García Hita, M. Á. (2007). Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de Enfermería. *Salud Pública De México*, 49(6), 401-407.

Aguirre Baztán, Á. (1995). Aguas amnióticas y aguas bautismales. En González J., Malpica A. & Afkir E. (Eds.) *El Agua. Mitos, Ritos y Realidades: Coloquio Internacional.Granada, 23-26 De Noviembre De 1992* (pp.25-38). Barcelona: Anthropos.

Alarcón-Nivia, M., Sepulveda-Agudelo, J., & Alarcón- Amaya, I. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana De Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.

Alcaráz Ariza, M. Á. (2005). Las mujeres en las ciencias de la salud. *Dikaiosyne,* 8(15). Recuperado de doi: http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/19089

Alijahan, R., Kordi, M., Poorjavad, M., & Ebrahimzadeh, S. (2014). Diagnostic accuracy of maternal anthropometric measurements as predictors for dystocia in nulliparous women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 11-18.

Allende García Lope, M. (2009). *Implantación de la gestión ambiental en la administración sanitaria de Andalucía: distrito sanitario de Atención Primaria (*Tesis doctoral). Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia. Universidad de Málaga.

Allport, W. (1912). Louise Bourgeois. An old midwife's tale. *Amer.Jour.of Obst,* 65, 820-851.

Álvarez Lires, M. (2006). La educación científica de las mujeres en el siglo XVIII. En Alcántara Sacristán, M.D. & Gómez García de Sola, M. B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educación* (pp. 109-129). Málaga: Servicio de publicaciones centro de ediciones de la diputación de Málaga (CEDMA).

Álvarez Munárriz, L. (2007). Visión histórico-sistemática de la Antropología social. En Lisón, C. (Ed.), *Introducción a la Antropología social y cultural* (pp. 23-51). Madrid: Akal.S.A.

American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct.* Recuperado de doi: http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf

American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* .3ª Ed. Traducida de la 6ª Ed. México: Editorial el Manual Moderno.

Amezcua, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española De Salud Pública*, 76(5), 423-436.

Anderson, B., Zinsser, J., & Camprodón, T. (1992). *Historia de las mujeres: Una historia propia*. Barcelona: Crítica.

Anderson, B., & Zinsser J. (2009). *Historia de las mujeres: una historia propia*. Barcelona: Crítica S.L.

Arnau Sánchez, J. (2012). *Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de salud de la Región de Murcia* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia. Recuperada de doi: http://hdl.handle.net/10803/125859

Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Vigueras, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área I de Salud de la Región de Murcia. *AIBR. Revista De Antropología Iberoamericana*, 2, 225-247.

Aróstegui, J. (2001a). *La investigación histórica; teoría y método.* Barcelona: Crítica (Grijalbo Mondadori).

Aróstegui, J. (2001b). Ver bien la propia época (Nuevas reflexiones sobre el presente como historia). *Sociohistórica*, 9, 13-43.

Aróstegui, J. (2004). *La historia vivida: sobre la historia del presente.* Madrid: Alianza Editorial.

Asociación Española de Pediatría. (2008). *Manual de lactancia materna*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Auvil-Novak, S. E. (1997). A middle-range theory of chronotherapeutic intervention for postsurgical pain. *Nursing Research*, 46(2), 66-71.

Aveling, J. H. (1872). *English midwives, their history and prospects.* London: J.A. Churchill.

Ballesteros Meseguer, C. (2014). *Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia* (Tesis Doctoral). Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia.

Barber, N. (2013). *Reinaissance Medicine. Medicine though the ages.* Chicago: Raintree.

Barfield, T. (2001). *Diccionario de Antropología*. España: Ediciones Bellaterra.

Bataille,G., Vicens, A., & Sarazin, M. P. (1997). *El erotism*o. México: Tusquets. Recuperado de doi: http://ministeriouncionjuvenil.yolasite.com/resources/libros/Bataille_Georges_-_El_Erotismo.pdf

Beauvoir, S. (1949/1998). *El segundo sexo*. (II ed.). Madrid: Cátedra.

Bergin, J. (2002). *El siglo XVII: Europa, 1598-1715*. Barcelona: Crítica.

Berriot, E. (2003). El discurso de la Medicina y de la Ciencia. En Duby G. & Perrot M. (Eds.), *Historia De Las Mujeres en Occidente. Del Renacimiento a La Edad Moderna. Tomo 3* (pp.384-431). Madrid: Taurus Minor.

Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14 (2), 62-66.

Blum, N., Lane, H.J., & Fee, E. (2010). Justina Siegemund and the art of midwifery. *Journal Information*, 100(1), 68-69.

Boivin, M. A. V. (1812). *Mémorial de l'art des accouchements : ouvrage pratique, dans lequel on a représenté avec soin, en 133 gravures, toutes les positions de l'enfant, le mécanisme de tous les accouchements, et rappelé, en peu de mots, les règles qu'il faut observer dans les différents cas (…).* París: Méquignon père.

Bonilla-Musoles, F., & Pellicer, A. (2008). *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas.* Madrid: Médica Panamericana.

Borrador Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, (2009). Recuperado de doi: http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/02/Estrategia-Nacional-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-11112009.pdf

Borrelli, S.E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1), 3-10.

Bosanquet, A. (2009a). Inspiration from the past (1): Jane Sharp. *The Practising Midwife*, 12(8), 33-35.

Bosanquet, A. (2009b). Inspiration from the past (2): Sarah stone, the enlightenment midwife. *Practising Midwife*, 12(9), 31-32.

Bourdieu, P. (1995/2012). Symbolic violence. *Revista Latina De Sociología*, (2), 1-4.

Bourdieu, P. (2012). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.

Bourgeois, L. (1609a). *Observations diverses sur la sterilité, perte de fruict, foecondite, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz*. París: A. Saugrain.

Bourgeois, L. (1609b). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, f écondité, accouchements et maladies des femmes et enfantsnouveau-né*s. París: d´Houry. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=RNtEAAAAcAAJ&printsec

Bourgeois, L. (1609/1630). *Obseruations diuerses sur la sterilite perte de fruict, foecondite, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz amplement traictees et heureusement praticquee*s. París: chez Iean Dechoury. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=Kbo36_Y7MVoC

Bourgeois, L. (1617). *Observations diuerses sur la sterilité: perte de fruict, foecundité, accouchements, et maladies des femmes, et enfants nouueaux naiz; amplement traitteés, et heureusement praticqueés.* París: Abraham Saugrain.

Bourgeois, L. (1625). *Récit véritable de la naissance de messeigneurs et dames les enfans de France avec les particularitez qui y ont esté (...) par Louyse Bourgeois, dite Boursier,(…).* París: M. Mondier.

Bourgeois, L. (1625/2000). *Recit veritable de la naissance de messeigneurs et dames les enfans de France; fidelle relation de l'accouchement, maladie et ouverture du corps de feu madame ; suivie du rapport de l'ouverture du corps de feu madame ; remonstrance a madame Bourcier, touchant son apologie (...).* Ginebra: Librairie Droz. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=4qRWDdYNe8YC&printsec

Bourgeois, L. (1627). *Apologie de Louyse Bourgeois dite Bourcier, sage femme de la Royne Mere du Roy, & de feu madame, contre le rapport des medecins*. París: Melchior Mondière.

Bourgeois, L. (1635/1710). *Recueil de secrets choisis et éprouvez pour diverses maladies: Principalement celles des femmes, & pour leur embellissemen*t. París: d`Houry. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=lXhEAAAAcAAJ&pg=PA1&dq

Bourgeois, L. (1826). *Comment et en quel temps la Reine accoucha de M. le Dauphin, à présent Louis XIII: Ou voyages par lui faits en cour (…)* París: Foucault. Recuperado de doi:http://books.google.es/books?id=O8QPAAAAQAAJ&printsec

Brockbank, W. (1958). Mrs. Jane Sharp's advice to midwives. *Medical History,* 2(2), 153-155.

Broomhall, S. (2002). Women´s little secrets: Defining the boundaries of reproductive knowledge in Sixteenth-century France society for the Social History of Medicine student essay competition winner, 1999. *Social History of Medicine,* 15(1), 1-15.

Broomhall, S. (2012). Kathleen P. long (ed.), Gender and scientific discourse in Early Modern Culture. *Social History of Medicine*, 25(1), 267-269.

Buitrago, L. A. (2009). Desarrollo histórico de la Enfermería. *Cultura Del Cuidado Enfermería*, 6(2), 27-36.

Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea De Formación Profesional*, (1), 8-14.

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo*". Buenos Aires: Paidós. Recuperado de doi: www.upv.es/laboluz/leer/.../Butler_Judith_Cuerpos_que_importan.pdf

Cabré i Pairet, M., & Ortiz Gómez, T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en europa: Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.

Candau Chacón, M. L. (2008). Disciplinamiento Católico e identidad de género. Mujeres, sensualidad y penitencia en la España Moderna. *Manuscrits: Revista d'Història Moderna*, (25), 211-237.

Carmona González, I., & Saiz Puente, M. S. (2010). El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. *Matronas Profesión*, 10(4), 14-19.

Castaño Molina, M. Á. (2009). *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950* (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía. Universidad de Murcia.

Castaño Molina, M.Á. (2014). *El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950*. Málaga: Universidad de Málaga.

Charmantier, I. (2010). John M. Riddle, goddesses, elixirs, and witches: Plants and sexuality throughout Human History. *Social History of Medicine*, *2*3(3), 688-690.

Chartier, R. (1992). *El mundo como representación: Estudios sobre historia cultura*l. Barcelona: Gedisa.

Chartier, R. (1995). Textos, impressos, lecturas. *Revista de Historia*, (132), 83-94.

Chiang, H. (2012). Patricia Gherovici, please select your gender: From the invention of hysteria to the democratizing of transgenderism. *Social History of Medicine*, 25(3), 758-759.

Chodorow, N. (1978/1999). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender: With a new preface*. Berkeley: Univ of California Press. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=pLhb4dAWIAgC&dq=nancy+chodorow&hl

Churchill, W. D. (2005). The medical practice of the sexed body: Women, men, and disease in Britain, circa 1600–1740. *Social History of Medicine*, 18(1), 3-22.

CMI. (2004). Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002. *Matronas Profesión*, 5(15), 5-11.

CMI. (2011). *Definición internacional de Matrona.* Recuperado de doi: http://www.internationalmidwives.org/global/espa%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in educatio*n. London: Routledge.

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Comino Delgado, R., & López García, G. (2004). *Obstetricia y ginecología* (2ª ed.). Barcelona: Ariel, S.A.

Conde Fernández, F. (diciembre, 2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. Discurso leído en el acto de recepción como Académico Numerario de Academia de Ciencias e Ingenierias de Lanzarote. Recuperado de doi: https://www.google.es/#q=).+Parteras%2C+comadres%2C+matronas.+Evoluci

Cook, H. J., & Walker, T. D. (2013). Circulation of Medicine in the Early Modern Atlantic World. *Social History of Medicine*, 26(3), 337-351.

Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Cruz Villalobos, L. C. (2012). Reseña y aportes de la hermenéutica: Miradas desde el constructivismo. *Revista De Psicología*, 21(1), 57-84.

Cruz y Hermida, J. (2007). *Las matronas en la historia. Desde la mitología a nuestros días*. Madrid: Habe s.l.

Culpeper, N. (1651/2010). *A directory for midwives: Or, a guide for women, in their conception, bearing and suckling their children (...).* Londres: BiblioBazaar.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2006). *Obstetricia de William*s. Brasil: McGraw Hill.

Dahlen, H. G., Homer, C. S., Leap, N., & Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, 24(3), 105-111.

Davis, J. E. (2008). Children and sexuality: From the Greeks to the Great War. *Social History of Medicine*, 21(2), 423-425.

Davis, N. Z. (1975). City women and religious change. *Society and Culture in Early Modern France*, 65-95.

De Brouwere, V. (2007). The comparative study of maternal mortality over time: The role of the professionalisation of childbirth. *Social History of Medicine*, 20(3), 541-562.

de La Marche, M. (1677/1710a). *Instruction familiere et utile aux Sages-Femmes pour bien pratiquer les Accouchemens, Faite par Demandes et Réponfes.* París: Laurent d'Houry.

de La Marche, M. (1677/1710b). *Instruction familiere et utile aux Sages-Femmes pour bien pratiquer les Accouchemens, Faite par Demandes et Réponfes.* (Nouv ed.). París: Laurent d'Houry. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=xqg6t0CDoGkC&printsec

de la Maza, L.M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida*, 46(1-2), 122-138.

De Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud. España: Lugar editorial.

Deffieux, X., Billecocq, S., Demoulin, G., Rivain, A., Trichot, C., & Thubert, T. (2013). Pelvic floor rehabilitation for female urinary incontinence: Mechanisms of action. *Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise d'Urologie Et De La Societe Francaise d'Urologie*, *23*(8), 491-501.

Deifelt, W. (2003). María–Uma santa Protestante. *Revista De Interpretação Bíblica Latino-Americana–María.Petrópolis: Vozes,* (46), 119-134.

Del Valle, T., Apaolaza, J. M., Arbe, F., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M. L., & Maquieira, V. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y en las relaciones de géner*o. Madrid: Narcea, S.A de Ediciones.

Delgado, J. M. S. (2011). Mujer, sexo y relación de género en el egipto faraónico. *Bitarte: Revista Cuatrimestral De Humanidades,* 18(54), 5-14.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2013). *Las estrategias de investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Volumen III*. Barcelona: Gedisa S.A.

Derrida, J. (1978). *De la grammatologia*. México: Siglo XXI.

Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia.* Barcelona: Anthropos.

Deyon, P., & Jacquart, J. (1980). *El crecimiento indeciso, 1580-1730*. Madrid: Ediciones Encuentro.

Dionis, P. (1718). *Traité general des accouchemens, qui instruit de tout ce qu'il faut faire pour être habile accoucheur*. París: chez Charles Maurice d'Houry. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=CBDvbWq318EC&printsec

Doležal, A., Kuželka, V., & Zvěřina, J. (2007). *Europe as the cradle of scientific obstetrics*. Praga: Galén. Recuperado de doi: http://mep.zverina.cz/files/59-publikace-evropa-kolebka-%EE%80%80vedeckeho%EE%80%81-porodnictvi.pdf

Donnison, J. (1988). Midwives and medical men: A history of the struggle for the Control of Childbirth. Londres: Historical Publications.

Drife, J. (2002). The start of life: A history of obstetrics. *Postgraduate Medical Journal*, 78(919), 311-315.

Dubos, R. (1965). El hombre y su ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 59(6), 471-80.

Duby, G., & Perrot, M. (1991-1992). *Historia de las mujeres en Occidente*. Madrid: Taurus- Santillana S.A.

Dulong, C. (1992). De la conversación a la creación. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna*. *Tomo 3* (pp. 426-451). Madrid: Taurus-Santillana S.A.

Dunn, P. (1996). The holy Bible: Insights into perinatal practice in ancient times. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 7*5(3), F219-F220.

Dunn, P. (2004a). Catherina Schrader (1656–1746): The memoirs of a Friesian midwife. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 89(6), F560-F562.

Dunn, P. (2004b). Louise Bourgeois (1563–1636): Royal midwife of France. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 8*9(2), F185-F187.

Dunn, P. (2006). Paul Portal (1630–1703), man‐midwife of París. *Archives of Disease in Childhood.Fetal and Neonatal Edition*, 91(5), F385-387.

Durán, C. G. (2006). El Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre hombres y mujeres: las novedades incorporadas en el cambio de la maternidad, la paternidad y los riesgos durante el embarazo y la lactancia natural. *IUSLabor*, (2), 9.

Durán de Villalobos, M.M. (2002). Marco epistemológico de la Enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18.

Durkheim, E. (1987). *La división del trabajo socia*l. Madrid: Ediciones Akal Sa.

Earle, P. (1989). *The making of the English middle class: Business, society, and family life in London, 1660-173*0. Berkeley, Los Ángeles: University of California Pr.

Echeverría, B. (2007). Perfil competencial de los orientadores: "saber" y "sabor". En Álvarez M. & Bisquerra R. (Eds.), *Manual de orientación y tutoría* (pp.1-18). Barcelona: Praxis. Recuperado de doi: http://www.ub.edu/aoe/SABER%20y%20SABOR.pdf

Ehrenreich, B. (2010). *Witches, midwives, & nurses: A history of women healer*s. New York: Feminist Press.

Espinilla Sanz, B. (2013). La elección de las nodrizas en las clases altas, del siglo XVII al siglo XIX. *Matronas profesión*, (3), 68-73.

Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M. L. (2010). Algunas ideas para una Antropología del amor. En Abad Gónzalez L., & Flores Martos J. (Eds.), *Emociones y sentimientos, enfoques interdisciplinares: La construcción sociocultural del amo*r (pp. 229-246). Cuenca-España: Universidad de Castilla la Mancha.

Esteva de Sagrera, J. (2007). Paracélsica. Alquimia, magia y medicamentos. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, *2*6(10), 108-114.

Evans, J. (2012). 'Gentle purges corrected with hot spices, whether they work or not, do vehemently provoke venery': Menstrual provocation and procreation in Early Modern England. *Social History of Medicine*, 25(1), 2-19.

Evenden, D. (1993). Mothers and their midwives in seventeenth-century London. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe* (pp. 9-26). London: Routledge.

Evenden, D. (2000). *The midwives of seventeenth-century Londo*n. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fahs, B., & Frank, E. (2013). Notes from the back room: Gender, power, and (in) visibility in women's experiences of masturbation. *Journal of Sex Research*, (ahead-of-print), 1-12.

FAME. (2007). *Iniciativa parto norma*l. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España. Recuperado de doi: http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3758

Fasbender, H. (1906). *Geschichte der geburtshilf*e. Jena, Deutschland: Gustav Fischer.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). Philadelphia PA: Fa Davis.

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theorie*s. Philadelphia PA: Fa Davis.

Fernandez de Rota, J. A. (2007). Giro interpretativo y reflexividad. En Lisón C. (Ed.), *Introducción a la Antropología social y cultura*l (pp. 517-545). Madrid: Akal S.A.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativ*a. Madrid: Morata S.L.

Fissell, M. E. (2008). Introduction: Women, health, and healing in Early Modern Europe. *Bulletin of the History of Medicine,* 82(1), 1-17.

Flecha García, C. (2006). La educacación de las mujeres. En Alcántara Sacristán M.D. & Gómez García de Sola M. B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educació*n (pp. 73-93). Málaga: Servicio de publicaciones centro de ediciones de la diputación de Málaga (CEDMA).

Flügge, S. (1998). *Hebammen und heilkundige frauen: Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert. Hebamme*. Frankfurt: Stroemfeld Verlag.

Forbes, T. R. (1962). Midwifery and witchcraft. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* 17(2), 264-283.

Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* (5ª Ed.). México: Siglo XXI S.A.

Foucault, M. (1966/2007). *El nacimiento de la clínic*a: *una arqueología de la mirada médica* (2º Ed.). Madrid: Siglo XXI S.A.

Foucault, M. (1976). Los cuerpos dóciles. En Foucault, M., *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión* (pp.139-174). Madrid: Siglo XXI S.A.

Foucault, M. (1976/2002). *Historia de la sexualidad vol I: La voluntad del saber* (31st ed.). Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud,* 11(1), 3-25.

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20.

Foucault, M. (1997). *La arqueología del sabe*r. México: Siglo XXI S.A.

Franco Rubio, G. (2008). La contribución literaria de Moratín y otros hombres de letras al modelo de mujer doméstica. *Cuadernos De Historia Moderna,* (ejo VI), 221-254.

Furdell, E. L. (2008). Midwifery, obstetrics and the rise of gynaecology: The uses of a sixteenth-century compendium (review). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* 63(2), 262-264.

Gadamer, H. G. (1960/2004). *Truth and metho*d. London: Continuum International Publishing Group.

Gallego Caminero, G., Miró Bonet, M., de Sant Jordi, P. F., & Gastaldo, D. (2005). Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó. *Texto y Contexto Enferm,* 14(4), 601-607.

Gálvez Toro, A. (2003). Lectura crítica de un estudio cualitativo descriptivo. *Index De Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades,* 12(40), 51-57.

Garay Montañez, N. (2008). Alcances de la discriminación racial o étnica y su vinculación histórica con la discriminación por sexo. *Feminismo/s*, 12, 271-297.

García Barrios, S.D. (2011). *Los Cuidadores del Hospital Civil de Málaga 1890-1940* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

García Martínez, M. J. (2008). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. *Cultura De Los Cuidados*, 12(24), 40-47.

García Martínez, M. J. (2012). El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII: Fuentes documentales para su estudio. *Cultura de los cuidados*, 16(32), 88-95. Recuperado de doi: http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.11

García Martínez, M. J., & García Martínez, A.C. (1998). Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Génesis, 3*8, 27-30.

García Pérez, N. (2013). El acceso de la mujer a la" alta cultura" en la Europa del Renacimiento. *Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 189(760), 6-9. Recuperado de doi: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.760n2006

García Pineiro, J.M. & Morales Gil, I. (2003). *Guía de intervención rápida en enfermería pediátrica.* Madrid: DAE, DL.

Garrido, E., Folguera, P., Ortega, M., & Segura, C. (1997). *Historia de las mujeres en España.* Madrid: Síntesis.

Gautam, S., Adhikari, R. K., & Dangol, A. (2012). Associated factors for uterine prolapse. *Journal of Nepal Health Research Council*, 10(1), 1-4.

Geerts, C. C., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L., Twisk, J. W., van Dillen, J., & de Jonge, A. (2014). Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC Pregnancy*

and Childbirth, 14(1), 27. Recuperado de doi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898490/

Gélis, J. (1991). *History of childbirth: Fertility, pregnancy, and birth in Early Modern Europe*. Cambridge, UK: Polity Press.

Gélis, J. (2009). Louise Bourgeois (1563-1636): Une sage-femme entre deux mondes. *Histoire Des Sciences Médicales*, 43(1), 27-38.

Gil Massa, J. Á. (2000). Casas burguesas del siglo XVII en Bergara. *Ondare: Cuadernos De Artes Plásticas y Monumentales*, (19), 371-380.

Gómez Alcalde, M. S. (2002). Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis puerperal. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 65(1), 32-46.

Gómez Fernandez, M. A. (2010). Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas Profesión*, 11, 93-98.

González, J. S., Juan, L. C., Malo, R. G., Bravo, E. M. G., Tolino, D. M., Solano Ruiz, C., & Hernández, E. G. (2012). Antropología narrativa y situaciones vida salud en la obra de Mario Benedetti y Octavio Paz. *Cultura de los cuidados*, 59-67.

Green, M. H. (2001). En busca de una" auténtica" Medicina de mujeres: Los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen. En Cabré M. & Ortiz T. (Eds.), *Sanadoras, Matronas y Médicas En Europa: Siglos XII-XX* (pp. 27-54). Barcelona: Icaria.

Green, M. H. (2008). Gendering the history of women's healthcare. *Gender & History*, 20(3), 487-518.

Greenlees, J. (2008). Midwifery, obstetrics and the rise of gynaecology: The uses of a sixteenth-century compendium (review). *Social History of Medicine*, *2*1(2), 419-420.

Guil Bozal, R., Gil-Olarte Marquez, P., Mestre Navas, J. M., & Nuñez Vázquez, I. (2006). Inteligencia emocional y adaptación socioescolar. *Reme*, 9(22). Recuperado de doi: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2123901

Guillemeau, J. (1649). *Les oeuvres de chirurgie de Jacques Guillemeau, avec les portraicts de toutes les parties du corps humain et des instruments nécessaires au chirurgien, augmentées et mises en un et enrichies de plusieurs traictez, pris des leçons de me germain courtin, (…).* París: J. Viret. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=r-Hx8pQpW4wC

Guirand, F. (1965). *Mitología general*. (2º edición ed.). Barcelona: Labor, S.A.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.

Haran, C., van Driel, M., Mitchell, B. L., & Brodribb, W. E. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 51. Recuperado de doi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906750/

Hariton, T. N. (2012). Sexual assault in prepubertl girls: It is nomal to be normal- or i it? Evidence of vaginal penetration in prepubertal girls. *Med Sci Law*, 52(4), 193-197.

Harley, D. (1993). Provincial midwives in England: Lancashire and cheshire, 1660-1760. En Marland, H. (Ed.), *The Art of Midwifery.Early Modern Midwives in Europe* (pp.27-48). London: Routledge.

Heidegger, M., & Girardot, R. G. (1970). *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Taurus.

Hernández Garre, J. M. (2011). *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad* (Tesis doctoral). Departamento de Filosofía. Universidad de Murcia.

Hernández Garre, J. M. (2012). *Historia de las matronas. Evolución de la ciencia y el arte de la partería*. (primera ed.). Murcia: Diego Marin.

Hernández Sampieri, R., Férnandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación.* Madrid: McGraw Hill/ Interamericana de España.

Hess, A. G. (1993). Midwifery practice among the Quakers in southern rural England in the late seventeenth century. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery.Early Modern Midwives in Europe* (pp.49-76). London: Routledge.

Hobby, E. (2001). "Secrets of the female sex": Jane Sharp, the reproductive female body, and Early Modern Midwifery manuals. *Womens Writing*, *8*(2), 201-212. Recuperado de doi: http://dx.doi.org/10.1080/09699080100200136

Hobsbawm, E. (2010). *Age of capital 1848-1875*. Hachette, UK: History of civilization.

Huberman, A., Miles, M., Denman, C., & Haro, J. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman C.A., Haro J.A. (Eds.), *Por Los Rincones. Antología De Métodos Cualitativos En La Investigación Social* (pp.253-300). Hermosillo, Guadalajara: El Colegio De Sonora.

Hufton, O. (1992). Mujeres, trabajo y familia. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna. Tomo3* (pp. 25-65). Madrid: Taurus-Santillana S.A.

Jenkins, M.G., Ford, J.B., Morris, J.M. & Roberts, C.L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity carein NSW-What women highlight as most important. *Women Birth*. Recuperado de doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.03.002

Jimenez Godoy, A. (2001). El mito de la madre sacrificada; un modelo de género. *Revista Antropología Experimental*, (1), 3.

Jimenez Serrano, A. (2002). Las enfermedades y dolencias en el Antiguo Egipto. El parto y los recién nacidos. *Seminario Médico*, 54(1), 19-24.

Jori Biscamps, R. (1947). Historia, literatura y filosofía médica: La mujer médico y la comadrona a través de los siglos. *Anales De Medicina y Cirugía*, *2*1(23) 322-330.

Jovell, A. (2005). Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit*, 3(3), 495-503.

Keller, E. (1995). Mrs. Jane Sharp: Midwifery and the critique of medical knowledge in seventeenth‐century England. *Women's Writing*, 2(2), 101-111.

Khun, T.S. (2013) *La estructura de las revoluciones científicas / The structure of scientific revolutions*. USA: Fondo De Cultura Economica.

King, H. (1993). The politick midwife: Models of midwifery in the work of Elizabeth Cellier. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery.Early Modern Midwives in Europe* (pp.115-130). London: Routledge.

King, H. (2007). *Midwifery, obstetrics and the rise of gynaecology: The uses of a sixteenth-century compendiu*m. UK: Ashgate Publishing, Ltd.

King, M.L. & Rabil A. (2005). The other voice in Early Modern Europe: Introduction to the series. En Siegemund, J. (Ed.). *The Court Midwife* (pp. xi- xxxi). Chicago, USA: Chicago University Press.

Klairtmont-Lingo, A. (2001). Las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI. En Cabré i Pairet, M., & Ortiz Gómez, T. (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en europa, siglos XII-X*X (pp. 77-92). Barcelona: Icaria.

Klairmont-Lingo, A. (2006). The Court Midwife (review). *Renaissance Quarterly*, 59(3), 933-934.

Kocka, J. (2008). Historia social: un concepto relacional. *Historia Social*, (60), 159-162.

Kocka, J., & Martínez, M. S. (1992). Los artesanos, los trabajadores y el Estado: Hacia una historia social de los comienzos del movimiento obrero alemán. *Historia Social*, (12), 101-118.

Kontoyannis, M., & Katsetos, C. (2011). Midwives in Early Modern Europe (1400-1800). *Health Science Journal*, 5(1), 31-36.

Kottak, C. P. (1994). *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. Madrid: McGraw-Hill.

Kottak, C. P. (2006). *Antropología cultural*. (11 Ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

Kottak, C. P. (2011). *Antropología cultural.* (14 Ed.). México: Mc Graw Hill.

Krasnianin, E., & Semczuk, A. (2006). The constribution of Justyne Siegemundin, the midwife of the Brandenburg court, to the development of the obstetrics at XVII century. [Wklad justyny Siegemundin, poloznej dworu brandenburskiego, w rozwoj XVII-wiecznego poloznictwa] *Ginekologia Polska*, 77(12), 980-983.

Labajos Manzanares, M. T. (2010). Evaluación de la actividad investigadora en el profesorado de enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(3), 143-144.

Lachapelle, M. L. (1821). *Pratique des accouchemens: Ou mémoires, et observations choisie*s. París: Baillière. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=IdQ-AAAAcAAJ&printsec

Laget, M. (1977). La naissance aux siècles classiques: Pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux XVIIe et XVIIIe siècles. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations,* 32 (5), 958-992.

Laroche, E., Bricaire, L., & Christin-Maitre, S. (2013). Diagnosis and management of amenorrhea in adolescent girls. *Archives De Pediatrie: Organe Officiel De La Societe Francaise De Pediatrie,* 20(7), 817-822.

Lascaratos, J. G., Tsiamis, C., & Kostakis, A. (2003). Surgery for inguinal hernia in byzantine times (AD 324–1453): First scientific descriptions. *World Journal of Surgery,* 27(10), 1165-1169.

Lattus, O., Paredes, V., Junemann, C., Martic, V., Contreras, N., Baeza, P. & Cayazzo, M. (2003). Espátulas de Thierry versus fórceps de Kjelland. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 477-486.

Lay, M. M. (2000). *The rhetoric of midwifery: Gender, knowledge, and power*. Nueva Jersey, USA: Rutgers University Press.

Le Boursier Du Coudray, A. M. (1759/1785). *Abrégé de l'art des accouchemens: Dans lequel on donne les préceptes nécessaire pour le mettre heureusement en pratique, & auquel on a joint plusieurs observations intéressantes sur des cas singuliers(…)* París: Barrois. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=ychEAAAAcAAJ&printsec

Le Goff, J., & Nora, P. (1979). *História: Novos problemas.* Rio De Janeiro: Francisco Alves.

Leigh Chalk, D. (2009). *Managing midwives in Early Modern English literature* (Tesis doctoral). Pennsylvania State University, USA. Recuperada de doi: https://etda.libraries.psu.edu/paper/9382/4899

LeJacq, S. S. (2013). Roy Porter student prize essay the bounds of domestic healing: Medical recipes, storytelling and surgery in Early Modern England. *Social History of Medicine,* 26(3), 451-468.

Lévi-Strauss, C. (1979). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidade*s. México D.F.: Siglo XXI.

Linares Abad, M. (2008). *Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la comarca de Sierra Mágina*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén.

Linares Abad, M. (octubre 2009). Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género. *I Congreso Virtual Sobre Historia De Las Mujeres.* Recuperado de doi: www.revistacodice.es/publi.../i...h_mujeres/.../ponenciaMLINARES.pdf

Linares Abad, M., Álvarez Nieto, C., & Moral Gutiérrez, I. (2008). El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. *Index De Enfermería,* 17(4), 251-255.

Lindemann, M. (2010). *Medicine and society in Early Modern Europ*e. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lisón, C. (1992). *Individuo, estructura y creatividad* (Vol. 158). Madrid: Ediciones Akal.

Lisón, C. (2000). Informantes: In-formantes. *Revista De Antropologia Social,* (9), 17-26.

Lison, C. (2007). *Introducción a la Antropología social y cultural. Teoría, método y práctic*a. Madrid: Eiciones Akal.

López Garrido, B., Gil Pita, R., García Alfaro, M., Varela Quintela, L., & García Ruiz, N. (2013). Tiempo medio en alcanzar un embarazo deseado y factores influyentes. *Matronas profesión*, (3), 74-81.

López Piñero, J. M. (2000/2012). *Breve historia de la Medicina.* (4º Reimpresión ed.). Madrid: Alianza Editorial.

López Piñero, J. M. (2006). Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista. *Revista Española De Salud Pública,* 80(5), 445-456.

López, L. B., Ortega, C., & Portela, M. (2004). La pica durante el embarazo: Un trastorno frecuentemente subestimado. *Arch Latinoam Nutr,* 54(1), 17-24.

Lorite Mena, J. (2010). *El orden femenino: origen de un simulacro cultural.* Murcia: Universidad de Murcia.

Loytved, C. (2001). *Von der wehemutter zur hebamm*e. Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.

Lugo-Márquez, S. (2013). Una perspectiva heterodoxa de la historia de los medicamentos. Dinámicas de inclusión-exclusión de los sueros antituberculosos Ravetllat-Pla en la España del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*, 33(1), 93-118.

Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana De Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145.

Markowicz, S., Anstey, J. R., Hites, M., Montesinos, I., Roisin, S., Keyzer, C., & Jacobs, F. (2014). Gonococcal aneurysm of the ascending aorta: Case report and review of neisseria gonorrhoeae endovascular infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(2), 111-113.

Marland, H. (1993). *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe.* London: Routledge.

Marland, H. & Rafferty A.M. (1997). *Midwives, society, and Childbirth: debates and controversies in the Modern Period.* London; New York : Routledge.

Marsá González, V. (2009). ¿Comadronas o brujas? ¿ doctas o enfermas*? Dossiers Feministes*, (13), 89-102.

Martínez Roche, M. E. (2000). Debe fomentarse la lactancia natural desde la educación primaria. *Revista ROL De Enfermería*, 23(6), 433.

Martínez Roche, M. E. (2005). *Formación y profesionalización de los Enfermeros Residentes pertenecientes a las Unidades Docentes de Matronas en nuestro país.* (Tesis doctoral). Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia.

Martínez Roche, M.E., Pina Roche, F., Gómez García, M.C. (1994). Manual de procedimientos de enfermería materno-infantil. Murcia: Universidad, Secretariado de Publicaciones.

Martínez Rojo, C., & Rodríguez Portilla, N. E. (2011). La matrona en la salud sexual y reproductiva de las mujeres a través de historias de vida. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*, (3), 1-18. Recuperado de doi: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3760615

Martínez Rojo, C., Siles González, J. & Martínez Roche, M.E. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710). El origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Índex de Enfermería (edición digital)*, 23(1-2). Recuperado de doi: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n1-2/9464.php

Matthews Grieco, S. F. (1992). El cuerpo, apariencia y sexualidad. En Duby, G. & Perrot, M. (Ed.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna. Tomo3* (pp. 68-107). Madrid: Taurus-Santillana S.A.

Mauriceau, F. (1668/1727). *The diseases of women with Child, and in Child-Bed: As also the beft means of helping them in natural and unnatural labours.* (Hugh Chamberlen Trans.). London: T.Cox. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=CJ8_AAAAcAAJ&printsec

Mauriceau, F. (1695/1728). *Observations sur la Grossesse et l'accouchement des femmes, et sur leurs maladies, et celles des enfans nouveau-nez (...*). París: Compagnie des libraires associez. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=CqOD1v4T8rIC

Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal De Psychologie*, 32(3-4), 365-386.

Mawdsley, S. E. (2010). Judith Walzer Leavitt, Make Room for Daddy: The Journey from Waiting Room to Birthing Room. *Social History of Medicine*, 23(1), 189-190.

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approac*h. Los Ángeles, California: Sage Publications.

Maya, M., & Cecilia, M. (2003). Identidad profesional; professional identity. *Invest.Educ.Enferm*, *2*1(1), 98-104.

McClive, C. (2001). Jane Sharp, The midwives book or the whole art of midwifry discovered (review). *Medical History*, 45 (4), 540-541. Recuperado de doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0025727300068459

McHugh, T. J. (2006). Establishing medical men at the París Hôtel-Dieu, 1500–1715. *Social History of Medicine*, 19(2), 209-224.

McMillan, J. H., Schumacher, S., & Baides, J. S. (2006). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Addison Wesley.

McTavish, L. (2005). *Childbirth and the display of authority in Early Modern France*. Burlington, Vertmon, USA: Ashgate Pub Limited.

McTavish, L. (2006a). Blame and vindication in the Early Modern birthing chamber. *Medical History*, 50(4), 447-464.

McTavish, L. (2006b). The Court Midwife. *Social History of Medicine*, 19(2), 358-359.

Mead, M. (1935/2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós Ibérica Ediciones SA. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UNOw38mqNhoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=margaret+mead&ots

Mears, M. (1797). *The pupil of nature : or candid advice to the fair sex, on the subjects of pregnancy ; childbirth ; the diseases incident to both ; the fatal effects of ignorance and quackery ; and the most approved means of promoting the health, strength, and beauty of their offspring. By Martha Mears, Practitioner in Midwifery*. London: Printed for the authoress, and sold at her House, No. 12, Red Lion Square ; as also by Faulder, New Bond-Street ; and Murray and Highly, Fleet-Street.

Medina, A., & Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Rev.Perú.Med.Exp.Salud Publica,* 23(1), 22-32.

Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud*. México D.F.: La casa chata.

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico,* 24(96), 593-604.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva,* 8(1), 185-207.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva,* 1(1), 9-32.

Mercant i Ramírez, J.E. (2008). *Historia de la farmacoterapia: Siglos XVIII y XIX. La farmacia monástica de la Real Cartuja de Valldemossa* (Tesis doctoral). Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperada de doi:http://www.tdx.cat/TDX-0212109-102941.

Merton, R. K., Reader, G., & Kendall, P. L. (1958). The student-physician. *The American Journal of the Medical Sciences,* 235(5), 613.

Ministerio de la Presidencia. (2008). *Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del ParlamentoEuropeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado*. B.O.E., núm. 280 de 20 de noviembre de 2008, pp.46185-46320. Recuperado de doi: http://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)*. B.O.E., núm. 129 de 28 de mayo 2009, pp.44697-44729. Recuperado de doi: http//www.boe.es/bos/dias/2009/05/28/pdfs/ BOE-A-2009-8881.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010a). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Urduliz-Bizkaia: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de doi: http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/GPC-resum-atencion-parto.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010b). *Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.* Recuperado de doi: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Vacatio/lo2-2010.html

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de doi: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

Miranda, L. R. (2009). ¿Cuál fue el pecado original? Traducciones e interpretaciones de Gn 3, 1-24. *Circe de clásicos y modernos*, (13), 157-171.

Miró Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones en los discursos y las relaciones de poder de los/las enfermeros/as en España. (1956-1976)* (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears. Departament dÍnfermería i Fisioterapia. Recuperado de doi: http://www.tesisenred.net/handle/10803/9440

Moncó, B. (2011). *Antropología del géner*o. Madrid: Síntesis S.A.

Morales, C. T., García F. J. (2013). Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia. *Cultura de los Cuidados*, 17(35) 42-54.

Morales Gil, I. (2001). Género y desigualdades en salud. En Suárez Ojeda, M. & Quintanilla Navarro, B. (Eds.), *La innovación género y docencia en el EEES, nuevos retos y perspectivas.* Madrid: Vicerrectorado de Desarrollo y Calidad de la Docencia; Universidad Complutense.

Morales Gil, I. (2008). *Cuidados de enfermería en procesos nefrológicos* [recurso electrónico]. Málaga: Universidad de Málaga.

Morales Gil, I. (2009). *Cuidados de enfermería en situaciones críticas y urgencias en el adulto* [recurso electrónico]. Málaga: Universidad de Málaga.

Morales Gil, I. & García Piñeiro, J.M. (2010). *Cuidados intensivos pediátricos.* Madrid: DAE.

Mortimer, I. (2004). Diocesan Licensing and Medical Practitioners in South-West England, 1660–1780. *Medical history*, 48(01), 49-68.

Mousnier, R. (1981). *Los Siglos XVI y XVII: el progreso de la Civilización Europea y la decadencia de Oriente, 1492-1715*. Barcelona: Destino.

Naab, F., Brown, R., & Heidrich, S. (2013). Psychosocial Health of Infertile Ghanaian Women and Their Infertility Beliefs. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 132-140.

Nash, M. (1993). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900-1939. En Duby G. & Perrot M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX. Tomo 5* (pp. 627-646). Madrid: Taurus.

National Institute for Health and Clinicall Excellence (NHS). (2007). *Intrapartum care Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55.* London: NHS Evidence. Recuperado de doi: http://www.matronas.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/guia-nice-intrapartum-care-management-and-delivery-of-care-to-women-in-labour

Nemeth, Z., Nagy, S., & Ott, J. (2013). The cube pessary: an underestimated treatment option for pelvic organ prolapse? Subjective 1-year outcomes. *International urogynecology journal*, 24(10), 1695-1701.

Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6.

Newton, H. (2010). Children's physic: Medical perceptions and treatment of sick children in Early Modern England, c. 1580–1720. *Social History of Medicine*, 23(3), 456-474.

Nietzsche, F. (1872/2000). *El nacimiento de la tragedi*a (Andrés Sánchez Pascual Trans.). Madrid: Alianza editorial.

Nihell, E. (1760). *A treatise on the Art of Midwifery. Setting forth various abuses therein, especially as to the practise with instruments: The whole serving to put all rational inquirers in a fair way of very safely forming their own judgment upon the question; which it is best to employ, in cases of pregnancy (...*). Londres: A. Morley. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=OslEAAAAcAAJ&printsec

Nora, P. (1989). Between memory and history: Les lieux de mémoire. *Representations*, (26), 7-24.

Oakley, A. (1972). *Sex, gender and society*. EEUU: Maurice Temple Smith Ltd.

O'dowd, M. J., Philipp, E. E., & Sciarra, J. J. (1994). *The history of obstetrics and gynaecology*. Carnforth: Parthenon Publishing Group.

Ogilvie, M., & Harvey, J. D. (2000). *The biographical dictionary of women in science: pioneering lives from ancient times to the mid-20th century*. New York: Routledge.

Oliver, M. I. (2000). Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto. *Matronas Prof*, 1, 32-41.

Olmo Navarro, J. E., Molina Ruano, M. D., López Sánchez Sánchez, R., Bermúdez Ruiz, M. I., & Castaño Molina, M. A. (2008). Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof*, 9(2), 12-16.

OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* New York: Official records of the World Health Organization.

OMS. (2004). *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.* Ginebra. Recuperado de doi: https://www.google.es/search?site=&source=hp&q=Estrategia+de+salud+reproductiva+para+acelerar+el+avance+hacia+la+consecuci%C3%B3n+de+los+objetivos+y+las+metas+internacionales+de+desarrollo&btnK

OMS. (2010). *La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud* . Ginebra: Official records of the World Health Organization.

OMS. (2011). *Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health* 2006. Ginebra: Official records of the World Health Organization.

Ortega, M., & Matilla, M. J. (1996). *El trabajo de las mujeres, siglos XVI al XX. (Actas de las sextas jornadas de investigación interdisciplinaria ed.).* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Ortiz Gómez, T. (1993). From hegemony to subordination: Midwives in Early Modern Spain. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe* (pp. 95-114). London: Routledge.

Ortiz Gómez, T. (1996). Protomedicato y matronas: una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis: Acta hispanica ad Medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (16), 109-120.

Ortiz Gómez, T. (1999a). De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870. *Arenal*, 6(1), 183-195.

Ortiz Gómez, T. (1999b). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S.XIX. *Arenal*, 6(1), 55-79. Recuperado de doi: http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/matronas.pdf

Ortiz Gómez, T. (2001a). El género, organizador de las profesiones sanitarias. En Miqueo C., Tomás C., Tejero C., Barral M.J., Fernández T. &Yago T. (Eds.), *Perspectivas de género en salud.*

Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas (pp. 53-76). Madrid: Minerva ediciones.

Ortiz Gómez, T. (2001b). Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España Ilustrada. En Cabré M. & Ortiz T. (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en europa: Siglos XII-X*X. (pp. 165-188). Barcelona: Icaria.

Ortiz Gómez, T. (2005). Fuentes orales e identidades profesionales: Médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio,* 57(1), 75-98.

Ortiz, Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK Ediciones.

Ortiz Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la Historia ¿una cuestión femenina*? Eidon, 2*3, 61-65. Recuperado de doi: http://www.entretodas.net/2008/04/15/la-practica-sanitaria-en-la-historia-%C2%BFuna-cuestion-femenina-por-teresa-Ortiz-gomez/

Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit*, 18(1), 189-194.

Ortiz Gómez, T., & Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En Ballarín P., & Martínez C. (Eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas* (pp. 239-246). Granada: Universidad de Granada. Recuperado de doi: http://www.researchgate.net/publication/50236623_La_experiencia_escrita_de_las_matronas_siglos_XVII-XVIII

Ortner, S. B., & Whitehead, H. (1981). *Sexual meanings: The cultural construction of gender and sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pamo-Reyna, O. (2007). Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna,* 20(3), 109-122.

Parker, G. (2013). *El siglo maldito: Clima, guerras y catástrofes en el siglo XVII.* Barcelona: Grupo Planeta.

Pastor, R. (1992). Mujeres en España y en Hispanoamérica. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna*. *Tomo3* (pp. 532-536). Madrid: Taurus-Santillana S.A.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research method*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultur*a. Barcelona: Bellaterra.

Pérez Moreda, V., & Seven Reher, D. (1986). Mecanismos demográficos y oscilaciones a largo plazo de la población europea (1200–1850). *Revista De Historia Económica/Journal of Iberian and Latin American Economic History (Second Series)*, 4(03), 467-490.

Perkins, W. (1996). *Midwifery and medicine in Early Modern France: Louise Bourgeoi*s. Exeter, Devon, UK : University of Exeter Press.

Perry, M. E. (1996). Las mujeres y su trabajo curativo en Sevilla, siglos XVI y XVII. En Matilla M.J. & Ortega M. (Eds.), *El Trabajo De Las Mujeres, Siglos XVI-XX: VI Jornadas De Investigación Interdisciplinaria Sobre La Mujer* (pp. 57-70). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Peu, P. (1694). *La pratique des acouchemen*s. París: Jean Boudot. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=tiRMhKcZgOgC

Philip, T. S. (2006). *Menstruation and childbirth in the Bible: Fertility and impurit*y. New York: Peter Lang.

Piper, L. (2010). The professionalization of Midwifery in the Late Middle Ages. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 9(1), 21-34.

Pizza, G. (2007). Antropología médica: Una propuesta de investigación. En Lisón Tolosana C. (Ed.), *Introducción a la Antropología social y cultural. Teoría, método y práctica*. (pp. 267-291). Madrid: Akal.S.A.

Plata, R. M. (abril, 2003a). La verdad de la historia de las matronas, siguiendo el hilo conductor de su asistencia a la monarquía española. Trabajo presentado en IX Congreso Nacional de Matronas (Cantabria). Recuperado de doi: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/03_HISTORIA/04_VERDADERA_HISTORIA.pdf

Plata, R. M. (abril, 2003b). La matrona: Del saber popular al conocimiento científico. Trabajo presentado en IX Congreso Nacional de Matronas (Cantabria). Recuperado de doi: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/03_HISTORIA/03_MATRONA_SABER_POPULAR.pdf

Ployant, T. (1790). *Breve compendio dell'arte ostetricia (...*). Italia: dai Torchij di Pallade.

Portal, P. (1685). *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observation*s. París: G. Martin. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=A8nF8ZBARAAC

Potts, D. (2007). *Peter Chamberlen 17 th century royal physician.* (Tesis doctoral). The University of Newcastle Australia. Doctor of Philosophy. Recuperada de doi: http://nova.newcastle.edu.au/vital/access/manager/Repository/uon:2510

Prieto Ruz, M.T., Morales Gil, I. (2010). *Informe diagnóstico de igualdad de la Universidad de Málaga, 2010*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

Pulz, W. (1994). Nicht alles nach der gelahrten sinn geschrieben "–Das hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund. *Zur Rekonstruktion Geburtshilflichen Überlieferungswissens Frühneuzeitlicher Hebammen Und Seiner Bedeutung Bei Der Herausbildung Der Modernen Geburtshilfe.* München: Münchner Vereinigung für Volkskunde.

Raynaud, D. (2008). Architeture, scheme and meaning: Semantics problems on architeture. *Varia Historia, 24*(40), 483-496.

Rebolledo Malpica, D., Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2011). Campo de investigación cualitativa en enfermería en culturas sanitarias públicas y privadas: un estudio desde la perspectiva de la teoría etnográfica cultural y el estructuralismo dialéctico. *Salud, Arte y Cuidado,* 4(1) 5-22.

Rengel-Díaz, C., Morales-Asencio, J. M., & Labajos-Manzanares, M. T. (2013). El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. Un ensayo clínico no aleatorizado. *REVISTA CUIDÁNDOTE digital,* 3, 1-14.

Ricoeur, P., & Corona, P. (2002). *Del texto a la acción: Ensayos de hermenéutica II*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica México.

Rieder, P. (2010). Miracles and heretics: Protestants and catholic healing practices in and around Geneva 1530–1750. *Social History of Medicine*, 23(2), 227-243.

Rivera Garretas, M. M. (2006). Educarse entre mujeres: La historia de la práctica de lo simbólico. En Alcántara Sacristán M.D. & Gómez García de Sola, M.B. (Eds.), *De mujeres sobre mujeres y educació*n (pp. 43-60). Málaga: servicio de publicaciones centro de ediciones de la diputación de Málaga (CEDMA).

Robilliard, G. (noviembre-diciembre, 2007). *Accoucheur - city council – midwives - mothers: Choosing midwives in Early Modern Leipzig*. Conferencia presentada en Civil Society and Public Services: Early Modern Europe. Universidad de Warwick.

Roca, A. J. (2003). *Historia de los medicamento*s. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.

Rodríguez Ávila, N. (2008). *Manual de Sociología de las profesiones*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Rodríguez Portilla, N. E., & Martínez Rojo, C. (2011). Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*, 10(23), 359-71.

Rodríguez Portilla, N. E., Martínez Rojo, C., Soto Herrero, V., & Martínez Román, C. (2012). Incapacidad temporal por contingencia común en las matronas del Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca» durante 2009-2010. *Revista: Matronas Prof*, 13(2), 35-42.

Rogero Anaya, P. (2005). *Aplicación del modelo de las características del puesto a través del SNJCI (índice de características del trabajo de enfermería) y JDS (cuestionario de análisis y rediseño de puestos) en profesionales de enfermería* (Tesis Doctoral). Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia. Universidad de Málaga.

Rosaldo, M. (1974). *Woman, culture and society.* Stanford, CA: Stanford University Press

Rubin, G. S. (1984). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. *Section I: Culture, Society and Sexuality 11 Part 1: Conceptual Frameworks* 13, 143.

Ruiz García, M.J. (2011). *Un estudio cualitativo sobre lactancia materna prolongada en un grupo de madres de Murcia.* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia.

Sadat, Z., Taebi, M., Saberi, F., & Kalarhoudi, M. A. (2013). The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 18(6), 499-504. Recuperado de doi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917135/

Salas Iglesias, M. J. (2003). El estatus científico de la Enfermería: Paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura De Los Cuidados*, 14(2), 71-78.

Salazar Agulló, M. (2009). *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa "al servicio de España y del niño español" (1938-1963).* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería Comunitaria. Universidad de Alicante. Recuperada de doi: http://hdl.handle.net/10045/14044

Salinas Pérez, V., Rogero Anaya, P., & Labajos Manzanares, M. T. (2013). Cómo es la experiencia de los pacientes desde que experimentan síntomas iniciales hasta que se reconocen en el diagnóstico de la esclerosis múltiple: modelo teórico explicativo de la vivencia diagnóstica. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 37(1), 7-18.

Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Sallman, J. M. (1992). La bruja. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia De Las Mujeres En Occidente. Del Renacimiento a La Edad Moderna. Tomo 3* (pp.472-485).Madrid: Taurus-Santillana.

Sánchez, D. (2008). El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea. *Asclepio*, 60(1), 63-82.

Sánchez, M. R. (2005). Rivales de la matrona de Éfeso. Sobre algunos paralelos tradicionales y populares del relato de Petronio. *Myrtia*, 20, 143-174.

Sánchez Ortega, M. H. (1990). La mujer, el amor y la religión en el Antiguo Régimen. En *La mujer en la historia de España (siglos XVI-XX): actas de las II Jornadas de Investigación Interdisciplinaria* (pp. 35-58). Madrid: Seminario de Estudios de la Mujer. Universidad Autónoma de Madrid.

Sarlet Gerken, A.M. (2003). La transversalidad de la salud: entre la educación y la política. Murcia: DM Ediotres.

Schölmerich, V.L., Posthumus, A.G., Ghorashi, H., Waelput, A.J., Groenewegen, P. & Denktas, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 145. Recuperado de doi: http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/145

Scott, J. (1990). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Amelang J.S., & Nash M. (Eds.), *Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea* (pp. 23-58). Valencia: Universidad de Valencia.

Seguranyes, G. (2004). Las competencias de las matronas. *Matronas profesión*, 5(15), 1.

Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 4(7), 123-146.

Serrano Delgado, J. M. (2011). Mujer, sexo y relación de género en el Egipto faraónico. *Bitarte: Revista Cuatrimestral De Humanidades*, 18(54), 5-14.

Sharp, J. (1671). *The midwives book, or, the whole art of midwifry discovered* [Midwives book]. London: Printed for Simon Miller, at the Star at the West End of St. Pauls.

Sharp, J. (1671/1724). *The compleat midwife's companion: Or, the art of midwifry improv'd. directing child-bearing women how to order themselves in their conception, breeding, bearing, and nursing of children (…)*. London: Jhon Marsall.

Sharp, J. (1671/1725). *The compleat midwife's companion: Or, the art of midwifry improv'd. directing child-bearing women how to order themselves in their conception, breeding, bearing, and nursing of children (…)*. London: Jhon Marsall.

Sharp, J. (1671/1999). En Hobby E. (Ed.), *The midwives book or the whole art of midwifry discovere*d. New York, USA: Oxford University Press.

Shaum, K. M., & Polotsky, A. J. (2013). Nutrition and reproduction: Is there evidence to support a "Fertility Diet" to improve mitochondrial function? *Maturitas*, 74(4), 309-312.

Sheridan, B. (1999). Medicine, and the royal midwife Louise Bourgeois in seventeenth-century. *Dynamis*, 19, 145-166.

Sheridan, B. (2001). De parto: La Medicina, el Estado Moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En Cabré M. & Ortiz T. (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa: Siglos XII-X*X (pp.143-164). Barcelona: Icaria.

Shinyashiki G. T., Costa Mendes I. A., Trevizan M.A., & René A. (2006). Socialización profesional: Estudiantes volviéndose enfermeros. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 14(4), 601-607.

Siegemund, J. (1690). *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin*. Universidad de Dresden. Recuperado de doi: http://digital.slub-dresden.de/ppn323764851

Siegemund, J. (1690/1723). *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin*. Universidad de Gante: Rüdiger. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=5nNEAAAAcAAJ&printsec

Siegemund, J. (1690/1741). *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin.* Berlin: Rüdiger.

Siegemund, J. (1690/2005). En Tatlock L. (Ed.), *The Court Midwif*e [Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Das ist: Ein Höchst-Nöthiger Unterricht von Schweren und Unrech-Stehenden Geburten in Einem Gespräch Vorgestellet von Justinan Siegemundin] (L. Tatlock Trans.). Chicago, USA: The University of Chicago Press.

Siles González, J. (2000). Antropología, Historia y Enfermería. *Cultura De Los Cuidados*, IV (7), 5-7.

Siles González, J. (2001). Los textos como fuente de conocimientos en Ciencias Sociales y Enfermería. *Index De Enfermería*, X (34), 33-36.

Siles González, J. (2004). La construcción social de la historia de la Enfermería. *Index De Enfermería*, 13(47), 07-10.

Siles González, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: Un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index De Enfermería*, 14(50), 07-09.

Siles González, J. (2010). Los cuidados de Enfermería en el marco de la Historia Social y la Historia Cultural. En González C., & Martínez F. (Eds.), *La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la historia* (pp. 219-250). Granada: Comares.

Siles González, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Siles González, J. (2014). El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropoética. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18(38), 9-13. Recuperado de doi : http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>

Siles González, J., & Solano Ruiz, M.C. (2009). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas.* Alcoy: Marfil DL.

Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2007). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. *Investigación y Educación en Enfermería*, *25*(1), 66-73.

Siles González, J., & Solano Ruiz, M.C. (2011). Cultural history and aesthetics of nursing care. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(5), 1096-1105.

Smith, L. W. (2012). Leigh Whaley, women and the practice of medical care in Early Modern Europe, 1400–1800. *Social History of Medicine*, 25(2), 563-565.

Solano Ruiz, M.C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y Enfermería. *Cultura De Los Cuidados*, X(19), 5-6.

Solano Ruiz, M.C. (2012). Vivencias de las personas que han padecido un infarto de miocardio Un estudio desde la perspectiva de la fenomenología social. Saarbrücken Editorial Académica Española.

Sonnet, M. (1992). La educación de una joven. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del Renacimiento a la Edad Moderna. Tomo3* (pp. 130-164). Madrid: Taurus-Santillana S.A.

Soto Herrero, V., Montoya Hernández, C., De Mulder, C., Sánchez Sánchez, M. D., & Cánovas Cuenca, C. (2008). Legislación y competencias profesionales. *Enfermería Global*, 12, 1-4.

Sparey, V. (2012). Identity-formation and the breastfeeding mother in renaissance generative discourses and shakespeare's coriolanus. *Social History of Medicine*, 25(4), 777-794.

Speert, H. (1973). *Iconographia gyniatrica: A pictorial history of gynaecology and obstetric*s. Philadelphia: FA Davis.

Spencer, H. (1880). *First principle*s. New York: A.L. Burt.

Stephen, M. (1795/2010). *Domestic midwife; or, the best means of preventing danger in child-birth, considered by Margaret Stephe*n. Londres: BiblioBazaar.

Stone, S. (1737). *A complete Practice of Midwifery (…).* London: Printed for T. Cooper, at the Globe in Pater-Noster Row.

Sullivan, D. S. R., & Schofield, R. (1994). El descenso de la mortalidad en Europa. *Revista De Demografía Histórica*, 12(1), 9-32.

T.C. (1656).*The compleat midwifes practice ... with instructions of the midwife to the queen of France (L. Bourgeois) (...)* Londres: Nathaniel Brooke.

Tang, W., Pan, J., Jiang, N., Hu, H., Mahapatra, T., Yin, Lin, N. P., & Fu, G. F (2014). Correlates of Chlamydia and Gonorrhea infection among female sex workers: The untold story of Jiangsu, China. *Plos One*, 9(1), e85985. Recuperado de doi: http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0085985

Tatlock, L. (1992). Speculum feminarum: Gendered perspectives on obstetrics and gynecology in Early Modern Germany. *Signs*,17 , 725-760.

Tatlock, L (2005). Volume Editor´s introduction. En Siegemund, J. (Ed.), *The Court Midwife* (pp. 1-30). Chicago, USA: The University of Chicago Press.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Terrada, M. L. (2002). Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII. *Dynamis, 2*2, 85-120.

Thomas, S. S. (2003). Midwifery and society in restoration York. *Social History of Medicine*, 16(1), 1-16.

Thomas, S. S. (2009). Early Modern midwifery: Splitting the profession, connecting the history. *Journal of Social History*, 43(1), 115-138.

Todman, D. (2007). Childbirth in ancient Rome: From traditional folklore to obstetrics. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(2), 82-85.

Topolski, J. (1976). Methodology of History. Boston: D. Reidel Pub.

Topolski, J. (1981). Conditions of truth of historical narratives. *History and Theory, 2*0(1), 47-60.

Torres Díaz, A. (2014). *Las matronas en Málaga y provincia (1900-1956). Estudio cualitativo en perspectiva historiográfica y de género* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Totelin, L. (2014). Anne Van Arsdall and Timothy Graham (eds), Herbs and Healers From the Ancient Mediterranean Through the Medieval West: Essays in Honor of John M. Riddle. *Social History of Medicine*, 27(1), 165-166.

Towler, J., & Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad.* Barcelona: Masson.

Triviño V. Z., & Sanhueza A. O. (2005). Paradigmas de investigación en Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 11(1), 17-24.

Turner, W. J. (2009). Making women's medicine masculine: The rise of male authority in pre-modern gynaecology. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* 64(3), 383-385.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa.* (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa editorial.

Valle Racero, J. (2000). Cuidar desde una perspectiva cultural. *Cultura De Los Cuidados,* IV (7-8), 96-101.

Valle Racero, J. (2002). El saber y la práctica de las matronas: Desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión*, (9), 28-35.

Van Arsdall, A. (2012). John Scarborough, pharmacy and drug lore in antiquity: Greece, Rome, Byzantium. *Social History of Medicine*, 25(1), 254-255.

Van der Heyden J.L., van Kuijk S.M., van der Ham D.P., Notten K.J., Janssen T., Nijhuis J.G., Willekes C., Porath M., van der Post J.A., Halbertsma F., Pajkrt E. & Mol ,B.W. (2013). Subsequent pregnancy after preterm prelabor rupture of membranes before 27 weeks' gestation. *AJP Rep.*, 3(2), 113-118. Recuperado de doi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24147248

Van Gennep, A. (1909/2008). *Los ritos de pas*o [Les rites de passage] (J. Aranzadi Trans.). Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Viardel, C. (1674). *Observations sur la pratique des acouchemens naturels, contre nature et monstreux: Avec une methode tres-facile pour secourir les femmes en toutes sortes d'accouchemens, sans se servir de crochets ny d'aucun instrument que de la seule main (…).* París: chez l'auteur et Jean d'Houry. Recuperado de doi: http://books.google.es/books?id=bMhEAAAAcAAJ

Villalobos, M. (2013). Escritura pensamiento y lenguaje: Consideraciones acerca de una ética literaria y/o filosófica según Habermas y Derrida. *Summa Psicológica*, 2(2), 53-69.

Wallis, P. (2007). The practice of Reform in Health, Medicine, and Science, 1500–2000. *Social History of Medicine*, 20(3), 642-643.

Weiner, A. (1992). *Inalienable possessions: the paradox of keeping-while-giving.* Berkeley: University of California Press.

Wiesner, M. E. (1993). The midwives of south Germany and the public/private dichotomy. En Marland H. (Ed.), *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe* (pp.77-94). London: Routledge.

Willes, G., Clarke, D. (2014). Constructing nurses' professional identity through social identity theory. *Nt Nurs Pract.*, 20(2), 164-169.

Wilson, A. (1995). *The making of man-midwifery: Childbirtih in England, 1660-177*0. Massachusetts: Harvard University Press.

Witkowski, G. J. (1887). *Histoire des accouchements chez tous les peuple*s. París: Steinheil.

Wolf, N. (1990). *The beauty myt*h. London : Chatto & Windus.

Ying, Z., Li, X., & Dang, H. (2013). 5‐aminolevulinic acid‐based photodynamic therapy for the treatment of condylomata acuminata in chinese patients: A meta‐analysis. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, *2*9(3), 149-159.

Zemon Davis, N. (1992). Mujeres y política. En Duby, G. & Perrot, M. (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Del renacimiento a la Edad Moderna. Tomo 3* (pp. 211-227). Madrid: Taurus-Santillana, S.A



ANEXOS

Anexo 1. **Definición Internacional de Matrona de la CMI.**

Confederación Internacional de Matronas (2011). *Definición internacional de Matrona*
"Una matrona es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería* de la ICM y en el marco de las *Normas globales de la formación de la partería* de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona»; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería.
El ámbito de la práctica de la partería.
La matrona es reconocida como profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidado para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia.
La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil.
Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud".
Revisada el 15 de junio de 2011 en la Reunión del Consejo en Durban. Siguiente revisión en 2017.

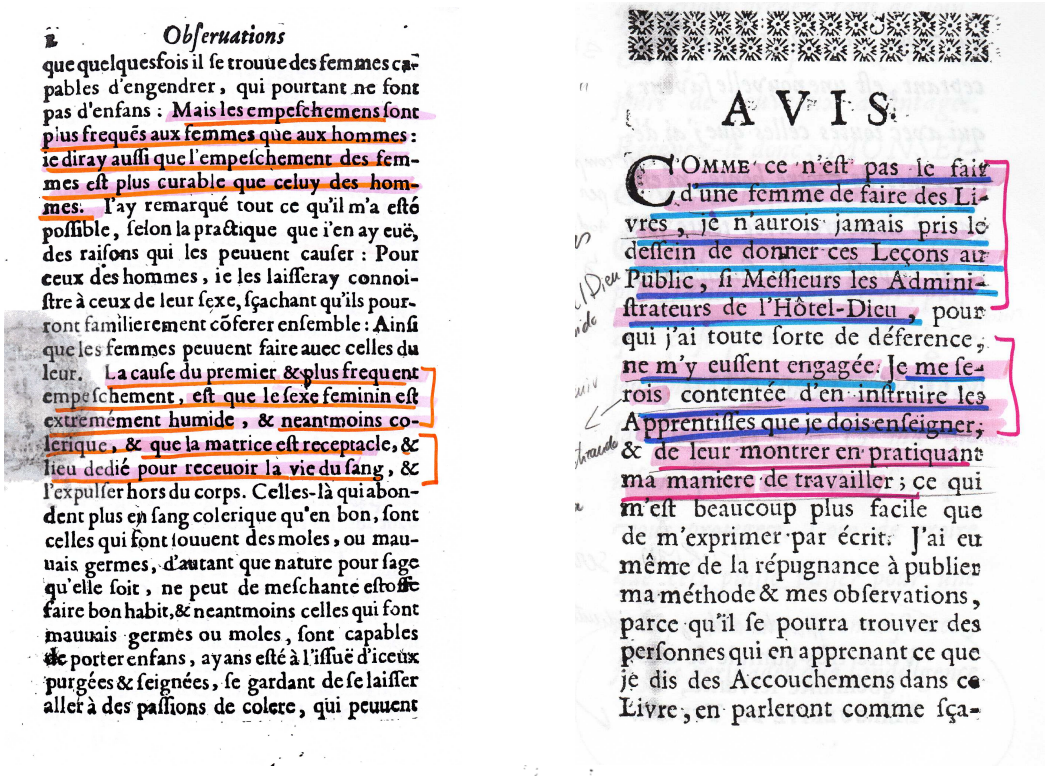
Anexo 2. **Mapa Europa del siglo XVII.**



Título Atlas Maior: "the Greatest and Finest Atlas Ever Published" ; Based on the Copy in the Österreichische Nationalbibliothek, Vienna Joan Blaeu 1662. Editor Benedikt (Verleger) Taschen.Contribuidores Joan Blaeu, P. C. J. van der Krogt. Edición reimpresa :Editor Barnes & Noble, 2006. ISBN 0760782067, 9780760782064 N.º de páginas 415.

Anexo 3. **Extracto de fragmentos originales de manuales seleccionados escritos en el siglo XVII-XVIII.**

Observations. Bourgeois 1609/1630; Instruction. De La Marche 1677/1710; The diseases. Mauriceau 1668/1727



2 *Obſeruations*

que quelquesfois il ſe trouue des femmes capables d'engendrer, qui pourtant ne font pas d'enfans : Mais les empeſchemens ſont plus frequẽs aux femmes que aux hommes : ie diray auſſi que l'empeſchement des femmes eſt plus curable que celuy des hommes. I'ay remarqué tout ce qu'il m'a eſté poſſible, ſelon la practique que i'en ay euë, des raiſons qui les peuuent cauſer : Pour ceux des hommes, ie les laiſſeray connoiſtre à ceux de leur ſexe, ſçachant qu'ils pourront familierement cõferer enſemble : Ainſi que les femmes peuuent faire auec celles du leur. La cauſe du premier & plus frequent empeſchement, eſt que le ſexe feminin eſt extremément humide, & neantmoins colerique, & que la matrice eſt receptacle, & lieu dedié pour receuoir la vie du ſang, & l'expulſer hors du corps. Celles-là qui abondent plus en ſang colerique qu'en bon, font celles qui font ſouuent des moles, ou mauuais germes, d'autant que nature pour ſage qu'elle ſoit, ne peut de meſchante eſtoffe faire bon habit, & neantmoins celles qui font mauuais germes ou moles, ſont capables de porter enfans, ayans eſté à l'iſſuë d'iceux purgées & ſeignées, ſe gardant de ſe laiſſer aller à des paſſions de colere, qui peuuent

AVIS.

COMME ce n'eſt pas le fait d'une femme de faire des Livres, je n'aurois jamais pris le deſſein de donner ces Leçons au Public, ſi Meſſieurs les Adminiſtrateurs de l'Hôtel-Dieu, pour qui j'ai toute ſorte de déference, ne m'y euſſent engagée. Je me ſerois contentée d'en inſtruire les Apprentiſſes que je dois enſeigner, & de leur montrer en pratiquant ma maniere de travailler ; ce qui m'eſt beaucoup plus facile que de m'exprimer par écrit. J'ai eu même de la répugnance à publier ma méthode & mes obſervations, parce qu'il ſe pourra trouver des perſonnes qui en apprenant ce que je dis des Accouchemens dans ce Livre, en parleront comme ſça-

(iii)

THE

AUTHOR's

Epiſtle Dedicatory.

To all my dear Brethren, the Sworn Maſter-Chirurgeons of the City of Paris.

GENTLEMEN,

WAnting a firm and ſolid Prop for the Weakneſs of my Conceptions, I will imitate the Generality of Authors, who chuſe the Protection of ſome credible Perſons, under whoſe Names to publiſh their Works to the World: But I'll not follow the Cuſtom of thoſe who dedicate them for the moſt part to Perſons wholly ignorant of the Matter treated on, from no other Inducement but a mercenary Recompence. This, *Gentlemen*, obliges me to addreſs my ſelf to you, as the only fit Judges of it, and to offer you the firſt Fruits of my Labours, which might run the hazard of being gnawed by the Worm of Envy, if not put into your Hands for Protection. I offer it in Acknowledgment of the Honour you conferr'd on me, when ſome time ſince you receiv'd me into your famous Company;

A 2

Digitalizado por Goog

Anexo 4. **Fichas clasificación datos intra e intercaso.**

Ficha de clasificación intracaso

Título del manual:

Autora:

Año escritura:

Año publicación:

Lugar publicación:

Editorial:

Formato: digital ☐ impreso ☐ / original ☐ traducido ☐

Referencia bibliográfica:

CATEGORÍA
CÓDIGO
FUENTE

SUBCATEGORÍAS

Estereotipos

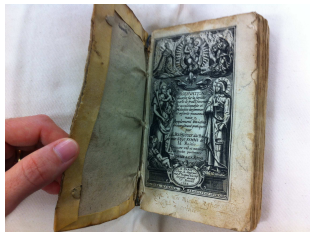
Críticas a estereotipos

Elementos profesionalizadores

Ficha de clasificación intercaso

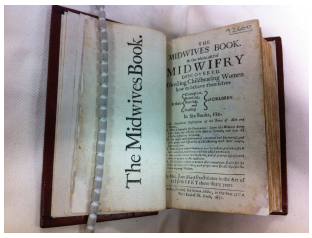
CATEGORÍA	
SUBCATEGORÍA	
Louise Bourgeois	
Jane Sharp	
Marguerite de la Marche	
Justina Siegemund	
Mauriceau	

Anexo 5. **Fotografías originales manual de Louise Bourgeois. *Observations.*** Depositado en Wellcome Library. (Bourgeois, 1609a).

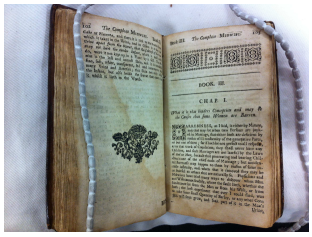
Anexo 6. **Fotografías originales manual de Jane Sharp.**

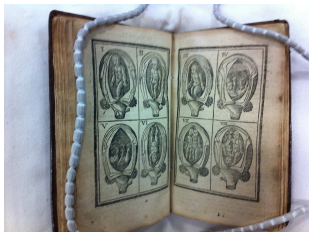
***The Midwives Book*.** Depositado en Wellcome Library. (Sharp, 1671).



The compleat midwife´s companion. Depositado en Wellcome Library. (Sharp, 1671/1724).



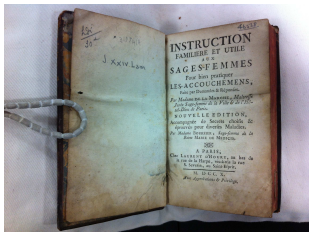
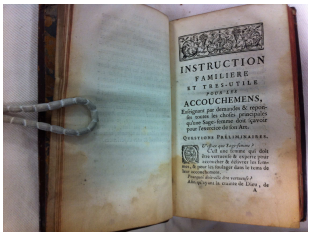
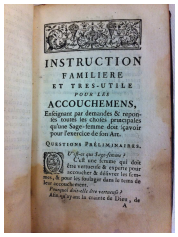
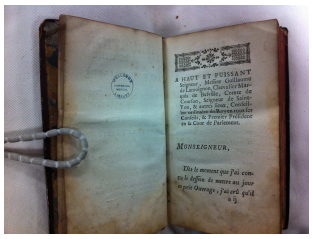





Anexo 7. **Fotografías originales manual Marguerite de la Marche.**

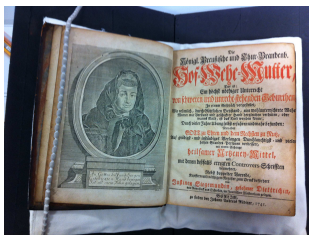
Instruction. Depositado en Wellcome Library. (de la Marche, 1677/1710a).

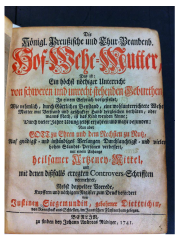
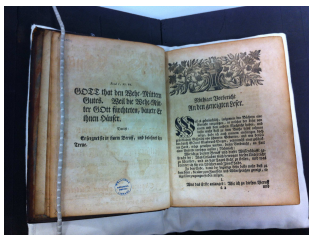
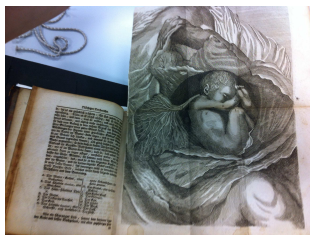
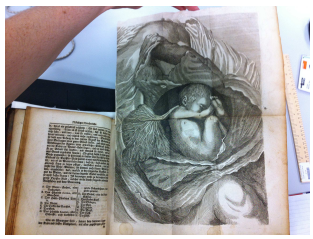
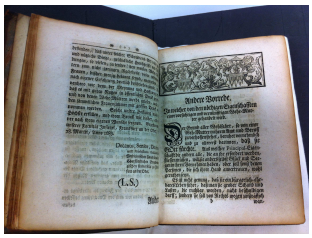
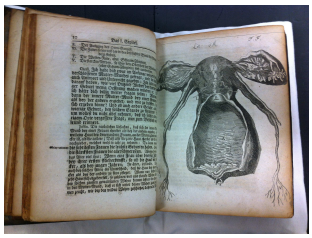







Anexo 8. **Fotografías originales manual Justina Siegemund.**

Die Königl. Depositado en Wellcome Library. (Siegemund, 1690/1741).






Anexo 9. **Iconografía: Pintura siglo XVII sobre interiores y habitaciones de parto en hogares europeos.**



Gerard Terborch . Paternal Admonition (1654-55).Oil on canvas, 70 x 60 cm. Staatliche Museen, Berlin.



Johannes Vermeer. Muchacha leyendo una carta, hacia 1657. Gemäldegalerie Alte Meister, Dresden.



Die Mutter Pieter de Hooch, 1661-1663 .Öl auf Leinwand, 92 cm × 100 cm .Gemäldegalerie, Berlin.



Hooch, Pieter de. Suckling Mother and Maid (1670-75). Oil on canvas, 64 x 76 cm. Kunsthistorisches Museum, Viena



Steen, Jan (b. 1626, Leiden, d. 1679, Leiden). Baptism ("So de oude songen, so pypen de jongen"). Oil on canvas, 83 x 99 cm. Staatliche Museen, Berlin



Steen, Jan.
Love Sickness (c. 1660).
Oil on canvas, 61 x 52 cm.
Alte Pinakothek, Munich.



Nicolaes Maes
The young mother (1665)
32.5 x 28 cm
Oil on canvas
Rijksmuseum, Amsterdam



A kraamkamer (birth-room). Watercolour, 16Probably by a Netherlandish painter, possibly a woman.
The technique is similar to that of Gesina Terborch (1633-1690).
Imagen propiedad Wellcome Library



A mother wrapping a baby in swaddling bandages, with a child, the baby's nurse, and two other servants.
Engraving by A. Bosse, (1633).
Imagen propiedad Wellcome Library



Death visits a mother and her three newborn babies. Etching after a design attributed to G.F. Barbieri, il Guercino (1591-1666). Imagen propiedad Wellcome Library

Anexo 10. **Iconografía: Hôtel Dieu de Paris.**
Imágenes extraídas de los fondos de la Wellcome Library.



The Hospital Dieu, Paris: view of the portico. Etching Apeux. Pictures | [s.n.] | 1852. Imagen propiedad Wellcome Library



The Hôtel Dieu, Paris. Line engraving by R. Wallis, 1830, after B. Ferrey after A. Pugin Ferrey, Benjamin, 1810-1880. Pictures | Robert Jennings & William Cheapside. Imagen propiedad Wellcome Library



Une salle de L'Hôtel-Dieu de Paris. (Gravure sur bois du XVIe siècle Biblioth. de Bruxelles).
Cite as Wellcome Library no. 21776i.
Subject name Hôtel-Dieu de Paris. Imagen propiedad Wellcome Library



The Hôtel Dieu, Paris: as seen from Pont St. Michel and the river. Etching by J. Huguenet after
Testard, Jacques Alphonse, b. 1810. Imagen propiedad Wellcome Library

Anexo 11. **La Obstetricia y sus instrumentos en la Temprana Edad Moderna europea a través de las imágenes compiladas por Witkowski (1887)**



Fig. 72. — Seringue employée par les accoucheurs du XVII^e siècle, pour administrer le baptême intra-utérin, d'après Mauriceau.



Fig. 73. — Instrument du docteur E. Verrier pour administrer le baptême intra-utérin. — 1. Entonnoir en métal s'adaptant au n° 2. — 2. Tube en caoutchouc de longueur suffisante pour l'usage requis. — 3. Ouverture inférieure de ce tube, terminé en forme de croix.

Jeringa después Mauriceau típica del siglo XVII y pipeta de Verrier para bautismo intraútero (Witkowski 1887, pp.145-146)

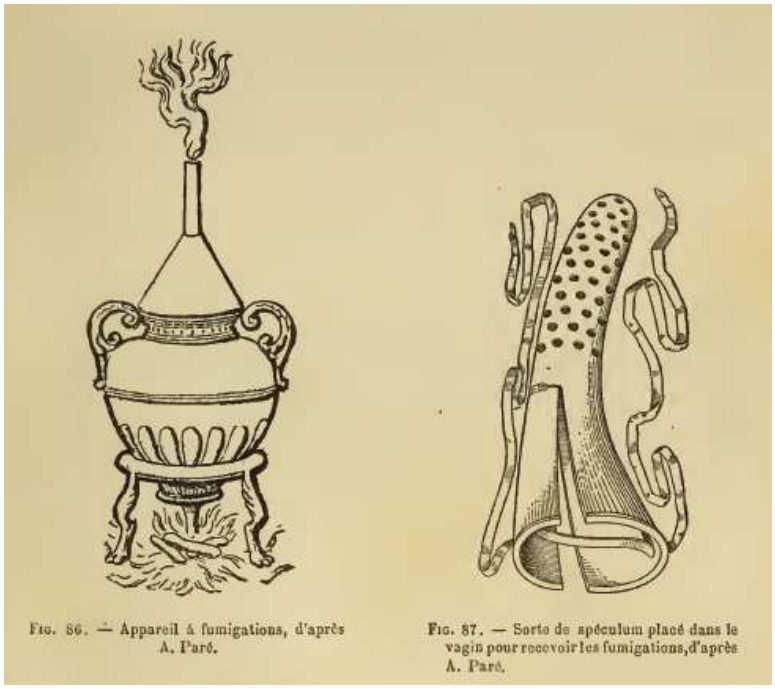


Fig. 86. — Appareil à fumigations, d'après A. Paré.

Fig. 87. — Sorte de spéculum placé dans le vagin pour recevoir les fumigations, d'après A. Paré.

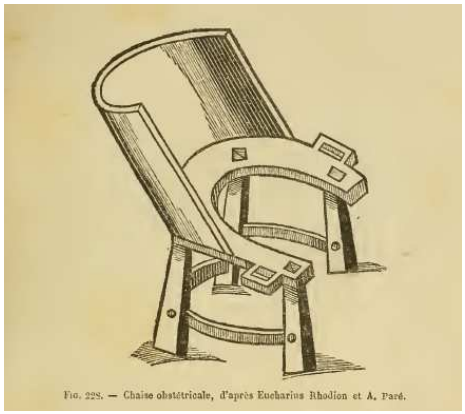
Aparato para fumigación y espéculo después de A. Paré (Witkowski 1887, p.205)

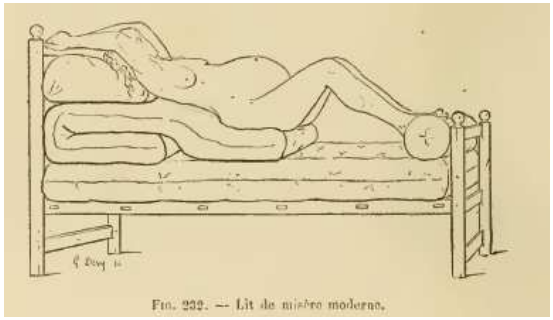


Fig. 126. — Grand irrigateur Eguisier pour douches utérines.

Irrigador para duchas uterinas. (Witkowski,1887,pp.30 apéndice).

Instrumentos para el parto


Fig. 228. — Chaise obstétricale, d'après Eucharius Rhodion et A. Paré.


Fig. 232. — Lit de misère moderne.

Silla de partos después de E. Rhodion y A.Paré y cama preparada para parto (Witkowski 1887, pp.355, 362)



Fig. 173. — Chaise de Deventer, 1701.

Silla de partos Deventer (Witkowski 1887, pp.38 apéndice).