

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Pareceres médicos en las cortes de justicia del Chile tardocolonial: las adaptaciones del lenguaje médico a los requerimientos del espacio judicial

Medical opinion in the courts of late colonial Chile. Adaptations of medical language to the requirements of the judicial space

MARIANA LABARCA

Universidad de Santiago de Chile, Chile

RESUMEN Este artículo estudia el recurso de la justicia al parecer médico para certificar heridas, golpes, causas de muerte y en general el estado de salud de personas enfermas. Se examinan certificaciones médicas registradas en archivos judiciales del Chile tardocolonial, para estudiar cómo el lenguaje médico se adaptó a los requerimientos de la administración de la justicia, ofreciendo categorías diagnósticas que fueran funcionales a la determinación de la gravedad de un delito, la culpabilidad del acusado y eventualmente su derecho a una pena remitida por razones de salud. Se reflexiona sobre la medida en que los requerimientos judiciales forzaron una toma de posición por parte del practicante de la medicina respecto de la naturaleza, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad en cuestión. Además, se ahonda en cómo la vinculación entre medicina y los tribunales de justicia funcionó como espacio de legitimación de la profesión.



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

PALABRAS CLAVE Medicina legal; enfermedades; médicos; cirujanos; justicia.

ABSTRACT This article examines the judicial system's recourse to medical opinion to certify wounds, blows, causes of death and general health condition of sick people. Drawing from medical certifications registered in judicial archives of late-colonial Chile, it studies how medical language adapted to the requirements of the administration of justice, offering diagnostic categories that were functional to assert the seriousness of a crime, the liability of the accused and, eventually, his or her right to a suspended sentence for health reasons. This article reflects on the extent to which judicial requirements forced medical practitioners to take a position regarding the nature, diagnosis, and prognosis of the illness in question. It also delves into how the connection between medicine and the courts functioned as a space for legitimizing the profession.

KEY WORDS Legal medicine; illness; physicians; surgeons; justice.

Conforme avanza el siglo XVIII, los archivos judiciales chilenos dan cuenta de cómo practicantes de la medicina, identificados como médicos o cirujanos, entregan crecientemente sus testimonios a la justicia para certificar distintas dolencias, enfermedades, heridas o causas de muerte. Encontramos reconocimientos o fe de heridas, pareceres sobre la causa de muerte en causas criminales por homicidio, certificación sobre el estado de salud de reos que solicitan traslado o libertad aduciendo malas condiciones de salud, certificaciones sobre el estado de salud de esclavos en litigios para anular una venta y, por último, informes médicos que dan cuenta del estado de salud de funcionarios que solicitan licencia por enfermedad. Esta documentación, se sugiere aquí, permite examinar desde una óptica privilegiada el proceso de configuración de los saberes médicos en Chile y las negociaciones respecto de su autoridad durante el siglo XVIII.

La historia de la salud en el Chile colonial durante los últimos años ha experimentado una revitalización a través de estudios que examinan la aparición de políticas sanitarias y proyecciones de salud pública (Cordero, 2021), materializados, por ejemplo, en campañas de vacunación contra la viruela (Caffarena, 2016, 2020). También se han desarrollado estudios sobre la cultura médica y los libros de medicina (Labarca, 2020, 2021, 2023), sobre el escenario variopinto y diverso que caracterizó a la práctica médica formal e informal del territorio (Sanzana, 2023), el desarrollo de la botica (Gutiérrez, 2024) o sobre la vida conventual como espacio terapéutico (Fuentes, 2022). Una mención especial, dado el objetivo de este trabajo, requieren los estudios que ha desarrollado Tamara Araya, quien ha examinado las vinculaciones entre medicina y justicia a partir del rol de los pareceres médicos en juicios de redhibitoria (Araya, 2019, 2020, 2021).

La propuesta que anima este estudio es que los archivos judiciales otorgan la oportunidad de adentrarse en el universo de los practicantes de la medicina y cómo estos interactuaron con el sistema judicial. Permiten, en particular, examinar los lenguajes médicos transpuestos bajo las lógicas de la administración de la justicia, pero también iluminan sobre el proceso de validación en el cuál estaban insertos los practicantes de la medicina en el mundo moderno. Según ha planteado Schmitz (2024), los archivos de la justicia civil, criminal y eclesiástica permiten soslayar el vacío de fuentes producido por la ausencia de archivos pertenecientes al Tribunal del Protomedicato que afecta a los territorios de la corona española. Los archivos judiciales entregan información respecto del pluralismo médico, las disputas y la reputación de los practicantes de la medicina, además de entregar información sobre el elusivo espacio de la experiencia del estar enfermo y del proceso de sanación (Schmitz, 2024, p. 66, Gómez, 2017).

El cruce entre medicina y la justicia en los tribunales de Antiguo Régimen ha sido objeto de atención de una historiografía que ha destacado cómo la administración de la justicia abrió un campo fecundo para la negociación respecto de la experticia sobre los saberes del cuerpo y las formas de acceder a conocimiento cierto respecto de él (Clark & Crawford, 1994; De Renzi, 2002; Pastore, 1998; Watson, 2020). Desde el siglo XVI y con mayor frecuencia a partir del siglo XVII, los jueces recurrieron a peritos médicos para que estos entregaran su opinión respecto de las señales del cuerpo en procesos criminales con resultados violentos y de muerte. El estudio de estos testimonios escritos constituye el punto de observación que utiliza este artículo para adentrarnos en el lugar del saber médico en los tribunales hispanoamericanos, y en particular, ahondar en las estrategias lingüísticas y semánticas de este tipo de testimonios. Este ámbito de estudio, muy fecundo para el caso de Europa, ha sido menos visitado para el caso de Latinoamérica, salvo el aporte de Adriana Alzate respecto de los reconocedores médicos en Nueva Granada (Alzate, 2018) y Tamara Araya para el caso del Chile colonial (Araya, 2017, 2020, 2021). El Chile del siglo XIX, en cambio, ha sido objeto de mayores estudios respecto de la disputa del saber médico por constituirse en peritos reconocidos ante los ojos de la justicia republicana (Correa, 2012, 2013, 2017; Fabregat, 2019, 2022).

Según ha señalado Alessandro Pastore para la Europa de los siglos XVI al XVIII, es posible encontrar analogías entre la argumentación judicial y la médica en términos como “conjetura” y “prueba”. Propone que al estudiar los escritos entregados por peritos, entre ellos los médicos, debemos examinar con particular atención el uso de las palabras y sus variaciones de significado, para sopesar el peso que se le asigna a los medios probatorios y a la autoridad del perito (Pastore, 1998, pp. 13-116). En este sentido, las intervenciones de los médicos para develar los signos del cuerpo herido o fallecido deben ser leídas dentro de un marco en el que su propia autoridad no se

encontraba ganada. En la Europa Moderna, a partir de la publicación de las *Questiones medico-legales* de Paolo Zacchia (1621-1641), médicos, cirujanos y barberos pujaron por conquistar la prerrogativa exclusiva de entregar un parecer técnico en los tribunales, empresa cuyos logros fueron desiguales tanto en la justicia civil y criminal, como en la justicia eclesiástica (Brambilla, 2010; Clark & Crawford, 1994; Mandressi, 2006; Pastore & Rossi, 2008; Watson, 2020).

Este artículo propone que la información contenida en las intervenciones escritas presentadas por practicantes de la medicina ante el sistema judicial y administrativo de la Capitanía General de Chile dependió de los propósitos de cada escrito. Se examinarán aquí 4 tipologías: fe de heridas, determinación de la causa de muerte, testimonios sobre la salud de esclavos en juicios de redhibitoria y certificaciones médicas sobre el estado de salud de personas que solicitaban traslado o licencia por enfermedad. Dentro de ello, parece importante examinar el peso jurídico del “he reconocido”, “he examinado” y “certifico” emitido por quienes declararon ser médicos y cirujanos en este tipo de narrativas. En otras palabras, me propongo investigar cuáles fueron las estrategias discursivas de médicos y cirujanos al momento de testificar ante la justicia para validar su saber, en un contexto en que las profesiones sanitarias no poseían el estatuto de autoridad indiscutida que lograrían en los años venideros. Médicos y cirujanos, al testificar ante la justicia y las autoridades de gobierno, debían al mismo tiempo dar su parecer y demostrar que su parecer era certero e indiscutible. Junto a ello, se debe tener en consideración el peso jurídico que tenía el parecer médico en los tribunales y las prácticas de buen gobierno, en circunstancias en que lo que ellos declararan podía cambiar el curso de un proceso (Araya, 2020). En este sentido, es necesario tener en cuenta también que la información contenida en la certificación dependía de la finalidad del testimonio que se estaba entregando, lo que moldea el lenguaje médico, las cartografías corporales y las nosologías entregadas por los testificantes (De Renzi, 2007; Pastore, 1998).

La descripción de una herida calificaba la gravedad del delito cometido por su perpetrador y podía resultar determinante por tanto en el dictamen de la pena, mientras la identificación de una causa de muerte podía exculpar a un acusado o confirmar su autoría sobre el delito. La caracterización de los síntomas de la enfermedad de un prisionero podía justificar su traslado y la descripción de los impedimentos listados dentro de las consecuencias de una enfermedad podían servir para justificar el traslado de un funcionario de gobierno a un espacio con clima más benigno o de condiciones más acordes a la dolencia documentada. La determinación de la historia de una enfermedad, con su temporalidad y consecuencias, también podían servir para justificar la anulación de la venta de un esclavo (Araya, 2017). En este sentido, las certificaciones médicas en tribunales no pueden ser examinadas con independencia del contexto en el cuál aparecen.

Fe o reconocimiento de heridas

La instancia más común en que practicantes de la medicina aparecen testificando ante los tribunales de justicia en la Capitanía General de Chile durante el siglo XVIII es para entregar una “fe de heridas” o hacer “reconocimiento” de las heridas. Este tipo de certificación aparece en causas criminales donde hay involucrados actos violentos, muchos de los cuales tipificadas bajo la figura de pleitos por injurias o juicios por lesiones sin consecuencia de muerte¹. Los reconocimientos o certificaciones de las heridas en causas judiciales podrían ser realizado por escribanos y autoridades locales, pero también fue común recurrir a cirujanos, médicos y otros practicantes de la medicina para que entregaran su visión sobre los hechos a partir de los signos revelados por el cuerpo agredido.

En estos casos, la parte agraviada generalmente era la más interesada en probar que los actos violentos cometidos en su contra le habían causado heridas de gravedad, lo que hacía necesario establecer de qué tipo de heridas se trataba y cuáles eran sus características y señales visibles: tamaño, profundidad, órganos, huesos y nervios involucrados. Este tipo de certificación suele ser muy específica respecto de la ubicación física de la herida. Importaba esclarecer si se encontraba en la cabeza, en las extremidades o en el tórax, cuáles eran los órganos involucrados y sus características observables. Los reconocimientos de heridas se enmarcaban en las coordenadas del mapa corporal manejado en la época, un cuerpo que era examinado con la mirada y el tacto: su color, el estado de su materia, sus medidas; en suma, el examinador debía ordenar y evaluar los indicadores o signos que entregaba el cuerpo (De Renzi, 2007). Además, generalmente se indicaba cómo habían sido infligidas: si con instrumentos cortopunzante, palos, golpes de puños, pateaduras o pedradas.

Por ejemplo, el “médico” Agustín Gastaldegui, que ejercía en el valle de Putaendo, en el norte de la Capitanía General, hizo una fe de heridas en 1801 que declaraba que la víctima tenía “dos heridas la una en la sima de la ceja del ojo derecho de largo de dos dedos juzgando su profundidad... hasta el hueso”, y la otra se encontraba “en la mediación del perfil de la nariz” y tenía el largo de un dedo y era de profundidad subcutánea. Además tenía “una tumorosidad o contusión resultado de algún golpe en la cabeza en el mismo lado derecho desde la misma juntura del cráneo hasta cerca de la sien del mismo lado encima de la vena sienética y por el frente hasta la vena susana”². En este caso, el querellante quería probar que se encontraba herido de gravedad con

1. Los pleitos por injurias han sido estudiados a profundidad por María Eugenia Alborno, quien aboga por una historia de los sentires y las subjetividades codificada en diversas voces y usos de la justicia (Alborno, 2015).

2. ANHCH, Capitanía General (en adelante, CG), vol. 107, pieza (p.) 58, f. 395. Se ha modernizado la ortografía en todas las citas para facilitar su comprensión.

peligro de vida, para lo que solicitó que se mandara al médico Gastaldegui a hacer la fe de heridas. De acuerdo a la solicitud, el juez delegado de San Felipe decretó que éste “reconozca las heridas (no obstante de estarlo por el diputado Don Francisco Xavier Cortéz) y certifique su número y calidad”³. A consecuencias de esta certificación fueron dadas por probadas las heridas infligidas en el cuerpo del querellante, pero ello no determinó el resultado del proceso, en el sentido que tanto el querellante como el querellado fueron hallados culpables de exceso y dignos de reprehensión.

Este tipo de certificaciones médicas tienden a ser cortas y precisas: se remiten a describir la herida y cómo su forma devela la manera en que fue ejecutada, para luego establecer qué consecuencias había tenido para la persona agredida: cómo había sido su evolución, si había involucrado peligro de muerte, si había tenido consecuencias invalidantes. El médico o cirujano debía certificar “el estado, clase, y circunstancias de la herida”⁴. Aquí los practicantes de la medicina aprovechaban de establecer si es que las heridas y lesiones requerían cuidado médico. Con ello, estas certificaciones además cumplían la función de justificar la solicitud de pago por curaciones y medicinas a la parte agraviada, muy comunes en los pleitos por injurias.

La fórmula en estos casos unía el “he reconocido” con el “he estado medicinando” o “asistiendo” en sus heridas a la persona enferma. Como el cirujano Bonifacio Villarreal, quien en 1800 declaró: “he reconocido y estado medicinando, a la persona de Camilo Ríos unas contusiones, en las espaldas, y también una pequeña herida en el vientre superior, o cabeza más otra contusión en la garganta... en este caso pronostico ser simple aunque necesita por algunos días, amás de los corridos del auxilio médico”⁵. Ríos declaró que “los médicos ordenaron” que se le hicieran dos sangrías, lo que requería un pago que debía ser cubierto por el agresor. En efecto, Bonifacio Villarreal recibió por orden de la justicia nueve pesos por el reconocimiento de las heridas y su curación. Así, no deja de ser interesante reparar en el hecho de que los cirujanos, al ofrecer su visión técnica sobre las heridas provocadas, aprovecharan de asegurar su paga. El cuerpo agredido operaba como testigo mudo de las curaciones de que debía ser objeto, apareciendo así como justificación para la paga del practicante de la medicina.

3. ANHCH, CG, vol. 107, p. 58, f. 394.

4. ANHCH, CG, vol. 317, p. 17, f. 282v.

5. ANHCH, Real Audiencia (en adelante, RA), vol. 2788, p. 7.

Como se dijo arriba, si bien es más frecuente que este tipo de certificaciones las hicieran los cirujanos, las fe de heridas en la mayor parte de las ocasiones no las hacían personas que contaran con licencia para ejercer cirugía, muchas veces por la falta de ellos en la localidad en cuestión, lo que redundaba en que las hicieran autoridades locales. Pero sí encontramos varios casos en que estas certificaciones son realizadas por quienes dicen ser médicos o cirujanos. No queda claro, en este sentido, que el recurso a la opinión médica dependiera en Chile de la complejidad o controversias suscitadas en torno al caso, como ha observado Adriana Alzate para el caso del Nuevo Reino de Granada en el mismo período (Alzate, 2018).

En el espacio judicial de Chile del siglo XVIII es posible encontrar certificaciones de médicos y cirujanos con licencia oficial para ejercer la medicina, como la de Bonifacio Villarreal, el mismo cirujano del caso anterior, que declaró estar medicinando a un hombre en la cárcel por “una herida penetrante de pecho situada en la espalda”, hecha “al parecer” con instrumento cortopunzante, de una pulgada y media de diámetro que era “en su esencia mortal”⁶. Es decir, una descripción que podría haber realizado cualquier observador sin las credenciales de Villarreal. Y encontramos otras en que médicos y cirujanos son mucho más generosos en su recurso a categorías propias del mapa anatómico de la medicina moderna, como la certificación dada por el bachiller en medicina Cipriano Mesías, quien señaló: “encontré una cicatriz en la mano izquierda, encima de los tarsos, la que ocasiona no tener el movimiento natural, hasta que se repongan a su estado, los ligamentos, o músculo inciso, pero no queda impedido, de dicha mano, solo si con alguna imperfección, [ilegible] se fortalece, la pérdida de substancia, que tuvo, ocasionada de dicha herida”⁷.

La descripción ofrecida por Mesías a los odores de la Real Audiencia es muy interesante, de partida porque confunde los huesos del tarso (huesos del talón y empeine) con los del carpo (huesos de la muñeca), que es su equivalente en la mano⁸. Tampoco nombra los músculos que rodean los huesos del carpo, que se encuentran dentro de los involucrados en el movimiento de la muñeca. La literatura médica que circuló en Chile durante el siglo XVIII de origen español describía muy precisamente esta anatomía. Según señalaba Juan de Dios López en su *Compendio anatómico*, el movimiento del carpo dependía de 5 músculos: el cubital interno y externo, el radial interno y externo y el palmar (1750, p. 187). Resulta significativa la confusión de Mesías entre el tarso y el carpo porque sabemos que entre los libros de su biblioteca se encontraba

6. ANHCH, RA, vol. 2758, pieza 2, f. 8-8v.

7. ANHCH, CG, vol. 105, pieza 17, f. 422.

8. La estructura anatómica de las manos está compuesta por los huesos del carpo (muñeca), del metacarpo (palma) y falanges. En cambio, los huesos equivalentes del pie reciben los nombres de tarso, metatarso y falanges. Estas denominaciones se conservaron a lo largo del tiempo en la medicina occidental.

el *Compendio anatómico* de López, que identifica muy meticulosamente la estructura ósea, los nervios y los músculos del cuerpo humano. Dentro de su biblioteca, poseía además varios libros de cirugía y uno de anatomía que no ha podido ser identificado⁹.

Esta descripción puede ser comparada con la firmada en 1689 por el cirujano Joseph Antonio Ladrón de Guevara y el visitador de la orden de San Juan de Dios Fray Jorge Ochoa García sobre las heridas de un soldado agredido en prisión¹⁰. Declararon “que la herida que tiene es en la parte alta de la región del hígado en los músculos intercostales [que] están entre las costillas falsas dada al parecer con instrumento pungente... es peligrosa por estar encima de miembro principal y que no se puede descubrir porque no le visite el aire ambiente” pues de ello resultarían mayores accidentes¹¹. En este caso también encontramos referencias precisas a las regiones y órganos del cuerpo herido, sugiriendo un conocimiento de la anatomía del cuerpo humano sin necesidad de examinarla con las manos: región donde se ubica el hígado, músculos intercostales, costillas falsas. Ladrón de Guevara participó por los mismos años en una de las autopsias más precisas que se pueden encontrar en la documentación chilena de esta época, como veremos más adelante.

Si comparamos las certificaciones entregadas por quienes dicen ser o son reconocidos como médicos y cirujanos, con los reconocimientos de heridas realizados por escribanos u otras autoridades locales, pareciera ser que los segundos únicamente describen lo que ven, sin recurrir a denominaciones propiamente médicas: identifican la parte del cuerpo afectada con su denominación popular, describen la longitud de la herida y si la herida sangra, aventuran el arma que pudo provocar la agresión. Pero no siempre es posible establecer una diferencia clara con las certificaciones entregadas por médicos y cirujanos, quienes no necesariamente recurren a terminologías más técnicas. Eso sí, en general pareciera que quienes no pertenecían al oficio de la medicina no interactuaban con el cuerpo damnificado: sus descripciones sugieren que no lo tocan, solo observan. Incluso, en ocasiones señalan que no pueden dar más indicaciones respecto de las características de la herida porque esta se encuentra tapada, por ejemplo, por el pelo¹². Suelen además hacer referencia a los signos de agresión que habían quedado en la indumentaria. En resumidas cuentas, todo parece indicar que

9. ANHCH, ES, vol. 850, f. 318-320v. Inventario de los bienes del difunto Cipriano Mesías, realizado en 1787. La biblioteca inventariada tiene 33 títulos, de los cuales 24 eran de medicina y cirugía, y dos de anatomía: el *Compendio anatómico dividido en cuatro partes* de Juan de Dios López y una “Anatomía de Auron”, que no hemos podido identificar.

10. La orden de San Juan de Dios estaba a cargo de la administración del Hospital San Juan de Dios de Santiago (Laval, 1935).

11. ANHCH, CG, vol. 123, p. 11, f. 209.

12. ANHCH, CG, vol. 104, p. 17, f. 228v.

el recurso a un lenguaje técnico especializado de la medicina en realidad dependía de las características del pleito, de cuan contenciosa pudiera resultar la certificación y cuánto se encontraba en juego con sus resultados. Esto queda más claro en los juicios relativos a homicidios y en las redhibitorias, como veremos más adelante.

Generalmente cuando quien da la fe de heridas no era médico o cirujano (o no era reputado como tal), los jueces indican que no se había podido encontrar “cirujano que dé fe o haga reconocimiento” de la herida¹³. En principio, las autoridades llamadas en reemplazo de un cirujano describían lo que podían ver y a veces comprobar materialmente: una herida hecha con instrumento cortopunzante por atrás de la oreja izquierda en la cual se puede introducir un palo en dirección al cerebro y otra herida en la garganta de profundidad de poco más de un “xeme” en dirección a la “olla y caja de el cuerpo”¹⁴. O también una herida “encima de la cabeza” ejecutada con espada “que tocó y quebró el hueso de la cabeza”¹⁵. En cambio, los practicantes de la medicina tendían a ser más precisos en la nomenclatura de la anatomía humana: El médico Bartolomé Díaz de Coronilla en 1808 declaró que se encontró en la Real Cárcel un cadáver “con tres heridas hechas con instrumento cortante y punzante, una en la parte anterior, y algo lateral al lado izquierdo del vientre, atravesando el vaso y los intestinos, otra en la parte lateral, y algo posterior al lado derecho entre la última y penúltima costillas falsas penetrando el hígado por su lóbulo posterior hasta el vientre con efusión considerable de sangre, de una y otra, y la tercera en la parte media y anterior del antebrazo, hecha de arriba y abajo interesando los músculos: las dos primeras por su situación y destrozo son mortales de necesidad y la tercera curable”¹⁶.

Es interesante porque en los reconocimientos de heridas es difícil evaluar el estatus del médico o cirujano que realiza la certificación. Para el Nuevo Reino de Granada, Adriana Alzate ha señalado que reconocedores con títulos certificados de medicina y cirugía convivían con reconocedores legos cuya validación se basaba en el público reconocimiento (Alzate, 2018). En el caso de Chile, si bien coexisten varios tipos de figuras y no siempre parece importar si el reconocedor posee títulos para entregar su certificación, en varios casos la autoridad del reconocedor es puesta en duda. En algunos casos, se trata de médicos o cirujanos consultados directamente por las autoridades locales, el fiscal del crimen o los oidores de la Real Audiencia. Generalmente

13. ANHCH, RA, vol. 1898, p. 1, f. 13v.

14. Fe de heridas del escribano Pablo Góngora, 1778. ANHCH, RA, vol. 1302, pieza 2, f. 102v. “Xeme”: “La distancia, que hai desde la extremidad del dedo pulgar à la del dedo índice, que sirve de medida”. Diccionario de Autoridades, 1726-1739, en <https://webfrl.rae.es/DA.html>, revisado el 16 de junio de 2025.

15. Fe de heridas de Domingo Madariaga, diputado de San Fernando, 1793. ANHCH, RA, vol. 1302, p. 3, f. 189.

16. ANHCH, RA, vol. 2115, p. 19, f. 136.

estas peticiones se dirigen a personas que ya habían entregado antes su opinión experta a la justicia. Pero en otros casos, se recurre a personas reputadas como médicos, como fue el caso de la certificación de 1801 escrita por Agustín Gastaldegui de San Felipe, en el Valle de Putaendo, citado más arriba. Lo interesante es que Gastaldegui había sido acusado de practicar la medicina sin licencia en 1795. En esa ocasión, Don José Silvestre de la Torre, “de profesión cirujano”, denunció ante el Subdelegado de la Villa de San Francisco de la Selva, en Copiapó, al “médico” Agustín Gastaldegui por ejercer indebidamente la medicina, declarando que no tenía “práctica ninguna” pues había ejecutado varias cirugías con resultados fatales, recetaba medicamentos equivocados y sus enfermos morían producto de sus escisiones, lo que a juicio del denunciante daba cuenta de su falta de formación¹⁷.

Por un lado, el subdelegado informó que las malas prácticas de Gastaldegui eran públicas y notorias, pues había oído repetidas veces que Gastaldegui “es muy indolente en su oficio de medicina”¹⁸, se negaba a asistir a enfermos o simplemente los abandonaba y, encima de ello, se quejaba por la paga, que encontraba siempre insuficiente. Por otro lado, varios testigos afirmaban que además era jugador y dado a la embriaguez, lo que lo volvía “loco” y “dislocado”. Las acusaciones se dividieron en dos. Por un lado, los testigos declararon que en sus estados de embriaguez practicaba operaciones quirúrgicas “contra la especulativa de la ciencia quirúrgica” “a causa de tener las potencias turbadas”¹⁹. Por otro lado, los testigos declararon que practicaba la medicina y la cirugía sin tener la pericia ni los títulos necesarios. La gobernación general declaró que esto se debía a que en los lugares más alejados solían llegar curanderos y charlatanes por la falta de médicos y cirujanos con licencia del Protomedicato para ejercer la medicina²⁰, pero a la vez se indicó que ello no se podía evitar completamente porque estos practicantes igualmente aliviaban el sufrimiento de los enfermos, en circunstancias en que el gobierno no estaba en capacidad de garantizar el acceso a médicos y cirujanos acreditados en todo el territorio²¹ (Caffarena, 2016; Cordero, 2021). En atención a esto, el castigo determinado para Gastaldegui fue el destierro de Copiapó y la prohibición de practicar la medicina. Entonces, ¿cómo podemos en-

17. ANH, CG, vol. 289, p. 1, f. 2.

18. ANH, CG, vol. 289, p. 1, f. 3.

19. ANH, CG, vol. 289, p. 1, f. 5v.

20. El Protomedicato era la institución encargada de entregar licencias para el ejercicio de la medicina, examinar cirujanos y supervisar las boticas. Hasta 1786, Chile dependió del Protomedicato de Lima, pero en la práctica, el otorgamiento de licencias estuvo a cargo del Cabildo de Santiago (Laval, 1958).

21. Estudios recientes sobre la historia de la medicina en Chile han sugerido que para el siglo XVIII se desarrollan políticas y prácticas de gobierno que dan cuenta de la existencia de una noción de salud pública (Caffarena, 2016; Cordero, 2021).

tender que 6 años después figure dando testimonio judicial para una causa criminal seguida en el Valle de Putaendo, en San Felipe, es decir, varios cientos de kilómetros al sur de Copiapó, y bastante cerca de Santiago? Todo apunta a que, por un lado, efectivamente la fiscalización de la práctica sin licencia escapaba las posibilidades de la administración colonial. Pero por el otro, indica que la misma escasez de profesionales certificados obligaba al sistema de administración de la justicia a recurrir a “peritos” sin solicitarles una certificación que acreditara sus credenciales médicas.

Certificado de reconocimiento de las heridas en causas por homicidio

Otro tipo de certificaciones médicas son las otorgadas por médicos o cirujanos en causas criminales por homicidio. Este tipo de certificaciones son similares a las anteriores, pero en estos casos se trataba de establecer si las heridas propinadas habían efectivamente producido la muerte del agredido o si esta se había producido posteriormente por otra causa. El modelo se repite: se describen las características visuales de las heridas que presenta el cuerpo del difunto, se especifican las zonas y órganos del cuerpo involucrados, se da cuenta de la evolución temporal seguida por las lesiones desde el momento en que habían sido infligidas y se indica el arma que las pudo haber ocasionado.

En estas certificaciones era vital determinar la causa de muerte. Muchos de estos procesos criminales derivan de una agresión producida en un contexto de violencia interpersonal: causas que, de no haber terminado con la muerte de uno de los contrincantes, hubieran sido pleitos por injurias o causas criminales por lesiones. Por ello, era muy importante que el cirujano o el médico estableciera claramente si la causa de muerte se derivaba de las lesiones producidas en la reyerta o si bien la persona había fallecido por un mal cuidado o una enfermedad posterior. En este frente los practicantes de la medicina que entregaban certificación en algunos casos habían estado involucrados en la curación del herido, lo que volvía muy importante convencer a los jueces que la muerte se había debido a la gravedad de las heridas propinadas y no a una mala práctica en las curaciones aplicadas y medicinas recetadas.

Lo vemos en la certificación del cirujano Joseph de Arcirio en una causa por homicidio de 1733, quien declaró haber curado al herido antes de fallecer, encontrándolo con “una herida en el hombro izquierdo la que penetraba por entre hueso homo o espaldilla interiormente”. En ese momento halló, según su “experiencia”, que era mortal, a pesar de lo cual “lo curó con grandísimo trabajo por no poderle sujetar el flujo de sangre con resuello por la herida”. Realizó su cura “poniendo todo su esmero [con] medicinas y cuidado”, a pesar de lo cual “nunca pudo conseguir mejoría en el herido” hasta que falleció de la “misma herida sin haberle provenido otra”²².

22. ANHCH, CG, vol. 306, p. 16, f. 270v-271.

Como en las otras certificaciones, los practicantes de la medicina que entregaban su certificación nombraban los órganos y partes del cuerpo involucradas, dibujando la cartografía corporal compartida en la época: nervios, tercera cavidad del abdomen, vísceras, pulmones, vaso, intestinos. Como la certificación del cirujano Bonifacio Villarreal, quien en 1798 declaró en un juicio por homicidio que el difunto tenía tres heridas “al parecer hechas con instrumento cortante, y punzante situadas la una en la sien siniestra, la otra en la mano estas de ninguna consideración y la tercera en la cavidad del abdomen o vientre inferior la que le ha causado la muerte a efecto de haberse interesado varias vísceras por cuya causa era mortal”²³.

Como en todas las certificaciones, el propósito judicial de la declaración del cirujano o médico determinaba la información que su certificación debía contener. En este caso, se trataba por sobre todo de determinar la causa de muerte, que en la ausencia de autopsias se reducía a establecer si las heridas o contusiones que tenía la persona fallecida habían ocasionado el deceso o si este había ocurrido después por causas desvinculadas al hecho de violencia bajo escrutinio en el proceso judicial.

Durante el siglo XVIII no estaba extendida la práctica en Chile de realizar autopsias para establecer la causa de muerte, por lo que es muy difícil dar con ellas en la documentación judicial del período. Se ha podido encontrar una autopsia de 1693, la cual destaca tanto por su acuciosidad y nivel de precisión de lenguaje, como porque estuvo a cargo de tres facultativos. Se trata de la autopsia del difunto Juan Gutiérrez Casaverde, realizada en el contexto de un proceso por supuesto maleficio practicado por su esposa Juana de Codozero (Plaza, 2012; Valenzuela, 2013)²⁴. La autopsia fue ejecutada por los cirujanos Pascual Martínez Junco y Joseph Ladrón de Guevara y supervisada por el médico Joseph Dávalos, este último llamado en su calidad de médico tratante del difunto y teniente de Protomédico (Laval, 1958).

El cuidadoso examen del cadáver les permitió determinar que la muerte de Gutiérrez se debía a causas naturales. Los dos cirujanos y el médico llegaron a la conclusión que se trataba de una muerte por causas naturales, premunidos no solo del argumento de que no era posible identificar trazas de veneno en el cadáver, sino que además del conocimiento previo que los tres tenían de la enfermedad que había aquejado al difunto. Esta enfermedad, diagnosticada como melancolía hipocondríaca y “gota coral” -es decir, epilepsia-, fue identificada por los facultativos como la verdadera causa de su muerte. Aquejado por ella, el mismo Gutiérrez había consultado a los tres por separado, y los tres habían dado al enfermo por desahuciado, al no poder encontrar un tratamiento eficaz para poder curarlo. De hecho, durante el proceso para determinar la culpabilidad de la esposa por haberle administrado a su marido sesos de

23. ANHCH, RA, vol. 2793, p. 3, f. 152.

24. ANHCH, RA, vol. 2529, p. 2, ff. 16-

asno (uno de varios recursos terapéuticos que le fueron sugeridos por personas de origen indígena y africano), se requirió también el parecer de los tres practicantes de la medicina respecto de la enfermedad que había aquejado tan violentamente al difunto durante sus últimos años. Según declaración del cirujano Joseph Ladrón de Guevara, el enfermo le había comunicado “que padecía continuamente del estómago, con palpitación de corazón, y pasiones y que le iba causando melancolía, y sinsabor la dicha melancolía, y arraigada, y habiéndose pasado espacio de tiempo le repitió dicha enfermedad violentamente con gota coral”²⁵.

Salta a la vista cómo esta certificación, que describe una enfermedad dando más claves respecto de sus indicadores y síntomas, es muy diferente a las certificaciones de heridas que veíamos más arriba. Mientras las otras se centraban en una descripción de las señales visuales de una herida, esta describe no solo los rastros visibles dejados por una enfermedad en el cadáver, sino que además se detiene en informar sobre las características de la enfermedad que había aquejado al difunto, su sintomatología y sus manifestaciones principales. Todo con el fin de demostrar que la causa de muerte era la enfermedad que el hombre padecía hacía años y no producto de un veneno administrado por su esposa. Para ello, además, los facultativos informaron sobre la baja vinculación que existía en los estudios médicos respecto del poder de los sesos de asno para envenenar y causar la muerte.

Si nos detenemos en la autopsia, volvemos a observar la vinculación entre las molestias que sentía el enfermo, con su melancolía y su epilepsia, reconocible en el orden que se siguió en la observación del cadáver para realizar el escrutinio²⁶. Se examinaron las tres cavidades del cuerpo humano: abdomen, caja torácica y cerebro, siguiendo este orden. En el abdomen, se observó el estómago, los intestinos, el bazo y el hígado. Por ejemplo, respecto de este último, señalaron que “hallamos con alguna sequedad o adstricción de la figura en que debe estar y es por esa causa de la malignidad de dicho humor por estar contigua la dicha vejiga al dicho miembro”²⁷. Luego se procedió a disecar el tórax, hallando los pulmones con “alguna sequedad” y zonas negras, pero sin que se pudiera determinar que se debiera a agentes externos. Luego se examinó cuidadosamente el cerebro, respecto del cual se informó que la “pía mater” se encontraba inflamada, lo mismo los nervios ópticos. Por último, “en la substancia medular” entre el “grueso basilar” en el seno del cerebelo encontraron “porción de humor de consistencia mediocre entre acuosa y mucilaginosa con color cetrino”, lo que indicaba que los espíritus animales no habían estado operando correctamente antes del dece-

25. ANHCH, RA, vol. 2529, p. 2, f. 22.

26. La melancolía hipocondríaca era un mal que se originaba en los hipocondrios, generando humores que viajaban al cerebro, lo que ocasionaba la melancolía. Véase (Haskell, 2011; Labarca, 2025).

27. ANHCH, RA, vol. 2529, p. 2, f. 20.

so, a causa del predominio de la cólera y “algunos sueros y excrementos”²⁸. En base a esta información, los facultativos determinaron que la causa de muerte había sido el exceso de humor colérico y melancólico, relacionando los hallazgos encontrados en el cerebro del difunto con la epilepsia y melancolía hipocondríaca que había padecido²⁹.

La autopsia practicada al cadáver de Juan Gutiérrez Casaverde constituye un documento anómalo en los archivos judiciales del Chile colonial. Destaca por la información entregada respecto de los órganos, su disposición y estado, y por las referencias al lugar que la medicina de la época adjudicaba a entidades como los humores y los espíritus animales. Además de describir el estado en que se encontraba el cadáver, el médico y los cirujanos que firmaron el informe registraron el razonamiento que realizaron para determinar la causa de muerte, algo que pocas veces quedó registrado en este tipo de documentación. Como veíamos arriba, en el caso de causas de muerte producidas por golpes y heridas, los cirujanos se contentaban con declarar que las heridas o contusiones habían causado la muerte, sin entrar en detalles de por qué o como, es decir, sin entrar en detalles respecto de cómo se había producido el colapso a nivel fisiológico.

Certificaciones médicas en juicios de redhibitoria por enfermedad

Otras causas judiciales que recurrían a certificación médica eran las redhibitorias por enfermedad, es decir, juicios en los que un comprador o compradora solicitaba la anulación de la venta de un esclavo o esclava aduciendo como tacha una enfermedad desencadenada con anterioridad a la venta (Araya, 2017). Este tipo de certificaciones tienden a ser más largas que los reconocimientos de heridas, sobre todo porque recurren a terminología médica centrándose más en describir la enfermedad y sus síntomas, y deteniéndose en sus consecuencias físicas, en especial en tanto impedían u obstruían el normal desempeño de las funciones laborales del o la esclava. Según ha mostrado Tamara Araya, estas causas dependían de que se pudiera probar que el o la esclava se encontraba enferma al momento de la venta, condición que le había sido ocultada a la parte compradora, seguido de lo cual había que comprobar que

28. ANHCH, RA, vol. 2529, p. 2, f. 21. Los espíritus animales eran los responsables de la comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo. Una alteración de los espíritus animales en el cerebro podía explicar las convulsiones sufridas por el paciente (Labarca, 2025).

29. Según la teoría médica imperante en la medicina occidental de la época moderna, a la cual los practicantes de la medicina que ejercieron en Chile en su mayoría adscribían, la salud del cuerpo humano se encontraba comandada por el equilibrio de cuatro humores: sangre, bilis negra (melancolía), bilis amarilla (cólera), flema. El cuerpo se entendía como una entidad comunicada por fluidos y agentes movilizadores (los espíritus animales) que vinculaban los órganos entre sí, los que a su vez poseían una jerarquía marcada por tres ejes: cabeza, corazón e hígado, que vemos en el orden de las tres cavidades que ordenaron la autopsia aquí descrita. Para un acercamiento al conocimiento médico que circuló en Chile durante el siglo XVIII, véase Labarca, 2025.

dicha enfermedad la inhabilitaba para el trabajo (Araya, 2017, p. 179). Generalmente, además, la parte compradora cobraba los gastos en que había incurrido para curar a la esclava. Para determinar todos estos aspectos, la opinión de un médico o cirujano resultaba crucial: en algunos casos eran quienes habían asistido al o la esclava en su enfermedad, en otros eran llamados específicamente para examinarla. En cualquier caso, lo que ellos determinaran con su mirada experta podía resultar determinante para el curso del proceso.

En algunos casos, la enfermedad se había manifestado de manera natural, en otros, derivaba de los golpes y el maltrato que había recibido del amo anterior. Para ello, el médico ahondaba en la historia clínica de la esclava, estableciendo, por ejemplo, no solo que había habido golpes, sino que explicando junto con ello cómo estos habían afectado al cuerpo de la esclava. Como la causa de redhibitoria de la esclava Basilia, de 1756, en que el médico Juan Jesús de Zambrano, entonces Teniente de Protomédico, declaró que “reconoce hallarla empiemática, esto es, que tiene viciados los pulmones con la materia que en su cavidad se ha supurado: Y es la misma que ha cinco meses, poco más o menos, que, habiéndola visitado en la misma casa de don Gregorio González por dos o tres veces, mandó ejecutivamente saliese a Campaña, pues padecía por entonces Anastomosis o relajación de vena en la dicha cavidad vital...”³⁰. El médico terminaba declarando que la anastomosis era producto de una contusión provocada por los golpes que le habían propinado. Su condición era de tal gravedad que la esclava no logró recuperarse, falleciendo antes de que terminara el juicio.

Mientras el demandante había hablado de síntomas como dolor de espalda y sangramiento por la boca, el médico introducía un léxico más específico, que probablemente requirió de traducción entre los intervinientes y los jueces, tales como empiemática y anastomosis. Un empiema era la acumulación de humores (como la sangre) en el pulmón, o entre la pleura y las costillas, que al no poder fluir ocasionaba que los vasos se rompieran formando depósitos de sangre que causaban calentura, dolor intenso, dificultad de respirar y sangramiento por la boca (Beaumont, 1728, pp. 368-371). Por su parte, la anastomosis se entendía como “abertura de las venas cuando sus orificios se abren y dilatan más de lo natural”³¹. Por lo específico de los términos, es poco probable que su significado haya sido compartido por todos los comparecientes en el juicio, pero ciertamente dotaba de mayor validez la certificación del médico, lo que sumado a su cargo oficial en la estructura administrativa de la corona, podía determinar el peso de su opinión.

30. ANHCH, RA, vol. 1793, p. 3, f. 30.

31. Diccionario de Autoridades, Tomo I, 1726, “Anastomosis”, en <https://webfrl.rae.es/DA.html>, revisado el 28 de julio de 2025.

Las causas de redhibitoria suelen ser extensas, ocupando cientos de fojas en la documentación de Real Audiencia y Capitanía General, lo que demuestra el valor tanto económico como simbólico codificado tras la decisión de anular la venta de un o una esclava. Por ello, es posible en estas causas encontrar también opiniones contradictorias, como es el caso del proceso para anular la venta de la esclava María Francisca en 1756 (Araya, 2021)³². En este juicio participaron cuatro médicos, quienes entregaron versiones contradictorias respecto del mal que aquejaba a la esclava y su historial evolutivo: Mateo de la Barrera, Juan Álvarez, Ignacio de Jesús Zambrano entonces teniente de Protomédico y Domingo Nevin, catedrático de Prima de Medicina de la Real Universidad de San Felipe.

En este caso, como en otras redhibitorias, establecer el diagnóstico de la enfermedad determinaba su arco temporal, lo que resultaba vital para poder realizar la anulación de la venta. Se presentaron varias teorías diagnósticas para clasificar las dolencias de la esclava: gota coral (epilepsia), pasión histérica o mal de madre, tumores en el cuello o lamparones y mal de hijada. La compradora, por ejemplo, declaró que la esclava estaba aquejada de gota coral desde antes de la venta, y que incluso había sido llevada al hospital San Juan de Dios para curarse, todo lo cual no había sido informado por la vendedora.

Los médicos declarantes acompañaron sus certificaciones con detalladas descripciones de los síntomas que permitían determinar que se trataba de tal o cual enfermedad: por ejemplo, el médico Matheo de la Barrera declaró que a la esclava la aquejaba una “pasión histérica nombrada por el vulgo dolor de hijada, producida de gran copia de flemas en el estómago”³³. La confusión entre mal de hijada y pasión histérica ya de por sí es interesante. Por ejemplo, el *Florilegio Medicinal* de Juan de Esteyneffer, un libro bastante común en las bibliotecas chilenas privadas del período (Labarca, 2020, 2023) explicaba que el mal de hijada consistía en un movimiento antinatural de los intestinos que se originaba “ya de las heces endurecidas, ya de muchos y gruesos flatos, o ventosidades, ya de inflamación, o de otros tumores de los intestinos” (Esteyneffer, 1712, p. 124). La histeria, en cambio, o mal de madre, se entendía como una enfermedad que afectaba al útero, de ahí que también fuera conocida como mal de madre (Araya, 2021)³⁴. De la Barrera terminó su declaración señalando que luego de estos males a la esclava le había sobrevenido el ataque de gota coral.

32. ANHCH, RA, vol. 1221, p. 3, ff. 142-223v.

33. ANHCH, RA, vol. 1221, p. 3, f. 145.

34. La referencia a la pasión histérica, en este caso, resultaba relevante a la parte vendedora porque ella declaraba que el mal que aquejaba a la esclava provenía de ser muy “engreída”, y porque trataron de mostrar que no se trataba de una enfermedad invalidante sino circunscrita al mal de hijada. Además de ser una enfermedad que no daba señales hacia el exterior, una vez sucedía el ataque, la esclava quedaba perfectamente sana. ANHCH, RA, vol. 1221, p. 3, f. 149.

Fue en la confusión de categorías diagnósticas de Matheo de la Barrera donde se centró Domingo Nevin, quien declaró que la gota coral era una enfermedad muy distinta a la de la pasión histérica. Para Nevin, “precediendo la pasión histérica o mal de madre de obstrucciones en la madre, y mesenterio, y indigestiones del estómago, y el mal de gota coral o epilepsia que dé se causa, en el cerebro, y cerebelo por el demasiado ímpetu, de los espíritus animales en los nervios, que sirven al movimiento”, sin afectar a los que sirven al sentimiento, se trataba de enfermedades diferentes³⁵. Nevin, de esta forma, vinculaba la pasión histérica con los males intestinales sufridos previamente por la enferma, pero era más cauto en afirmar que el largo período en que la esclava había estado sin el accidente (es decir, sin la convulsión, el caso reportado) implicaba que se encontrara sana. El médico Juan Álvarez por su parte, declaró que las enfermedades padecidas por la esclava eran solo la gota coral y los lamparones (escrófulas)³⁶, extendiéndose en descripciones sobre la fisiopatología de la epilepsia que incluyó fragmentos en latín y citas a connotados médicos especialistas como Tomás Willis que buscaban marcar lo más posible su distancia con el conocimiento de sus colegas y demostrar su saber docto (Araya, 2021). El largo y detallado informe de Álvarez permitió inclinar la balanza del juicio en favor de la parte demandante, fundamentando la resolución de declarar nula la venta.

Este caso también da cuenta del acto de examinar físicamente a la enferma. En esta redhibitoria no se trata, como en las certificaciones de heridas o aquellas que declaraban la causa de muerte, de penetrar en el cuerpo, pero sí tocarlo y pulsarlo (Araya, 2021), además de interrogar a la enferma para acceder a aquellos síntomas que no podían ser observados. Pero además de ello, la causa dio espacio para interpelaciones cruzadas, en que las credenciales del facultativo opositor (de la Barrera) fueron puestas en duda, con lo que se hace presente la existencia de jerarquías tras la comparecencia de médicos y cirujanos en los tribunales. Los protomédicos hablaban desde su lugar de autoridad, mientras las credenciales de otros eran puestas en duda, lo que significaba acusar a alguno de ejercer la medicina sin licencia y sin tener los títulos que certificaran su saber, como sucedió en este caso.

35. ANHCH, RA, vol. 1221, p. 3, f. 176.

36. ANHCH, RA, vol. 1221, p. 3, f. 203.

Certificación para justificar solicitudes de libertad o de traslado de prisión

Otra instancia en la que la justicia recurrió en esta época al parecer de médicos y cirujanos fueron las peticiones de libertad o de traslado de prisión de reos que aducían una enfermedad como justificación. Este tipo de certificaciones solían ser realizadas por el Protomédico, el teniente de Protomédico u otro médico de confianza de los oficiales de gobierno, quienes instruían a los facultativos para que realizaran el reconocimiento del enfermo. Aquí, como en el caso anterior, también se trataba de visitar para examinar el cuerpo enfermo: pulsar, tocar y observar el cuerpo, preguntar y escuchar al enfermo. Por las características del procedimiento, en este caso se trataba de demostrar, en primer lugar, que efectivamente la persona se encontraba enferma, y, en segundo lugar, que no podía sanar en prisión y que para su curación le era necesario salir. Como fue el caso de un prisionero que, según declaración del teniente de Protomédico Domingo Nevin de 1764, se hallaba “con calentura, dolor de cabeza, y otros accidentes que suelen ser pronuncios de Chavalongo y que hallo en [este] concepto; ser preciso lo saquen afuera, para su legítima curación”³⁷. Es decir, el médico no solo certificó el mal ofreciendo en este caso el diagnóstico del temido chavalongo -término que se usaba indistintamente para nombrar el tifus exantemático y la fiebre tifoidea (Laval, 2003)- para categorizar las fiebres padecidas por el prisionero, sino que además declaró que debido a ello se justificaba que fuera puesto en libertad para poder recibir lo que el médico juzgó como su legítima curación.

En estos procedimientos, se suelen exagerar los rigores de la prisión, presentados como agravantes del mal. En otros casos además los facultativos señalaban que se trataba de males inveterados que no iban a mejorar en el futuro y que requerían de pronto auxilio, pues de otra manera la vida del reo peligraba. Se trata, casi invariablemente, de solicitudes iniciadas por los mismos implicados. Como el capitán Francisco Gómez Pardo, preso por deudas, quien en 1728 solicitó su libertad por encontrarse enfermo y sufrir ahogos. Los oidores de la Real Audiencia solicitaron el reconocimiento del médico de su localidad de origen, Juan Daniel Darrigrande, quien declaró haber asistido antes al prisionero en su casa para curarlo de unos ahogos, y que habiéndolo visitado en la cárcel lo encontraba aquejado nuevamente de ellos, condición que se agravaba con las incomodidades de la cárcel y la aislación. La certificación del médico sirvió para justificar la salida del reo de la cárcel para curarse en su casa, a cambio de una fianza. Un mes después, cuando se supo que se hallaba restablecido de salud, los oidores ordenaron que debía volver a la cárcel. Gómez volvió a apelar desde prisión, argumentando que como su enfermedad era habitual y muy grave, no estaba habilitado para trabajar, lo cual era relevante porque por ello no podía pagar

37. ANHCH, CG, vol. 106, p. 1, f.29.

lo que adeudaba. Esta vez apoyó su solicitud recurriendo a testigos legos, quienes declararon conocer desde hacía tiempo que Gómez padecía ahogos. El reo terminó siendo liberado, justificado esta vez en que realizó una sesión de bienes para poder pagar la deuda³⁸.

Se puede ver, entonces, cómo el contenido en las certificaciones de los médicos y cirujanos para los tribunales de justifica entregaba la información precisa requerida para cada procedimiento judicial. En el caso antes citado, se trataba sobre todo de justificar la liberación y la necesidad del cuidado en el hogar. La categoría diagnóstica por sí sola (los ahogos) era suficiente, sin ser necesario describir sus síntomas principales ni su etiología.

Algo similar vemos en el caso de una mujer que en 1698 había sido recluida en el Monasterio de Santa Clara de nueva fundación, quien solicitó permiso para salir del monasterio aduciendo sufrir un “achaque” que era “incurable” dentro del monasterio. Para fundamentar su petición solicitó que se mandara que el médico Joseph Ladrón de Guevara “certifique la gravedad del achaque que padece”³⁹. La mujer fue visitada por los médicos Faustino Bermejo y Joseph Ladrón de Guevara, quienes declararon que la mujer “padece de un accidente, que en idioma médico llamamos gonorrrea biliosa, peligrosa así por su esencia, como también por lo inveterado de él”. Según los facultativos, la mujer “necesita de curación metódica” porque había contraído úlceras cancerosas, que eran mortales, las que sólo podían ser curadas por médico y fuera del monasterio⁴⁰. Atendiendo esta certificación, desde la secretaría de gobierno se dio permiso para que la mujer dejara el convento, bajo la condición de que en caso de reincidir en los hechos que habían motivado su reclusión, sería enviada al presidio de Valdivia.

Solicitudes de traslado o licencia por enfermedad

Por último, es posible encontrar también certificaciones firmadas por practicantes de la medicina en solicitudes de traslado, de licencia o de retiro por enfermedad. Esta es la última de las instancias que se revisarán acá en las que la institucionalidad gubernamental recurrió al parecer de médicos y cirujanos. Estas solicitudes eran enviadas por sujetos que buscaban licencia por enfermedad o directamente retirarse de sus funciones, y muchas de las veces eran realizadas por soldados o funcionarios de gobierno de avanzada edad. La costumbre era acompañar estas solicitudes por una certificación médica donde el facultativo se pronunciaba no solo respecto de las características del mal que aquejaba al suplicante, sino que también declaraba generalmente que su curación dependía de que dejara su trabajo.

38. ANHCH, RA, vol. 2758, pieza 3.

39. ANHCH, CG, vol. 107, pieza 27, f. 48.

40. Íbid, f. 48v.

En esta categoría encontramos por ejemplo el caso del patrón del resguardo de rentas de Valparaíso, quien en 1800 solicitó su retiro por invalidez con goce de medio sueldo, acompañado de una certificación del cirujano José Raimundi, quien declaró que el hombre sufría de “unos fuertes dolores de piernas... ocasionados de un reumatismo inveterado, el cual habiendo hecho últimamente retroceso al pecho, le aqueja en extremo, y lo imposibilita para desempeñar las funciones de su plaza, y aunque con los remedios que le he subministrado, ha conseguido algún alivio, soy de sentir que no curará radicalmente a menos que no deje el ejercicio a que está dedicado”⁴¹. Lo primero que salta a la vista es que un cirujano estaba entregando su parecer sobre una enfermedad interna e invisible, siendo que según la división clásica entre medicina y cirugía, la primera se encargaba de las enfermedades internas del cuerpo mientras el campo de la segunda abarcaba las lesiones exteriores y visibles del cuerpo, siendo una ocupación que por principio involucraba las manos. En cambio, aquí Raimundi da cuenta de dolores y de un reumatismo que ha subido al pecho. Vemos, además, cómo el listado de síntomas persigue el propósito de argumentar de qué manera la enfermedad inhabilitaba al hombre para cumplir sus funciones.

En varios casos, la solicitud de traslado se dirigía a las autoridades y eran estas las que solicitaban la opinión del médico respecto del estado de salud del solicitante. Los requisitos de esta solicitud dependían de la condición de salud que se estuviera declarando. Por ejemplo, una tipología que se repite son las solicitudes de cambio de destinación realizadas desde el sur del país, reconocido en la época por tener un clima nocivo a la salud. Se trataba de demostrar que su condición de salud solo podía ser mejorada en caso de “ser promovido a otra de mejor temperamento”, como era el caso del Obispo de Concepción Francisco Josef de Marán⁴².

El concepto de temperamento referido a un lugar hacía referencia a las condiciones climáticas del territorio. El concepto es propio de la teoría humoral y originalmente hace referencia a las características propias de cada cuerpo. Según esta teoría, el cuerpo estaba compuesto por cuatro humores: sangre, cólera, melancolía y flema, los que se contenían a su vez una combinación de cuatro cualidades (sequedad, calor, humedad y frialdad). La combinación de humores con sus respectivas cualidades que cada cuerpo tuviera determinaba su temperamento o complexión. El temperamento configuraba a la vez el carácter de la persona y sus tendencias. Cada órgano del cuerpo además poseía un particular temperamento con sus respectivas cualidades. El temperamento, así, se encontraba en la base de cualquier enfermedad, y era un elemento clave a considerar para determinar un camino terapéutico (Stolberg, 2011). Pero temperamento era además una de las siete cosas naturales, junto a los elemen-

41. ANHCH, CG, vol. 128, p. 14, f. 334.

42. ANHCH, RA, p. 5, f. 206.

tos, las facultades, las virtudes, las operaciones y los espíritus, precedidas todas por el principio de las cosas naturales, según explicaba Gerónimo de Ayala en su exitoso tratado *Principios de cirugía*, que circuló en Chile en el siglo XVIII (Labarca, 2020). Ayala indicaba además como definición de temperamento que era “la propia naturaleza de cada cosa la cual consta de calor, frialdad, humedad y sequedad” (Ayala, 1673, p. 8). De ahí se deriva, por tanto, que el ambiente, en particular el aire, también tuviera un determinado temperamento, según la forma en que se combinaran sus cuatro cualidades.

De modo que las peticiones de traslado aduciendo las malas condiciones del clima se enmarcan en una concepción que, siguiendo los preceptos de la teoría humoral, consideraba que el ambiente tenía el poder de afectar el funcionamiento del cuerpo y malograr su salud. El calor de la tierra, la calidad del aire (humedad, sequedad, polución) y las temperaturas, todos elementos capaces de alterar el equilibrio de los humores (Conforti, 2017; Gage, 2017). El aire era, por lo demás, el primero de los seis factores no naturales (es decir, externos) que regían la salud del cuerpo humano, seguido de sueño y vigilia, movimiento y descanso, comida y bebida, excreción y retención y pasiones del alma (Cavallo & Storey, 2013). De ello se sigue que la composición del aire afectaba como factor no natural (es decir, no intrínseco del cuerpo) en el desarrollo de una enfermedad.

Siguiendo este principio, el médico y cirujano Dionisio Roquán, certificó en 1790 respecto del obispo de Concepción que “las enfermedades que continuamente padece y que por tiempo se le agravan, ellas se reducen a un desvanecimiento de cabeza, y destrucción de estómago, que no pocas veces le pone en cuidado, siendo mi sentir que todo le dimana de lo contrario que le es el temperamento ventoso, demasiadamente húmedo y siempre que varíe podrá lograr el alivio que apetece y se le fortalecerá la cabeza, como que procede de los vientos igualmente incesantes que reinan en esta capital”⁴³. Como se puede ver, la opinión del médico aquí sigue fielmente el principio de que para recuperar la salud era necesario cambiar de aire, para perseguir un aire más benéfico que le permitiera fortalecer su cabeza.

Siguiendo este principio, son muy comunes las peticiones de militares que cumplían funciones en Valdivia para solicitar traslado, incluso cuando la enfermedad que aquejaba al solicitante era de naturaleza aparentemente desvinculada con el influjo que pudiera generar el clima. Como el caso de un hombre del que el bachiller Guevara de Valdivia declaró en 1749 que se hallaba “inválido de poder ejercer trabajo doble respecto de tener fractura en la tela del tenue, meninge, conflucción [sic] al escroto que llamamos bolsa de testículo derecho enfermedad que es muy peligrosa, en esta región por lo abrupto del temperamento”⁴⁴.

43. ANHCH, RA, vol. 2978, p. 5, f. 207.

44. ANHCH, CG, vol. 133, p. 4, f. 29v.

La certificación era más decisiva si el facultativo declaraba que la enfermedad no solo impedía a la persona cumplir sus funciones, sino que además era incurable y se veía agravada por el clima del territorio, como se dice frecuentemente en los casos de Valdivia. Además, estos testimonios médicos suelen recurrir a categorías médicas más expresivas para dar cuenta de las características, sintomatología y efectos de la enfermedad, como la certificación entregada por el médico y cirujano Domingo Soria desde Valdivia en 1764, que escribió que Joaquín Remigio Bueno se hallaba “con unas úlceras callos y fistulas cavernosas en la parte culosa y al mismo tiempo impedido del uso de los pies por la infección gálica que adolece en las articulaciones de piernas y el grande menos cabo de vista del único ojo que le permite la potencia visiva”. Soria concluía su certificación declarando que estas dolencias no podían curarse en el temperamento de Valdivia por ser “tan frígido”, por lo que se encontraba en peligro de vida inminente⁴⁵.

En otros casos, los enfermos solicitaban su traslado a Lima, aduciendo que la capital del virreinato poseía un temperamento más propicio para poder recuperar la salud, o bien explicando que la medicina en esa ciudad ofrecía mayores alternativas terapéuticas. Como un artillero de Valparaíso que solicitó en 1778 licencia para viajar a Lima para medicinarse con unciones mercuriales porque padecía de morbo gálico, respaldando su solicitud con una certificación entregada por el Protomédico Joseph Antonio Ríos⁴⁶. El protomédico declaró que luego de pulsarlo y examinado con atención, había podido llegar a la conclusión que el hombre se encontraba muy afectado de morbo gálico en etapa avanzada con múltiples úlceras. Para ese mal, declaró Ríos, lo más “poderoso” y “específico” eran la administración de mercurio, por lo que le parecía muy justa su petición. En atención a ello, las autoridades determinaron otorgar una licencia de 4 meses para que el hombre viajara a Lima para recibir su tratamiento. Como veíamos más arriba, la medicina venía también aquí a contribuir a amparar una suerte de derecho a recibir tratamiento médico.

Como en el caso de las redhibitorias o en el caso de solicitudes de prisioneros, las certificaciones de los médicos que apoyaban solicitudes de traslado o de licencia por enfermedad se fundaban generalmente en un conocimiento directo del o la enferma. Se trataba de practicantes de la medicina que conocían a los enfermos, que habían tenido ocasión de medicinarlos, por lo que conocían de cerca no solo sus síntomas, sino que el historial de la evolución de su enfermedad. En esta guisa, el médico Bartolomé Díaz de Coronilla declaró 1819 para corroborar las dolencias sufridas por un funcionario que se encontraba inhabilitado para cumplir sus funciones recurriendo a la fórmula “Certifico, en cuanto puedo, y debo, que he asistido, y medicinado a Don José

45. ANHCH, CG, vol. 71, p. 11, f. 88-88v.

46. ANHCH, CG, vol. 72, p. 145, f. 512v.

Santiago Ugarte en diferentes tiempos”⁴⁷. Sufría Ugarte, según los dichos del médico, de un “afecto reumático capital con rotura de vasos sanguíneos arteriosos; manifestándose unas veces por hemoptisis, o sangre por la boca, y otras por las narices, que los profesores llaman epistaxis, con tanta abundancia, que la última vez, le duró, a mi presencia, más de tres horas, en las que derramó, (arreglado a un cálculo prudente) como de tres a cuatro libras de sangre”, emanación que solo se había detenido como resultado de la “aplicación y administración de los remedios que la práctica ha enseñado para estos casos”⁴⁸. Es decir, el médico describía un episodio en el cual él mismo había estado presente, siendo parte activa en el manejo de la crisis. Declaró, además, saber las consecuencias que el episodio había dejado en el paciente, declarando de paso que eran las que comúnmente dejaban las hemorragias en la cabeza: vahídos, visión parcial y “debilidad del cerebro”, lo que a ojos del médico lo dejaba muy expuesto a sufrir una apoplejía sanguínea en el caso de que el cuerpo no pudiera evacuar dichos sangramientos violentos. Por todo ello, recomendaba que Ugarte se mantuviera alejado de sus funciones, especialmente de los papeles y la lectura.

Consideraciones finales

Como se ha mostrado en estas páginas, el saber médico en el Chile tardocolonial fue requerido para establecer la gravedad de heridas y contusiones, la causa de muerte o las condiciones de salud de esclavos, prisioneros o funcionarios. Se han examinado cuatro tipos de certificaciones médicas: fe de heridas, causa de muerte, juicios de rehibitoria y solicitudes de libertad, traslado o licencia por enfermedad. Esta documentación muestra que la autoridad del saber médico no se encontraba plenamente consolidada, por lo que participar en los juicios fue una forma de asentar esa legitimidad.

A lo largo de estas páginas, se han examinado diversos documentos firmados por practicantes de la medicina precedidos por fórmulas como “he reconocido”, “he examinado”, “certifico” y “es cierto”. Se trata de actos judiciales mediante los cuales practicantes de la medicina eran llamados, ya fuera por los mismos litigantes, ya fuera por jueces y autoridades, para reconocer los cuerpos de heridos, fallecidos y enfermos. En sus narrativas encontramos diversos gestos vinculados con la observación del cuerpo y sus señales: son facultativos que pulsan, observan, tocan, miden, introducen dispositivos y preguntan. En varios casos además se trata de los practicantes de la medicina que habían seguido la evolución de la enfermedad o de la herida habiéndolos medicado, por lo que podían dar cuenta de su historia clínica.

47. ANHCH, CG, vol. 144, p. 43, f. 316.

48. Ibid, f. 316.

En este proceso en que la justicia y la administración de la corona recurrieron crecientemente a la opinión médica, la medicina estaba por su parte inmersa en un proceso propio de legitimación. Su autoridad ante las personas enfermas y su entorno, y su autoridad ante las instituciones públicas no se hallaban ganadas. Por lo que, al certificar heridas y enfermedades, los practicantes de la medicina estaban también luchando por establecer su autoridad sobre los asuntos del cuerpo. Este proceso de legitimación no fue únicamente debido a los esfuerzos de conquista de la medicina: se trataba de un saber que podía resultar útil, no solo para sanar, sino útil para el ejercicio del poder y para la administración de la justicia borbónica. La medicina podía cumplir una función vital, no solo para sanar cuerpos, sino que también para el buen gobierno.

Durante todo el siglo XVIII, los practicantes de la medicina pugnarón por que sus testimonios fueran “prueba” suficiente respecto de los hechos relativos al cuerpo humano. Se trata de la pretensión de que solo ellos sabían leerlos e interpretarlos, en circunstancias en que la medicina formal (que es la que aparece cumpliendo funciones ante la administración pública) debía convivir con una miríada de sanadores informales cuyos tratamientos y estrategias terapéuticas incluso podían resultar más efectivos. Además, como se vio arriba, la definición misma de la identidad de los practicantes de la medicina era nebulosa, con varios de ellos que pretendían aparecer como peritos sin tener en realidad las credenciales oficiales para ejercer dicha labor.

Otro elemento relevante que sale a la luz es que varios de los nombres de los practicantes de la medicina entregando sus certificaciones se repiten, lo que sugiere que el espacio judicial funcionó como un campo de legitimación. Ello podría parecer evidente para el caso de los protomédicos (y tenientes de protomédico para las épocas en que el Protomedicato se encontraba oficialmente en Lima) (Laval, 1958), como José Antonio Ríos y Domingo Nevin. Pero ocurre también con otros médicos y cirujanos, como el bachiller Cipriano Mesías, el médico Joseph Llenes o el cirujano Bonifacio Villarreal. Es dable pensar que la Real Audiencia contara con una selección de nombres a los cuales llamar para realizar las certificaciones médicas, que funcionaban como una suerte de peritos de confianza. No sabemos la relación contractual que pudiera estar detrás de esto, pero sí tenemos algunos datos. Por ejemplo, en una ocasión en que el tribunal solicitó a Cipriano Mesías realizar un reconocimiento de las heridas de un querellante en un proceso judicial por injurias, la parte querellada recusó a Mesías arguyendo que éste podía tener animosidad en su contra, solicitando “se sirva de nombrar en su lugar otro cualquiera de los médicos de esta corte por ser de justicia”⁴⁹. Es decir, la parte querellada daba por supuesto que había un grupo de

49. ANHCH, CG, vol. 104, pieza 16, f. 227.

médicos de la corte, lo que nos hace suponer, por lo bajo, que era usual que se llamara a nombres conocidos. Es de suponer, además, que cumplir funciones como perito del tribunal de la Real Audiencia suponía beneficios económicos, siendo una entrada de financiamiento más para estos facultativos. En este sentido, el espacio judicial de la Capitanía General de Chile habría funcionado también como lo que Katherine Watson ha entendido como un mercado médico destinado al sistema legal y determinado por los requerimientos de la administración de la justicia (Watson, 2020). En este mercado médico-legal, los consumidores habrían sido los jueces y los litigantes, más que los enfermos.

Como se ha intentado mostrar en este trabajo, el léxico del testimonio médico y la información que contenían las certificaciones médicas ante la justicia o del aparato administrativo de la Capitanía General de Chile dependían de las consecuencias legales que dicha certificación pudiera tener. En general, los practicantes de la medicina tendieron a ser más precisos en su terminología médica en el caso de los juicios de redhibitoria y en casos en que era preciso determinar de forma más precisa cómo la dolencia afectaba el cuerpo del enfermo, qué órganos estaban implicados, desde hacía cuánto tiempo y con qué consecuencias.

En este proceso, los practicantes de la medicina contribuían a configurar la cartografía del cuerpo humano: sus certificaciones recurrían a categorías lingüísticas que permitían modular los sentidos y significados de los signos del cuerpo. La configuración de los saberes y lenguajes para nombrar y explicar las partes del cuerpo y sus dolencias estuvo, así, fuertemente vinculada al quehacer judicial, que se constituyó como un espacio para negociar categorías, síntomas, implicancias y secuelas de una enfermedad. En esta negociación, los practicantes de la medicina encontraron un aliado en el sistema de administración de la justicia. Mientras estos tenían un espacio para legitimarse ante la población y así asentar su nombre, para la misma justicia era conveniente fortalecer la autoridad médica, toda vez que permitía dotar de mayor credibilidad a la administración judicial de la corona.

Financiamiento

Este artículo es resultado del proyecto ANID, Fondecyt de Iniciación N° 11240170, titulado “Culturas médicas en disputa: Agentes, saberes y prácticas del sanar en Chile durante el siglo XVIII”, del cual la autora es investigadora responsable.

Conflicto de interés

La autora declara no tener conflicto de interés.

Sobre la autora

MARIANA LABARCA PINTO es académica del Departamento de Historia de la Universidad de Santiago de Chile y Doctora en Historia y Civilización por el European University Institute (Italia). Sus líneas de investigación giran en torno a la historia social y cultural de la medicina, la historia de las emociones, la historia de las ciencias, y la historia del libro y de la circulación de saberes en la Época Moderna. Entre sus publicaciones más recientes destacan *Itineraries and Languages of Madness in the Early Modern World: Family Experience, Legal Practice and Medical Knowledge in Eighteenth-Century Tuscany* (Routledge, 2021); “El “celebro” enfermo en la literatura médica de las bibliotecas chilenas del siglo XVIII” (2025), “El tránsito de los saberes médicos. Traducir, consultar y codificar libros de divulgación de conocimiento médico en Chile durante el siglo XVIII” (2023), y “Los libros de medicina en el Chile del siglo XVIII: tipologías, propietarios y dinámicas de circulación” (2020). Correo electrónico: mariana.labarca@usach.cl.



<https://orcid.org/0000-0002-5080-3018>

Referencias bibliográficas

- Albornoz, M. E. (2015). *Experiencias de Conflicto. Subjetividades, cuerpos y sentimientos en Chile siglos XVIII y XIX*. Acto editores.
- Alzate Echeverri, A. M. (2018). Reconocedores: Médicos, empíricos y profanos en las decisiones judiciales. Nuevo Reino de Granada, siglo XVIII. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 47-78. <https://doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67551>.
- Araya, T. (2017). La “antigua e incurable enfermedad” de María Josefa esclava. Aproximaciones para el estudio de la salud y enfermedad de esclavas y esclavos en la Capitanía General de Chile, 1764-1766. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 10, 172-190. <https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n10a09>.
- Araya, T. (2019). *Enfermedades y otros padecimientos: Médicos, usos de lo médico y personas esclavizadas en registros judiciales. Santiago de Chile (1740-1823)* [Tesis para optar al grado de Magíster en Historia]. Universidad de Chile.

- Araya, T. (2020). Un concurso de síntomas o la enfermedad como categoría plástica: La esclavitud negra en Santiago de Chile, 1740-1823. *Historia Crítica*, 76, 3-25. <https://doi.org/10.7440/histcrit76.2020.01>.
- Araya Fuentes, T. (2021). Epiléptica, histérica y achacosa. Juicios de redhibitoria por enfermedades no declaradas (Santiago de Chile, 1756-1758). *Revista Historia y Justicia*, 17. <https://doi.org/10.4000/rhj.8540>.
- Ayala, G. de. (1673). *Principios de cirugía: Útiles y provechosos para que puedan aprovecharse los principiantes en esta facultad*. Gregorio de Mata.
- Beaumont, B. (1728). *Exercitaciones anatomicas y essenciales operaciones de Cirugia*. Imprenta del Convento de Nuestra Señora de la Merced.
- Brambilla, E. (2010). *Corpi invasi e viaggi dell'anima*. Viella.
- Caffarena, P. (2016). *Viruela y vacuna: Difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto hispanoamericano 1780-1830*. Editorial Universitaria, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, DIBAM.
- Caffarena, P. (2020). Una profesión sanitaria en la lucha contra la viruela: Vacunadores en Chile, 1805-1887. *Historia* 396, 10, 39-66.
- Cavallo, S., & Storey, T. (2013). *Healthy Living in Late Renaissance Italy*. Oxford University Press.
- Clark, M., & Crawford, C. (Eds.). (1994). *Legal medicine in history*. Cambridge University Press.
- Conforti, M. (2017). Neapolitan airs: Health advice and medical culture on the edge of a volcano. En S. Cavallo & T. Storey (Eds.), *Conserving health in early modern culture. Bodies and environments in Italy and England* (pp. 135-157). Manchester University Press.
- Cordero, M. (2021). Políticas públicas de salud. El rol de los médicos y el otorgamiento de licencias médicas. Chile, siglo XVIII. En R. Giurato & G. Mecca (Eds.), *Governare l'epidemia: Società, istituzioni e sicurezza pubblica* (pp. 11-22). Pacini Editore.
- Correa Gómez, M. J. (2012). *De la información rendida y de lo expuesto por facultativos... Testimonios legos y medidas probatorias en el entendimiento judicial de la locura. El caso de Pablo Bartels. Valparaíso, Chile, 1869*. Nuevo mundo mundos nuevos. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.62736>.
- Correa Gómez, M. J. (Ed.). (2013). *Historias de locura e incapacidad: Santiago y Valparaíso (1857-1900)*. Acto Editores.
- Correa, M. J. (2017). «¿Quiénes son los profesionales?» Justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX. *Dynamis*, 37(2), 273-293.
- De Renzi, S. (2002). Witnesses of the body: Medico-legal cases in seventeenth-century Rome. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, 33(2), 219-242. [https://doi.org/10.1016/S0039-3681\(02\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S0039-3681(02)00005-5).

- De Renzi, S. (2007). Medical Expertise, Bodies, and the Law in Early Modern Courts. *Isis*, 98(2), 315-322. <https://doi.org/10.1086/518191>.
- Esteyneffer, J. (1712). *Florilegio medicinal de todas las enfermedades, sacado de varios, y Clasicos Autores, para bien de los Pobres, y de los que tienen falta de Medicos, en particular para las Provincias Remotas, en donde administran los RR. PP. Missioneros de la Compañia de Jesus*. Por los herederos de Juan Joseph Guillena Carrasco.
- Fabregat Peredo, M. (2019). Evolución de la medicina legal en Chile: Una aproximación a través de las autopsias practicadas por el doctor Eduardo Lira Errázuriz, entre 1893 y 1905. *Asclepio*, 71(1), p252. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.04>.
- Fabregat Peredo, M. (2022). Procedimientos forenses practicados por médicos de ciudad en casos de homicidios de indígenas: Provincia de Cautín (Chile), 1896-1911. *Revista de Historia Americana y Argentina*, 57(2), 193-229. <https://doi.org/10.48162/rev.44.032>.
- Fuentes, A. (2022). Mujeres y espacios terapéuticos en Chile colonial: Las prácticas médicas del Monasterio Antiguo de Santa Clara de Santiago durante el siglo XVIII. *História Unisinos*, 26(1), 13-27.
- Gage, F. (2017). Chasing 'good air' and viewing beautiful perspectives: Painting and health preservation in seventeenth-century Rome. En S. Cavallo & T. Storey (Eds.), *Conserving health in early modern culture. Bodies and environments in Italy and England* (pp. 237-261). Manchester University Press.
- Gómez, P. F. (2017). *The experiential Caribbean: Creating knowledge and healing in the early modern Atlantic*. University of North Carolina Press.
- Gutiérrez, E. (2024). 'Que una buena botica sin boticario perito puede hacer mucho daño'. *Formas de hacer en la botica: Prácticas farmacéuticas en Santiago de Chile, siglo XVIII* [Tesis para optar al grado de doctor en Historia]. P. Universidad Católica de Chile y EHESS.
- Haskell, Y. (2011). The Anatomy of Hypochondria: Malachias Geiger's Microcosmus hypochondriacus (Munich, 1652). En Y. Haskell (Ed.), *Diseases of the Imagination and Imaginary Disease in the Early Modern Period* (pp. 275-299). Brepols.
- Labarca, M. (2020). Los libros de medicina en el Chile del siglo XVIII: tipologías, propietarios y dinámicas de circulación. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 42(2), 347-371. <https://doi.org/10.15446/achsc.v47n2.86169>.
- Labarca, M. (2021). La biblioteca del bachiller Miguel Jordán de Ursino: Medicina y cultura impresa en el Chile de la primera mitad del siglo XVIII. En N. Maillard Álvarez & M. Fernández Chaves (Eds.), *Bibliotecas de la Monarquía Hispánica en la primera globalización (Siglos XVI-XVIII)* (pp. 93-124). Prensa de la Universidad de Zaragoza.

- Labarca, M. (2023). El tránsito de los saberes médicos. Adquirir, consultar y codificar libros de divulgación de conocimiento médico en Chile durante el siglo XVIII. En R. Gaune & A. Romano (Eds.), *Fragmentos de mundo. Objetos y artefactos americanos en tránsito, siglos XVI-XX* (pp. 105-130). Estudos & Documentos do CHAM, Universidade Nova de Lisboa.
- Labarca, M. (2025). El “cerebro” enfermo en la literatura médica de las bibliotecas chilenas del siglo XVIII. *Historia*, 396, 15(1), 155. <https://doi.org/10.4151/07197969-Vol.15-Iss.1-Art.648>.
- Laval, E. (1935). *Hospitales fundados en Chile durante la Colonia*. Imprenta Universitaria.
- Laval, E. (1958). *Noticias sobre los médicos en Chile. Siglos XVI, XVII, XVIII, y XIX*. Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina.
- Laval R., E. (2003). Tifus exantemático en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 20. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182003020200018>.
- López, J. de D. (1750). *Compendio anatómico dividido en cuatro partes*. [s.n].
- Mandressi, R. (2006). Les médecins et le diable: Expertises médicales dans les cas de possession démoniaque au XVIIe siècle en France. *Chrétiens et sociétés*, 13. <https://doi.org/10.4000/chretienssocietes.2111>.
- Pastore, A. (1998). *Il medico in tribunale: La perizia medica nella procedura penale d'antico regime; (secoli XVI - XVIII)*. Ed. Casagrande.
- Pastore, A., & Rossi, G. (Eds.). (2008). *Paolo Zacchia. Alle origini della medicina legale 1584-1659*. Franco Angeli.
- Plaza, C. (2012). *Brujos, hechiceros y maleficios. Imaginarios de lo maléfico y marginalidad en el Reino de Chile, 1693-1793* [Informe de seminario para optar al grado de Licenciada en Historia]. Universidad de Chile.
- Sanzana, A. (2023). *Entre negociaciones y disputas: El pluralismo médico en Santiago de Chile entre 1698 y 1767* [Tesis para optar al grado de Magíster en Historia]. Universidad Católica de Chile.
- Schmitz, C. (2024). Legal Records in Early Modern Spain. En *Early Modern Medicine. An Introduction to Source Analysis*. (pp. 65-83). Routledge.
- Stolberg, M. (2011). *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*. Palgrave Macmillan.
- Valenzuela, E. (2013). *Maleficio. Historias de hechicería y brujería en el Chile colonial*. Pehuén.
- Watson, K. (2020). *Medicine and justice: Medico-legal practice in England and Wales, 1700-1914*. Routledge/Taylor & Francis Group.

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Navarrete Acuña

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Mabel Zapata

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Trabajo sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0)